

An alle Ärzte mit der Genehmigung über die  
SAPV

**Der Vorstand**  
**Ansprechpartner:** Service-Center  
Tel.: (030) 3 10 03 - 999  
Fax: (030) 3 10 03 – 900  
service-center@kvberlin.de

23. Dezember 2013

**Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)**

- a) **Vertragsanpassung des Rahmenvertrages mit der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) zum 01.01.2014**
- b) **Neuer Dokumentationsbogen (Anlage 3a) zum 01.01.2014**
- c) **Verordnung von Pflegeleistungen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie nehmen am Rahmenvertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 132 d SGB V teil. Aus aktuellem Anlass möchten wir Ihnen im Folgenden Hinweise geben.

**a) Vertragsanpassung des Rahmenvertrages mit der PBeaKK zum 01.01.2014**

Zum 01.01.2014 wird auch der Rahmenvertrag mit der **PBeaKK** analog zum Vertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen angepasst.

Die **Vergütung** für einzelne Leistungen wurde **erhöht** (*Anlage 1 zum SAPV-Vertrag mit der PBeaKK*):

- **Koordination - SNR 99063: 82,00 EUR einmal im SAPV-Behandlungsfall**
- **Vollständige Versorgung - SNR 99065: 68,00 EUR je Hausbesuch einmal am Tag**
- **HB-Zuschlag für SAPV-Assistenten - SNR 99067: 25,00 EUR je Besuchsleistung**

In der **Versorgungsstruktur** gibt es **keine Änderungen**. Es handelt sich im Ergebnis um **redaktionelle Anpassungen**, analog zum SAPV-Rahmenvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen.

Sie finden den vollständigen Vertragstext mit den dazugehörigen Anlagen auf der Homepage der KV Berlin [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) (*Für die Praxis/Verträge und Recht/Verträge/SAPV*).

**PBeaKK:  
Anpassung  
zum  
01.01.2014**

**Keine  
gesonderte  
Dokumen-  
tation  
erforderlich**

**b) Neuer Dokumentationsbogen (Anlage 3a) zum 01.01.2014**

Wir bitten Sie, ab dem 01.01.2014 den neuen Patientendokumentationsbogen (Anlage 3a zum SAPV-Rahmenvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen) zu verwenden. Dieser ist exemplarisch diesem Brief beigelegt.

Der Patientendokumentationsbogen Anlage 3a) ist mit den Vertragspartnern abgestimmt, die entsprechende vertragliche Regelung muss jedoch noch unterzeichnet werden. Wir unterrichten Sie gesondert, sobald dies erfolgt ist.

Ferner bitten wir um **Übermittlung der Dokumentationsbögen** für das Jahr **2013** an **Home Care Berlin e.V.** bis zum **15.01.2014**.

Dokumentationsbögen von Patienten, die sich zum Jahreswechsel in der SAPV befinden, sind erst nach Abschluss der SAPV zu übermitteln, dann mit dem neuen Formular.

**c) Empfehlung zur Verordnung von SAPV-Pflegeleistungen**

Der Umgang mit der Verordnung von SAPV-Pflegeleistungen sowie das Genehmigungsverfahren sind komplex. Daher haben die Vertragspartner eine Verfahrensabsprache mit Empfehlungscharakter entwickelt, die das Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren von SAPV-Pflegeleistungen beschreibt. Dadurch soll allen Beteiligten (Arzt, Pflegedienst und Krankenkasse) in der SAPV der Umgang mit der Verordnung vereinfacht und vereinheitlicht werden. Diese ist ebenfalls exemplarisch diesem Brief beigelegt. Wir würden uns freuen, falls die Empfehlung zur Verordnung Ihren Zuspruch findet und sich in der Praxis bewährt.

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gerne telefonisch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Uwe Kraffel  
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke  
Vorstandsmitglied

Anlagen

**Neuer  
„Doku“-  
Bogen zum  
01.01.2014**  
Für alle  
Versicherten  
außer  
PBeaKK

**Bitte  
nachliefern  
„Doku“-  
Bogen  
2013**

  
**31003-999**

A. Basisdaten / Situation zu Beginn der Versorgung

SAPV-BSNR   Verantwortliche(r) Arzt / Ärztin: \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Praxisstempel \_\_\_\_\_ 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> <i>(nur eine Möglichkeit)</i> <input type="radio"/> Beratung <input type="radio"/> Koordination <input type="radio"/> Teilversorgung <input type="radio"/> Vollversorgung	<b>Aufenthaltsort zu Beginn</b> <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: _____	<b>Wer kümmert sich?</b> <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	<b>Allgemeinzustand</b> <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    \_\_\_\_\_

<b>Komplexes Symptomgeschehen (zu Beginn)</b> <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

<b>SAPV abgeschlossen am (TTMMJJ)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>am Lebensende übergeleitet in</b> <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	<b>Sterbeort</b> <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
<b>Zahl der Besuche im Rahmen einer Teilversorgung</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Überleitung veranlasst durch ...</b> <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	<b>... bzw.Abschlussgrund</b> <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
<b>Zahl der Besuche im Rahmen einer Vollversorgung</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>Gesamtzahl der temporären Krankenhauseinweisungen</b> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>Summe der temporär im Krankenhaus verbrachten Tage</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>Datum Überleitung am Lebensende (TTMMJJ)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<b>Überleitungsgrund</b> <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:**

\_\_\_\_\_

## **Verfahrensabsprache zur Verordnung von SAPV Pflegeleistungen (Muster 63) in Berlin**

### **1. Der spezialisierte Palliativarzt (Arzt) und der spezialisierte Palliativpflegedienst (SAPV-Pflegedienst) werden gleichzeitig tätig.**

- Der die Verordnung (Muster 63) ausstellende Arzt vermerkt auf dem Antrag den behandelnden (SAPV)-Pflegedienst und sendet eine Verordnungskopie per FAX an den (SAPV)-Pflegedienst.  
*Anmerkung: z.B. VO-Kopie der Erst-VO bei gleichzeitigem Beginn.*
- Der (SAPV)-Pflegedienst ergänzt die vom Arzt erhaltene VO-Kopie mit seiner Unterschrift und Stempel und leitet diese per Fax, danach per Post, an die zuständige Krankenkasse weiter.  
*Anmerkung: die VO-Kopie wird mit den Ergänzungen faktisch zum Original.*
- Die Bewilligung der Leistung erfolgt durch die zuständige Krankenkasse auf der Rückseite der VO-Kopie mit Originalstempel des (SAPV)-Pflegedienstes\*, der seinen ärztlichen Kooperationspartner informiert. Die VO-Kopie dient gleichzeitig als Abrechnungsgrundlage.

### **2. Die SAPV Versorgung beginnt zunächst mit der palliativärztlichen Versorgung und der spezialisierte Palliativpflegedienst (SAPV)- Pflege dienst wird erst zu einem späteren Zeitpunkt erforderlich. Anmerkung :z.B. mittels einer Folge-VO für SAPV- Pflege.**

- Grundsätzlich gilt das unter Ziffer 1. beschriebene Verfahren.
- Der ausstellende Arzt leitet die Original - VO (Muster 63) per Fax an den (SAPV)-Pflegedienst. Der (SAPV)-Pflegedienst ergänzt die VO-Kopie (auf der Rückseite) gemäß Ziffer 1 mit seinen Angaben und übergibt diese per FAX, danach per Post, an die zuständige Krankenkasse.
- Die Bewilligung der Leistung erfolgt durch die zuständige Krankenkasse auf der Rückseite der VO-Kopie mit Originalstempel des (SAPV)-Pflegedienstes\*, der seinen ärztlichen Kooperationspartner informiert. Die VO-Kopie dient gleichzeitig als Abrechnungsgrundlage.

\* Optional kann die Bewilligung durch die zuständige Krankenkasse jeweils mit separatem Bewilligungsschreiben erfolgen.