

Kurzanleitung zur Verordnung von SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
unser SAPV-Team möchte Sie gerne in der Begleitung unheilbar kranker und sterbender Menschen unterstützen.

Folgende Angaben bzw. Unterlagen sind bei der Anmeldung Ihres Patienten besonders wichtig:

1. Voraussetzung für SAPV

- ✓ Ihr Einverständnis als Haus- bzw. Facharzt
- ✓ Einverständnis des Patienten
- ✓ Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch die Lebenserwartung begrenzt ist



2. Wichtige Informationen bei Anmeldung:

- ✓ Letzter Arztbrief / Entlassbrief
- ✓ Hauptdiagnose und relevante Nebendiagnosen
- ✓ Aktuelle Problematik

- ✓ **SAPV Verordnung - Muster 63**
=> bestellbar beim Kohlhammer Verlag Tel. 0711-78637281
=> abrechenbar EV 01425, FV 01426



Ausfüllhilfe siehe Rückseite



**Um die Leistung erbringen zu können, fordern die Krankenkassen den Eingang Ihrer Verordnung binnen 3 Tage ab Ausstellungsdatum.
Bitte faxen Sie uns deshalb die Verordnung (Vorder- und Rückseite) vorab zu und senden uns die Seiten 1-3 an unseren Stützpunkt im Landkreis.**
(Seite 4 verbleibt bei Ihnen in der Patientenakte – weißer Durchschlag)

3. Unsere Stützpunkte in den Landkreisen:



Landkreis DEG	Landkreis REG	Landkreis FRG	Landkreis DGF
PalliDONIS gGmbH Stützpunkt Deggendorf	PalliDONIS gGmbH Stützpunkt Zwiesel	PalliDONIS gGmbH Stützpunkt Deggendorf	PalliDONIS gGmbH Stützpunkt Deggendorf
Otto-Denk-Str. 25 94469 Deggendorf Telefon: 0991 / 280 93630 Telefax: 0991 / 280 93639	Arberlandstr. 5 94227 Zwiesel Telefon: 09922 / 869 2521 Telefax: 09922 / 869 5194	Otto-Denk-Str. 25 94469 Deggendorf Telefon: 0991 / 280 93638 Telefax: 0991 / 280 93639	Otto-Denk-Str. 25 94469 Deggendorf Telefon: 0991 / 280 93630 Telefax: 0991 / 280 93639

Sie bleiben selbstverständlich der Haus- bzw. Klinikarzt für Ihren Patienten und für uns ein wichtiger Partner. Daran soll sich nichts ändern!

Ausfüllhilfe zur Verordnung Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, Muster 63

- Druck der Patientenstammdaten**
 - einschließlich Ihrer Arzt- und BSNR

- Erst- oder Folgeverordnung ankreuzen**

- Verordnungsdauer** je nach Maßnahme
 - Klinikarzt: 7 Tage (nicht länger erlaubt!)
 - Vertragsarzt: Erst- oder Folgeverordnung in der Regel 28 Tage

- Verordnungsrelevante Diagnosen**
 - mit ICD-10-Code angeben
 - bei Tumorerkrankungen die Lokalisation der Metastasen

- Mindestens 1** erfülltes Symptom ankreuzen

- Komplexes Symptomgeschehen**
 - unbedingt zusätzlich erläutern, z.B.: ausgeprägte Schmerzsymptomatik, massive Atemnot, therapieresistentes Erbrechen, Progress der Metastasierung / Erkrankung, überwachungspflichtige Unruhezustände / delirantes Syndrom, häufige Angst / Panikattacken, exulzierende Wunden, Blutungsgefahr, psychiatrische Krisensituation, ethische Konfliktsituation, besondere Überforderung der Angehörigen oder sozialrechtliche Probleme

- Aktuelle Medikation** inkl. BTM mit Dosierung und Zeitschema angeben

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) 63

Krankenkasse bzw. Kostenträger: _____

Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. am: _____

Kostenträgerkennung: _____ Versicherten-Nr.: _____ Status: _____

Betriebsstellen-Nr.: _____ Arzt-Nr.: _____ Datum: _____

vom: [TT] [MM] [JJ] [TT] [MM] [JJ]

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

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

Komplexes Symptomgeschehen

ausgeprägte urogenitale Symptomatik ausgeprägte Schmerzsymptomatik ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden oder Tumore ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik sonstiges komplexes Symptomgeschehen

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

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BTM)

Folgende Maßnahmen sind notwendig

Beratung a. des behandelnden Arztes Koordination der Palliativversorgung

b. der behandelnden Pflegefachkraft

c. des Patienten/der Angehörigen

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gege[n] Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

Additiv unterstützende Teilversorgung Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für die Krankenkasse

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

Muster 63a (10/2014)

- Bitte eine der 4 Maßnahmen ankreuzen:**

- Beratung:**
 - Dauer der Verordnung 7 Tage
 - Persönliches Beratungsgespräch mit Patient, Angehörigen, behandelnder Pflegefachkraft oder Arzt
- Koordination:**
 - Dauer der Verordnung 14 Tage
 - Einschätzung des individuellen Hilfebedarfs und Aufbau eines Netzwerkes
- Additiv unterstützende Teilversorgung:**
 - Dauer der Verordnung bis zu 3 Monate, Folgeverordnung möglich
 - Beinhaltet Beratung und Koordination
 - 24 h-Rufbereitschaft und Krisenintervention
 - Regelmäßige Hausbesuche, engmaschige medizinische und pflegerische Begleitung
 - Rezeptierung von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel möglich

- Nähere Angaben zu den Maßnahmen** der SAPV in Bezug auf o.g. Symptome

- Unterschrift und Stempel** des verordnenden Arztes auf jedem Durchschlag
 - weißer Durchschlag verbleibt in der Patientenakte bei Hausarzt / Klinik

- Unterschrift Patient / Bevollmächtigter** auf der Rückseite