

# **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.

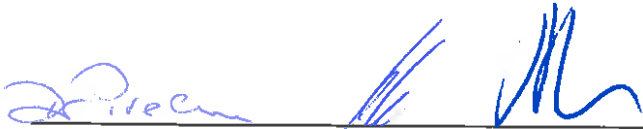
Die innerhalb des Qualitätsberichtes erhobenen und illustrierten Daten dienen ausschließlich zur Veranschaulichung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

#### Anlagen

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

Berlin, Potsdam, Hoppegarten den

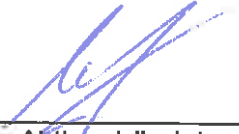
15. JAN. 2014



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



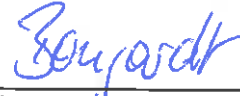
Knappschaft Regionaldirektion Berlin



AOK Nordost - Die Gesundheitskasse



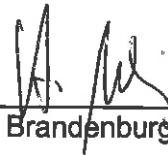
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)  
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung  
Berlin/Brandenburg



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

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>SAPV-Verordnung von</b><br><i>(nur eine Möglichkeit)</i><br><input type="radio"/> Beratung<br><input type="radio"/> Koordination<br><input type="radio"/> Teilversorgung<br><input type="radio"/> Vollversorgung | <b>Aufenthaltsort zu Beginn</b><br><i>(nur eine Möglichkeit)</i><br><input type="radio"/> Zuhause (bzw. privates Umfeld)<br><input type="radio"/> Stat.Hospiz <input type="radio"/> Kurzzeitpflege<br><input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG<br><input type="radio"/> sonstige: _____ | <b>Wer kümmert sich?</b> <input type="radio"/> Keiner<br><i>(mehrere Antworten sind möglich)</i><br><input type="radio"/> Partner(in) <input type="radio"/> Kind<br><input type="radio"/> Eltern(teil) <input type="radio"/> private Pflege<br><input type="radio"/> sonstige(r) Verwandte(r)<br><input type="radio"/> Freunde / Bekannte / Nachbarn | <b>Allgemeinzustand</b><br><i>(nur eine Möglichkeit)</i><br><input type="radio"/> eingeschränkt<br><input type="radio"/> weniger als 50 % bettlägrig<br><input type="radio"/> mehr als 50 % bettlägrig<br><input type="radio"/> moribund |
|---|---|--|--|

B. Grunderkrankung / Komplexes Symptomgeschehen zu Beginn der SAPV und Symptome im weiteren Verlauf

Hauptdiagnose ICD-10    \_\_\_\_\_

|  |   |  |   |   |  |
|--|---|--|---|---|--|
| <b>Komplexes Symptomgeschehen</b><br><input type="radio"/> gastrointestinal <input type="radio"/> resp./kardial<br><input type="radio"/> neurol./psych. <input type="radio"/> Ulcerationen<br><input type="radio"/> Schmerz <input type="radio"/> urogenital <input type="radio"/> Sonstiges | <input type="radio"/> Angst<br><input type="radio"/> Appetitlosigkeit<br><input type="radio"/> Aszites<br><input type="radio"/> Atemnot | <input type="radio"/> Blutung<br><input type="radio"/> Depression<br><input type="radio"/> Dysphagie<br><input type="radio"/> Exulceration | <input type="radio"/> Haut (z.B. Juckreiz)<br><input type="radio"/> Husten<br><input type="radio"/> Krampfanfall<br><input type="radio"/> Lähmung | <input type="radio"/> (Lymph-)Ödem<br><input type="radio"/> Schmerzen<br><input type="radio"/> Übelkeit / Erbrechen<br><input type="radio"/> Urol.Symptom | <input type="radio"/> Müdigkeit<br><input type="radio"/> Obstipation<br><input type="radio"/> Unruhe<br><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"/>  | <b>am Lebensende übergeleitet in</b><br><input type="radio"/> Stationäres Hospiz<br><input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG<br><input type="radio"/> Kurzzeitpflege<br><input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> and. Kh.-Abt.<br><input type="radio"/> Sonstige Einrichtung  | <b>Sterbeort</b><br><input type="radio"/> zu Hause <input type="radio"/> Stat.Hospiz<br><input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG<br><input type="radio"/> Kurzzeitpflege<br><input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> and.Kh.Abt.<br><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"/>  | <b>Überleitung veranlasst durch ...</b><br><input type="radio"/> Facharzt <input type="radio"/> Hausarzt<br><input type="radio"/> Not-/Bereitschaftsarzt<br><input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG<br><input type="radio"/> Pflegedienst <input type="radio"/> SAPV-Pflege<br><input type="radio"/> SAPV-Arzt/Ärztin<br><input type="radio"/> selbst / Angehörige | <b>... bzw. Abschlussgrund</b><br><input type="radio"/> Besserung der Situation<br><input type="radio"/> Umzug<br><input type="radio"/> Kontakt nicht mehr erwünscht<br><input type="radio"/> Ablehnung der Krankenkasse<br><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"/>  |   |   |
| <b>Überleitungsgrund</b><br><input type="radio"/> Medizinische Notfallindikation <input type="radio"/> Sonstige medizinische Indikation<br><input type="radio"/> Dekompensation Patient/Angehörige <input type="radio"/> (Häusliche) Pflege nicht gesichert<br><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

|   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| <b>SAPV-Verordnung von</b><br><i>(nur eine Möglichkeit)</i><br><input type="radio"/> Beratung<br><input type="radio"/> Koordination<br><input type="radio"/> Teilversorgung<br><input type="radio"/> Vollversorgung | <b>Wohnsituation</b><br><i>(nur eine Möglichkeit)</i><br><input type="radio"/> allein<br><input type="radio"/> mit Angehörigen<br><input type="radio"/> Pflegeheim<br><input type="radio"/> sonstige | <b>Wer kümmert sich?</b><br><i>(mehrere Antworten sind möglich)</i><br><input type="radio"/> Partner(in) <input type="radio"/> Kind<br><input type="radio"/> Eltern(teil) <input type="radio"/> private Pflege<br><input type="radio"/> sonstige(r) Verwandte(r)<br><input type="radio"/> Freunde / Bekannte / Nachbarn | <b>Allgemeinzustand</b><br><i>(nur eine Möglichkeit ankreuzen)</i><br><input type="radio"/> eingeschränkt<br><input type="radio"/> weniger als 50 % bettlägrig<br><input type="radio"/> mehr als 50 % bettlägrig<br><input type="radio"/> moribund | <b>Pflegeversicherung</b><br><input type="radio"/> keine <input type="radio"/> beantragt<br><input type="radio"/> Stufe 0 <input type="radio"/> Stufe 1<br><input type="radio"/> Stufe 2 <input type="radio"/> Stufe 3 (incl HF)<br><b>Hilfe zur Pflege (HzP)</b><br><input type="radio"/> bewilligt <input type="radio"/> 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  | Pflegerische Leistungen in der SAPV   | Probleme in der SAPV   |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Ambulanter Hospizdienst<br><input type="radio"/> Apotheke<br><input type="radio"/> Betreuer (amtlich eingesetzte)<br><input type="radio"/> ErnährungsberaterIn<br><input type="radio"/> Facharzt / Fachärztin<br><input type="radio"/> Hausarzt / Hausärztin<br><input type="radio"/> Hilfsmittelfirma<br><input type="radio"/> Hospiz (stationär)<br><input type="radio"/> Krankenhaus (nicht Palliativstation)<br><input type="radio"/> Palliativstation<br><input type="radio"/> SAPV-Arzt/Ärztin | Beratung und/oder Durchführung bzw Entwicklung symptombezogener Copingstrategien in Bezug auf ...<br><input type="radio"/> ärztlich verordnete Maßnahmen<br><input type="radio"/> Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht<br><input type="radio"/> Umsetzung ärztlich delegierter Leistungen<br><input type="radio"/> unrealistische Hoffnungen<br><input type="radio"/> Verlust von Appetit und Durst<br><input type="radio"/> Verlust von Autonomie<br><input type="radio"/> Verlust von Mobilität<br><input type="radio"/> zunehmende soziale Isolierung<br><input type="radio"/> Sonstige: _____ | <input type="radio"/> Belastung der Angehörigen<br><input type="radio"/> Bereitstellung von Hilfsmitteln<br><input type="radio"/> Bewilligungspraxis der KK<br><input type="radio"/> Fragen des Therapieverzichts<br><input type="radio"/> Psychische Belastung PP<br><input type="radio"/> Schnittstellenprobleme<br><input type="radio"/> Soziales Umfeld des Patienten<br><input type="radio"/> Umgang mit der Erkrankung<br><input type="radio"/> Konfrontation mit Wunsch nach Sterbehilfe<br><input type="radio"/> Sonstige: _____ |
| <input type="radio"/> Kurzzeitpflege<br><input type="radio"/> Logopäde/in<br><input type="radio"/> Pflegedienst (SGB V, SGB XI)<br><input type="radio"/> Pflegeheim<br><input type="radio"/> Pflege-WG<br><input type="radio"/> PhysiotherapeutIn<br><input type="radio"/> Psychologe/ Psychotherapeut<br><input type="radio"/> Seelsorgerin<br><input type="radio"/> SozialarbeiterIn<br><input type="radio"/> Stomatherapeutin<br><input type="radio"/> Sonstige<br>Wer? _____   |   |  |

D. Abschluss der Versorgung

|   |   |   |
|---|---|---|
| SAPV abgeschlossen am (TTMMJJ) [ ][ ][ ][ ][ ]<br>Erstberatung ohne folgende-SAPV-Pflegeversorgung Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/><br>Zahl der Besuche im Rahmen von TV [ ][ ][ ] vv [ ][ ][ ]<br>Zahl der Besuche im Rahmen von Kriseneinsätzen [ ][ ][ ]<br>Datum Überleitung am Lebensende (TTMMJJ) [ ][ ][ ][ ][ ]<br><b>Überleitungsgrund</b><br><input type="radio"/> Medizinische Notfallindikation <input type="radio"/> Sonstige medizinische Indikation<br><input type="radio"/> Dekompensation Patient/Angehörige <input type="radio"/> (Häusliche) Pflege nicht gesichert<br><input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> Sonstiges / Was? _____<br>KÜ bis Versorgungsabschluss: SAPV <input type="radio"/> PV <input type="radio"/> HzP <input type="radio"/><br>Keine KÜ bis Versorgungsabschluss: SAPV <input type="radio"/> PV <input type="radio"/> HzP <input type="radio"/><br>Behandlungspflegen (§ 37.2 SGB V) neben SAPV durch: SAPV-LE <input type="radio"/> andere <input type="radio"/> | <b>am Lebensende übergeleitet in</b><br><input type="radio"/> Stationäres Hospiz<br><input type="radio"/> Pflegeheim<br><input type="radio"/> Pflege-WG<br><input type="radio"/> Kurzzeitpflege<br><input type="radio"/> Palliativstation<br><input type="radio"/> and. Kh.-Abt.<br><input type="radio"/> Sonstige Einrichtung<br><b>Überleitung veranlasst durch ...</b><br><input type="radio"/> Facharzt <input type="radio"/> Hausarzt<br><input type="radio"/> Not-/Bereitschaftsarzt<br><input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG<br><input type="radio"/> Pflegedienst <input type="radio"/> SAPV-Pflege<br><input type="radio"/> SAPV-Arzt/Ärztin<br><input type="radio"/> selbst / Angehörige | <b>Sterbeort</b><br><input type="radio"/> zu Hause <input type="radio"/> Stat.Hospiz<br><input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG<br><input type="radio"/> Kurzzeitpflege<br><input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> and.Kh.-Abt.<br><input type="radio"/> Sonstiger Ort <input type="radio"/> Unbekannt<br><b>... bzw. Abschlussgrund</b><br><input type="radio"/> Besserung der Situation<br><input type="radio"/> Umzug<br><input type="radio"/> Kontakt nicht mehr erwünscht<br><input type="radio"/> Ablehnung der Krankenkasse<br><input type="radio"/> Sonstiges _____ |
|---|---|---|