



MEDICAL PARK

BAD FEILNBACH REITHOPARK

ANMELDUNG ZUR NEUROLOGISCHEN FRÜHREHABILITATION PHASE B

Chefarzt Prof. Dr. med. Peter Young

Ansprechpartner: Oberärztin Dr. med. Astrid Porr

Leitung Neurologische Rehabilitation Phase B

Tel. 08066 18-6104 · Fax 08066 18-8218

E-Mails: a.porr@medicalpark.de · zentrale.reservierung-BF@medicalpark.de

EINWEISENDE KLINIK

Name

Adresse

Station

Ansprechpartner

Telefon

Verlegung ab:

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel

PATIENTENDATEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hs.-Nr.

PLZ, Ort

Angehörige

Betreuer

Name

Name

Vorname

Vorname

Telefon

Telefon

E-Mail

E-Mail

KOSTENTRÄGER

Name

Versicherungsnr.

Zusatzversicherung

Name

Versicherungsnr.

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Pflegegrad 1 2 3 4 5 wurde beantragt

Betreuung besteht (s.o.) wurde beantragt wurde nicht beantragt

Diagnosen

Nebendiagnosen

AKUTMEDIZINISCHE INFORMATIONEN

Bewusstseinszustand

Hemiparese

Trachealkanüle

Beatmung invasiv beatmet nicht invasiv beatmet nicht beatmet

Spontanatmung seit

O2 – Bedarf l/h

Nasogastrale Sonde

PEG – Sonde

Schluckstörung

Kostform

Dauerkatheter

Suprapubischer Blasenkatheter

ZVK

Dialysepflichtig

i.v. – Antibiose:

Infektionsstatus

Isolationspflichtig: ja nein

MRSA

VRE

Noro

Clostridien

MRGN 3 4 Keim

1. ESSEN UND TRINKEN

- komplett selbständig oder selbständige PEG – Versorgung 10 Punkte
- Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung oder Hilfe bei PEG – Versorgung 5 Punkte
- kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG – Ernährung 0 Punkte

2. AUFSETZEN UND UMSETZEN

- komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)stuhl und zurück 15 Punkte
- Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) 10 Punkte
- Erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) 5 Punkte
- wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert 0 Punkte

3. SICH WASCHEN

- vor Ort komplett selbständig, incl. Zähneputzen, Rasieren, Frisieren 5 Punkte
- erfüllte „5“ nicht 0 Punkte

4. TOILETTENBENUTZUNG

- vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl 10 Punkte
- Hilfe / Aufsicht bei Toilette- oder Toilettenstuhl oder Spülung / Reinigung 5 Punkte
- benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl 0 Punkte

5. BADEN UND DUSCHEN

- selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich trocken 5 Punkte
- erfüllt „5“ nicht 0 Punkte

6. Aufstehen und Gehen

- ohne Aufsicht und personelle Hilfe vom Sitz in Stand und mind. 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehhilfen) gehen 15 Punkte
- ohne Aufsicht und personelle Hilfe vom Sitz in Stand und mind. 50 m mit Gehwagen gehen 10 Punkte
- mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in Stand, Strecken werden bewältigt oder komplett selbständig im Rollstuhl 5 Punkte
- erfüllt „5“ nicht 0 Punkte

7. TREPPENSTEIGEN

- ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen 10 Punkte
- mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf oder hinuntersteigen 5 Punkte
- erfüllt „5“ nicht 0 Punkte

8. AN- UND AUSKLEIDEN

- zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe und ggf. benötigte Hilfsmittel (z.B. ATS, Prothesen) an und aus 10 Punkte
- kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind 5 Punkte
- erfüllt „5“ nicht 0 Punkte

9. STUHLINKONTINENZ

- ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen und AP-Versorgung 10 Punkte
- ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/AP-Versorgung 5 Punkte
- ist durchschnittlich mehr als 1 x/Woche stuhlinkontinent 0 Punkte

10. HARNINKONTINENZ

- ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz/versorgt seinen DK mit Erfolg komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) 10 Punkte
- kompensiert seine Harninkontinenz selbständig (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche); benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems 5 Punkte
- ist durchschnittlich mehr als 1x/ Tag harninkontinent 0 Punkte

ASB-CHECK-LISTE

KATEGORIE I (UNSTRITTIGE INDIKATIONEN)

Ein Kriterium genügt, um den akutstationären Behandlungsbedarf zu begründen, alle Zutreffenden sind ergänzend anzugeben

- | | | |
|-------------|--|----|
| 1.1 | Intensive Überwachungspflicht mit kontinuierlichem Monitoring von mindestens 1 Parameter (EKG, SPO 2) an einem Monitor mit zentraler Überwachung und diskontinuierliche hochfrequente nicht-invasive RR-Messung (Dokumentation der gemessenen Parameter 6 x tgl.) oder klinisch durch Pflegemitarbeiter oder Ärzte (das apparative Monitoring kann für Therapien und Diagnostik unterbrochen werden) | Ja |
| 1.2 | Notwendigkeit kontinuierlicher oder intermittierender i. v.-Medikamentengabe, inkl. medizinisch nachvollziehbar indizierter i.v. Flüssigkeit mit Bilanzierungsbedarf oder parenteraler Ernährung | Ja |
| 1.3 | entfällt | |
| 1.4 | Infektion mit Temperaturerhöhung > 38°C | Ja |
| 1.5 | Beatmung mit Weaning oder Einstellung auf Heimbeatmung | Ja |
| 1.6 | Abtrainieren vom Tracheostoma | Ja |
| 1.7 | Absaugpflichtiges Tracheostoma (bei Trachealkanüle unabhängig von der neurologischen Grunderkrankung, z. B. HNO-ärztl. / internist. Erkrankung, Begründung in Kategorie III erforderlich) | Ja |
| 1.8 | Entwöhnung nasogastralen Sonde oder PEG und/oder oraler Kostaufbau bei Dysphagie mit Aspirationsrisiko. Notwendigkeit einer regelmäßigen Schlucktherapie mit wöchentlichem Assessment der Schwere und des Aspirationsrisikos. Notwendigkeit einer Überwachung des Kostaufbaus 1:1 oder in Kleinstgruppen bis max. 3 Patienten durch Schlucktherapeuten oder erfahrenes Pflegepersonal. | Ja |
| 1.9 | entfällt | |
| 1.10 | Beaufsichtigungspflichtige Orientierungs- oder Verhaltensstörung mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung aufgrund des erworbenen Hirnschadens bei gleichzeitig bestehendem positiven Rehapotential | Ja |
| 1.11 | Spastisches Zustandsbild mit aufwändiger multimodaler Therapie (z. B. Redression, intensivierter Physiotherapie, BTX-Behandlung, Baclofenpumpenimplantation, differenzierter medikamentöser Therapie) | Ja |
| 1.12 | Plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrtheitszustand | Ja |
| 1.13 | Serielle Lumbalpunktion, Shunt- oder Baclofenpumpeneinstellung | Ja |
| 1.14 | Vorhandensein von einem der folgenden Verfahren: ZVK / EVD / Thoraxdrainage / Spüldrainagen / Herzunterstützungssystem (VAD, „Kunstherz“; bei BI <60) | Ja |

KATEGORIE II (HARTE INDIKATIONEN)

Zwei Kriterien genügen, um den akutstationären Behandlungsbedarf zu begründen, alle zutreffenden Kriterien sind ergänzend anzugeben

- | | | |
|-----|--|----|
| 2.1 | BI (nach dem Hamburger Manual) < 35 Punkte, impliziert eine hohe Pflegeintensivität | Ja |
| 2.2 | Maßgebliche medikamentöse Umstellung / Neueinstellung neurologischer oder internistischer Krankheitsbilder mit konsekutiv notwendiger klinischer Beobachtung und diagnostischer Kontrolle (bis max. 5 Tage nach letzter Medikationsänderung) | Ja |
| 2.3 | Spezielles Wundmanagement inkl. Dekubitustherapie, auch VAC-Therapie mit der Notwendigkeit einer mind. 3-stündlichen Umlagerung | Ja |
| 2.4 | Isolationspflicht, solange eine Therapieindikation seitens der neurologischen Schädigung besteht | Ja |
| 2.5 | Aufwändige Diagnostik zur Ursachenabklärung, Verlaufskontrolle oder Abschätzung der Prognose des Krankheitsbildes (mind. 3 Untersuchungsverfahren pro Woche, ausgenommen Routinelabor) | Ja |
| 2.6 | Intensiver Betreuungs- oder Beaufsichtigungsbedarf – im zeitlichen Zusammenhang mit einem Akutereignis – aufgrund:
a) schwerer Verständigungsstörung oder
b) schweren Neglects oder
c) hochgradiger Tetraparese | Ja |
| 2.7 | Interventionen oder spezielle diagnostische Maßnahmen, die aufgrund der Schwere der Grunderkrankung nicht ambulant durchgeführt werden können (Tracheostomaanlage, -verschluss, -erweiterung, PEG-Anlage, Pufi-Anlage, etc.) | Ja |
| 2.8 | Belastungsunstabile Frakturen | Ja |
| 2.9 | Substitutionspflichtige Elektrolytstörung mit mind. 2 x pro Woche Laborkontrolle | Ja |

KATEGORIE III (SONDERFÄLLE UND SELTENE INDIKATIONEN)

Zwei Kriterien genügen, um den akutstationären Behandlungsbedarf zu begründen, alle zutreffenden Kriterien sind ergänzend anzugeben

- | | | |
|-----|--|----|
| 3.1 | Patient kommt mit klarem Auftrag zur Dekanülierung | Ja |
| 3.2 | Patient kommt mit klarem Auftrag zum vollständigen oralen Kostenaufbau bei noch bestehender Aspirationsgefahr mit beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung | Ja |
| 3.3 | Patient kommt zur Behandlung eines spastischen Schubes | Ja |
| 3.4 | Seltene Indikationen (Begründung des stationären Behandlungsbedarfes außerhalb der Kategorien I und II erforderlich) | Ja |