



**Gemeinsamer Datensatz** (Version 18.7.2011)

| <b>I. Kerndatensatz für Palliativpatienten:<br/>Erfassung zu Beginn und Ende der Palliativversorgung</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Items</b>                                                                                             | <b>Antworten, Kategorien</b>                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Identifikationsnummer</b>                                                                             | Fortlaufende eindeutige Nr. des Patienten                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Demographische Angaben</b>                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Alter                                                                                                    | numerisch                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Aufnahmedatum                                                                                            | Datum                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Geschlecht                                                                                               | weiblich   männlich                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Wohnsituation                                                                                            | allein   Heim   mit Angehörigen   Sonstige                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Angaben zur Erkrankung</b>                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Hauptdiagnose/Grundkrankheit<br>(palliativmedizinisch relevant)                                          | ICD (eine)                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Funktionsstatus (ECOG)                                                                                   | Normale Aktivität  Gefähig, leichte Arbeit möglich<br>  Nicht arbeitsfähig, kann > 50% der Wachzeit aufstehen<br>  Begrenzte Selbstversorgung, > 50% Wachzeit bettlägerig<br>  Pflegebedürftig, permanent bettlägerig                                                        |
| <b>Angaben zur Versorgung (Strukturqualität)</b>                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Behandlung, Begleitung<br>(bei Behandlungsbeginn<br>oder bei Übernahme des Patienten)                    | ambulant:   SAPV Team   Hausarzt   Ambulante Pflege   Palliativarzt (QPA)<br>  Palliativpflege (AHPP, APD)   Palliativberatung (AHPB)<br>  Ehrenamtlicher Dienst   Palliative Care Team<br>stationär:   KH   KH (Palliativstation)   Heim   Stationäres Hospiz  <br>Sonstige |
| Absprache / Vorlage                                                                                      | Patientenverfügung   Vollmacht   Betreuung                                                                                                                                                                                                                                   |
| Datum der Erfassung                                                                                      | Datum                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Angaben zum Behandlungsbedarf</b>                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Schmerzen                                                                                                | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Übelkeit                                                                                                 | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Erbrechen                                                                                                | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Luftnot                                                                                                  | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Verstopfung                                                                                              | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Schwäche                                                                                                 | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Appetitmangel                                                                                            | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Müdigkeit                                                                                                | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Pflegeprobleme wegen Wunden / Dekubitus                                                                  | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Hilfebedarf bei Aktivitäten des tägl. Lebens                                                             | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Depressivität                                                                                            | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Angst                                                                                                    | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Anspannung                                                                                               | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Desorientiertheit, Verwirrtheit                                                                          | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Probleme mit Organisation der Versorgung                                                                 | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Überforderung der Familie, des Umfeldes                                                                  | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |
| Andere Symptome                                                                                          | kein   leicht   mittel   stark                                                                                                                                                                                                                                               |



| Angaben zur Therapie (Prozessqualität)                     |                                                                      |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Opioide der WHO Stufe III                                  | ja / nein                                                            |
| Steroide                                                   | ja / nein                                                            |
| Chemotherapie                                              | nein / fortgesetzt / initiiert                                       |
| Strahlentherapie                                           | nein / fortgesetzt / initiiert                                       |
| besonderer Aufwand mit:                                    | Text                                                                 |
| Angaben zum weiteren Verlauf, Abschluss (Ergebnisqualität) |                                                                      |
| Welches Problem konnte besonders gut gelöst werden?        | Text                                                                 |
| Welches Problem konnte nicht ausreichend gelöst werden?    | Text                                                                 |
| Datum (Entlassung / Änderung der Betreuung / Tod)          | Datum                                                                |
| Therapieende                                               | Verstorben   Verlegung, Entlassung   Sonstiges:                      |
| Sterbeort                                                  | zuhause   Heim   Krankenhaus   Palliativstation   Hospiz   unbekannt |
| Zufriedenheit mit der Behandlung                           | sehr schlecht   schlecht   mittel   gut   sehr gut                   |

| II. SAPV-Struktur-Modul:<br>Erfassung bei jeder Verordnung bzw. Intensitätswechsel |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Items                                                                              | Antworten, Kategorien                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Identifikationsnummer                                                              | Fortlaufende Nr. wie bei Kerndatensatz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Angaben zur Versorgung (Strukturqualität)                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| SAPV                                                                               | Beratung von: behandelndem Arzt   behandelnder Pflegefachkraft   des Patienten / der Angehörigen   Koordination<br>  additive Teilversorgung   vollständige Versorgung                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Datum Verordnung                                                                   | Datum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Datum SAPV-Beginn                                                                  | Datum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Art der Verordnung                                                                 | Erstverordnung   Folgeverordnung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Verordnung durch                                                                   | Hausarzt   niedergelassener Facharzt   KH-Arzt<br>  andere   keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Übernahme aus                                                                      | Eigene Häuslichkeit   Ambulantes Umfeld   Stationäre Pflegeeinrichtung<br>  Stationäres Hospiz   KH   KH (Palliativstation)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Beteiligte assoziierte Partner in der SAPV-Erbringung                              | Ärztlich:<br>  Hausarzt   niedergelassener Facharzt   KH-Arzt   Sonstige<br>Pflegerisch:<br>  Ambulanter Pflegedienst   Ambulanter Palliativpflegedienst<br>  Stationäre Pflegeeinrichtung   Stationäres Hospiz<br>Ambulanter Hospizdienst:<br>  Ambulante Palliativberatung (AHD, AHPB)<br>  Begleitung durch Ehrenamtliche<br>Weitere Professionen:<br>  Case Management   Ernährungsberatung   Physiotherapie   Psychologie<br>  Seelsorge   Sozialarbeit   Andere |
| Angaben zum Verlauf                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Datum Ende der SAPV                                                                | Datum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Art Ende der SAPV                                                                  | SAPV nicht (mehr) erforderlich   Einweisung   Patient verstorben                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Krankenhauseinweisungsgrund                                                        | Text                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |