

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Krankenname bzw. Kostenträger		Geo. am	
Name, Vorname des Versicherten			
Kassen-Nr.	Versicherung-Nr.	Status	
Beitragskategorie-Nr.	Arzt-Nr.	D	<b>A</b>

Erstverordnung  Folgeverordnung  
 Unfall Unfallfolgen

vom **T** **T** **M** **M** **J** **J** bis **T** **T** **M** **M** **J** **J**

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

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

**Komplexes Symptombeschreiben**

ausgeprägte Schmerzsymptomatik  
 ausgeprägte urogenitale Symptomatik **D**  
 ausgeprägte urogenitale Symptomatik  
 ausgeprägte urogenitale / kardiale Symptomatik  
 ausgeprägte ulzerierende / exzudierende Wunden oder Tumore  
 ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik  
 ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik  
 sonstiges komplexes Symptombeschreiben

**Nähere Beschreibung** des komplexen Symptombeschreibens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapieresistente Schmerzen, Ruhe- / Dyspnoe / Ersticken, nicht Beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

**E** Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

Folgende Maßnahmen sind notwendig

Beratung  a. des behandelnden Arztes  F  Koordination der Palliativversorgung  
 b. der behandelnden Pflegefachkraft  
 c. des Patienten / der Angehörigen

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

Additiv unterstützende Teilversorgung  Vollständige Versorgung

**G** Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Für die Erstverordnung ist die Kostenspalschale 40800, für die Folgeverordnung die Kostenspalschale 40802 berechnungsfähig.

Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfüllhilfe zur Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

**A:** Das **Ausstellungsdatum** muss angegeben werden, so kann ein fristgerechter Eingang (3. Tag nach Ausstellung) bei der Krankenkasse überprüft werden → kein fristgerechter Eingang bedeutet auch keine vorläufige Übernahme der Kosten für SAPV

**B:** **Verordnungsdatum** muss korrekt angegeben werden. Die Formulierung „bis auf Weiteres“ wird nicht akzeptiert, da der Anspruch für SAPV auf eine Lebenserwartung auf Tagen, Wochen, Monate begrenzt ist

**C:** Anhand der **Diagnose** muss sich ableiten, dass es sich um eine unheilbare, fortschreitende und weit fortgeschrittene Erkrankung handelt, weswegen die Lebenserwartung begrenzt ist. Die medizinisch-pflegerische Zielsetzung steht im Vordergrund.  
**Beispiel:** C16.0, C17.7, C18.6 → Mit Stent versorgtes Karzinom, Gefahr des mediastinalen Durchbruchs, Met. in Leber und Peritoneum metastasiert. Keine kurative Therapie mehr möglich.

**D:** Es muss mind. ein Kriterium angekreuzt werden. „Nur“ ein Ankreuzen des **komplexen Symptombeschreibens** reicht nicht aus, hier ist eine nähere Beschreibung notwendig.

**Beispiel:** Schmerzen bis Stufe 10 auf Skala, v.a. bei Nahrungsaufnahme sowie Durchbruchsschmerzen, mehrfach Probleme bei Pflasterwechsel. Rezidivierende Obstipation mit Notwendigkeit zur rektalen Ausräumung.

**E:** Bitte aktuelle **Medikation** mit Dosierung angeben

**Beispiel:** Durogesicpflaster 100 yg tansd.  
 Sevredol 10 mg bei Bedarf  
 Lactulose 3 x 10 ml

**F:** Bitte eine der vier Möglichkeiten ankreuzen. „Nur“ ein Ankreuzen der **Maßnahme** ist nicht ausreichend, insbesondere die inhaltliche Ausrichtung muss näher beschrieben werden.

**Beispiel:** Beratung des Behandlers hinsichtl. langfr. Schmerzmittelmedikation sowie der Angehörigen bzgl. Umgang mit Situation und den klinischen Problemen...  
Koordination: Erstellen/Abstimmen Notfallplan mit Angehörigen, Hausarzt, Pflegedienst  
Rufdienst für Kriseninterventionen (Durchbruchsschmerzen) spezif. Umgang mit BTM-Medikation

### Antrag des Versicherten

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird wie vom behandelnden Arzt verordnet beantragt.

Datenstempel  
TTMMJJ

Datum

TTMMJJ

H

Unterschrift des Versicherten / Verhüllungsbeurkundung

### Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom TTMMJJ bis TTMMJJ erbracht.  
Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

Datum

TTMMJJ

### Genehmigung der Krankenkasse

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung übernommen

in folgendem Umfang übernommen

Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so ersicht damit auch die Kostenverpflichtung.  
Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist rechtzeitig vor Ablauf des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszurufen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht  
Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versichertennummer

Geburtsdatum

TTMMJJJJ

Datum

TTMMJJ

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

**G:** Bitte nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen machen.  
Inhalte gem. SAPV-RL sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen
- apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht
- spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care entspricht
- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen
- Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod
- spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung
- psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten
- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen
- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV

**H:** Bitte an die Unterschrift des Patienten denken! Die Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgt nur nach Vorlage der Originalverordnung mit der entsprechenden Unterschrift.



das **Ausstellungsdatum** muss angegeben werden, da sonst der fristgerechte Eingang (3. Tag nach Ausstellung) bei der Krankenkasse nicht überprüft werden kann, geht VO nicht fristgerecht ein, keine vorläufige Übernahme der Kosten für SAPV

**Verordnungszeitraum** muss korrekt angegeben werden, die Formulierung „bis auf Weiteres“ kann nicht akzeptiert werden, da als Anspruchsvoraussetzung für die SAPV die Lebenserwartung auf Tage, Wochen, Monate begrenzt sein muss, muss sich dies im Verordnungszeitraum ausdrücken

## Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

63

geb. am: 01.04.2009

Kassen-Nr. \_\_\_\_\_ Versicherer-Nr. \_\_\_\_\_ Status \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nr. \_\_\_\_\_ Arzt-Nr. \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Erstverordnung  Folgeverordnung

Unfall  Unfallfolgen

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Komplexes Symptomgeschehen

in mind. einem der angegebenen Bereiche muss ein komplexes Symptomgeschehen vorliegen, „nur“ ein Ankreuzen des Symptomgeschehen ist nicht ausreichend

**Beispiel:**  
Schmerzen bis Stufe 10 auf Skala, v.a. auch bei der Nahrungsaufnahme, sowie Durchbruchschmerzen, mehrfach Probleme bei Pflasterwechsel, Rezidivierende Obstipation mit Notwendigkeit zur rektalen Ausräumung,

relevante Diagnose(n) (ICD-10: ggf. Organmanifestationen) \_\_\_\_\_

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

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
  - ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
  - ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik
  - Symptomgeschehen
- Beispiel: ulzerierende / eitrige Wunden oder Tumore
- Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, weshalb ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Atemnot, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

**Aufgrund der verordnungsrelevanten Diagnose** und den näheren Angaben muss sich ableiten lassen, dass die Erkrankung nicht heilbar und bereits weit fortgeschritten ist, so dass die Lebenserwartung begrenzt ist, **anstelle eines kurativen Ansatzes muss die medizinisch-pflegerische Zielsetzung der Palliativversorgung im Vordergrund stehen!**  
**Beispiel: C16.0, C78.7, C78.6**  
**Mit Stent versorgtes Kardiakarzinom, Gefahr des mediastinalen Durchbruchs, Met. in Leber und Peritoneum metastasiert. Keine kurative Therapie mehr möglich**

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BTM) \_\_\_\_\_

**Die aktuelle Medikation muss leserlich angegeben werden.**

**Beispiel: Durogesicpflaster 100yg transd. Sevredol 10 mg bei Bedarf Lactulose 3 mal 10ml**

### SAPV Maßnahmen:

„nur“ ein Ankreuzen der Leistungen ist nicht ausreichend, die SAPV Maßnahmen müssen näher beschrieben werden, insbesondere die inhaltliche Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

es sollte abzuleiten sein, warum die Mittel der Regelversorgung nicht ausreichen!

**Beispiel:**  
Beratung: des Behandlers hinsichtlich langfristiger Schmerzmittelmedikation sowie der Angehörigen bzgl. Umgang mit der Situation und den klinischen Problemen, Koordination: Erstellen / Abstimmen Notfallplan mit Angehörigen, Hausarzt Pflegedienst, Rufdienst für Kriseninterventionen (Durchbruchschmerzen) spezif. Umgang mit BTM-Medikation

notwendig

von \_\_\_\_\_ Arzt

\_\_\_\_\_ Pflegen Pflegenfachkraft

\_\_\_\_\_ Patienten / der Angehörigen

\_\_\_\_\_ (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

Vollständige Versorgung

\_\_\_\_\_ notwendigen Maßnahmen der SAPV

Koordination der Palliativversorgung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

**Verordnungen, die nicht gemäß der 25. Änderung der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. April 1995 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einerseits und dem GKV Spitzenverband andererseits ausgefüllt sind, können nicht vergütet werden**