



CHECKLISTE RECHTSANSPRUCH SAPV FÜR BETEILIGTE DIENSTE

Dokumentenname

Checkliste Rechtsanspruch SAPV für beteiligte Dienste

Gemäß § 37b SGB V und RL des GBAs zur Verordnung von SAPV.

Vorgehen:

Wenn alle Fragen mit „Ja“ beantwortet werden können, besteht ein Rechtsanspruch auf eine SAPV-Leistung.

Abweichungen bedürfen individueller Klärung

Erkrankungssituation des Patienten (§37b / RL-SAPV)		
Nicht heilbar	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Fortgeschritten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Fortschreitend	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Begrenzte Lebenserwartung (Wochen bis Monate)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Palliativbegründende Diagnose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ziele von Patient, Familie und therapeutischem Team (RL-SAPV)		
Symptomlinderung anstelle kurativer Zielsetzung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Verbleib im häuslichen Umfeld bis zum Tod	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Besonderer Aufwand (§37b / RL-SAPV)		
Vorhandene bzw. verfügbare amb. Versorgungsformen reichen nicht aus, um den häuslichen Verbleib auch in absehbaren Krisensituationen sicher zu stellen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, warum:		
Komplexes Symptomgeschehen erfordert spez. Kenntnisse und Erfahrungen der Palliativ-Care bzw. besonders abgestimmtes multiprofessionelles Konzept?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, welche:		
Insbesondere besteht eine ausgeprägte Symptomlast	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, welche:		
Schriftliche Kostenübernahme der PKV (mindestens per FAX)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen		