

# 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 Verfahrensregel-ung 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>Die Pflegefachkraft</b> <b>P1</b> - führt mit allen Patienten und ihren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste kriteriengeleitete 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>S2</b> - verfügt über Planungs- und Steuerungswissen in Bezug auf das Entlassungsmanagement.	<b>P2</b> - entwickelt in Abstimmung mit dem Pati-enten 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>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>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>S4</b> - ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.	<b>P4</b> - stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen rechtzeitig den voraus-sichtlichen 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>S5</b> - verfügt über die Fähigkeiten zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf von Patient und Angehörigen entspricht.	<b>P5</b> - führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden <i>vor</i> der Entlassung eine Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.	<b>E5</b> Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.
<b>S6</b> - ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen	<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 Um-	<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

Name des Arztes/ der Ärztin:

Datum:

1. Besteht nach der Entlassung die Notwendigkeit

einer **medizinischen Rehabilitation**?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, ☐ ambulant

☐ stationär

2. Besteht nach Entlassung ein **ambulanter Hilfebedarf**?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, ☐ Grundpflege

☐ Behandlungspflege

☐ Hilfsmittel, welche \_\_\_\_\_

3. Besteht nach der Entlassung die Notwendigkeit **vollstationärer Unterbringung**?

☐ ja ☐ nein

4. Leidet der Patient an einer Erkrankung, die eine ambulante oder stationäre **Hospizversorgung** nötig macht?

☐ ja ☐ nein

(z.B. ALS, fortgeschrittene Tumorerkrankung, Aids)  
wenn ja, ist der Patient über die Prognose aufgeklärt?

☐ ja ☐ nein

5. Leidet der Patient an einer dementiellen Erkrankung oder lebt in **unklarer sozialer Situation**?

(z.B. alleinstehend, Überforderung der Bezugsperson?)

☐ ja ☐ nein

6. Leidet der Patient an einer **Suchterkrankung**?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, muss die soziale Lebenssituation geklärt werden?

☐ ja ☐ nein

7. Benötigt der Patient **Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung**?

☐ ja ☐ nein

### Auswahlliste zur Bedarfserkennung für die Pflege

Name der Pflegefachkraft:

Datum:

1. Besteht nach der Entlassung ein Pflegebedarf? ☐ ja ☐ nein

wenn ja,

☐ Grundpflege

☐ Behandlungspflege

2. Hat der Patient eine **Pflegestufe**?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche

☐ I

☐ II

☐ III

3. Geht der Patient in eine bereits bestehende Pflegesituation zurück?

☐ ja ☐ nein

(Pflege durch Bezugsperson, amb. Pflegedienst, Tagespflege, Heim, etc.)

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

4. Befindet sich der Patient in **unklarer sozialer** und/oder beruflicher **Situation**?

☐ ja ☐ nein

(z.B. Obdachlosigkeit, alleinerziehend mit versorgungspflichtigen Kindern,  
keine Versorgung durch Bezugsperson, berufliche Probleme)

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?

Falls 1 ja: Entlassmanagement erforderlich

### **Pflege-Teil**

Pflegebedarf?

Pflegestufe

Bestehende

Pflegesituation

Unklare soziale Situation?



# Entlass- und Überleitungs-Management

## Ablaufschema zum Entlassmanagement

Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz

Sozialdienst eingeschaltet?

☐

Datum

Hdz.

Entlassung nach Hause:

1. Hilfsmittel verordnet?

☐

Entlassung mit Pflege:

1. Pflegeeinstufung vorhanden?

☐

I ☐ II ☐ III ☐

2. Pflegeeinstufung notwendig?

☐

3. Behandlungspflege notwendig?

☐

4. Info / Verordnungsvorschlag an Hausarzt erfolgt?

☐

5. Pflegedienst vorhanden?

☐

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Pflegedienst informiert?

☐

7. Patientenüberleitungsbogen erstellt?

☐

8. Patientenüberleitungsbogen weitergeleitet?

☐

Rehabilitation:

1. Befundbericht geschrieben?

☐

2. Rehaklinik bekannt?

☐

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Termin: \_\_\_\_\_

Transport geklärt? ☐ Taxischein ausgestellt?

☐

Abholung durch die Klinik?

☐

3. Patientenüberleitungsbogen erstellt?

☐

4. Patientenüberleitungsbogen weitergeleitet?

☐

Heim / Kurzzeitpflege / Hospiz:

1. Pflegeeinstufung eingeleitet?

☐

2. Pflegeeinrichtung bekannt?

☐

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3. Patientenüberleitungsbogen erstellt?

☐

4. Patientenüberleitungsbogen weitergeleitet?

☐

Info an Patient / Bezugsperson erfolgt?

☐

## *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 Informationsmaterialien**

# *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 Überleitungsbogens**

# *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

## Überleitungsbogen der KGK

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> 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	
--------	--	-----	--	-----	--

### Dokumente/Hilfsmittel/ Wertsachen mitgegeben

☐ Hausschlüssel

☐ Geldbörse

☐ Uhr

☐ Kreditkarte

☐ richterlicher Beschluss

☐ Versichertenkarte

☐ Organspendeausweis

☐ Patientenverfügung

☐ Vorsorgevollmacht

☐ Zahnprothese

☐ oben

☐ unten

☐ Hörgerät

☐ rechts

☐ links

☐ Brille

### Pflegebereitschaft der Bezugsperson:

☐ ja
 ☐ nein

### Bisherige Versorgung:

☐ selbstständig
 ☐ Bezugsperson
 ☐ amb. Pflegedienst
 ☐ Pflegeheim

### Einstufung Pflegeversicherung:

☐ nein
 ☐ beantragt
 ☐ am:

☐ ja
 ☐ bewilligte Stufe:

### Reha-Maßnahme

☐ beantragt
 ☐ am:



# Entlass- und Überleitungs-Management

## Überleitungsbogen der KGK (1-3)

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



# Entlass- und Überleitungs-Management

## Überleitungsbogen der KGK (2-1)

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



# Entlass- und Überleitungs-Management

## Überleitungsbogen 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 <input type="checkbox"/> Ausfuhr
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)		<b>Therapien</b>	
Wunden: z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (Lokalisation siehe Grafik)		<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie	
Wundschmerz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<b>Schulung</b>	
Herzschrillmacher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Letzte Kontrolle am:		Art der Anleitung:	
		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

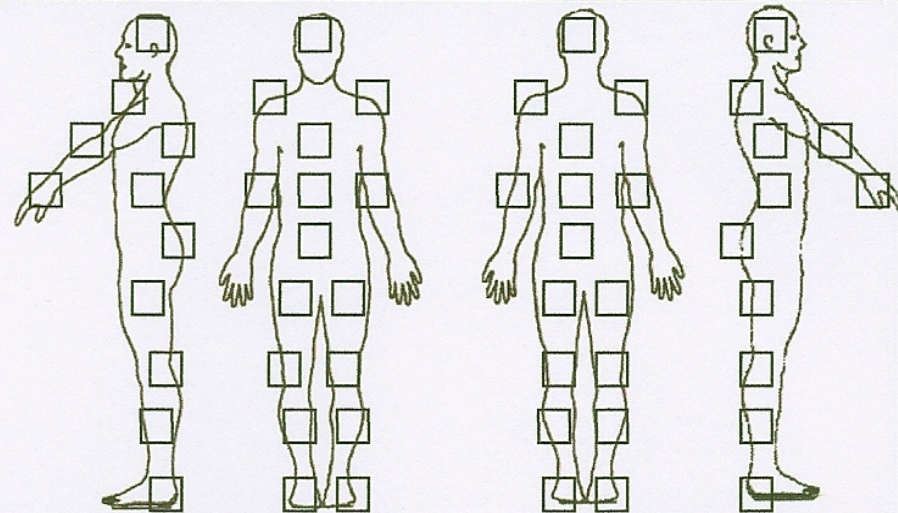


# Entlass- und Überleitungs-Management

## Überleitungsbogen der KGK (2-3)

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

Lokalisationsschema, Grad und Größe:



Hinweis: Diagnosen aus der ärztlichen Dokumentation entnehmen.

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	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

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Änderung Ja / Nein	Medikamenten Veränderungen erfolgt	Morgens Aufnahme	Mittags	Abends	Nachts

### 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  
Geriatric/Psychiatric auf 2. Blatt

☐ Pflegestufe beantragt

☐ Reha beantragt/eingeleitet

O<sub>2</sub>-Gerät

beantragt

☐ mitgegeben ☐

--

## **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.

## **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