

An alle
Vertragsärzte mit direktem Patientenkontakt

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

28.06.2010

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) Verordnung dieser Leistung

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit geraumer Zeit haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf die **spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)**. Ein entsprechender Verordnungsvordruck existiert bereits.

Bislang fehlte in Berlin jedoch ein Vertrag, der die Versorgung der Versicherten regelt. Es ist uns nun gelungen, diesen Vertrag mit den Berliner Krankenkassen bzw. ihren Verbänden zu schließen.

Damit es in Zukunft für Sie einfacher wird, das Verordnungsmuster auszufüllen und Sie Ihrem Patienten damit die SAPV zukommen lassen können, erhalten Sie hier eine entsprechende „Checkliste“:

- Die SAPV darf nur verordnet werden, wenn Ihr Patient eines der folgenden Kriterien erfüllt:
 - nicht heilbare zum Tode führende, fortgeschrittene Erkrankung
 - Verbesserung der Symptomatik und Lebensqualität im Vordergrund steht
 - Lebenserwartung auf Tage, Wochen, Monate begrenzt
 - komplexes Symptomgeschehen mit besonders aufwändiger Versorgung
- Die Verordnung muss vom Patienten unterschrieben und der SAPV-Leistungserbringer (Palliativarzt oder Pflegedienst) benannt sein. Diese nennt Ihnen die Homepage der KV Berlin (www.kvberlin.de) oder die Krankenkasse des Versicherten.
- Die Verordnung muss der zuständigen Krankenkasse innerhalb von 3 Arbeitstagen zur Genehmigung vorgelegt werden.
- Das Ausstellen der Verordnung rechnen Sie mit EBM Nr. 40860 und die Folgeverordnung mit der Nr. 40862 ab.
Die Folgeverordnung kann auch durch den spezialisierten Palliativarzt ausgestellt werden.

SAPV Vertrag tritt ab 1. Juli in Kraft.

Voraussetzungen zur Verordnung der SAPV

Verordnung muss von der Krankenkasse genehmigt werden

Verordnung über EBM abrechnen

Ihre Teilnahme:

Wenn Sie die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erbringen möchten, dann beantragen Sie bitte Ihre Teilnahme am Vertrag. Erforderlich ist der Nachweis folgender Voraussetzungen:

- Zulassung als Vertragsarzt im KV-Bereich Berlin oder angestellter Arzt in einer zugelassenen Praxis
- abgeschlossene Weiterbildung in Palliativmedizin
- selbständige ambulante Versorgung von mind. 75 Palliativpatienten innerhalb der letzten drei Jahre oder mindestens eine einjährige klinische palliativmedizinische Tätigkeit in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre

Zur Durchführung der SAPV-Leistungen müssen Sie mit einem Pflegedienst, der ebenfalls bestimmte Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, eine Kooperationsvereinbarung schließen.

Vertragsärzte, die die Teilnahmevoraussetzungen mit Ausnahme der abgeschlossenen **Weiterbildung** Palliativmedizin erfüllen, dürfen teilnehmen, soweit die Weiterbildung bereits begonnen wurde oder bis spätestens zum 31.12.2010 begonnen wird.

Auf der Homepage der KV Berlin www.kvberlin.de (*Für die Praxis/Verträge und Recht/Verträge/SAPV*), finden Sie aktuelle Informationen zum Vertrag und den vollständigen Vertragstext mit Anlagen.

Anliegend erhalten Sie die Teilnahmeerklärung.

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

☎ 31003-999

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Uwe Kraffel
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke
Vorstandsmitglied

Anlage 4: Teilnahmeerklärung des ärztlichen Leistungserbringers (SAPV)

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Stempel der Arztpraxis

**Teilnahmeerklärung
zum Rahmenvertrag nach § 132d SGB V über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung
gültig ab dem 01.07.2010**

Name des Arztes.: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):
(ersatzweise Stempelnummer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Ich bin *in Einzelpraxis / Berufsausübungsgemeinschaft* niedergelassener Arzt
(nicht Zutreffendes bitte streichen)
- Ich bin *in Einzelpraxis / Berufsausübungsgemeinschaft* angestellter Arzt/Assistent
(nicht Zutreffendes bitte streichen)
- Ich bin im MVZ _____ angestellter Arzt/Vertragsarzt
(Name des MVZ) (nicht Zutreffendes bitte streichen)

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den bei mir/ im MVZ/ angestellten Arzt/Assistenten

(nicht Zutreffendes bitte streichen) _____
(Name des angestellten Arztes/Assistenten)

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____

- Ich habe eine *abgeschlossene Weiterbildung in Palliativmedizin* gemäß der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern. (Ich füge die Urkunde der Teilnahmeerklärung bei)
- Ich habe eine *Weiterbildung in Palliativmedizin* gemäß der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern begonnen oder werde Sie spätestens zum 31.12.2010 beginnen. (Ich füge den Nachweis bzw. die Anmeldung der Teilnahmeerklärung bei)

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme zum Vertrag über die SAPV in Berlin.

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages über die SAPV in Berlin informiert. Der Vertragsinhalt ist mir bekannt.
2. Mir ist insbesondere bekannt,
 - a. dass meine Teilnahme am Vertrag über die SAPV freiwillig ist und ich die Anforderungen gemäß § 7 erfüllen muss,
 - b. ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
 - c. dass meine Teilnahme an diesem Vertrag mit schriftlicher Bestätigung der Teilnahme durch die KV Berlin im Auftrage der beteiligten Krankenkassen beginnt und ich dann zur Leistungserbringung nach diesem Vertrag berechtigt und verpflichtet bin,
 - d. dass meine Teilnahme an diesem Vertrag über die SAPV in Berlin endet, wenn die Voraussetzungen gemäß § 8 Abs. 2 Satz 3 und § 9 des Vertrages erfüllt sind, oder eine Kündigung gemäß § 18 des Vertrages erfolgte.
3. Notwendigen Vertragsänderungen oder –anpassungen stimme ich zu.

Ort, Datum

Unterschrift des antragstellenden Arztes und ggf. des ärztlichen Leiters (bei MVZ)