

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
=> Für diese Erstverordnung erhalten Sie 25 Euro (EBM 01425)
=> Für die Folgeverordnung jeweils 15 Euro (EBM 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)**

- 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.: _____ Amt-Nr.: _____ Datum: _____

Erstverordnung Folgeverordnung

Unfall Unfallsfolgen

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 / Erststuhlgangsfälle, 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 01425 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 7 bzw. 28 Tage, 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**