

# Rahmenvertrag

zur Erbringung und Abrechnung von SAPV-Leistungen  
von Vertragsärzten in Sachsen-Anhalt

zwischen dem

Palliativzentrum

Medizinisches Zentrum Harz GmbH  
Ilzenburger Straße 15  
38855 Wernigerode

(nachfolgend PZ)

und der

KV-Management-Gesellschaft mbH  
vertreten durch die Geschäftsführerin,  
Frau Gabriele Wenzel,  
Doctor-Eisenbart-Ring 2,  
39120 Magdeburg

(nachfolgend KV-M-GmbH)

auf der Grundlage des IV-Vertrages zur SAPV gemäß §§ 132 d Absatz 1, 37 b SGB V der AOK Sachsen-Anhalt, der Knappschaft, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse und der IKK gesund plus mit oben angegebenem PZ.

## Präambel

Mit diesem Rahmenvertrag gewährleistet die KV-M-GmbH dem PZ die ordnungsgemäße und zeitnahe patientenbezogene Abrechnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-Leistungen), die durch Vertragsärzte ausgehend von einer Verordnung des Musters 63 auf Grundlage des jeweilig abgestimmten Behandlungsplanes mit den Palliativ-Care-Teams (im weiteren PCT) erbracht werden.

In diesem Rahmenvertrag sind mögliche Leistungsinhalte der Vertragsärzte bezogen auf die SAPV-Versorgung auf Grundlage des entsprechendes IV-Vertrages mit der AOK Sachsen-Anhalt, der Knappschaft, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse und der IKK gesund plus einheitlich und abschließend definiert sowie mit den dazugehörigen einheitlichen Vergütungssätzen mit Geltung für Sachsen-Anhalt hinterlegt.

Ausschließlicher Ansprechpartner des PZ betreffend die ordnungsgemäße Leistungserbringung der SAPV-Leistungen durch Vertragsärzte auf der Grundlage dieses Rahmenvertrages sowie deren korrekte und ordnungsgemäße Abrechnung ist die KV-M-GmbH, die ihre Zahlungen nach Rechnungslegung gegenüber dem PZ von diesem mit befreiender Wirkung erhält.

Die KV-M-GmbH informiert die Vertragsärzte über die Geltung dieses Rahmenvertrages im Einklang mit den Konditionen des zugrunde liegenden IV-Vertrages mit den oben

angegebenen Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sowie der gemeinsamen Empfehlungen nach § 132 d Absatz 2 SGB V.

Zentrales Ziel dieser Rahmenvereinbarung ist eine zeitnahe, möglichst reibungslose Umsetzung des gesetzlichen Auftrages zur SAPV im Flächenland Sachsen-Anhalt, die nur durch die Einbeziehung von Vertragsärzten im Rahmen einer additiven Teilversorgung auf der Grundlage klarer und transparenter Rahmenbedingungen auf möglichst unbürokratischem Weg, aber mit einem hohen Verbindlichkeitsgrad, zu realisieren ist.

## **§ 1** **Aufgabenverteilung und Verfahrensablauf innerhalb der IV-SAPV**

- (1)** Die SAPV-Versorgung wird ausgelöst mit Verordnung des Musters 63 durch den Hausarzt/Facharzt (im weiteren einheitlich Vertragsarzt). Zwischen Vertragsarzt und dem PZ, dem vertraglich der gesetzliche SAPV-Sicherstellungsauftrag der in der Präambel aufgeführten Krankenkassen gemäß §§ 132 d Absatz 1, 37 b SGB V obliegt, ist eine Aufgabenverteilung sowie ein Verfahrensablauf gemäß der Anlage 1 zu diesem Rahmenvertrag vereinbart.
- (2)** Ohne zeitliche Verzögerung ausgehend von der Verordnung des Musters 63 vereinbaren der verordnende Vertragsarzt und das PZ ein sogenanntes Überleitungskonsil in der Häuslichkeit des Patienten, in Pflegeheimen ggf. auch vorab am Krankenhausbett (im weiteren häusliches Überleitungskonsil), in dem ein bindender, patientenbezogener SAPV-Behandlungsplan mit nachfolgenden Inhalten vereinbart wird:
  - Festlegung der individuellen SAPV-Versorgungsinhalte im Sinne des betroffenen Patienten
  - Austausch der notwendigen patientenbezogenen Befunderhebungen und Diagnostik auch bereichsübergreifend, wie im Rahmen der Regelversorgung indiziert
  - Abstimmung des besonderen Betreuungs-/Koordinationsaufwandes unter Berücksichtigung des gesetzlichen SAPV-Versorgungsauftrages unter Einbeziehung aller nichtärztlichen Leistungserbringer (Pflegedienste usw.)
  - Absicherung der Medikation und notwendiger weiterer Verordnungen (Heil- und Hilfsmittel, Schmerztherapeutika, Betäubungsmittel usw.) unter Absicherung des Versorgungsweges für den Patienten
  - Organisation und Absicherung der ggf. notwendigen SAPV-Hausbesuche durch den Vertragsarzt, abgestimmt mit dem PCT im Zuständigkeitskreis des PZ
  - Abstimmung und Organisation einer SAPV-Notfallversorgung durch den Vertragsarzt (24-Stunden-Rufbereitschaft)
  - Informationsaustausch/Dokumentation des SAPV-Behandlungsverlaufs sowie der Vertragsarztkontakte in der Patientenhäuslichkeit

Zuständig für die Organisation der im häuslichen Überleitungskonsil konkretisierten SAPV-Versorgungsinhalte ist das PZ bzw. das bei diesem angesiedelte PCT.

(3) Der Behandlungsplan nach Absatz 2 hat Festlegungen zwischen Vertragsarzt und PCT auf der Grundlage der Anlage 2, bezogen auf die Notwendigkeit von SAPV-Hausbesuchen und/oder einer SAPV-Notfallversorgung durch den Vertragsarzt zu beinhalten. Diese Festlegungen werden auf der sogenannten Frequenz-Übersicht, wie als Muster und Kopiervorlage für das PZ als Anlage 5 aufgeführt ist, fortlaufend seitens des Vertragsarztes mit Datumsangabe unter Unterschriftenleistung dokumentiert. Diese Anlage 5 dient neben der damit verbundenen individuellen SAPV-Aufgabenverteilung auch der Absicherung einer korrekten und ordnungsgemäßen Abrechnung der erbrachten Leistungen durch Vertragsärzte bezogen auf die SAPV durch die KV-M-GmbH.

(4) Alle seitens der Vertragsärzte erbrachten Leistungen, beruhend auf dem abgestimmten individuellen Behandlungsplan nach Absatz 2, werden gegenüber dem PZ durch die KV-M-GmbH abgerechnet. Eine Rechnungslegung der Vertragsärzte für Leistungen der SAPV unmittelbar gegenüber dem PZ bzw. den die IV-SAPV abschließenden Krankenkassen ist ausgeschlossen.

## § 2

### **Zuständigkeitsbereiche des PZ der AOK Sachsen-Anhalt, der Knappschaft, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse und der IKK gesund plus**

(1) Die Zuständigkeit des PZ nach diesem Rahmenvertrag ergibt sich aus Anlage 3 mit den darin aufgeführten Ansprechpartnern, denen die Verordnung gemäß Muster 63 unverzüglich zu übermitteln ist. Bei Unvollständigkeiten bzw. Änderungen der Kontaktdaten der Ansprechpartner sind diese unverzüglich der KV-M-GmbH mitzuteilen.

(2) Das PZ/PCT ist unmittelbarer Ansprechpartner für die SAPV-Versorgung, ausgehend von den die Verordnungen nach Muster 63 ausstellenden Vertragsärzten.

## § 3

### **Feststellung des Bedarfs zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung**

(1) Auf der Grundlage der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur SAPV besteht ein Bedarf nach SAPV-Versorgung, soweit anderweitige ambulante Versorgungsformen nicht mehr ausreichen. Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt.

(2) Für diese Feststellung wird eine Klassifikation im Kanrofsky-Index (siehe Anlage 4) von unter 40 % für das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens zugrunde gelegt. Nach diesem Index müssen mindestens zwei Symptome der in Anlage 4 beigefügten Übersicht vorliegen. Nur Patienten, die über diese komplexe Ausprägung des Symptomgeschehens verfügen, haben einen Anspruch auf SAPV-Versorgung.

## § 4

### **Vergütung und Rechnungslegung durch die KV-M-GmbH gegenüber dem PZ und dem Vertragsarzt**

- (1)** Die von Vertragsärzten gemäß diesem Rahmenvertrag erbrachten SAPV-Leistungen werden nach dem einheitlichen Gebührenordnungskatalog der Anlage 2 von der KV-M-GmbH mit dem PZ monatlich auf Grundlage der Frequenz-Übersicht nach Anlage 5 abgerechnet.
- (2)** Die Anlage 5 wird von dem PZ, der KV-M-GmbH wie auch dem leistungserbringenden Vertragsarzt monatlich, spätestens am siebten Werktag nach Monatsende, ggf. auch früher, im Falle des Versterbens des SAPV-Patienten, in Kopie (ggf. maschinell lesbar) zur Verfügung gestellt. Die Originale der Anlage 5 bleiben beim PZ.
- (3)** Vor Übermittlung der Anlage 5 prüft das PZ die Frequenz-Übersicht auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Bei ggf. bestehenden Implausibilitäten klärt das PZ diese mit dem Vertragsarzt, kennzeichnet diese abgestimmten Korrekturen auf der Anlage 5 und nutzt zur Erläuterung das dafür vorgesehene Begründungsfeld. Sofern eine einvernehmliche Klärung durch das PZ mit dem Vertragsarzt nicht möglich sein sollte, übernimmt die KV-M-GmbH die Bearbeitung und Klärung auf der Grundlage der in diesem Sinne angeführten Erläuterungen des PZ im Begründungsfeld der übermittelten Anlage 5.
- (4)** Der Vertragsarzt erhält auf der Grundlage der übermittelten Frequenz-Übersicht durch das PZ die Möglichkeit, in seiner Abrechnung gegenüber der KVSA auf dem entsprechenden vertragsärztlichen Abrechnungsschein des Patienten die SAPV-Pseudoziffern der Anlage 2 einzutragen. Der Vertragsarzt erhält die erbrachten SAPV-Leistungen, wie auf Anlage 5 dokumentiert und in seiner Abrechnung über die entsprechenden Pseudoziffern der Anlage 2 gekennzeichnet, im üblichen Bearbeitungsrhythmus der vertragsärztlichen Abrechnung durch die KVSA mit der Restzahlung unter Abzug des aktuellen Verwaltungskostensatzes, wie er auch für die KVSA Geltung hat, vergütet. Die SAPV-Leistungen werden in der Quartalsabrechnung und auf dem Kontoauszug des Vertragsarztes, die er von der KVSA erhält, nachvollziehbar ausgewiesen.
- (5)** Die KV-M-GmbH nutzt die Anlage 5 zur Rechnungslegung der SAPV-Leistungserbringung, wie sie vom Vertragsarzt erbracht wurde, gegenüber dem PZ. Mit individueller patientenbezogener Rechnungslegung durch die KV-M-GmbH erfolgt eine Zahlung des PZ mit befreiender Wirkung zu Gunsten der leistungserbringenden Vertragsärzte gegenüber der KV-M-GmbH binnen 28 Tagen nach Rechnungseingang.

## § 5

### **Information und Gewährleistung der rechtlichen und vertraglichen IV-SAPV Versorgungsinhalte**

- (1)** Die KV-M-GmbH gewährleistet dem PZ die ordnungsgemäße Leistungserbringung der Vertragsärzte, die gemeinsam mit dem PZ/PCT eine vertraglich konkretisierte SAPV-Versorgung im Flächenland Sachsen-Anhalt realisieren. Gegebenfalls auftretende organisatorische, fachliche wie auch abrechnungstechnische Probleme, die nicht einvernehmlich zwischen dem PZ und den Vertragsärzten klarbar waren, werden von der KV-M-GmbH gelöst. Die KV-M-GmbH gewährleistet die ordnungsgemäße Abwicklung auf Grundlage dieses Rahmenvertrages.
- (2)** Die KV-M-GmbH informiert die Vertragsärzte in Sachsen-Anhalt über diesen Rahmenvertrag, seine Voraussetzungen und Konditionen.

## **§ 6 Datenschutz, ärztliche Schweigepflicht**

Die Vertragspartner verpflichten sich bei Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten, die datenschutzrechtliche Schweigepflicht zu beachten.

## **§ 7 Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung**

- (1)** Der Vertrag tritt zum 1. März 2010 in Kraft. Er kann von den Vertragspartnern halbjährlich in Schriftform mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des Kalenderhalbjahres, erstmalig zum 30. September 2011 mit Wirkung zum 31. Dezember 2011, gekündigt werden.
- (2)** Im Falle der Kündigung können SAPV-Leistungen des Vertragsarztes auf der Grundlage eines abgestimmten Behandlungsplanes bis zum letzten Tag der Laufzeit des Rahmenvertrages erbracht werden. Diese Leistungen werden maximal bis zum letzten Tag seitens des PZ auf der Grundlage dieses Rahmenvertrages vergütet.
- (3)** Eine Kündigung aus wichtigem Grund ist stets zulässig. Um einen wichtigen Grund handelt es sich, wenn eine der Vertragsparteien schwerwiegend gegen die obliegenden Verpflichtungen aus diesem Rahmenvertrag verstößt, so dass die erforderliche Vertrauensgrundlage unwiderbringbar zerrüttet ist.

## **§ 8 Salvatorische Klausel**

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit des übrigen Vertrages hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart wesentlich war, dass ihr ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommen.

Datum:

Datum:

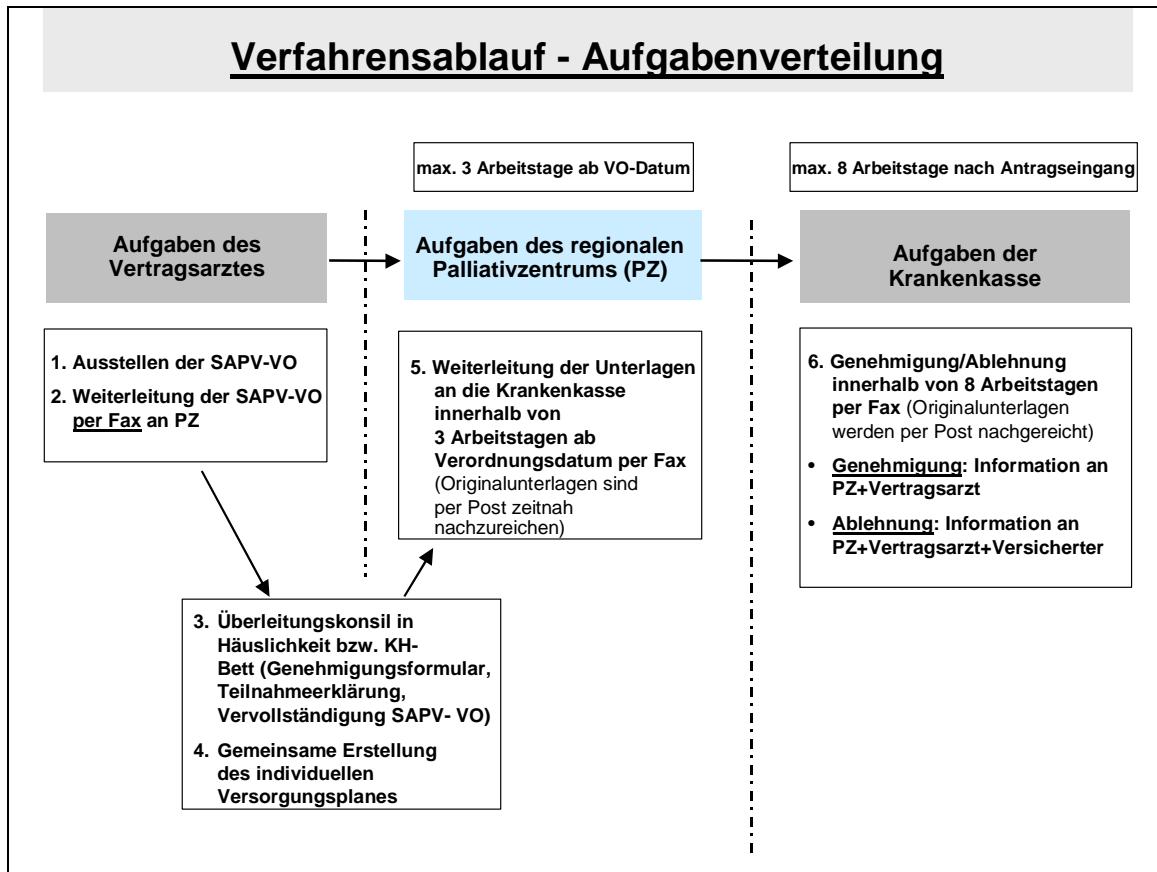
---

KV-Management-Gesellschaft mbH

---

Medizinisches Zentrum Harz GmbH  
Wernigerode

## Verfahrensablauf - von der Verordnung der SAPV zur Realisierung des individuellen Versorgungsplanes



## 2.1 Vergütung der additiven Teilversorgung

Leistungsart	Leistungsinhalt	Häufigkeit	Abrechnungs-voraussetzung	Pseudo-Ziffer	SAPV-Zuschlag
1. <b>Überleitungskonsil</b> in der Häuslichkeit des Patienten (ggf. auch am Krankenhausbett, stationärem Hospiz), gemeinsam mit dem Palliativ-Care-Team und den Angehörigen unter Abstimmung des individuellen Versorgungsplanes mit Verbindlichkeit für alle ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abstimmung und Festlegung der individuellen SAPV-Versorgungs-inhalte und des Betreuungsaufwandes mit allen Leistungserbringern</li> <li>- Dokumentation</li> <li>- besondere Praxisorganisation</li> <li>- Absicherung der Medikation und notwendiger weiterer Verordnungen</li> <li>- Organisation einer Rund-um-die-Uhr hausärztlichen / fachärztlichen Rufbereitschaft</li> <li>- Austausch der patientenbezogenen Befunderhebungen und Diagnostik auch bereichsübergreifend</li> </ul>	einmalig pro Patient	EBM: Hausbesuch / Wegepauschale plus Zuschlag SAPV	91030	67,50 €
2. <b>SAPV-Hausbesuch</b> abgestimmt mit PZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- notwendige hausärztliche / fachärztliche Symptomkontrolle</li> <li>- Anpassung / Prüfung der Medikation der Verordnungen etc.</li> </ul>	jeweils	EBM: Hausbesuch / Wegepauschale plus SAPV-Zuschlag	91031	25,00 €
3. <b>SAPV-Notfall</b> außerhalb des organisierten Bereitschaftsdienstes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absicherung / Abstimmung und Organisation einer individuellen SAPV-Rufbereitschaft durch den Vertragsarzt</li> </ul>	jeweils	EBM: Hausbesuch / Wegepauschale plus SAPV-Zuschlag	91032	25,00 €

**Anmerkung:** binnen 3 Tagen muss Verordnungsformular zur Genehmigung bei der Krankenkasse vorliegen;  
demnach binnen 8 Tagen wird Genehmigung ausgesprochen; d.h. max. 11 Tage „Vorfinanzierung“ des PZs zu o.a. Konditionen auch außerhalb einer Gewährung über Tagespauschale möglich

**Anlage 2**

**2.2 SAPV-Versorgung durch qualifizierte Haus- und Fachärzte als verantwortliche Ärzte des Palliativ-Care-Teams des PZ's (Dienstleistung) bezogen auf den einzelnen SAPV-Patienten**

	<b>Art</b>	<b>Leistungsinhalte des vertragsärztlichen Dienstleisters für das PZ</b>	<b>Qualifikation</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Pseudoziffer</b>	<b>SAPV-Zuschläge</b>
1.	<b>Überleitungskonsil</b> in der Häuslichkeit des Patienten gemeinsam mit dem den Patienten in der GKV behandelnden (Hausarzt/Facharzt) als ärztlich verantwortliches Mitglied des P-C-T des PZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstimmung der individuellen SAPV-Versorgungsinhalte mit dem Hausarzt/Facharzt sowie verantwortliche Versorgungsplanerstellung für alle Leistungserbringer der SAPV für den genehmigten Zeitraum</li> </ul>	Zusatzbezeichnung PA  Basiskurs PA  internes Curriculum*	<b>Einmalig, in der ersten Woche</b> (patientenbezogen)	91035 A  91035 B  91035 C	100,00 €  90,00 €  60,00 €
2	<b>Koordinierungs- und Konsiliarpauschale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verantwortliche Koordination des individuellen SAPV-Versorgungsplanes, Prüfung auf Aktualität der med. und pflegerischen Festlegungen in der SAPV zwischen jeweiligen Hausarzt/Facharzt und PZ sowie allen SAPV-Leistungserbringern; ggf. auch umfassend weiteres Konsil in der Häuslichkeit mit dem jeweiligen Hausarzt/Facharzt/ SAPV-Leistungserbringer</li> </ul>	Zusatzbezeichnung PA  Basiskurs PA  internes Curriculum*	<b>Kalenderwochenpauschale/ab der zweiten Woche</b> (patientenbezogen)	91036 A  91036 B  91036 C	150,00 €  120,00 €  100,00 €
3.	<b>ggf. SAPV-Notfall</b> der nur durch den Vertragsarzt als PZ-Palliativ-Arzt des P-C-T und nicht durch Hausarzt/Facharzt des SAPV-Patienten erbracht werden kann oder <b>ggf. SAPV-Hausbesuch</b> durch den Vertragsarzt als PZ-Palliativ-Arzt des P-C-T, der nicht durch Hausarzt/Facharzt erbracht werden kann	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vor-Ort-SAPV-Realisierung einer Bereitschaft durch spezialisierten Palliativarzt des PZ aufgrund</li> <li>• notwendiger spezialisierter SAPV-Systemkontrollen oder</li> <li>• Anpassung/Prüfung der Medikation der Verordnung etc. nur möglich durch PZ-Palliativmediziner</li> </ul>	Zusatzbezeichnung PA  Basiskurs PA  internes Curriculum*	<b>jeweils bei Sicherstellungsbedarf</b> (patientenbezogen)	91037 A  91037 B  91037 C	70,00 €  60,00 €  50,00 €
4.	<b>Rufbereitschaft für das PZ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absicherung der 24 Std.-Rufbereitschaft für das PZ/ständiges telefonisches Konsil gegenüber Hausarzt/Facharzt des SAPV-Patienten und ggf. den Angehörigen</li> </ul>	Zusatzbezeichnung PA  Basiskurs PA  internes Curriculum*	<b>Kalenderwochenpauschale</b> (patientenunabhängig ab einem eingeschriebenen SAPV-Patienten)	91038 A  91038 B  91038 C	200,00 €  150,00 €  120,00 €

\* internes Curriculum:

Die Vertragspartner beabsichtigen die Vergabe eines internen Fortbildungscurriculums SAPV, welches von den Inhalten und auch von der Organisation her von diesem Vertragspartner gesteuert wird.

**Zuständigkeitsbereiche und Ansprechpartner**

**PZ:** Region Harz, Mansfeld-Südharz  
Medizinisches Zentrum Harz GmbH (Wernigerode)

**Region Harz, Mansfeld Südharz**

Medizinisches Zentrum Harz GmbH  
Palliativzentrum  
Frau Simone Franz  
Ilseburger Straße 15  
38855 Wernigerode  
Tel.: 03943 614590  
FAX: 03943 614591  
Email: [simone.franz@harz-klinikum.de](mailto:simone.franz@harz-klinikum.de)  
[sapv@mvz-harz.de](mailto:sapv@mvz-harz.de)

Klassifikation im Karnofsky Index

<b>Symptomatik</b>	<b>Ausprägung</b>		
	<b>leicht</b>	<b>mittel</b>	<b>schwer</b>
<u>respiratorische/kardiale Symptomatik</u>			
Dyspnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämoptoe (Bluthusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NYHA (Stufe II-IV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik</u>			
Quantitative Bewusstseinsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hirndrucksymptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myoklonus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelkämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotische Syndrome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>ulzerierende/exulzerierende Wunden oder Tumore</u>			
Lokalisation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokalisation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokalisation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>gastrointestinale Symptomatik</u>			
Anorexie/Kachexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mukositis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysphagie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämatemesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikterus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ileus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aszites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>urogenitale Symptomatik</u>			
Harnwegsinfekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasentenesmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämaturie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginale Blutung und Ausfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Frequenzübersicht SAPV

für Haus- und Fachärzte des SAPV-Patienten

**Monat:** \_\_\_\_\_

**Patientenname:** \_\_\_\_\_

**Versichertennummer:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

vom PZ  
auszu-  
füllen

**Das Überleitungskonsil (91030) ist erfolgt am:** \_\_\_\_\_  
**(Datum)**

**(Unterschrift Vertragsarztes)**

<b>Leistungsart</b>	<b>Datum der Leistungserbringung/Unterschrift des Vertragsarztes</b>											
	Datum	Unter- schrift	Datum	Unter- schrift	Datum	Unter- schrift	Datum	Unter- schrift	Datum	Unter- schrift	Datum	Unter- schrift
<b>SAPV- Hausbesuch (91031)</b>												
<b>SAPV-Notfall (91032)</b>												

Diese Übersicht dient der Abrechnung der von den Vertragsärzten erbrachten Leistungen.

Sachlich richtig:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift PZ

### Frequenzübersicht SAPV

für verantwortliche Vertragsärzte, die für das Palliativzentrum SAPV-Leistungen erbringen

**Monat:** \_\_\_\_\_

**Patientenname:** \_\_\_\_\_

**Versichertennummer:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

} vom PZ  
auszu-  
füllen

#### **Das Überleitungskonsil**

**91035 A (Zusatzbezeichnung Palliativmedizin)\* ist erfolgt am:** \_\_\_\_\_

Datum/(Unterschrift Vertragsarztes)

**91035 B (Basiskurz Palliativmedizin)\* ist erfolgt am:** \_\_\_\_\_

Datum/(Unterschrift Vertragsarztes)

**91035 C (internes Curriculum)\* ist erfolgt am:** \_\_\_\_\_

Datum/(Unterschrift Vertragsarztes)

<b>Leistungsart</b>	<b>Datum der Leistungserbringung/Unterschrift des Vertragsarztes</b>											
<b>SAPV-Hausbesuch</b>	Datum	Unter- schrift	Datum	Unter- schrift	Datum	Unter- schrift	Datum	Unter- schrift	Datum	Unter- schrift	Datum	Unter- schrift
Zusatzbezeichnung PA* 91036 A												
Basiskurs PA* 91036 B												
internes Curriculum* 91036 C												
<b>SAPV-Notfall</b>	Datum	Unter- schrift	Datum	Unter- schrift	Datum	Unter- schrift	Datum	Unter- schrift	Datum	Unter- schrift	Datum	Unter- schrift
Zusatzbezeichnung PA* 91037 A												
Basiskurs PA* 91037 B												
internes Curriculum* 91037 C												

\* nicht zutreffendes bitte streichen

Leistungsart	Datum der Leistungserbringung/Unterschrift des Vertragsarztes							
Rufbereitschaft PZ  Zusatzbezeichnung PA* 91038 A  Basiskurs PA* 91038 B  internes Curriculum* 91038 C	Kalenderwoche von/bis		Kalenderwoche von/bis		Kalenderwoche von/bis		Datum	Unterschrift

\* nicht zutreffendes bitte streichen

Diese Übersicht dient der Abrechnung der von den Vertragsärzten erbrachten Leistungen.

Sachlich richtig:

---

Unterschrift PZ