

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Erstverordnung Folgeverordnung
 Unfall Unfallsfolgen

vom

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

 bis

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) _____

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

Komplexes Symptomgeschehen

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | | |

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) _____

Folgende Maßnahmen sind notwendig

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes | <input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung |
| | <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft | |
| | <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen | |

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

Additiv unterstützende Teilversorgung Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 40860, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 40862 berechnungsfähig.

Vordruckerläuterung

Muster 63: Verordnung spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wird auf dem Vordruckmuster 63 „Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)“ nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von dem behandelnden Vertragsarzt verordnet.

Für die Verordnung wird insbesondere auf folgende Punkte hingewiesen:

1. Die Verordnung der SAPV ist nur zulässig, wenn der Versicherte
 - an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch seine Lebenserwartung begrenzt ist und somit anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung der Palliativversorgung im Vordergrund steht und
 - er eine besonders aufwändige Versorgung benötigt, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI erbracht werden kann.
 2. Die Verordnung setzt demnach voraus, dass mindestens eines der auf dem Verordnungsvordruck genannten komplexen Symptomgeschehen (vgl. § 4 der SAPV-Richtlinie) vorliegt und das Krankheitsbild sowie der erforderliche Versorgungsbedarf ausreichend beschrieben sind. Die SAPV wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig von spezialisierten Leistungserbringern erbracht. Sie kann in dem Umfang verordnet werden,
 - wie es notwendig und zweckmäßig ist und
 - soweit das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere der allgemeinen Palliativversorgung, nicht ausreicht, um dem schwerkranken Menschen ein selbstbestimmtes und menschenwürdiges Leben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen.
- § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie enthält eine Aufzählung der wesentlichen Leistungsinhalte.
3. Im Rahmen der SAPV ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar und der Arzt hat daher bei der SAPV-Verordnung die erforderlichen Maßnahmen mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen.
 4. Die Verordnung (Vorderseite des Vordrucks 63) ist von Vertragsärzten auszustellen. Der Arzt hat auf dem Verordnungsvordruck anzugeben

**Verordnung von „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“
SAPV gemäß §§37b, 132d SGB V**

München, den 22. Oktober 2009
089 130787 51

Sehr geehrte, liebe Frau Kollegin / lieber Herr Kollege,

unser Team aus erfahrenen Palliativmedizinern, Pflegekräften und Sozialpädagogen möchte Sie bei der Begleitung unheilbar Kranker und Sterbender unterstützen. Dafür bitten wir Sie um eine Verordnung für SAPV. Um die Leistung erbringen zu können, fordern die Kassen den Eingang Ihrer Verordnung binnen dreier Tage. Für diese Erstverordnung erhalten Sie 25 Euro (EBM 40860), für die Folgeverordnung jeweils 15 Euro (EBM 40862). Das *Muster 63* ist ein 4-fach Durchschreibesatz und kann im Kohlhammer Verlag, Tel. 0711 78 63 72 81, von Ihnen angefordert werden.

So können Sie vorgehen:

A. Blatt 1 ausfüllen:

1. Ausdrucken (bzw. ergänzen) der Patientenstammdaten einschließlich Ihrer Arztnummer.
2. Verordnungsdauer
Klinikarzt: 1. Tag = Entlassdatum / bis = plus 7 Tage (länger nicht erlaubt!)
Niedergelassener Arzt: Erst- oder Folgeverordnung / i.d.R. bis zu 28 Tagen
3. Verordnungsrelevante Diagnosen mit ICD-10 Code eingeben.
4. Komplexes Symptomgeschehen bitte nicht nur ankreuzen (auch mehrere), sondern auch zusätzlich erläutern: ausgeprägte Schmerzsymptomatik --- massive Atemnot --- therapieresistentes Erbrechen --- überwachungspflichtige Unruhezustände / delirantes Syndrom --- häufige Angst / Panikattacken --- Blutungsgefahr --- exulzierende Wunden --- psychiatrische Krisensituation --- ethische Konfliktsituation --- besondere Überforderung der Angehörigen oder sozialrechtliche Probleme
5. Bitte eine der 4 Verordnungsstufen ankreuzen: Beratung, Koordination, Teil- oder Vollversorgung (bei kontinuierlichem Betreuungsbedarf i.d.R. Teilversorgung, da Sie als behandelnder Arzt bei der Vollversorgung ganz ausscheiden würden!)
6. Ihr Stempel, Ihre Unterschrift

B. Blatt 1,2 und 3 abtrennen und wenden:

Rückseiten müssen einzeln beschriftet werden, da sie sonst auf die Vorderseiten durchdrücken.

C. Rückseite Blatt 1, 2 und 3:

1. Patienten bzw. Bevollmächtigten unterschreiben lassen
2. Leistungserbringer ist der CHV, wird von uns ausgefüllt
3. Patientendaten für Kassengenehmigung einschreiben

Das weiße Blatt 4 verbleibt bei Ihnen, Blatt 1, 2 und 3 bitten wir Sie an uns zurück zu schicken (frankierter Rückumschlag liegt bei). Sie bleiben selbstverständlich der Haus- bzw. Klinikarzt für Ihren Patienten. Daran soll sich nichts ändern!

Mit freundlichen Grüßen und ganz herzlichen Dank für Ihre Mühe!