

A. Basisdaten / Situation zu Beginn der Versorgung

SAPV-Pflegedienst _____
 Stadtbezirk Patient _____ Alter

< 51 Jahre	
51 - 75 Jahre	
> 75 Jahre	

 Geschlecht Patient ♂ ♀
 Krankenkasse GKV privat
 Datum des SAPV-Beginns (TTMMJJ)

--	--	--	--	--

SAPV initiiert durch: Pat/Ang SAPV-Arzt Haus-/Facharzt Heim Pflege-WG AHD Palliativstation Krkh sonstige

SAPV-Verordnung von <i>(nur eine Möglichkeit)</i> <input type="radio"/> Beratung <input type="radio"/> Koordination <input type="radio"/> Teilversorgung <input type="radio"/> Vollversorgung	Wohnsituation <i>(nur eine Möglichkeit)</i> <input type="radio"/> allein <input type="radio"/> mit Angehörigen <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> sonstige <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Pflege-WG	Wer kümmert sich? <input type="radio"/> Keiner <i>(mehrere Antworten sind möglich)</i> <input type="radio"/> Partner(in) <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Eltern(teil) <input type="radio"/> private Pflege <input type="radio"/> sonstige(r) Verwandte(r) <input type="radio"/> Freunde / Bekannte / Nachbarn	Allgemeinzustand <i>(nur eine Möglichkeit ankreuzen)</i> <input type="radio"/> eingeschränkt <input type="radio"/> weniger als 50 % bettlägrig <input type="radio"/> mehr als 50 % bettlägrig <input type="radio"/> moribund	Pflegeversicherung <input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> beantragt <input type="radio"/> Grad 1 <input type="radio"/> Grad 2 <input type="radio"/> Grad 3 <input type="radio"/> Grad 4 <input type="radio"/> Grad 5 Hilfe zur Pflege (HzP) <input type="radio"/> bewilligt <input type="radio"/> beantragt
---	---	--	--	---

B. Grunderkrankung / Hauptprobleme zu Beginn

Hauptdiagnose gemäß ärztlicher Verordnung _____

Was benennt der Patient als Hauptproblem zu Beginn _____

C. Palliativmaßnahmen im Verlauf (bei Erstberatung ohne folgende SAPV-Pflegeversorgung = Beratungsinhalte der Erstberatung)

Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer <input type="radio"/> Ambulanter Hospizdienst <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Apotheke <input type="radio"/> Logopäde/in <input type="radio"/> Betreuer (amtlich eingesetzt) <input type="radio"/> Pflegedienst (SGB V, SGB XI) <input type="radio"/> ErnährungsberaterIn <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Facharzt / Fachärztin <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Hausarzt / Hausärztin <input type="radio"/> PhysiotherapeutIn <input type="radio"/> Hilfsmittelfirma <input type="radio"/> Psychologe/ Psychotherapeut <input type="radio"/> Hospiz (stationär) <input type="radio"/> SeelsorgerIn <input type="radio"/> Krankenhaus (nicht Palliativstation) <input type="radio"/> SozialarbeiterIn <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> StomatherapeutIn <input type="radio"/> SAPV-Arzt/Ärztin <input type="radio"/> Sonstige Wer? _____	Pflegerische Leistungen in der SAPV Beratung und/oder Durchführung bzw Entwicklung symptombezogener Copingstrategien in Bezug auf ... <input type="radio"/> ärztlich verordnete Maßnahmen <input type="radio"/> Umsetzung ärztlich delegierter Leistungen <input type="radio"/> Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht <input type="radio"/> Stabilisierung des sozialen Umfeldes <input type="radio"/> Verlust von Appetit und Durst <input type="radio"/> Verlust von Autonomie <input type="radio"/> Verlust von Mobilität <input type="radio"/> Sonstige: _____	Probleme in der SAPV <input type="radio"/> Belastung der Angehörigen <input type="radio"/> Bereitstellung von Hilfsmitteln <input type="radio"/> Bewilligungspraxis der KK <input type="radio"/> Fragen des Therapieverzichts <input type="radio"/> Psychische Belastung der PFK <input type="radio"/> Schnittstellenprobleme <input type="radio"/> Soziales Umfeld des Patienten <input type="radio"/> Umgang mit der Erkrankung <input type="radio"/> Konfrontation mit Wunsch nach Sterbehilfe <input type="radio"/> Sonstige
---	---	--

D. Abschluss der Versorgung

SAPV abgeschlossen am (TTMMJJ) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Erstberatung ohne folgende-SAPV-Pflegeversorgung Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Zahl der Besuche im Rahmen von TV <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> VV <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> Zahl der Besuche im Rahmen von Kriseneinsätzen <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> Datum Überleitung am Lebensende (TTMMJJ) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Überleitungsgrund <input type="radio"/> Medizinische Notfallindikation <input type="radio"/> Sonstige medizinische Indikation <input type="radio"/> Dekompensation Patient/Angehörige <input type="radio"/> (Häusliche) Pflege nicht gesichert <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> Sonstiges / Was? _____																				am Lebensende übergeleitet in <input type="radio"/> Stationäres Hospiz <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> and. Kh.-Abt. <input type="radio"/> Sonstige Einrichtung Überleitung veranlasst durch ... <input type="radio"/> Facharzt <input type="radio"/> Hausarzt <input type="radio"/> Not-/Bereitschaftsarzt <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Pflegedienst <input type="radio"/> SAPV-Pflege <input type="radio"/> SAPV-Arzt/Ärztin <input type="radio"/> KH <input type="radio"/> selbst / Angehörige	Sterbeort <input type="radio"/> zu Hause <input type="radio"/> Stat.Hospiz <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> and.Kh.-Abt. <input type="radio"/> Sonstiger Ort <input type="radio"/> Unbekannt ... bzw.Abschlussgrund <input type="radio"/> Besserung der Situation <input type="radio"/> Umzug <input type="radio"/> Kontakt nicht mehr erwünscht <input type="radio"/> Ablehnung der Krankenkasse <input type="radio"/> Sonstiges
KÜ bis Versorgungsabschluss: SAPV <input type="radio"/> PV <input type="radio"/> HzP <input type="radio"/> Keine KÜ bis Versorgungsabschluss: SAPV <input type="radio"/> PV <input type="radio"/> HzP <input type="radio"/> Besonderheiten während der Versorgung: _____																					

➤ **Prolog**

- Der Dokubogen soll **zu jedem versorgten SAPV-Patienten** angelegt, **nach dem Ende der SAPV-Versorgung** (bei Tod des Patienten / Änderung des Wohnorts / Stabilisierung des Gesundheitszustandes / terminaler Krankenseinweisung usw.) mit den restlichen Daten ergänzt und online eingegeben werden. Die Zugangsdaten erhalten Sie über die HCB-Geschäftsstelle. Bitte denken Sie daran, dass die Eingabe bis zum 15. Januar abgeschlossen sein muss.

➤ **A Basisdaten / Situation zu Beginn der Versorgung**

- Jeder SAPV-Pflegedienst erhält eine **SAPV-Pflegedienstnummer von Home Care Berlin e. V.** - diese bitte hier eintragen.
- Bitte den **Stadtbezirk** eintragen, in dem der Patient versorgt wird. Außerdem das **Geschlecht** des Patienten angeben.
- Aus Datenschutzgründen ist hier das **Alter** des Patienten nur mit einem Kreuz den vorgegebenen Gruppen zuzuordnen.
- **Krankenkasse:** GKV ist die Zusammenfassung für alle **gesetzliche Krankenkassen** wie zum Beispiel Ortskrankenkassen (AOK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), Seekrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen, Bundesknappschaft, Techniker Krankenkasse, die BARMER GEK, die DAK-Gesundheit, die Kaufmännische Krankenkasse - KKH, die Handelskrankenkasse (hkk) und die HEK - Hanseatische Krankenkasse. Für die **Private Krankenversicherung** ist "Privat" anzukreuzen.
- **Datum des SAPV-Beginns (TTMMJJ):** Hier den ersten persönlichen Kontakt mit dem Patienten dokumentieren - in der Regel ist es ein Hausbesuch.
- **SAPV initiiert durch:** Hier sind mehrere Antworten möglich.
- **SAPV-Verordnung von:** Hier nur eine Antwort ankreuzen - nämlich diejenige, die den Versorgungsbeginn am umfassendsten beschreibt. Zur Klarstellung: In Berlin wird in der Regel von Beginn an immer entweder Teilversorgung oder Vollversorgung verordnet. Beratung und Koordination sind in beiden Versorgungsformen enthalten. Da Teil- oder Vollversorgung aber die umfassendere Beschreibung des Versorgungsgeschehens ist, ist in all diesen Fällen lediglich entweder Teil- oder Vollversorgung anzukreuzen. In den Fällen, in denen nur Beratung oder Koordination verordnet wird (ohne Teil- oder Vollversorgung) muss natürlich Beratung oder Koordination angekreuzt werden.
- **Wohnsituation:** Bitte nur eine Antwort ankreuzen.
- **Wer kümmert sich:** Gefragt wird nach denen im sozialen Umfeld der Patienten, die sich in Versorgung und/oder Pflege aktiv beteiligen
- **Allgemeinzustand:** Hier nur eine Antwort ankreuzen - gefragt wird nach dem AZ zu Beginn der SAPV!
- **Pflegeversicherung:** Hier nur eine Antwort ankreuzen - gefragt wird nach der Einstufung in der Pflegeversicherung zu Beginn der SAPV!
- **Hilfe zur Pflege (HzP):** Hier nur dann eine Antwort ankreuzen, wenn Hilfe zur Pflege schon beantragt oder schon bewilligt ist.

➤ **B Grunderkrankung / Hauptprobleme zu Beginn**

- **Hauptdiagnose gemäß ärztlicher Verordnung:** Bitte die Hauptdiagnose, die die SAPV begründet, hier angeben. Siehe SAPV-Erstverordnung (Muster 63).
- **Was benennt der Patient als Hauptproblem zu Beginn:** Bitte beim Erstbesuch den Patienten befragen, was aus seiner Sicht das zentrale Hauptproblem ist und eintragen.

➤ **C Palliativmaßnahmen im Verlauf** (bei Erstberatung ohne folgende SAPV-Pflegeversorgung = **Beratungsinhalte der Erstberatung**)

- **Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer:** Alle zu Beginn und im weiteren Verlauf beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer sind anzukreuzen. Bei SAPV-Arzt/Ärztin konkretisieren, mit welchem/welcher SAPV-Arzt/Ärztin zusammen gearbeitet worden ist.
- **Pflegerische Leistungen in der SAPV:** Alle zu Beginn und im weiteren Verlauf erbrachten pflegerischen SAPV-Leistungen ankreuzen.
- **Probleme in der SAPV:** Alle zu Beginn und im weiteren Verlauf auftretenden Probleme sind anzukreuzen. Mit dem Punkt „Psychische Belastung PFK“ sind die Pflegefachkräfte des SAPV-Pflegedienstes gemeint, die den Patienten/in versorgen und während der Behandlung eine besondere psychische Belastung empfinden.

➤ **D Abschluss der Versorgung**

- **SAPV abgeschlossen am:** Das Datum des Abschlusses der SAPV kann, muss aber nicht mit dem letzten Hausbesuch und auch nicht mit dem Sterbedatum zusammenfallen.
- **Erstberatung ohne folgende SAPV-Pflegeversorgung:** Hier wird nur zwischen Ja und Nein unterschieden
- **Zahl der Hausbesuche im Rahmen von Teilversorgung (TV):** Die Zahl der Besuche im Rahmen der Teilversorgung (ohne Kriseneinsätze)
- **Zahl der Hausbesuche im Rahmen von Vollversorgung (VV):** Zahl der Besuche im Rahmen der Vollversorgung (ohne Kriseneinsätze)
- **Zahl der Hausbesuche im Rahmen von Kriseneinsätzen:** Zahl der Besuche im Rahmen von Kriseneinsätzen (egal, ob TV oder VV).
- **Datum Überleitung am Lebensende:** Ein Datum ist hier nur einzutragen, wenn am Lebensende noch eine Ortsveränderung erfolgte - ohne Rückkehr in die alte Aufenthaltssituation.
- **Überleitungsgrund:** Hier sind mehrere Antworten möglich.
- **Am Lebensende übergeleitet in:** Hier bitte nur eine Antwort ankreuzen.
- **Überleitung veranlasst durch:** Hier bitte nur eine Antwort ankreuzen.
- **Kostenübernahme (KÜ) bis Versorgungsabschluss:** für SAPV ... Pflegeversicherung ... oder Hilfe zur Pflege
- **Keine Kostenübernahme (KÜ) bis Versorgungsabschluss:** für SAPV ... Pflegeversicherung ... oder Hilfe zur Pflege
- **Sterbeort:** Wenn der Abschlussgrund für die SAPV-Versorgung der Tod des Patienten ist, bitte hier nur eine Antwort ankreuzen.
- **... bzw Abschlussgrund:** Hier bitte nur eine Antwort ankreuzen.
- **Besonderheiten und Probleme während der Versorgung:** Alle Besonderheiten für die im Doku-Bogen kein Platz war, die aber erwähnt werden sollten und von allgemeinem Interesse sein könnten, sollen hier angegeben werden. Jeder Hinweis ist wichtig!