

4. Änderungsvereinbarung

zum

Rahmenvertrag

über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 132 d SGB V

in Berlin

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
- im Folgenden KV Berlin genannt -**

**und dem
Home Care Berlin e. V.
- im Folgenden HC e. V. genannt -**

**und dem
Berliner Aktionsbündnis ambulante Palliativpflege e.V.
- im Folgenden BAAP e.V. genannt -**

sowie

der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

den Ersatzkassen:

- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **BARMER GEK**
- **DAK - Gesundheit**
- **Kaufmännische Krankenkasse - KKH**
- **Handelskrankenkasse (hkk)**
- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Berlin,**

**dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover,**

der BIG direkt gesund,

der IKK Brandenburg und Berlin,

der Knappschaft, Regionaldirektion Berlin,

**Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Hoppegarten**

- im Folgenden Krankenkassen genannt –

A. Basisdaten / Situation zu Beginn der Versorgung

SAPV-Arzt _____
 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-Pflege Haus-/Facharzt Heim Stat.Hospiz 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	Aufenthaltsort zu Beginn <i>(nur eine Möglichkeit)</i> <input type="radio"/> Zuhause (bzw. privates Umfeld) <input type="radio"/> Stat.Hospiz <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> sonstige: _____	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)</i> <input type="radio"/> eingeschränkt <input type="radio"/> weniger als 50 % bettlägrig <input type="radio"/> mehr als 50 % bettlägrig <input type="radio"/> moribund
---	---	--	--

B. Grunderkrankung / Komplexes Symptomgeschehen zu Beginn der SAPV

Hauptdiagnose ICD-10

--	--	--	--

Komplexes Symptomgeschehen (zu Beginn)

gastrointestinal resp./kardial Schmerz urogenital
 neurol./psych. Ulcerationen psychosozial Sonstiges

C. Palliativmaßnahmen im Verlauf

Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer	Leistungen in der SAPV	Probleme in der SAPV
<input type="radio"/> Ambulanter Hospizdienst <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Apotheke <input type="radio"/> Logopäde/in <input type="radio"/> BetreuerIn (amtlich eingesetzt) <input type="radio"/> Pflegedienst (konventionell) <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/in <input type="radio"/> Hospiz (stationär) <input type="radio"/> SeelsorgerIn <input type="radio"/> Krankenhaus (ohne Palliativstation) <input type="radio"/> SozialarbeiterIn <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> StomatherapeutIn <input type="radio"/> SAPV-Pflegedienst <input type="radio"/> Sonstige Welcher? _____ Wer? _____	<input type="radio"/> Schmerztherapie <input type="radio"/> Linderung anderer Symptome <input type="radio"/> Enterale Ernährung (über Sonde) <input type="radio"/> Ethische Beratung <input type="radio"/> Hilfe beim Umgang mit Sterben und Tod <input type="radio"/> Organisation von Hilfsmitteln <input type="radio"/> Parenterale Ernährung <input type="radio"/> Therapieabbruch / -begrenzung / -verzicht <input type="radio"/> Wundversorgung	<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 Arzt <input type="radio"/> Schnittstellenprobleme <input type="radio"/> Soziales Umfeld des Patienten <input type="radio"/> Umgang mit der Erkrankung <input type="radio"/> Wunsch nach Sterbehilfe <input type="radio"/> Symptomlinderung / Welche? 1) _____ 2) _____

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><td></td></tr></table> Zahl der Hausbesuche im Rahmen einer Teilversorgung <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> Zahl der Hausbesuche im Rahmen einer Vollversorgung <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> Gesamtzahl der temporären Krankenhauseinweisungen <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table> Summe der temporär im Krankenhaus verbrachten Tage <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><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 _____

Besonderheiten während der Versorgung:

Legende zum Ausfüllen der **SAPV-Patientendokumentation Arzt** (Anlage 3 a zum SAPV-Rahmenvertrag)

➤ 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 Krankenhauseinweisung 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 Arzt mit SAPV-Zulassung erhält mit den Zugangsdaten eine eigene ID-Nummer, die hier einzutragen ist. Als **verantwortliche(r) Arzt/in** ist derjenige/diejenige einzutragen, der/die die Versorgung des Patienten in erster Linie durchgeführt hat.
- Bitte den **Stadtbezirk** eintragen, in dem der Patient versorgt wird.
- 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:** 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.
- **Aufenthaltsort zu Beginn:** 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!

➤ B Grunderkrankung / Komplexes Symptomgeschehen zu Beginn der SAPV

- **Hauptdiagnose:** Bitte regelhaft eine dreistellige ICD-Ziffer hier eintragen (ein Buchstabe und die ersten beiden Zahlen). Nur im Ausnahmefall (bei eher seltenen Diagnosen) kann die Diagnose ausgeschrieben werden.
- **Komplexes Symptomgeschehen:** Bitte diejenigen Felder ankreuzen, die auch in der Erstverordnung (Muster 63) angekreuzt worden sind.

➤ C Palliativmaßnahmen im Verlauf

- **Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer:** Alle zu Beginn und im weiteren Verlauf beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer sind anzukreuzen.
- **Leistungen in der SAPV:** Alle zu Beginn und im weiteren Verlauf erbrachten SAPV-Leistungen ankreuzen.
- **Probleme in der SAPV:** Alle zu Beginn und im weiteren Verlauf auftretenden Probleme sind anzukreuzen.

➤ 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.
- **Zahl der Hausbesuche im Rahmen einer Teilversorgung:** Die Zahl der Hausbesuche, die zu einem bestimmten Zweck (z.B. Aszitespunktion) im Rahmen der Teilversorgung erfolgten, wenn der Hausarzt die Allgemeine Palliativversorgung weiter ausführt. Besuche des Patienten in der Praxis während der SAPV-Versorgung (was die Ausnahme bleiben sollte) sind hier nicht mitzuzählen.
- **Zahl der Hausbesuche im Rahmen einer Vollversorgung:** Zahl der Besuche im Rahmen der Vollversorgung. Besuche des Patienten in der Praxis während der SAPV-Versorgung (was die Ausnahme bleiben sollte) sind hier nicht mitzuzählen.
- **Gesamtzahl der temporären Krankenhauseinweisungen:** ... in der Zeit zwischen SAPV-Beginn und Abschluss der SAPV. Nicht mitgerechnet wird hier eine präfinale = terminale Einweisung!
- **Summe der temporär im Krankenhaus verbrachten Tage:** Hier muss gerechnet werden, aber nur, wenn die Krankenhauseinweisungen zwischen dem SAPV-Beginn und dem Abschluss der SAPV liegen. Nicht mitgerechnet wird eine präfinale = terminale Einweisung!
- **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.
- **Sterbeort:** Hier bitte 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. Bitte hier die eventuell während der SAPV-Versorgung aufgetretenen Probleme benennen. Jeder Hinweis ist wichtig!

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

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

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)

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

D. Abschluss der Versorgung

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

➤ **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 Krankenhauseinweisung 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.
„Schnittstellenprobleme des LE“ ist anzukreuzen, wenn der Leistungserbringer (LE) Pflegedienst Schnittstellenprobleme hat.

➤ **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!

Der Rahmenvertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 132 d SGB V in Berlin vom 16.09.2013 wird mit Wirkung ab 01.01.2017 wie folgt geändert:


1. Die bisherige Anlage 3a) – Dokumentationsbogen Arzt – wird durch die neue Anlage 3a) ersetzt.
2. Die bisherige Anlage 3b) – Dokumentationsbogen Pflege – wird durch die neue Anlage 3b) ersetzt.

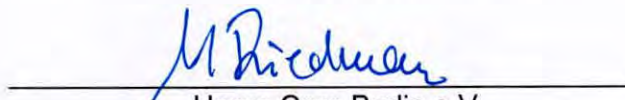
Anlagen

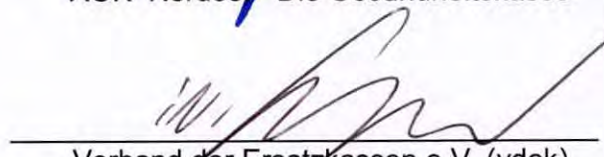
Anlage 3a zum Rahmenvertrag (SAPV-Patientendokumentation Arzt)
Anlage 3b zum Rahmenvertrag (SAPV-Patientendokumentation Pflege)


Berlin, Potsdam, Hoppegarten den 30.11.2016


Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Vorstand


AOK Nordost - Die Gesundheitskasse


Home Care Berlin e.V.
Der Vorstand

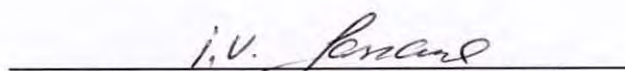

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Berlin/Brandenburg



Berliner Aktionsbündnis
ambulante Palliativpflege e.V.
Der Vorstand


BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Berlin und Brandenburg


SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse


BIG direkt gesund


Knappschaft Regionaldirektion Berlin


IKK Brandenburg und Berlin