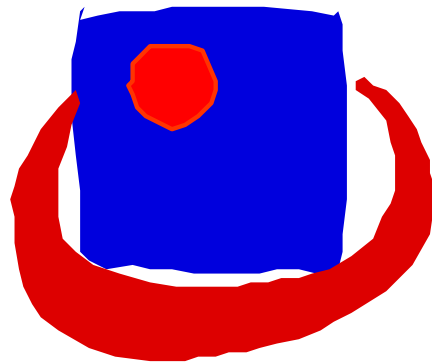


**Dokumentation und Qualitätssicherung in der
Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
(SAPV) für
palliativmedizinische und hospizliche Einrichtungen
und Netzwerke**

Unter Nutzung der bundesweiten online-Datenbank der
Hospiz- und Palliativ-Erfassung (HOPE)



Die Koordinationsgruppe HOPE und ihre Ansprechpartner

In der Koordinationsgruppe sind die Gesellschaften und Förderer als Kooperationspartner sowie die Berufsgruppen repräsentiert, zusätzlich hat jedes Mitglied inhaltliche Schwerpunkte.



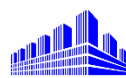
Deutsche Gesellschaft
für Palliativmedizin e.V.



Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.

Prof. Dr. Lukas Radbruch

lradbruch@ukaachen.de



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
AACHEN

KLINIK FÜR PALLIATIVMEDIZIN
MEDIZINISCHE FAKULTÄT



Prof. Dr. Friedemann Nauck

friedemann.nauck@med.uni-goettingen.de

UNIVERSITÄTSMEDIZIN
GÖTTINGEN

UMG

Abteilung
Palliativmedizin

Dr. Claudia Bausewein MSc

claudia.bausewein@med.uni-muenchen.de

Dr. Gabriele Lindena

gabriele.lindena@clara-klifo.de

Prof. Dr. Petra Feyer

Petra.Feyer@vivantes.de

Karl Neuwöhner

neuwoehner@hancken.de

Dr. Martin Fuchs

martinfuchs_K@web.de

Dr. Christoph Ostgathe

christoph.ostgathe@uk-koeln.de

Dr. Ute Heinze

ute.heinze@mundipharma.de

Anita Prescher

prescher@krebsgesellschaft.de

Norbert Krumm

nkrumm@ukaachen.de

Josef Roß

josef.ross@pius-hospital.de

Stand: 8.12.2008

1. Einleitung

Die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) will für alle Patienten ein Recht auf Hospiz- und Palliativversorgung und damit ein ambulantes flächendeckendes Versorgungssystem einführen.

In den entsprechenden Gesetzen (GKV-WSG §37b zum 1.4.2007), den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA vom 20.12.2007) und den gemeinsamen Empfehlungen der Krankenkassen nach §132d (vom 23.6.2008) haben die Dokumentation, die Evaluation und die Qualitätssicherung einen besonders hohen Stellenwert. Auch hat das Ministerium den GBA zu einer jährlichen Berichterstattung, erstmalig zum 31.12.2009 aufgefordert.

Eine solche Berichterstattung ist mit der bisherigen fach-, berufsgruppen- und sektorenbezogenen Dokumentation nicht möglich. Es wird daher eine einheitliche Dokumentation vorgeschlagen, die flächendeckend und gemeinsam in der SAPV genutzt werden soll. Auf dieser Grundlage wird die Vergleichbarkeit aller Initiativen gewährleistet und kann eine Evaluation durchgeführt werden.

Für diese Dokumentation und Evaluation sollte das seit Jahren als Standarddokumentation eingeführte Hospiz- und Palliativfassungssystem (HOPE) genutzt werden, das für die Anforderungen der SAPV ergänzt wurde.

2. Das Dokumentationssystem HOPE

HOPE wurde 1999 als gemeinsame Dokumentation bei Palliativpatienten mit dem Ziel der Entwicklung einer Standarddokumentation eingeführt. Seitdem wurden in jährlichen Dokumentationsphasen mit wachsender Teilnehmerzahl Erfahrungen ausgetauscht und entsprechende Änderungen am Basisbogen vorgenommen. Parallel zum Basisbogen wurden Module zur vertieften Bearbeitung einzelner Fragestellungen eingesetzt und wesentliche Aspekte daraus in den Basisbogen übernommen.

Der Basisbogen aus HOPE ist eine gemeinsam entwickelte, sektoren- und berufsgruppenübergreifend genutzte, praxisnahe, mit Erfahrungen unterfütterte Standarddokumentation für Hospiz- und Palliativpatienten. In die Entwicklung von HOPE sind Erfahrungen aus dokumentierten Behandlungsverläufen von mehr als 17.000 Patienten eingegangen. In den letzten Erhebungsphasen beteiligten sich zunehmend ambulante Einrichtungen aus allen Bundesländern, in 2008 waren es 45.

Das HOPE-System diene auch als externes Qualitätssicherungsinstrument. Die Teilnehmer haben Qualitätsindikatoren diskutiert, dokumentiert, überprüft. Neben den Berichten an die Teilnehmer wurden die Ergebnisse der Auswertungen in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht [1-3, 5-8].

Seit 2004 wird in den Erhebungsphasen von HOPE zusätzlich ein Benchmarking zu ausgewählten Indikatoren, z.B. dem Anteil der zu Hause verstorbenen Patienten, durchgeführt.

Die Erfahrungen aus den Auswertungen werden in einem Forschungsprojekt weiter bearbeitet, in dem Qualitätsindikatoren und Dimensionen strukturiert untersucht werden [4]. Die Mitglieder der

Koordinationsgruppe sind an diesem Projekt, das von der Deutschen Krebshilfe gefördert wird, federführend beteiligt. Die Ergebnisse werden in die weitere Entwicklung von HOPE einfließen.

HOPE wird geleitet von einer interdisziplinären multiprofessionellen Koordinationsgruppe aus renommierten Experten zur Dokumentation und Qualitätssicherung in der Palliativversorgung und Vertretern der Kooperationspartner Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und PalliativVerband und Deutsche Krebsgesellschaft.

Nach den jahrelangen Erfahrungen mit HOPE und der online-Dokumentation ist die Ausgestaltung des Systems als gemeinsame Dokumentations- und Datengrundlage der Hospiz- und Palliativversorgung bundesweit relativ kostengünstig. Die Entwicklung des Dokumentationssystems und der online-Datenbank wird von der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband gefördert und durch eine inhaltlich unbeschränkte finanzielle Zuwendung der Mundipharma GmbH unterstützt.

Mit der Einführung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) wurde HOPE erweitert und angepasst. Seit Jahren wurde ein online-Dokumentationssystem angeboten, das nun den beteiligten Einrichtungen ganzjährig zur Verfügung steht. Neu eingeführt wird die Dokumentation für Palliativnetzwerke, bei denen mehrere Einrichtungen gleichzeitig oder nacheinander auf die gleichen Patientendaten zugreifen müssen. Eine Datenspeicherung auf einem gemeinsamen Server und eine automatische Ausgabe der Daten an die Nutzer ist EDV-technisch möglich und sinnvoll.

Die Kooperationspartner empfehlen den Basisbogen als Standarddokumentation für Hospiz- und Palliativpatienten. Für die Evaluation der von der Deutschen Krebshilfe geförderten Palliativprojekte ist 2008 bis 2010/11 neben dem Basisbogen und dem MIDOS-Modul die Dokumentation des Pflegebedarfs mit dem Barthel-Index vorgesehen. Niedersächsische Palliativstützpunkte und das Rheinland haben ihre Dokumentation auf HOPE aufgebaut.

In den ambulanten Hospizdiensten, die überwiegend ehrenamtliche Betreuer koordinieren, bestehen bisher kaum Ansätze zur EDV-Dokumentation. Gemeinsam mit dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband wurde eine Untersuchung mit ambulanten Hospizdiensten durchgeführt, in dem der Koordinator den Basisbogen zur schriftlichen Erfassung des Versorgungsbedarfs des Patienten nutzte. Dies war in den ambulanten Hospizdiensten in der Regel möglich. Damit ist eine Einbindung dieser Dienste in Palliativnetzwerke im Sinne der SAPV auch über die Dokumentation gewährleistet.

Ein Handbuch, das neben dem Konzept Referenzwerte und Zusammenfassungen der veröffentlichten Daten enthält, ist in Vorbereitung.

Im Folgenden werden die Formulierungen aus den gemeinsamen Empfehlungen nach §132 d SGB V aufgegriffen und die Eignung des Dokumentationssystems von HOPE beschrieben.

3. Die Anforderungen an die Dokumentation nach den Empfehlungen des §132 d Absatz 2 SGB V im Einzelnen:

Empfehlungen: 4.4 Die spezialisierten Leistungserbringer haben als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:

i. ...für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung geeignet

Der Basisbogen stellt bei allen Einrichtungsarten und Professionen eine gemeinsame Informationsbasis über die aktuelle Situation von Hospiz- und Palliativpatienten bei Aufnahme, im Verlauf und zu Abschluss der Betreuung dar. Bei jedem Besuch und, wenn sich im Verlauf Änderungen der Situation ergeben oder der Therapie erforderlich sind, sollte eine Spalte im Verlaufsbogen ausgefüllt werden. Zusätzlich sollte der Selbsterfassungsbogen MIDOS zu Beginn und in wöchentlichen Abständen durch den Patienten selbst oder bei einem Interview ausgefüllt werden.

Mit den vorhandenen optionalen Modulen kann HOPE an die Bedürfnisse der ambulanten und stationären Palliativversorgung angepasst werden. Weitere Module für Qualitätssicherung oder für Forschungsfragen können in HOPE integriert und zur Dokumentation und Auswertung für die Dokumentationsphasen allen interessierten Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden.

ii. ...aktuell geführt

Jede Einrichtung kann online an dem patientenbezogenen Informationsaustausch im jeweiligen Palliativnetzwerk teilnehmen. Die Einrichtungen erhalten dazu jeweils ihren individuellen geschützten Zugang mit Benutzername und Kennwort. Mit dem HOPE-Basisbogen beginnt die patientennahe Dokumentation bei Palliativpatienten. Bei jedem Besuch können mit einer Spalte des Verlaufs Bogens aktuelle Informationen eingefügt werden. Der Stützpunkt/ die Koordination kann Telefonprotokolle, Patienten Anmeldung und Besuchsstatistik nutzen.

Um nicht nur einen aktuellen Datenabruf, sondern auch eine aktuelle Dateneingabe zu erreichen, können die ambulanten Kooperationspartner mit Table PC oder Handy mit gutem Auflösungsvermögen und Tastatur ausgestattet werden, die eine periphere Dateneingabe ermöglichen.

iii. ...für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugänglich

Jeder frei geschaltete Dienst kann seine Angaben zum Patienten dokumentieren und ggf. ändern. Er kann die Dokumentation anderer in die Behandlung dieses Patienten eingebundenen und frei geschalteten Netzwerkpartner einsehen. Die aktuell eingegebenen Daten werden im gesicherten Datenaustausch online mit der zentralen Datenbank synchronisiert, und so den anderen beteiligten Versorgungseinrichtungen zugänglich gemacht. Die Daten werden zentral auf einem geschützten Server gesammelt. Die Datenübertragung erfolgt mit einer SSL-Datenverschlüsselung wie beim online-banking. Es werden keine Klarnamen verwendet, sondern pseudonymisiert, d.h. alle Dokumente durch eine eindeutige Nummer für jeden Patienten zusammen geführt. Netzwerke/Stützpunkte führen eine Liste mit der Zuordnung der eigenen Patienten zu den verwendeten Nummern. Eine Patienten Anmeldung kann nur mit den vollständigen Angaben zu

einem Patienten und nach dessen Einverständnis erfolgen. Ein anderer Versorger erhält Zugriff auf diese Daten mit Leserecht nur, wenn er von dem verantwortlichen Zentrum für diesen Patienten frei geschaltet wurde.

So sollen die notwendigen Informationen unmittelbar nach der jeweiligen Aktion (und der Eingabe) anderen Versorgern zur Verfügung stehen und damit die Koordination der gemeinsamen Versorgung erleichtert werden.

iv. ...individuell, mit beteiligten Leistungserbringern abgestimmt

Empfehlungen: 6.4 Die spezialisierten Leistungserbringer erstellen einen individuellen Behandlungsplan, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist

Die Dokumentation bildet die gemeinsame Informationsgrundlage für alle an einer Patientenbetreuung beteiligten und frei geschalteten Dienste. Alle Einrichtungen nutzen die gleichen patientenbezogenen Formulare und können relevante Informationen bei den anderen Partnern schnell identifizieren. So wird die Therapieplanung und die Koordination der Versorgung erleichtert.

Dabei spielt es zunächst keine Rolle, ob die Netzwerkpartner parallel oder im Anschluss den Patienten betreuen. Bei der Übergabe des Patienten an weiterbehandelnde Netzwerkpartner können jedoch auch ausgewählte Informationen zur Verfügung gestellt werden.

v. ...patientenbezogen, sachgerecht und kontinuierlich, als Konzept vorliegend

Empfehlungen: 6.2 Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und auf Wunsch der Krankenkasse als Konzept vorzulegen. Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten enthalten.

Die HOPE-Datenbank ist mit der Einführung der SAPV ständig offen. Die beteiligten Einrichtungen können damit kontinuierlich dokumentieren.

Das Konzept für die Nutzung von HOPE als Dokumentationssystem in der SAPV kann von der Homepage www-hope-clara.de ausgedruckt und im Sinne der Vorgaben zur Vorlage bei den Krankenkassen genutzt werden.

vi. Qualitätsindikatoren und bundesweite Evaluation

Neben den patientennahen Struktur- und Indikations-, Prozess- und Ergebnisindikatoren sind versorgungsrelevante Aspekte zu prüfen, z.B. welche Strukturen in die Patientenversorgung einbezogen wurden und wie der Informationsaustausch zwischen spezialisierter und nicht-spezialisierter Palliativversorgung funktioniert. Die Erfahrungen und Daten aus HOPE können als Grundlage für die bundesweite Evaluation der SAPV genutzt werden.

vii. ...kompatibel mit Dokumentationssystemen

Empfehlungen Absatz 6 Qualitätssicherung: 6.2 Es (das Dokumentationssystem) muss kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sein.

Bei der Vielzahl der Dokumentationssysteme im ambulanten und stationären Sektor ist eine vollständige Einbettung einer Palliativdokumentation kaum möglich. Eine solche Einbettung würde für jedes Dokumentationssystem einen hohen Kostenaufwand bedeuten. Für HOPE wurde ein online-System gewählt, das nicht an Einzellizenzen eines EDV-Programmes gebunden ist und nicht mit lokalen Programmen in Konflikt kommt. HOPE wird zentral aktualisiert, so dass kein Aufwand für lokale Wartung, Aktualisierung oder Fehlerbehebung entstehen kann. HOPE ist inhaltlich ein ergänzendes System zu der üblichen Praxissoftware und Pflegedokumentation.

4. Multiprofessionell vernetzte Versorgungsstruktur

HOPE kann als Plattform für eine gemeinsame Dokumentation die patientenbezogene Kommunikation zwischen den Berufsgruppen ebenso wie zwischen den Netzwerkpartnern unterstützen und die Aktualität der Informationen sichern.

5. Qualitätssicherung

Empfehlungen Punkt 1. Zielsetzung: 1.3 Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Empfehlungen fortlaufend auswerten und diese erforderlichenfalls weiterentwickeln.

Empfehlungen Absatz 6. Qualitätssicherung: 6.1 Die spezialisierten Leistungserbringer sind verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Sie sollen sich außerdem an Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung beteiligen. 6.2 Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten und – soweit vorhanden – Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen.

Das HOPE-System bietet umfangreiche Möglichkeiten zur externen Qualitätssicherung. Die beteiligten Einrichtungen können weiterhin das Benchmarking in den Erhebungsphasen nutzen, in dem zu ausgewählten Indikatoren die eigenen Daten der Einrichtung im Vergleich zur Gruppe von Einrichtungen der gleichen Art dargestellt werden.

6. Optionen

Weitere Optionen können vereinbart werden. So ist zum Beispiel geplant, alle Teilnehmer nach ihrem Einverständnis für eine überregionale Auswertung zur Evaluation nach Einführung der SAPV zu bitten.

7. Datenhoheit und Auswertung

Die Daten aus Netzwerken stehen ausschließlich dem jeweiligen Netzwerk zur Verfügung. Die Einrichtungen können sich ohne zusätzliche Kosten an der jährlichen HOPE-Dokumentationsphase beteiligen. Die Daten aus diesem dreimonatigen Zeitraum gehen dann in anonymisierter Form in einen allgemeinen Datenpool für gemeinsame Auswertungen und als Vergleichswerte für das Benchmarking ein.

8. Literatur

1. Lindena G, Nauck F, Bausewein C, Neuwohner K, Heine O, Schulenberg D, Radbruch L (2005) **Qualitätssicherung in der Palliativmedizin--Ergebnisse der Kerndokumentation 1999-2002.** Z Arztl Fortbild Qualitätssich 99(9): 555-65.
2. Nauck F, Ostgathe C, Klaschik E, Bausewein C, Fuchs M, Lindena G, Neuwohner K, Schulenberg D, Radbruch L (2004) **Drugs in palliative care: results from a representative survey in Germany.** Palliat Med 18(2): 100-7.
3. Nauck F, Radbruch L, Ostgathe C, Fuchs M, Neuwohner K, Schulenberg D, Lindena G (2002) **Kerndokumentation für Palliativstationen - Strukturqualität und Ergebnisqualität.** Z Palliativmed 3: 41-49.
4. Pastrana T, Junger S, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L (2008) **A matter of definition - key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care.** Palliat Med 22(3): 222-32.
5. Radbruch L (2005) **Kerndokumentation für Palliativstationen.** Hospiz-Zeitschrift 7: 16-18.
6. Radbruch L, Nauck F, Fuchs M, Neuwohner K, Schulenberg D, Lindena G (2002) **What is palliative care in Germany? Results from a representative survey.** J Pain Symptom Manage 23(6): 471-83.
7. Radbruch L, Nauck F, Ostgathe C, Elsner F, Bausewein C, Fuchs M, Lindena G, Neuwohner K, Schulenberg D (2003) **What are the problems in palliative care? Results from a representative survey.** Support Care Cancer 11: 442-451.
8. Radbruch L, Ostgathe C, Elsner F, Nauck F, Bausewein C, Fuchs M, Lindena G, Neuwohner K, Schulenberg D (2004) **Prozesse und Interventionen auf den deutschen Palliativstationen. Ergebnisse der Kerndokumentation 2001.** Schmerz 18(3): 179-88.

9. HOPE Dokumentationssystem für die SAPV

Funktionen	HOPE SAPV Gesamtpaket für ambulant/stationäre Netzwerke	HOPE Dokumentationsphase 15.3.-15.6.2009	eigene ganzjährige Nutzung
Nutzung und Dokumentation	Angebot	kostenlos während Förderung	kostenlos während Förderung
Koordination Telefonprotokoll	x		
Patientenanmeldung an Kooperationspartner	x		
Patientenbesuchsliste	x		
Basisbogen zur Erfassung des Versorgungsbedarfs, zu Beginn und Ende der Versorgung	x	x	x
MIDOS Selbsterfassung	x	x	x
Verlaufsbogen	x	x	x
Mitarbeiter- und	x	x	x
Angehörigenbefragung	x	x	x
Barthelindex	x	x	
Datenexport	x	x	x
Dateneingabe von Papierdokumentationen	x	mit Abrechnung	
Einrichtung eines Netzwerks zu gemeinsamem Datenzugriff und gemeinsamer Datennutzung und -auswertung (für 20 Nutzer)	x		
Zentrumsverwaltung im koordinierenden Zentrum Stützpunkt)	x		
Automatische Auswertung nach Voreinstellung	x	x	x
Qualitätssicherung	x	x	
Benchmark (für Kriterien wie HOPE, für neue Kriterien)	x	x	
Auswertung und Bericht	x	x	
Vergleich der Regionen	(x)	(x)	
Abrechnungsfunktionen (patientenbezogen nach Besuch, Versorgungsintensität, etc.)	x		
Hotline für Telefonanfragen, inhaltliche, technische Details	x	x	x

10. Anlagen

1. Koordinationsdokumentation

- i. Telefonprotokoll
- ii. Patientenmeldung
- iii. Besuchsliste
(bei Verwendung des Verlaufsbogens kann Besuchsliste entfallen)

2. Patientennahe Dokumentation

- i. Basisbogen
- ii. Midos
- iii. Verlaufsbogen

3. Dokumentation im Netzwerk



Telefonprotokoll

Ifd. Nr. __
Stützpunkt: __

Telefonat mit: Mehrfachantworten, wenn spezialisiert	Datum <small>online automatisch</small>	Uhrzeit/Dauer	Adresse vom Anfragenden	Thema des Telefonats	Ergebnis/ Maßnahmen	Kürzel
<input type="checkbox"/> Patient <input checked="" type="checkbox"/> Hospiz <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input checked="" type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Spezialversorger <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Ehrenamtlicher <input type="checkbox"/> Arzthelferin <input type="checkbox"/> andere <input checked="" type="checkbox"/> Krankenhaus Station _____ <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Pflege	____ ____ ____ 20____ ____ Tag Mon. Jahr	Uhrzeit: ____ ____ ____ Uhr Stunde Minute Gesprächsdauer: ____ ____ Minuten	Name: _____ Straße: _____ Ort: _____ Tel.: _____ <input type="checkbox"/> Erstanruf	<input type="checkbox"/> Pflegerisch <input type="checkbox"/> Info zu Fort- u. <input type="checkbox"/> Medizinisch Weiterbildung <input type="checkbox"/> Sozialrechtlich <input type="checkbox"/> Info zu Veran- <input type="checkbox"/> Psychologisch staltungen <input type="checkbox"/> Allgemeine Info <input type="checkbox"/> Seelsorgerlich <input type="checkbox"/> andere _____ <input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> vermittelt an: _____ <input type="checkbox"/> Info an: _____ <input type="checkbox"/> Maßnahmen vom Palliativnetz aus	
<input type="checkbox"/> Patient <input checked="" type="checkbox"/> Hospiz <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input checked="" type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Spezialversorger <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Ehrenamtlicher <input type="checkbox"/> Arzthelferin <input type="checkbox"/> andere <input checked="" type="checkbox"/> Krankenhaus Station _____ <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Pflege	____ ____ ____ 20____ ____ Tag Mon. Jahr	Uhrzeit: ____ ____ ____ Uhr Stunde Minute Gesprächsdauer: ____ ____ Minuten	Name: _____ Straße: _____ Ort: _____ Tel.: _____ <input type="checkbox"/> Erstanruf	<input type="checkbox"/> Pflegerisch <input type="checkbox"/> Info zu Fort- u. <input type="checkbox"/> Medizinisch Weiterbildung <input type="checkbox"/> Sozialrechtlich <input type="checkbox"/> Info zu Veran- <input type="checkbox"/> Psychologisch staltungen <input type="checkbox"/> Allgemeine Info <input type="checkbox"/> Seelsorgerlich <input type="checkbox"/> andere _____ <input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> vermittelt an: _____ <input type="checkbox"/> Info an: _____ <input type="checkbox"/> Maßnahmen vom Palliativnetz aus	
<input type="checkbox"/> Patient <input checked="" type="checkbox"/> Hospiz <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input checked="" type="checkbox"/> Arztpraxis <input type="checkbox"/> Spezialversorger <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Ehrenamtlicher <input type="checkbox"/> Arzthelferin <input type="checkbox"/> andere <input checked="" type="checkbox"/> Krankenhaus Station _____ <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Pflege	____ ____ ____ 20____ ____ Tag Mon. Jahr	Uhrzeit: ____ ____ ____ Uhr Stunde Minute Gesprächsdauer: ____ ____ Minuten	Name: _____ Straße: _____ Ort: _____ Tel.: _____ <input type="checkbox"/> Erstanruf	<input type="checkbox"/> Pflegerisch <input type="checkbox"/> Info zu Fort- u. <input type="checkbox"/> Medizinisch Weiterbildung <input type="checkbox"/> Sozialrechtlich <input type="checkbox"/> Info zu Veran- <input type="checkbox"/> Psychologisch staltungen <input type="checkbox"/> Allgemeine Info <input type="checkbox"/> Seelsorgerlich <input type="checkbox"/> andere _____ <input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> vermittelt an: _____ <input type="checkbox"/> Info an: _____ <input type="checkbox"/> Maßnahmen vom Palliativnetz aus	

Eingabe Kürzel: A= Arzt, P= Pflege, S= Seelsorge, K= Koordinator, Soz.= Sozialarbeiter E= Ehrenamt



Bei Erstkontakt ausfüllen

Patienten – Etikett	2. Geburtsdat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	3. Aufnahme- datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	4. Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich			
	5. Wohn- situation nur eine Antwort	<input type="checkbox"/> allein		<input type="checkbox"/> Heim		<input type="checkbox"/> Sonstige:	
		<input type="checkbox"/> mit Angehörigen					

Bei Erstkontakt, später nur bei Änderung ausfüllen

6. SAPV		8. Absprache/ Vorlage		9. Pflegestufe	
<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> additive Teilversorgung	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Stufe I	
<input type="checkbox"/> Koordination	<input type="checkbox"/> vollständige Versorgung	<input type="checkbox"/> Vollmacht	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> Stufe II	
		<input type="checkbox"/> Betreuungsurkunde	<input type="checkbox"/> Stufe III +	<input type="checkbox"/> Stufe III	
10. Haupt- und weitere Diagnosen / Probleme: wenn keine ICD bitte Text eintragen		Diagnosedatum (ED)			
Hauptdiagnose	ICD-10 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ICD-10 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ICD-10 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Metastasen					
<input type="checkbox"/> Hirn	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Knochen	<input type="checkbox"/> sonstige:	
11. Behandlung, Begleitung		12. Funktionsstatus (ECOG)			
<input type="checkbox"/> Palliativstation	<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> 0 Normale Aktivität			
<input type="checkbox"/> Hospiz (stationär)	<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege	<input type="checkbox"/> 1 Gehfähig, leichte Arbeit möglich			
<input type="checkbox"/> Krankenhaus (Andere Station)	<input type="checkbox"/> Palliativarzt (QPA, APD)	<input type="checkbox"/> 2 Nicht arbeitsfähig, kann > 50% der Wachzeit aufstehen			
<input type="checkbox"/> Ambulanz	<input type="checkbox"/> Palliativpflege (AHPP, APD)	<input type="checkbox"/> 3 Begrenzte Selbstversorgung, >50% Wachzeit bettlägerig			
<input type="checkbox"/> sonstige:	<input type="checkbox"/> Ehrenamtlicher Dienst (AHG, AHD)	<input type="checkbox"/> 4 Pflegebedürftig, permanent bettlägerig			
	<input type="checkbox"/> Palliativberatung (AHPB)				

Bei Aufnahme / Abschluss ausfüllen (ev. auch bei Änderung im Verlauf)

13. Datum der Erfassung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

14. Probleme	Bemerkungen			
Schmerzen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Übelkeit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Erbrechen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Luftnot	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Verstopfung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Schwäche	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Appetitmangel	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Pflegeprobleme wegen Wunden / Dekubitus	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Hilfebedarf bei Aktivitäten des tägl. Lebens	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Depressivität	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Angst	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Anspannung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Desorientiertheit, Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Probleme mit Organisation der Versorgung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Überforderung der Familie, des Umfeldes	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Sonstige:	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark

15. Was ist der Grund des Kontaktes, was das Behandlungsziel?

HOPE ©2009 Basisbogen		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				BA	Basisbognnr:			
Bei Aufnahme / Abschluss ausfüllen (ev. Auch bei Änderung im Verlauf)	16. Medikation bis heute		Medikamente							
	<input type="checkbox"/> Nichtopioide	<input type="checkbox"/> Sedativa / Anxiolytika								
	<input type="checkbox"/> Opiode WHO-Stufe 2	<input type="checkbox"/> Magenschutz								
	<input type="checkbox"/> Opiode WHO-Stufe 3	<input type="checkbox"/> Laxanzien								
	<input type="checkbox"/> Koanalgetika	<input type="checkbox"/> Antibiotika								
	<input type="checkbox"/> Kortikosteroide	<input type="checkbox"/> Diuretika								
	<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Kardiaka / Antihyperten.								
	<input type="checkbox"/> Antiemetika	<input type="checkbox"/> Sonstige:								
	<input type="checkbox"/> Neuroleptika									
	17. Maßnahmen / Prozeduren Begleitung (bei Aufnahme bestehend und Abschluss)									
Ehrenamtliche		Koordinatoren / Pflege / Arzt								
<input type="checkbox"/> Unterstützung für Sterbende	<input type="checkbox"/> Palliativberatung	<input type="checkbox"/> enterale Ernährung	<input type="checkbox"/> Chemotherapie							
<input type="checkbox"/> Unterstützung für Angehörige	<input type="checkbox"/> Koordination	<input type="checkbox"/> parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie							
<input type="checkbox"/> Sozialanwaltschaftl. Handeln	<input type="checkbox"/> Psychische Stützung	<input type="checkbox"/> Medikamente sc	<input type="checkbox"/> Transfusion							
<input type="checkbox"/> Auseinandersetzung in Glaubens- und Lebensfragen	<input type="checkbox"/> Sozialrechtliche Beratung	<input type="checkbox"/> Medikamente iv:	<input type="checkbox"/> Pleurapunktion							
<input type="checkbox"/> Hilfe bei Organisation letzter Dinge	<input type="checkbox"/> Beratung in ethischen Fragen.	<input type="checkbox"/> Medikamente epidural, intrathekal	<input type="checkbox"/> Aszitespunktion							
<input type="checkbox"/> Unterstützung in akuten Notsituationen	<input type="checkbox"/> Angehörigen-Anleitung	<input type="checkbox"/> Anlage / Wechsel ZVK	<input type="checkbox"/> Versorgung zentraler Zugänge (ZVK, Port...)							
<input type="checkbox"/> Dasein (Erleben von Gemeinsamkeit)	<input type="checkbox"/> Angehörigenbegleitung	<input type="checkbox"/> Anlage / Wechsel DK	<input type="checkbox"/> Versorgung Stomata (Tracheo, Uro, Ileo, Colo...)							
<input type="checkbox"/> Sitzwachen (z.B. im Sterbeprozess)	<input type="checkbox"/> Trauerbegleitung	<input type="checkbox"/> Multimodale Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Darmspülung							
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Case Management	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Lagerungsbehandlung (path. Fraktur, Spezialbett...)							
	<input type="checkbox"/> Musiktherapie	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Wundversorgung (Dekubitus, Fisteln, Tumor...)							
	<input type="checkbox"/> Kunsttherapie	<input type="checkbox"/> Sonstiges:								
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:									
besonderer Aufwand mit:										
18. Welches Problem konnte besonders gut gelöst werden?										
18a. Welches Problem konnte nicht ausreichend gelöst werden?										
19. Wer hat den Bogen ausgefüllt?										
<input type="checkbox"/> Krankenpflege <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Ehrenamtl. <input type="checkbox"/> Psychologe <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter <input type="checkbox"/> Seelsorger <input type="checkbox"/> Anderer										
Bei Abschluss ausfüllen	20. Datum (Entlassung / Änderung der Betreuung / Tod)									
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
	21. Therapieende		22. Verlegung / Weiterbehandlung		23. Sterbeort					
	<input type="checkbox"/> Verstorben	<input type="checkbox"/> Palliativstation	<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> zuhause						
	<input type="checkbox"/> Verlegung, Entlassung	<input type="checkbox"/> Hospiz (stationär)	<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege	<input type="checkbox"/> Heim						
<input type="checkbox"/> Ende der Dokuphase	<input type="checkbox"/> Krankenhaus (Andere St.)	<input type="checkbox"/> Palliativarzt (QPA, APD)	<input type="checkbox"/> Hospiz							
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ambulanz	<input type="checkbox"/> Palliativpflege (AHPP, APD)	<input type="checkbox"/> Palliativstation							
	<input type="checkbox"/> sonstige:	<input type="checkbox"/> Ehrenamtlicher Dienst	<input type="checkbox"/> Krankenhaus							
		<input type="checkbox"/> Palliativberatung (AHPB)	<input type="checkbox"/> nicht bekannt							
24. Abschließende Bewertung der Zufriedenheit des Teams mit der Betreuung										
für die gesamte Behandlung										
<input type="checkbox"/> sehr schlecht <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut										
Finalphase (bei verstorbenen Pat.)										
<input type="checkbox"/> sehr schlecht <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut										



HOPE ©2008 MIDOS

M

Basisbogennr:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Sie kennen Ihre Situation selber am Besten. Darum bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen und die Aussagen so anzukreuzen, wie Sie sie im Augenblick bei sich selber wahrnehmen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!	1. IDNR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					
13. Datum. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						

M1. Bitte kreuzen Sie Ihre durchschnittliche Schmerzstärke an.

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

M2. Bitte kreuzen Sie an, wie stark heute Ihre stärksten Schmerzen waren.

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
Kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

M3. Bitte kreuzen Sie an, wie stark heute Ihre Beschwerden sind.

Müdigkeit	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Müdigkeit
Übelkeit	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Übelkeit
Verstopfung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Verstopfung
Luftnot	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Luftnot
Schwäche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Schwäche
Angst	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke Angst
Andere:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke
Andere:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> starke

M4. Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich heute fühlen:

Befinden	<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
-----------------	--	-----------------------------------	---------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

M5. Bemerkungen:

M6. Selbsterfassung nicht möglich wegen:

<input type="checkbox"/> Sprachproblemen	<input type="checkbox"/> Schwäche	<input type="checkbox"/> Kognitiven Störungen	<input type="checkbox"/> Patient lehnt ab	<input type="checkbox"/> keine Zeit
--	-----------------------------------	---	---	-------------------------------------

Dokumentation im Netzwerk: online - Netzwerkfunktionalitäten

Wer	Thema	Optionen	Anmerkungen
Zentrum	Anmeldung	online unter www.hope-clara.de Auswahl von Test, ganzjähriger Dokumentation, Projekten und Dokumentationsphase, Angabe der eigenen Struktur (Name und Funktion der Einrichtung) und Kontaktdaten und möglichst der Strukturdaten (Personal, Öffnungszeiten, Patientenversorgung)	„Anmeldung abschließen“, dann erhalten Sie eine email an die von Ihnen angegebene Adresse mit Ihren Zugangsinformationen
	Login	Benutzername und Kennwort werden per email an die von Ihnen angegebene Adresse geschickt	wenn der Zugang verwehrt wird, überprüfen Sie bitte die Schreibweise, am sichersten ist die Kopie der Kennung, da häufig 1 und l verwechselt wird.
Ansicht nach dem Login			
LOGIN -- HOME -- Download -- Impressum -- LOGOUT HOPE NDS -- Strukturdaten -- Anmeldung -- Download -- User Area			
alle	Navigation	Export	Sie können Ihre Daten jederzeit "auslesen". Wählen Sie die Dokumentationsinstrumente aus und speichern Sie die Tabelle ab. In jeder Zeile steht ein Dokument zu einem Patienten, in jeder Spalte "Feldnamen", die die Fragen im Bogen charakterisieren. Weitere Informationen erhalten Sie unter "Feldinformationen".
		Strukturdaten	Die Strukturdaten haben Sie bei der Anmeldung schon gesehen, hier können sie aktualisiert oder ergänzt werden
		Anmeldung	nicht mehr erforderlich, wenn Sie bereits eingeloggt sind
		User Area	Hier sind Ihr Benutzername und ihre email-Adresse eingetragen, Sie können Ihr Kennwort ändern
	Aufruf von HOPE NDS		HOPE für Niedersachsen mit besonderen Netzwerkfunktionen
Stützpunkt	Zentrumsverwaltung		
		Liste der Zentren Ein neues Zentrum anlegen	
		Zentren anlegen, durch Stützpunkt bzw. verantwortliches Zentrum	Zentrumsliste mit Adresse, Ansprechpartner und Telefon, email-Adresse, diese erhält Information über Freischaltung und Zugangskennungen
alle Zentren	Zentrumsübersicht Nr...		
		Neuen Patienten anlegen / Zugriff erlangen Besuchsliste Telefonliste	

Wer	Thema	Optionen	Anmerkungen
Koordination	Telefonliste	Telefonformulare erscheinen in der Übersicht als Liste	an erster Stelle das jüngste Telefonat
		Adresseingabe wird nach Datum und Gruppenzuordnung der Anrufenden sortiert	baut nach und nach eine Liste der Ansprechpartner auf, wenn Adressdaten bereits einmal vorhanden, erlaubt die Suchfunktion mit wenigen Angaben den automatischen Eintrag der Adressdaten in die Liste
		nach dem Status der vereinbarten Maßnahmen sortieren	z.B. bei Anfragenvermittlung zum Nachhaken oder in aktiver Liste zur weiteren Beobachtung behalten

Liste der Telefonate/Kontakte für Zentrum 19999


19999

Maßnahmen: Tag: Monat: Jahr:

Zentrum	Datum	Telefonat mit	Uhrzeit	Dauer	Adresse	Thema	Maßnahme
19999	18092008		20:00	00:00	Berlin, Karmarschstr.		erledigt
19999	10092008		18:00	00:00			erledigt
19999	09092008		10:00	0:15	Hannover, Podbi 32		erledigt
19999	09092008		11:00	0:05	Hannover, Lister Kirchweg		erledigt
19999	09092008		12:00	0:35	H, Brakestr.		erledigt

alle	Dokumentation eigener Patienten	Dokumentation starten, „neuen Patienten anlegen“	
		<p>Bei Anmeldung eines Patienten wird geprüft, ob es ähnliche Angaben gibt (Geschlecht und Geburtsdatum), so können Sie einen möglichen Fehler in der Schreibweise finden. Wenn ein Patient mit diesen Angaben schon vorhanden ist, erhalten Sie den entsprechenden Hinweis. Alle anderen Informationen tauchen nicht in der Dokumentation auf (Datenschutz).</p> <p>Den Hinweis auf einen vorhandenen Patienten erhalten Sie nur, wenn alle Ihre Angaben korrekt sind.</p> <p>Bitte notieren Sie sich die vom Rechner vergebene Nummer für die betreffenden Patienten in deren Akte. Dies erleichtert die Suche in der Patientenübersicht.</p>	<p style="color: red;">Sie können den Patienten neu anlegen lassen, es gibt keinen Patienten mit ähnlichen Angaben.</p> <p><input type="text"/> : Vorname</p> <p><input type="text"/> : Name</p> <p><input type="text"/> : Versicherten-Nummer</p> <p><input type="text" value="weiblich"/> : Geschlecht</p> <p><input type="text" value="31121952"/> : Geburtsdatum</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> : Patient neu anlegen</p> <p><input type="button" value="Patienten anlegen / Zugriff erlangen"/></p> <p>Geburtsdatum und Geschlecht werden geprüft und Hinweis auf ähnliche Patienten gegeben (prüfen, ob bei anderen Angaben verschrieben oder wirklich neuer Patient).</p> <p>Wenn Sie die Zuordnung vergessen haben, können Sie mit allen Angaben für eine Neuanmeldung den Hinweis auf die Patientennummer erhalten.</p>
	Patienten-anmeldung	Vorinformation für Patientenbesuch, Kontaktdaten des Arztes und anderer	Datenauswahl wird in den vor Ort auszufüllenden Basisbogen übernommen

Wer	Thema	Optionen	Anmerkungen																				
		Dienste erscheinen, Patientennamen werden nicht gespeichert!																					
	Besuchsliste zum Eintrag von Patientenbesuchen	Termin, zeitl. Aufwand, davon Pflege und Dokumentation, Ergebnis hier nach Kapiteln, wenn ausführlichere Informationen, dann Wochenbogen oder Basisbogen	als Besuchsliste, dann automatisch Patient zuordnen oder einem Patienten zuordnen und dort eingeben Gesamtdauer automatisch aus Anfahrt zu und Rückkehr vom Patienten (bei Tour beginnt neuer Besuch an der Tür des letzten Patienten)																				
	Übersichtszeile je Patient	Bogenart in der Übersichtszeile für Patienten auswählen, in der Zeile darunter erscheinen alle eingegebenen Bögen mit eigenen Farbmarkierungen, rot unterlegt für nicht abgeschlossene Bögen, grün für abgeschlossene Bögen	Dateneingabe mit tab und Zahlentastatur, Häkchen mit Leertaste setzen nach der Dateneingabe oder bei Unterbrechungen der Arbeit immer „speichern“ (Server übernimmt und speichert Ihre Daten), alle Bögen können gezielt nachbearbeitet werden, am Ende des Bogens Häkchen für „Dokumentation abschließen“ anbringen																				
<table border="1"> <tr> <td>?</td> <td>Patient: 2543</td> <td>18-09-2008 13:43:04</td> <td>Basis</td> <td>MIDOS</td> <td>MA</td> <td>AN</td> <td>PB</td> <td>BA</td> <td>Abgeschlossen</td> <td>Archiv</td> <td>Löschen</td> </tr> </table>												?	Patient: 2543	18-09-2008 13:43:04	Basis	MIDOS	MA	AN	PB	BA	Abgeschlossen	Archiv	Löschen
?	Patient: 2543	18-09-2008 13:43:04	Basis	MIDOS	MA	AN	PB	BA	Abgeschlossen	Archiv	Löschen												
?: Versorger suchen: Leisten erschei- nen	automatisch vergebene Patnr.	Datum des 1. Aufrufs des Pat	Basis bogen	MIDO S Bogen	Mit- arbei- ter Bogen	An- ge- höri- ge	Patienten- besuche	Barthel- Index	bei allen ins Archiv	ins eigene Archiv, jederzeit aufzurufen	gesamten Patienten löschen, wenn keine Dokumen- te												
Patientendaten ändern			Liste der Zentren mit Zugriffsrechten			Ein Zentrum freischalten			Zwei Patienten zusammenführen														
Koordination	Liste der Zentren mit Zugriffsrechten	Kontaktdaten aller an der Versorgung beteiligten Zentren sind für alle frei geschalteten Zentren sichtbar	verantwortliches Zentrum kann Patient an Zentrum übergeben, Verantwortung wird abgegeben				ein neu frei geschaltetes Zentrum erhält per mail eine Information mit Patientennummer des frei geschalteten Patienten, keine Information über Namen und Adresse																
verantwortliches Zentrum kann Infos für 2 Patienten zusammen führen			alle Daten zu unterschiedlichen Zeitpunkten werden der Patientennummer zugeordnet, von der aus zusammen geführt wird																				
Ansicht als frei geschaltetes und verantwortliches Zentrum			nur das verantwortliche Zentrum kann weitere Versorger zuschalten																				
ZenNr	Name	Ort	Aktion																				
19999	testanmeldung	Berlin																					
10999	CLARA Test	Kleinmachnow	Zentrum sperren						Patient an Zentrum übergeben														
Zentrum sperren, nur durch verantwortliches Zentrum			Zentrum wird für diesen Patienten abgeschaltet, nur eigene Dokumentation bleibt sichtbar																				
Ansicht als frei geschaltetes, aber nicht verantwortliches Zentrum			Bei Rückfragen können Sie die Kontaktdaten des verantwortlichen Zentrums nutzen																				

Wer	Thema	Optionen	Anmerkungen	
ZenNr	Name	Ort	Kontakt	Status
19999	testanmeldung	Berlin	Dr. Test lkjlk lkjlkjlkj - lkjlkj / lkjlk	freigeschaltet
10999	CLARA Test	Kleinmachnow	Dr. Gabriele Lindena - 033203/80858 /	verantwortlich
Koordin ation	Zentrum für einen bestimmten Patienten ein- beziehen	Zentrumsnummer, Ansprechpartner und Telefonnummer, Funktion des Zentrums erscheinen in der Liste, sowie die Angabe des „verantwortlichen“ Zentrums	alle patientenbezogene Dokumentation wird sichtbar, eigene Dokumentation wird für andere einbezogene Versorger sichtbar Zentrum erhält email mit der Information, dass es in die Versorgung des Pat mit Nr. x einbezogen ist	
alle	Dokumenta tion gemein- samer Patienten	bei frei geschalteten Patientendokumentationen erscheint die eigene Dokumentation zeitlich geordnet zwischen denen der anderen Versorger, alle Dokumente sind mit der jeweiligen Zentrumsnummer gekennzeichnet diese ist in der Liste der aktiven Zentren mit Ansprechpartner und Telefonnummer hinterlegt rot hinterlegte Bögen sind nicht „abgeschlossen“ (Häkchen am Ende jeden Bogens)	die Dokumente anderer Versorger können nicht verändert werden, sie erscheinen im Lesemodus; wenn sich die eigene Beobachtung unterscheidet, muss ein neues Dokument erstellt werden die Bögen können angesehen werden, indem man auf das Datum klickt, ausgedruckt (PDF) und gelöscht werden (Löschen) wenn Sie das Zentrum zur Zentrumsnummer suchen, gehen Sie auf das Fragezeichen in der gelben Patientenzeile	
	Patienten- übersicht	alle aktiven Patientendokumente erscheinen in der Patientenübersicht nach Datum geordnet und im Netzwerk mit Zentrumsnummer markiert	Bögen nach Datum sortiert, gekennzeichnet mit Zentrumsnr. des jeweils eingebenden Zentrums (Zuständigkeit für diesen Bogen)	
				
	Änderun- gen am Bogen	nur bei eigenen Bögen	wenn Änderungen der Situation des Patienten beschrieben werden sollen, muss ein neuer eigener Bogen erstellt werden	
	Export	Sie können Ihre Daten jederzeit "auslesen". Wählen Sie die Dokumentationsinstrumente aus und speichern Sie die Tabelle ab.	In jeder Zeile steht ein Dokument zu einem Patienten, in jeder Spalte "Feldnamen", die die Fragen im Bogen charakterisieren. Weitere Informationen erhalten Sie unter "Feldinformationen".	
	Basisbogen Basis	aktuelle Situation des Patienten, Maßnahmen, Patientenwege, Intensität der Betreuung	neuer Bogen zu Beginn, im Verlauf bei großen Änderungen z.B. des Betreuungsortes, eines Versorgungs- intensitätswechsels und am Ende der Betreuung im eigenen Zentrum	
	MIDOS Bogen MIDOS	Selbsterfassung von Symptomen und Befinden durch Patient	bei Schwierigkeiten des Patienten ist ein Interview oder die Befragung von Angehörigen möglich	

Wer	Thema	Optionen	Anmerkungen																																																															
	Patientenbesuche PB	Termine mit Aufwand und Zeit	Hinweis auf letzten Besuch, wenn kein Basisbogen, dann „gilt“ der letzte aktuelle																																																															
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">Kein Patient ausgewählt Neuen Besuch für diesen Patienten einlegen</div> <hr/> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;"> Alle Besuche Patient Tag Monat Jahr </div> <div style="padding: 2px;"> Kein Patient ausgewählt egal 9 2008 Datum suchen </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <thead> <tr> <th>Patient</th> <th>Zentrum</th> <th>Datum</th> <th>Ort</th> <th>Anfahrt</th> <th>Abfahrt</th> <th>Pflege</th> <th>Dokumentation</th> <th>Vereinbarung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2507</td> <td>19999</td> <td>10092008</td> <td>5 Zu Hause</td> <td>10:00</td> <td>11:15</td> <td>1:00</td> <td>0:15</td> <td>pflegerisch</td> </tr> <tr> <td>2504</td> <td>19999</td> <td>09092008</td> <td>1 Klinik</td> <td>12:00</td> <td>13:30</td> <td>0:30</td> <td>0:10</td> <td>pflegerisch Bett bezogen</td> </tr> <tr> <td>2507</td> <td>19999</td> <td>09092008</td> <td>2 H. Pflege</td> <td>18:00</td> <td>19:00</td> <td>0:25</td> <td>0:10</td> <td>pflegerisch</td> </tr> <tr> <td>2508</td> <td>19999</td> <td>09092008</td> <td>5 Zu Hause</td> <td>10:00</td> <td>11:00</td> <td>0:20</td> <td>0:10</td> <td>medizinisch</td> </tr> <tr> <td>2504</td> <td>19999</td> <td>07092008</td> <td>5 Zu Hause</td> <td>12:00</td> <td>12:50</td> <td>0:30</td> <td>0:05</td> <td>psychosozial</td> </tr> <tr> <td>Gesamt</td> <td>Anzahl: 5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2:45</td> <td>0:50</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div>				Patient	Zentrum	Datum	Ort	Anfahrt	Abfahrt	Pflege	Dokumentation	Vereinbarung	2507	19999	10092008	5 Zu Hause	10:00	11:15	1:00	0:15	pflegerisch	2504	19999	09092008	1 Klinik	12:00	13:30	0:30	0:10	pflegerisch Bett bezogen	2507	19999	09092008	2 H. Pflege	18:00	19:00	0:25	0:10	pflegerisch	2508	19999	09092008	5 Zu Hause	10:00	11:00	0:20	0:10	medizinisch	2504	19999	07092008	5 Zu Hause	12:00	12:50	0:30	0:05	psychosozial	Gesamt	Anzahl: 5					2:45	0:50	
Patient	Zentrum	Datum	Ort	Anfahrt	Abfahrt	Pflege	Dokumentation	Vereinbarung																																																										
2507	19999	10092008	5 Zu Hause	10:00	11:15	1:00	0:15	pflegerisch																																																										
2504	19999	09092008	1 Klinik	12:00	13:30	0:30	0:10	pflegerisch Bett bezogen																																																										
2507	19999	09092008	2 H. Pflege	18:00	19:00	0:25	0:10	pflegerisch																																																										
2508	19999	09092008	5 Zu Hause	10:00	11:00	0:20	0:10	medizinisch																																																										
2504	19999	07092008	5 Zu Hause	12:00	12:50	0:30	0:05	psychosozial																																																										
Gesamt	Anzahl: 5					2:45	0:50																																																											
	abgeschlossen	Funktion für alle Versorger, Patient wird bei allen ins Archiv gelegt	die Unterlagen sind jederzeit im Archiv aufzurufen																																																															
	Archiv	archivieren = abgeschlossene eigene Patienten kommen ins eigene Archiv	zentrumsbezogen für abgeschlossene Patienten, die Unterlagen sind jederzeit im Archiv aufzurufen																																																															
	löschen	eine Patientendokumentation ist nur zu löschen, wenn es keine Dokumente mehr gibt	es können nur zentrumsbezogen die eigenen Dokumente gelöscht werden																																																															
alle	Auswertungen, Benchmarking	Liste von vorausgewählten Auswertungskriterien: aus der Information über die teilnehmenden Einrichtungen werden Gruppen gebildet. Deren Daten erscheinen im Vergleich zu den eigenen Daten in diversen Abbildungen	Die Zählung definierter Kriterien erfolgt automatisch. Wenn keine Angabe in dem betreffenden Feld vorliegt, erfolgt keine Listung.																																																															
	Strukturdaten	jedes Zentrum sollte bei Teilnahme an der Dokumentationsphase von HOPE möglichst seine Strukturdaten angeben	Strukturdaten können jederzeit wieder aufgerufen und ergänzt oder aktualisiert werden																																																															
	Datensicherheit	Der Zugang funktioniert mit Benutzernamen und Kennwort, die Datenübertragung mit SSL-Verschlüsselung. Jedes Zentrum greift auf die eigene Patientendokumentation und die frei geschalteter Patienten zu	Patientenklarnamen erscheinen nicht, Patienten wird im System eine Dokumentationsnummer vergeben.																																																															
	HOPE-Dokumentationsphase	15.3. bis 15.6.2009	zur Auswertung bei CLARA: Am Ende der Dokumentationsphase werden die vorhandenen Daten ausgelesen. Die Einrichtungen mit mehr als 10 Patientendokumentationen erhalten ihre Daten im Vergleich zu den Gruppen von allen Einrichtungen																																																															
	Durchgehende ganzjährige Dokumentation	Anfangs- oder Enddatum nicht vorgegeben	bis zu 30 Patientendokumentationen am 30.6. werden in die gemeinsame HOPE-Auswertung einbezogen																																																															