

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 Otto-Denk-Str. 25 94469 Deggendorf Telefon: 0991 / 280 93630 Telefax: 0991 / 280 93639	PalliDONIS gGmbH Stützpunkt Regen Am Sand 3 94209 Regen Telefon: 09921 / 9714 300 Telefax: 09921 / 9714 302	PalliDONIS gGmbH Stützpunkt Deggendorf Otto-Denk-Str. 25 94469 Deggendorf Telefon: 0991 / 280 93638 Telefax: 0991 / 280 93639	PalliDONIS gGmbH Stützpunkt Deggendorf 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, therapieresistente Erbrechen, Progress der Metastasierung / Erkrankung, überwachungspflichtige Unruhezustände / delirantes Syndrom, häufige Angst / Panikattacken, exulzerierende Wunden, Blutungsgefahr, psychiatrische Krisensituation, ethische Konfliktsituation, besondere Überforderung der Angehörigen oder sozialrechtliche Probleme

7. Aktuelle Medikation inkl. BTM mit Dosierung und Zeitschema angeben

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am	Verordnung spezieller ambulanter Palliativversorgung (SAPV) 63	
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Behandlungsstätte-Nr. Arzt-Nr. Datum	1	2 <input type="checkbox"/> Erstverordnung <input type="checkbox"/> Folgeverordnung <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Unfallfolgen
3 vom T T M M J J T M M J J		
4 Verordnungsbereiche Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)		
5 Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.		
<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenital Symptomatik <input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik <input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen <input type="checkbox"/> ausgedehnte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik		
6 Nähre Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)		
7 Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BTM)		
8 Folgende Maßnahmen sind notwendig <input type="checkbox"/> Beratung a. des behandelnden Arztes Koordination der Palliativversorgung <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> c. des Patienten / Angehörigen mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenüberstellung, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)		
<input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung <input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung 9 Nähre Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV 10 Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes Ausfertigung für die Krankenkasse Muster 63a (10.2014)		
Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.		

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