

An alle Ärzte mit der Genehmigung über die
SAPV

Der Vorstand
Ansprechpartner: Service-Center
Tel.: (030) 3 10 03 - 999
Fax: (030) 3 10 03 – 900
service-center@kvberlin.de

01.01.2011

**Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
Austausch der Anlage 3 ab 01.01.2011**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Rundschreiben vom 09.07.2010 haben wir Sie über die Handhabung des Patientendokumentationsbogens (Anlage 3 des SAPV-Vertrages) informiert.

Die Dokumentationsbögen waren demnach aus Gründen des Datenschutzes zunächst in der Praxis zu verwahren und nicht an Home Care e.V. zu senden.

Wir haben nun einen datenschutzrechtlich unbedenklichen Patientendokumentationsbogen (Anlage 3) erarbeitet, dem der Berliner Datenschutzbeauftragte zustimmte.

Wir bitten Sie mit Wirkung zum **01.01.2011** den neuen Patientendokumentationsbogen zu verwenden. Dieser ist exemplarisch diesem Brief beigelegt.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Vom 01.01.2011 bis 31.03.2011:

Bitte übersenden Sie erstmalig zum 01.04.2011, die von Ihnen im 1. Quartal ausgefüllten Patientendokumentationsbögen in anonymisierter Form dem Home Care e.V.

Ab dem 01.04.2011:

Ab dem 01.04.2011 bitten wir Sie, die Patientendokumentationsbögen gem. § 10 Abs. 4 der Rahmenvereinbarung in anonymisierter Form bis spätestens zum 15.01. des Folgejahres an den Home Care e.V. zu übersenden.

Adresse des Home Care e.V.:

Home Care e.V., Brabanter Str. 21, 10713 Berlin

**Ergänzende
Hinweise zum
Rundschreiben
vom 09.07.2010:**

**Überarbeitete Anlage 3 mit
Wirkung zum
01.01.2011**

Wichtig:

**Bitte beachten
Sie die Hinweise
zur Weiterleitung
der Bögen**

Home Care e.V.

Die Vereinbarung zum Austausch und zur Weiterleitung des Patientendokumentationsbogens (Anlage 3) befindet sich derzeit noch im Unterschriftenverfahren.

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gerne telefonisch zur Verfügung.

**Vereinbarung
noch im Unterschriftenverfahren**
☎ 31003-999

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Angelika Prehn
Vorstandsvorsitzende



Dr. med. Uwe Kraffel
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke
Vorstandsmitglied

Praxisrelevante Angaben

Praxis-Stempel

verantwortliche(r) Arzt / Ärzte SAPV

1. _____

2. _____

Situation bei Aufnahme in die SAPV

Geburtsjahr Patient

Geschlecht männlich weiblich

Wohnverhältnis beim Erstbesuch

- Wohnung, allein
- Wohnung, mit Angehörigen
- Senioren-/Pflegeheim
- sonstiges

Krankenkasse oder KK-Betriebsnummer

SAPV verordnet durch ★

- Facharzt
- Hausarzt
- Heimarzt
- Palliativstation
- andere Khs.-abteilung
- selbst (SAPV-Arzt)

sonstiger Zugang:

Ziel der Versorgung ★

- Optimierung der Schmerztherapie
- Therapie anderer Symptome
- Behandlung von Begleiterkrankungen
- psychische Stabilisierung des Patienten
- Stabilisierung der Angehörigen
- Organisation des SAPV-Netztes

Umfang der SAPV ★

- telefonische Beratung von Betroffenen
- Beratung von Betroffenen vor Ort
- telefonische Beratung des primärvers. Arztes
- Beratung primärvers. Arzt vor Ort (Konsil)
- Teilversorgung mit dem primärvers. Arzt
- Vollversorgung
- Koordination der ambulanten Versorgung

Diagnose(n), die die SAPV begründen

Hauptdiagnose

ICD

Symptomgeschehen beim ersten Besuch

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte ulcerierende/ exulcerierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik
- ausgeprägte Überforderung des sozialen Umfelds
- sonstiges komplexes Symptomgeschehen

Betreuungsverlauf

Datum des ersten Kontakts

Datum des ersten Besuchs

Ort des ersten Besuchs

- (eigene) Wohnung
- Senioren-/Pflegeheim
- stationäres Hospiz
- Kurzzeitpflege
- Krankenhaus

Datum des letzten Kontakts

Datum des letzten Besuchs

Ort des letzten Besuchs

- (eigene) Wohnung
- Senioren-/Pflegeheim
- stationäres Hospiz
- Kurzzeitpflege
- Krankenhaus

SAPV abgeschlossen am:

Begründung des Abschlusses ★

- Tod des Patienten
- Änderung des Wohnorts des Patienten
- Stabilisierung des Gesundheitszustandes
- neue kausale Therapieoptionen
- Krankenhauseinweisung
- Wechsel des SAPV-Arztes / Teams

Sterbedatum

Sterbeort

- (eigene) Wohnung
- Senioren-/Pflegeheim
- stationäres Hospiz
- Kurzzeitpflege
- Palliativstation
- andere Krkhs.-Station
- unbekannt
- sonstiges (Transport...)

Temporäre Krankenhauseinweisungen während der gesamten SAPV - Zeit

Gesamtzahl der Krankenhauseinweisungen zwischen erstem und letztem Besuch

Summe der im Krankenhaus verbrachten Tage zwischen erstem und letztem Besuch

Letzte Einweisung / Verlegung, die mit dem Tod des Patienten endete (ausfüllen, wenn der Sterbeort nicht der Versorgungsort zu Beginn ist)

Datum der Einweisung / Verlegung ins Krankenhaus / Heim / stationäre Hospiz:

Tageszeit zwischen 6 und 18 Uhr

übrige Zeit

Wer hat die Einweisung veranlasst?

- Patient / Angehörige
- SAPV Arzt
- Hausarzt
- Notarzt
- Pflegedienst / Pflegepersonal
- unbekannt

Was war(en) die Ursache(n)? ★

- medizinische Notfallsituation
- sonstige medizinische Indikation
- Dekompensation Patient/Angehörige
- (häusliche) Pflege nicht gesichert
- SAPV-Arzt nicht verfügbar
- diagnostische Abklärung
- unbekannt

Versorgungsziffern

Zahl der konsiliarischen Telefonate

Zahl der Hausbesuche im Rahmen einer Teilversorgung

Zahl der Konsiliarbesuche

Zahl der Hausbesuche im Rahmen einer Vollversorgung

Einbezogene Leistungserbringer während der SAPV-Zeit ★

- Physiotherapie
- ambulanter Hospizdienst
- Seelsorger
- Psychologen / -therapeuten
- Sozialarbeiter
- nichtspez. Pflegedienst
- SAPV-Pflegedienst: (welcher)

Datum

Unterschrift

★ = (alles Zutreffende ankreuzen)