

# Entlass- und Überleitungs- management

Dr. Martin Theisohn  
KGK

# *Entlass- und Überleitungs-Management*

## **Grundlagen für das Entlass- und Versorgungsmanagement**

SGB V § 11 (4): „Versicherte haben Anspruch auf Versorgungsmanagement ....“

GKV-VStG zu §39 SGB V: Entlassmanagement ist Aufgabe der Krankenhäuser ...

PfG NW §3: Zusammenwirken von Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

# *Entlass- und Überleitungs-Management*

## **Befragung der Krankenhäuser in Köln, 7/2009**

- 16 von 20 antworten
- Expertenstandard ist allen bekannt
- Anwendung des Expertenstandard in 3 Kliniken, Überleitungsbögen in 6 Kliniken in Verwendung
- Falls erforderlich telefonischer Kontakt zum behandelnden Arzt in allen Kliniken
- Fazit: Echtes Entlassungsmanagement sicher in 3, evtl. bei der Hälfte der Kliniken

# Entlass- und Überleitungs-Management

## Expertenstandard der Pflegehochschule Osnabrück

*Jeder Patient mit einem poststationären Pflege – und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.*

Struktur	Prozess	Ergebnis
<b>Die Einrichtung</b> <b>S1a</b> - verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die für ihre Patientengruppe erforderlichen Einschätzungskriterien, Assessment- und Evaluationskriterien vorliegen. <b>Die Pflegefachkraft</b> <b>S1b</b> - beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung. <b>S2</b> - verfügt über Planungs- und Steuerungswissen in Bezug auf das Entlassungsmanagement.	<b>Die Pflegefachkraft</b> <b>P1</b> - führt mit allen Patienten und ihren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste kriteriengleitete Einschätzung des zu erwartenden Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs aktualisiert. - nimmt bei erwartbarem poststationärem Unterstützungsbedarf ein differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mittels eines geeigneten Instruments vor.	<b>E1</b> - Eine aktuelle, systematische Einschätzung des erwartbaren poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.
<b>S3</b> - verfügt über Fähigkeiten, Patient und Angehörige in Bezug auf den poststationären Pflegebedarf zu beraten und zu schulen, sowie die Koordination der weiteren an der Schulung und Beratung beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.	<b>P2</b> - entwickelt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individuelle Entlassungsplanung	<b>E2</b> – Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.
<b>S4</b> - ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.	<b>P3</b> - gewährleistet für seine Patienten und Angehörige eine bedarfsgerechte Beratung und Schulung.	<b>E3</b> Patient und Angehörige sind bedarfsgerechte Beratung und Schulung angeboten worden, um veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.
<b>S5</b> - verfügt über die Fähigkeiten zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf von Patient und Angehörigen entspricht.	<b>P4</b> - stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen rechtzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin und den Unterstützungsbedarf des Patienten ab. - bietet den Mitarbeitern der weiter betreuenden Einrichtung eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen an.	<b>E4</b> Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiter versorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen sind der Entlassungstermin sowie der Unterstützungs- und Versorgungsbedarf abgestimmt.
<b>S6</b> - ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen	<b>P5</b> - führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.	<b>E5</b> Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.
	<b>P6</b> - nimmt innerhalb von 48 Stunden <i>nach</i> der Entlassung Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen oder der weiter betreuenden Einrichtung auf und prüft die Umsetzung der Entlassungsplanung.	<b>E6</b> Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen und bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.

# *Entlass- und Überleitungs-Management*

## **Aufbau des Entlassungsmanagements entsprechend dem Expertenstandard**

1. Initiale Einschätzung und differenziertes Assessment
2. Entwicklung einer individuellen Entlassplanung
3. Information, Beratung und Training von Patienten und Angehörigen
4. Organisatorische Abstimmung zwischen den Akteuren: Arzt – Pflegedienst – Sozialdienst – aufnehmende Pflege
5. Überprüfung der Planung 24 Std. vor der Entlassung
6. Überprüfung des Gelingens des Entlass- und Überleitungsmanagements 48 Std. nach der Entlassung durch Telefonanruf

# Entlass- und Überleitungs-Management

## Checkliste zum Entlassmanagement

Kölner Kommunale Gesundheitskonferenz in Anlehnung an die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz

Auswahlliste zur Bedarfserkennung für die Ärzte		Auswahlliste zur Bedarfserkennung für die Pflege	
Name des Arztes/ der Ärztin: _____ Datum: _____		Name der Pflegefachkraft: _____ Datum: _____	
1. Besteht nach der Entlassung die Notwendigkeit einer <b>medizinischen Rehabilitation</b> ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		1. Besteht nach der Entlassung ein <b>Pflegebedarf</b> ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> Behandlungspflege	
2. Besteht nach Entlassung ein <b>ambulanter Hilfebedarf</b> ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, <input type="checkbox"/> Grundpflege <input type="checkbox"/> Behandlungspflege <input type="checkbox"/> Hilfsmittel, welche _____		2. Hat der Patient eine <b>Pflegestufe</b> ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	
3. Besteht nach der Entlassung die Notwendigkeit <b>vollstationärer Unterbringung</b> ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		3. Geht der Patient in eine bereits bestehende Pflegesituation zurück? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Pflege durch Bezugsperson, amb. Pflegedienst, Tagespflege, Heim, etc.) Wenn ja, welche _____	
4. Leidet der Patient an einer Erkrankung, die eine ambulante oder stationäre <b>Hospizversorgung</b> nötig macht? (z.B. ALS, fortgeschrittene Tumorerkrankung, Aids) wenn ja, ist der Patient über die Prognose aufgeklärt?		Wenn ja, welche _____	
5. Leidet der Patient an einer dementiellen Erkrankung oder lebt in <b>unklarer sozialer Situation</b> ? (z.B. alleinstehend, Überforderung der Bezugsperson?)		4. Befindet sich der Patient in <b>unklarer sozialer und/oder beruflicher Situation</b> ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (z.B. Obdachlosigkeit, alleinerziehend mit versorgungspflichtigen Kindern, keine Versorgung durch Bezugsperson, berufliche Probleme)	
6. Leidet der Patient an einer <b>Suchterkrankung</b> ? wenn ja, muss die soziale Lebenssituation geklärt werden?			
7. Benötigt der Patient <b>Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung</b> ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn mindestens eine Frage mit „ja“ beantwortet wird, bitte umgehend das Entlassmanagement in Gang setzen (siehe umseitiges Ablaufschema)!			

# *Entlass- und Überleitungs-Management*

## ***Checkliste zum Entlassmanagement***

### **Arzt-Teil**

#### **Nach Entlassung**

- Medizinische Reha?
- Ambulanter Hilfebedarf?
- Stat.Unterbringung?
- Hospiz-Versorgung
- Unklare soziale Situation?
- Suchterkrankung
- Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung?

### **Pflege-Teil**

- Pflegebedarf?
- Pflegestufe
- Bestehende
- Pflegesituation
- Unklare soziale Situation?

Falls 1 ja: Entlassmanagement erforderlich

# Entlass- und Überleitungs-Management

## Ablaufschema zum Entlassmanagement

Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz

Rehabilitation:		
Sozialdienst eingeschaltet?	Datum	Hdz.
<input type="checkbox"/>		
Entlassung nach Hause:		
1. Hilfsmittel verordnet?	<input type="checkbox"/>	
Entlassung mit Pflege:		
1. Pflegeeinstufung vorhanden?	<input type="checkbox"/>	
I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>		
2. Pflegeeinstufung notwendig?	<input type="checkbox"/>	
3. Behandlungspflege notwendig?	<input type="checkbox"/>	
4. Info / Verordnungsvorschlag an Hausarzt erfolgt?	<input type="checkbox"/>	
5. Pflegedienst vorhanden?	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welcher? _____		
6. Pflegedienst informiert?	<input type="checkbox"/>	
7. Patientenüberleitungsbogen erstellt?	<input type="checkbox"/>	
8. Patientenüberleitungsbogen weitergeleitet?	<input type="checkbox"/>	
Heim / Kurzzeitpflege / Hospiz:		
1. Pflegeeinstufung eingeleitet?	<input type="checkbox"/>	
2. Pflegeeinrichtung bekannt?	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche? _____		
3. Patientenüberleitungsbogen erstellt?	<input type="checkbox"/>	
4. Patientenüberleitungsbogen weitergeleitet?	<input type="checkbox"/>	
Info an Patient / Bezugsperson erfolgt?		
<input type="checkbox"/>		

# *Entlass- und Überleitungs-Management*

Die Mitarbeiter des Entlassungsmanagements müssen **Ansprechpartner** sein und **Zugang** zu den Stationen und zum Ärztlichen Dienst haben und **verantwortlich Absprachen** mit den Patienten und ihren Angehörigen, den aufnehmenden Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen treffen können.

# *Entlass- und Überleitungs-Management*

## **Zusammenarbeit zwischen den Akteuren: Arzt – Pflege – Sozialdienst – Aufnehmende Pflege**

### **1. Entlassung in die eigene Häuslichkeit**

Ist hauswirtschaftliche Versorgung gesichert ?

Ist die ambulante Pflege gesichert ?

Ist die ärztliche Versorgung gesichert ?

Hilfsmittel, Medikamente, Behandlungspflege

Pflegebedarfseinstufung erfolgt oder eingeleitet ?

### **2. Entlassung in stationäre Versorgung**

Pflegeheime, Reha-Maßnahme, Geriatrie

# *Entlass- und Überleitungs-Management*

## **Informations-Materialien**

- 1. Arztbrief**
- 2. Entlass-Kurzbefund**
- 3. Überleitungsbogen**
- 4. IT-Vernetzung**

# *Entlass- und Überleitungs-Management*

## **Aktivitäten der Kommunalen Gesundheitskonferenz**

**Feststellung, dass eine Verbesserung des Entlass- und  
Überleitungsmanagement erforderlich ist**

**Bildung einer Arbeitsgruppe zur Vorbereitung weiterer  
Aktivitäten und zur Entwicklung von Informations-  
materialien**

# *Entlass- und Überleitungs-Management*

## **Arbeitsgruppe Überleitungsmanagement der KGK**

- 1. Einholung von Informationen aus anderen Städten:  
Düsseldorf und Essen**
- 2. Vorstellung des Expertenstandards und gelungener  
Implementierung von Entlassmanagement**
- 3. Sammlung von Überleitungsbögen Kölner  
Einrichtungen**
- 4. Weiterentwicklung des Düsseldorfer Überleitungs-  
bogens**

# *Entlass- und Überleitungs-Management*

## **Arbeitsgruppe Überleitungsmanagement der KGK**

### **Weiterentwicklung des Düsseldorfer Überleitungsbogen – warum ?**

- 1. Alle Überleitungsbögen fragen das Gleiche ab: es steht aber immer an anderer Stelle**
- 2. Einheitliche Überleitungsbögen für große Bereiche können in die EDV eingepflegt werden**

# Entlass- und Überleitungs-Management

## Überleitungsformular der KGK

Frau  Herr

Name, Vorname

geb. am

Straße

PLZ Ort

Krankenkasse

Patienten-Telefon

## Patientenüberleitung

© Kölner Gesundheitskonferenz angelehnt an Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen und Düsseldorf

Behandelnder Arzt:

Tel.-Nr.

Überleitung am:  Uhrzeit:

An:  amb. Pflegedienst  Krankenhaus  Pflegeheim  Reha  Hospiz  Häuslichkeit  
 Kurzzeitpflege  Tagespflege

Name/Einrichtung:

MRSA - Besiedelung/Infektion  Wunde  Haut  Nase  Sputum  sanierungs-/behandlungsbedürftig

Aktuell bestehende Infektionen:  Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C  HIV  Sonstige

**Soziale Aspekte**  alleinstehend  Minderjährig  Gesetzlicher Betreuer  Patientenverfügung  Vorsorgevollmacht

Muttersprache:

Religion:

Angehörige / Hauptbezugsperson

Name

Vorname

Telefon

(Verwandtschaftsgrad, z.B. Frau, Sohn, ...)

Straße

PLZ

Ort

gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter

/ Erziehungsberechtigter

Name

Vorname

Telefon

# Entlass- und Überleitungs-Management

## Überleitungsbogen der KGK (1-2)

Straße		PLZ		Ort							
<b>Dokumente/Hilfsmittel/ Wertsachen mitgegeben</b>		<b>Pflegebereitschaft der Bezugsperson:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
<input type="checkbox"/> Hausschlüssel <input type="checkbox"/> Geldbörse <input type="checkbox"/> Uhr <input type="checkbox"/> Kreditkarte <input type="checkbox"/> richterlicher Beschluss <input type="checkbox"/> Versichertenkarte <input type="checkbox"/> Organspendeausweis <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Sonstiges:		Bisherige Versorgung: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Bezugsperson <input type="checkbox"/> amb. Pflegedienst <input type="checkbox"/> Pflegeheim									
		Einstufung Pflegeversicherung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> am: <input type="checkbox"/> ja bewilligte Stufe: Reha-Maßnahme <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> am:									
<b>Allgemeine Pflege</b>		selbstständig	mit Anleitung	teilweise Übernahme	vollst. Übernahme	Bett	Bad / Dusche	Waschbecken	<b>Ausscheidungen</b>		
Körperpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flüssigkeitsbilanzierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mundpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
Zahnprothese		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlgang	<input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung	<input type="checkbox"/> normal
Rasieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> neigt zu Durchfällen	<input type="checkbox"/> digitale Ausräumung
Kämmen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
An / Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> zeitweise	
Hautbeschaffenheit		<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> fettig	<input type="checkbox"/> Juckreiz				Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		Gewicht: kg		Körpergröße: cm					Versorgungssystem:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Pflegemittel								<input type="checkbox"/> Blasenkatheter transurethral	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter suprapubisch		
								<input type="checkbox"/> Anus praeter	<input type="checkbox"/> Einmalinkontinenzartikel	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

# Entlass- und Überleitungs-Management

## Überleitungsbogen der KGK (1-3)

Pflegemittel						<input type="checkbox"/> Anus praeter	<input type="checkbox"/> Einmalinkontinenzartikel	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Mobilität	selbstständig	mit Anleitung	teilweise Übernahme	vollständige Übernahme	Hilfsmittel & pers. Hilfe	Gelegt / gewechselt am: _____		
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	Bisher versorgt mit _____						
Gehen	<input type="checkbox"/>	Besonderheiten						
Transfer	<input type="checkbox"/>	<b>Prophylaxen</b> <input type="checkbox"/> Kontraktur <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Soor / Parotitis <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Intertrigo <input type="checkbox"/> Sturz <input type="checkbox"/> Obstipation						
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	Sonstiges						
Sitzen auf dem Stuhl	<input type="checkbox"/>	<b>Dekubitus</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation, Größe + Grad siehe Grafik)						
Beweglichkeit im Bett	<input type="checkbox"/>	Risiko: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
Bemerkung								
Hilfsmittel	Rollstuhl	Rollator	Toilettentisch					
v = vorhanden b = beantragt	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> b							
Sonstiges						<b>Schlaf</b> <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> nächtliche Unruhe <input type="checkbox"/> Schnarchen		
Bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein						
Pflegebett						Besonderheiten:		
Dekubitus-Matratze						Schlafmittelgabe <input type="checkbox"/> Name: _____		

# *Entlass- und Überleitungs-Management*

## **Überleitungsbogen der KGK (2-1)**

Name		Vorname		Bewusstseinslage			
Geb. Datum				<input type="checkbox"/> wach / ansprechbar	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> soporös	<input type="checkbox"/> komatos
<b>Ernährung</b>				<b>Kommunikation</b>		<b>Orientierung / Psyche</b>	
<input type="checkbox"/> selbstständig		<input type="checkbox"/> braucht Anregung		<input type="checkbox"/> braucht Hilfe		<input type="checkbox"/> Persönlich	
<input type="checkbox"/> Schluckstörung		<input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung		<input type="checkbox"/> vollständige Hilfe		<input type="checkbox"/> Zeitlich	
Letzte Mahlzeit				<input type="checkbox"/> Gehör		<input type="checkbox"/> Örtlich	
<input type="checkbox"/> Diät		Welche:		<input type="checkbox"/> Sehen		<input type="checkbox"/> Situativ	
Sondentyp		Sonde gelegt am:		<input type="checkbox"/> Schrift		<input type="checkbox"/> Weglauftendenz	
Verabreichung per:				<input type="checkbox"/> Emährungspumpe	<input type="checkbox"/> Schwerkraft	<input type="checkbox"/> Spritze	
tägliche Menge Sondenkost		ml	Tee: ml		<b>Atmung</b>		
tägliche Kalorienzufuhr		kcal			<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> Schmerzen
Orale Emährung zusätzlich:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Husten		<input type="checkbox"/> Rasseln	<input type="checkbox"/> Luftnot
tägliche BE:		tägliche Trinkmenge ml				<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Absaugen
<input type="checkbox"/> Parentale Emährung		<input type="checkbox"/> Nahrungskarenz				<input type="checkbox"/> O2-Sonde	
<input type="checkbox"/> Trinkverhalten selbstständig		<input type="checkbox"/> Anhalten zum Trinken		<input type="checkbox"/> Kanüle		Kanülenart: Kanülengröße	

# Entlass- und Überleitungs-Management

## Überleitungsformular der KGK (2-2)

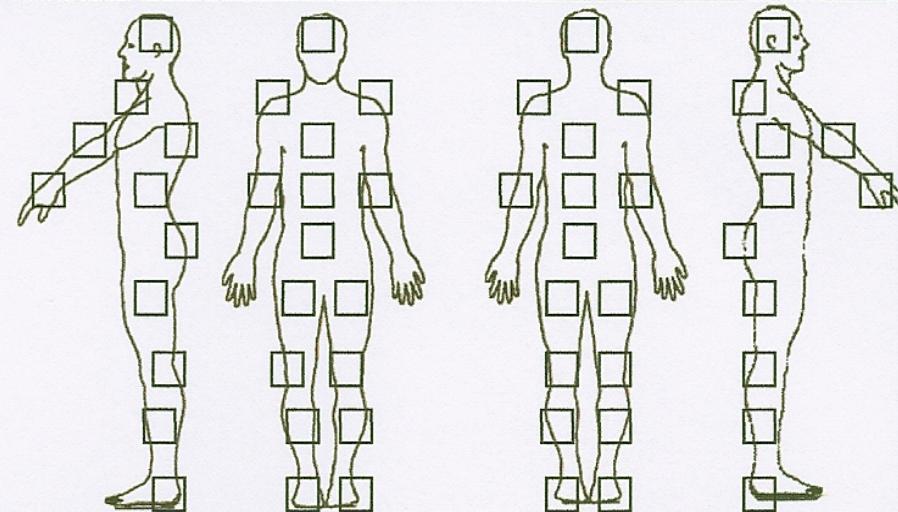
<b>Spezielle Aspekte</b>			<b>Spezielle Überwachung</b>		
Palliativpflege	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Blutdruck	<input type="checkbox"/> Temperatur	<input type="checkbox"/> Einfuhr
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Allergiepass vorhanden <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Puls	<input type="checkbox"/> Schmerz
Art			<input type="checkbox"/> Atmung	<input type="checkbox"/> Port	<input type="checkbox"/> Gewicht
Pilzinfektion	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (Lokalisation siehe Grafik)	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie
Wunden: z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (Lokalisation siehe Grafik)	<b>Schulung</b>		
Wundschmerz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Art der Anleitung:		
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wer wurde geschult:		
<b>Medikamente</b>					
Einnahme	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Bereitstellen der Tagesration	<input type="checkbox"/> Überwachung der Einnahme	letzte Medikation : Uhrzeit	
Injektion	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme		
Insulinverabreichung per	<input type="checkbox"/> Pen	<input type="checkbox"/> Spritze	<input type="checkbox"/> Insulinpumpe		
Blutzuckerkontrolle	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	Häufigkeit:	x täglich      x wöchentlich
<b>Suchtmittel</b>	Nikotin <input type="checkbox"/>	Alkohol <input type="checkbox"/>	Drogen <input type="checkbox"/>	Sonstiges	

# Entlass- und Überleitungs-Management

## Überleitungsbogen der KGK (2-3)

Besonderheiten (z.B. Behinderungen, biographische Merkmale / Vorlieben-Abneigungen):

Lokalisationsschema, Grad und Größe:



Hinweis: Diagnosen aus der ärztlichen Dokumentation entnommen.

Telefon- Nummer

Datum

Name / Unterschrift der Pflegefachkraft

Arztbrief liegt bei:

Information-Telefon-Nr.

# Entlass- und Überleitungs-Management

## Ärztlicher Kurzbericht der KGK (1-1)

AOK <input type="checkbox"/>	LKK <input type="checkbox"/>	BKK <input type="checkbox"/>	IKK <input type="checkbox"/>	VdAK <input type="checkbox"/>	AEV <input type="checkbox"/>	KBS <input type="checkbox"/>
Name						
Name		Vorname		geb. am		
Straße		PLZ	Ort			
Kassen- Nr.		Versicherten- Nr.		Status		

Adressfeld weiterbehandelnde Praxis

### Ärztlicher Kurzbericht

© Kölner Gesundheitskonferenz angelehnt an Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen und Düsseldorf

Ausführlicher Bericht folgt:  ja  nein

Behandelnder Arzt / Krankenhaus

Station

Name / Telefon & Fax- Nr.

Krankenhausaufenthalt von: bis:

Aufnahmegrund :

#### Diagnosen

#### ICD- 10 - Codierung

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

# *Entlass- und Überleitungs-Management*

## **Ärztlicher Kurzbericht der KGK (1-2)**

**Medikation:** siehe beiliegenden Verordnungsbogen

## Medikation Aufnahme

## Medikation Entlassung nach Abgleich mit Aufnahmemedikation

## Befunde

- EKG       Röntgen       Labor       Sono       Echo       Doppler       CT       MRT       Endoskopie       OP

Sonstige:

# Entlass- und Überleitungs-Management

## Ärztlicher Kurzbericht der KGK (1-3)

- Es wird bescheinigt, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Krankheit im Sinne des Infektionsschutzgesetzes (einschließlich ansteckungsfähiger Lungentuberkulose) vorliegen.

---

Datum \_\_\_\_\_ Name / Unterschrift der Ärztin / des Arztes \_\_\_\_\_

---

### Patientenerklärung (soweit nicht an anderer Stelle bereits erfolgt)

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an die für meine weitere Versorgung erforderliche/n Stelle/n  
(z.B. Reha-Einrichtung, Pflegedienst, ...) weitergegeben werden!

---

Name / Unterschrift Patientin / Patient / gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter

- Die Unterlagen wurden der Patientin / dem Patienten mitgegeben. Patientin / Patient übergibt die Überleitungsbögen persönlich.

### Mitgegebene Unterlagen

Labor

Vorberichte

Bilder

Arztbrief

Sonstiges:  
z. B.: ausführliche Befunddarstellung für  
Geriatrie/Psychiatrie auf 2. Blatt

Pflegestufe beantragt

Reha beantragt/eingeleitet

O<sub>2</sub>-Gerät

beantragt

mitgegeben

# *Entlass- und Überleitungs-Management*

## **Neue Überleitungsbögen:**

**müssten nun auch verwandt werden!**

## **Voraussetzungen:**

- Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen verwenden sie
- Krankenhäuser richten echtes Entlassmanagement ein nach dem Expertenstandard
- Auftretende Probleme werden im direkten Dialog und in Arbeitsgemeinschaften geklärt.

# *Entlass- und Überleitungs-Management*

## **Weiteres Verfahren**

Arbeitsgruppe der KGK berichtet auch bei den Krankenhäusern und den Niedergelassenen Ärzten und wirbt für die Teilnahme

Bericht in der KGK, wo sich die verschiedenen Gruppen dann zur Anwendung selbstverpflichten

# Entlass- und Überleitungs- management

Herzlichen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit

Dr. Martin Theisohn  
KGK , SV Köln