

## 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

- 1. Druck der Patientenstammdaten**  
 • einschließlich Ihrer Arzt- und BSNR

- 2. Erst- oder Folgeverordnung ankreuzen**

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

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

- 5. Mindestens 1 erfülltes Symptom ankreuzen**

- 6. 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

- 7. 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 respiratorische / kardiale Symptomatik  ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore  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 / Erststößenanfälle, 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 / Angehörigen

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gege) \_\_\_\_\_

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)

- 8. 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

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

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

- 11. Unterschrift Patient / Bevollmächtigter auf der Rückseite**