

1. Änderungs- und Ergänzungsvereinbarung

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:

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

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

**dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 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 -

Der Rahmenvertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 132 d SGB V in Berlin vom 16.09.2013 wird mit Wirkung ab 01.01.2014 wie folgt geändert:

1. Die bisherige Anlage 3 – Dokumentationsbogen Arzt – wird durch die neue Anlage 3a ersetzt.
2. Die Patientendokumentation Pflege gemäß §§ 10 und 11 Abs. 5 wird mit dem anliegenden Dokumentationsbogen als Anlage 3b eingeführt und ersetzt die vormalige Übergangsregelung.

Die erhobenen Sozialdaten sind von den Vertragspartnern und den Leistungserbringern unter Einhaltung des gesetzlichen Datenschutzes ausschließlich zweckgebunden (gemäß § 10 Abs. 5 des Rahmenvertrages) und mit äußerster Sorgfalt zu verarbeiten.

Nach Erstellung des jährlich zu veröffentlichenden Qualitätsberichtes gemäß §§ 10 Abs. 4 und 5 in Verbindung mit § 11 Abs. 5 sind die Dokumentationsbögen durch Home Care Berlin e.V. zu vernichten, da sie ihren Zweck erfüllt haben.

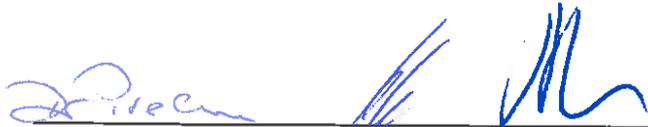
Die innerhalb des Qualitätsberichtes erhobenen und illustrierten Daten dienen ausschließlich zur Veranschaulichung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

Anlagen

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

Berlin, Potsdam, Hoppegarten den

15. JAN. 2014



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand



Home Care Berlin e.V.
Der Vorstand



Berliner Aktionsbündnis
ambulante Palliativpflege e.V.
Der Vorstand



SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse



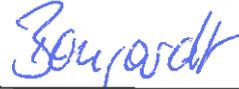
Knappschaft Regionaldirektion Berlin



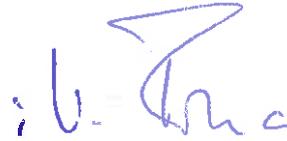
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse



Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Berlin/Brandenburg



BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Berlin-Brandenburg



BIG direkt gesund



IKK Brandenburg und Berlin

A. Basisdaten / Situation zu Beginn der Versorgung

SAPV-BSNR Verantwortliche(r) Arzt / Ärztin: _____

Praxisstempel _____

Krankenkasse _____

Datum des SAPV-Beginns (TTMMJJ)

Geburtsjahr Patient (JJJJ)

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 und Symptome im weiteren Verlauf

Hauptdiagnose ICD-10

Komplexes Symptomgeschehen <input type="radio"/> gastrointestinal <input type="radio"/> resp./kardial <input type="radio"/> neurol./psych. <input type="radio"/> Ulcerationen <input type="radio"/> Schmerz <input type="radio"/> urogenital <input type="radio"/> Sonstiges	<input type="radio"/> Angst <input type="radio"/> Appetitlosigkeit <input type="radio"/> Aszites <input type="radio"/> Atemnot	<input type="radio"/> Blutung <input type="radio"/> Depression <input type="radio"/> Dysphagie <input type="radio"/> Exulceration	<input type="radio"/> Haut (z.B. Juckreiz) <input type="radio"/> Husten <input type="radio"/> Krampfanfall <input type="radio"/> Lähmung	<input type="radio"/> (Lymph-)Ödem <input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Übelkeit / Erbrechen <input type="radio"/> Urol.Symptom	<input type="radio"/> Müdigkeit <input type="radio"/> Obstipation <input type="radio"/> Unruhe <input type="radio"/> Verwirrtheit
--	---	--	---	---	--

Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer

Physiotherapie ambulanter Hospizdienst Seelsorger
 Psychologe/ Psychotherapeut Sozialarbeiter Sonstige Wer? _____
 SAPV-Pflegedienst Pflegedienst (konventionell)

C. Abschluss der Versorgung

SAPV abgeschlossen am (TTMMJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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	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
Zahl der Besuche im Rahmen einer Teilversorgung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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"/> selbst / Angehörige	... 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
Zahl der Besuche im Rahmen einer Vollversorgung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Gesamtzahl der temporären Krankenhauseinweisungen <input type="text"/> <input type="text"/>		
Summe der temporär im Krankenhaus verbrachten Tage <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Datum Überleitung am Lebensende (TTMMJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
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? _____		

Besonderheiten während der Versorgung:

A. Basisdaten / Situation zu Beginn der Versorgung

SAPV-Pflegedienst _____

Krankenkasse _____

Stadtbezirk Patient _____

Geburtsjahr (JJJJ)

Datum des SAPV-Beginns (TTMMJJ)

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

SAPV-Verordnung von
(nur eine Möglichkeit)

- Beratung
- Koordination
- Teilversorgung
- Vollversorgung

Wohnsituation
(nur eine Möglichkeit)

- allein
- mit Angehörigen
- Pflegeheim
- sonstige

Wer kümmert sich?
(mehrere Antworten sind möglich)

- Keiner
- Partner(in)
- Kind
- Eltern(teil)
- private Pflege
- sonstige(r) Verwandte(r)
- Freunde / Bekannte / Nachbarn

Allgemeinzustand
(nur eine Möglichkeit ankreuzen)

- eingeschränkt
- weniger als 50 % bettlägrig
- mehr als 50 % bettlägrig
- moribund

Pflegeversicherung

- keine
 - beantragt
 - Stufe 0
 - Stufe 1
 - Stufe 2
 - Stufe 3 (incl HF)
- Hilfe zur Pflege (HzP)
- bewilligt
 - beantragt

B. Grunderkrankung / Hauptprobleme zu Beginn und im weiteren Verlauf

Hauptdiagnose gemäß ärztlicher Verordnung _____

Was benennt der Patient als Hauptproblem zu Beginn _____

Was war das pflegerische Hauptproblem im Verlauf _____

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

Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer

- Ambulanter Hospizdienst
- Apotheke
- Betreuer (amtlich eingesetzte)
- ErnährungsberaterIn
- Facharzt / Fachärztin
- Hausarzt / Hausärztin
- Hilfsmittelfirma
- Hospiz (stationär)
- Krankenhaus (nicht Palliativstation)
- Palliativstation
- SAPV-Arzt/Ärztin
- Kurzzeitpflege
- Logopäde/in
- Pflegedienst (SGB V, SGB XI)
- Pflegeheim
- Pflege-WG
- PhysiotherapeutIn
- Psychologe/ Psychotherapeut
- Seelsorgerin
- SozialarbeiterIn
- Stomatherapeutin
- Sonstige

Wer? _____

Pflegerische Leistungen in der SAPV

- Beratung und/oder Durchführung bzw Entwicklung symptombezogener Copingstrategien in Bezug auf ...
- ärztlich verordnete Maßnahmen
 - Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht
 - Umsetzung ärztlich delegierter Leistungen
 - unrealistische Hoffnungen
 - Verlust von Appetit und Durst
 - Verlust von Autonomie
 - Verlust von Mobilität
 - zunehmende soziale Isolierung
 - Sonstige: _____

Probleme in der SAPV

- Belastung der Angehörigen
- Bereitstellung von Hilfsmitteln
- Bewilligungspraxis der KK
- Fragen des Therapieverzichts
- Psychische Belastung PP
- Schnittstellenprobleme
- Soziales Umfeld des Patienten
- Umgang mit der Erkrankung
- Konfrontation mit Wunsch nach Sterbehilfe
- Sonstige: _____

D. Abschluss der Versorgung

SAPV abgeschlossen am (TTMMJJ)

Erstberatung ohne folgende-SAPV-Pflegeversorgung Ja Nein

Zahl der Besuche im Rahmen von TV vv

Zahl der Besuche im Rahmen von Kriseneinsätzen

Datum Überleitung am Lebensende (TTMMJJ)

Überleitungsgrund

- Medizinische Notfallindikation
- Dekompensation Patient/Angehörige
- Unbekannt
- Sonstige medizinische Indikation
- (Häusliche) Pflege nicht gesichert
- Sonstiges / Was? _____

KÜ bis Versorgungsabschluss: SAPV PV HzP

Keine KÜ bis Versorgungsabschluss: SAPV PV HzP

Behandlungspflegen (§ 37.2 SGB V) neben SAPV durch: SAPV-LE andere

am Lebensende übergeleitet in

- Stationäres Hospiz
- Pflegeheim
- Pflege-WG
- Kurzzeitpflege
- Palliativstation
- and. Kh.-Abt.
- Sonstige Einrichtung

Überleitung veranlasst durch ...

- Facharzt
- Hausarzt
- Not-/Bereitschaftsarzt
- Pflegeheim
- Pflege-WG
- Pflegedienst
- SAPV-Pflege
- SAPV-Arzt/Ärztin
- selbst / Angehörige

Sterbeort

- zu Hause
 - Pflegeheim
 - Kurzzeitpflege
 - Palliativstation
 - Sonstiger Ort
 - Stat.Hospiz
 - Pflege-WG
 - and.Kh.-Abt.
 - Unbekannt
- ... bzw. Abschlussgrund
- Besserung der Situation
 - Umzug
 - Kontakt nicht mehr erwünscht
 - Ablehnung der Krankenkasse
 - Sonstiges _____