

Ergänzende Vordruckerläuterung mit Ausfüllanleitung

Muster 63: Verordnung spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wird auf dem Vordruckmuster 63 nach Maßgabe der Richtlinie des G-BA über die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von dem behandelnden Arzt verordnet. Dabei sind folgende Hinweise zu beachten:

A. Verordnungsrelevante Diagnosen

Bitte geben Sie die ICD-10-Diagnoseschlüssel derjenigen unheilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankungen an, auf Grund derer Sie SAPV verordnen.

Begriffsdefinitionen gemäß SAPV Richtlinie:

- *Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können.*
- *Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann.*
- *Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.*

B. Komplexes Symptomgeschehen

Bitte kennzeichnen Sie mindestens eines der vorgegebenen Kriterien-Felder.

C. Nähere Beschreibung

Dieses Feld muss insbesondere dann ausgefüllt werden, wenn Sie unter „B“ das Feld „sonstiges komplexes Symptomgeschehen“ angekreuzt haben.

D. Aktuelle Medikation

Bitte geben Sie die aktuelle Medikation mit Dosierung an.

E. Folgende Maßnahmen sind notwendig

Je nach Versorgungsbedarf kann SAPV als reine Beratung der versorgenden Personen mit oder ohne Koordination der verschiedenen Bereiche (z.B. Arzt-Pflege-Sterbehilfe durch Hospizdienste) erfolgen. Es kann eine Teilversorgung nur im ärztlichen oder nur im pflegerischen Bereich erfolgen. In besonders schweren Fällen ist selbstverständlich auch eine Vollversorgung durch ein „Palliativ-Team“ verordnungsfähig.

1) Beratung

- a. des behandelnden Arztes
- b. der behandelnden Pflegefachkraft
- c. des Patienten / der Angehörigen

Diese Felder kreuzen Sie an, wenn Sie den Arzt, der zur SAPV zugelassen ist („Palliativarzt“) lediglich konsiliarisch in Anspruch nehmen wollen und die ärztliche Behandlung und Sie die Zusammenarbeit mit dem von Ihnen gewählten Pflegedienst in der Hand behalten wollen.

Der Palliativarzt ist in diesem Fall zu folgenden Leistungen verpflichtet:

- Persönlich und/oder telefonische Beratung der von Ihnen bestimmten Personengruppe (a und/oder b und/oder c)

Durch Ihre Angaben entscheiden Sie darüber, ob Sie für sich selbst Beratungsbedarf für die Behandlung des Erkrankten sehen und ob Sie die zuständige Pflegefachkraft und/oder den Patienten und seine Angehörigen selbst beraten wollen oder dies dem Palliativarzt überlassen wollen.

In dem Freitextfeld 2) „mit folgender inhaltlicher Ausrichtung“

geben Sie dem Palliativarzt vor, zu welchen Fragestellungen er unbedingt beraten soll. Sie bestimmen hier auch, wie häufig diese Beratungen stattfinden sollen.

In diesem Feld können Sie auch weitere Personen bestimmen (z.B. Seelsorger, ehrenamtlich tätige Personen der Sterbebegleitung), die durch den Palliativarzt beraten werden sollen.

3) Koordination der Palliativversorgung

Dieses Feld kreuzen Sie an, wenn der Palliativarzt einen Behandlungsplan erstellen soll. Kreuzen Sie dieses Feld nicht an, so bleiben Sie allein für die Koordination der Behandlung Ihres Patienten verantwortlich.

4) Additiv unterstützende Teilversorgung

Dieses Feld kreuzen Sie an, wenn Sie

- als Arzt über die o.g. Beratung hinaus auch bei Fallbesprechungen und Hausbesuchen konsiliarisch durch den Palliativarzt unterstützt werden wollen,
- wünschen, dass der von Ihnen beauftragte Pflegedienst durch spezialisierte Pflegekräfte beraten oder dessen Arbeit mit speziellen palliativpflegerischen Leistungen ergänzt werden soll.

5) Vollständige Versorgung

Wenn Sie dieses Feld ankreuzen, so übertragen Sie die komplette Behandlung Ihres Patienten bezüglich der ordnungsrelevanten Diagnosen dem Palliativarzt und/oder die gesamte Pflege dem spezialisierten Pflegedienst.

F. Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Bitte geben Sie hier insbesondere bei Verordnung von additiver Teilversorgung an, welche Inhalte der SAPV (ärztlich und/oder pflegerisch) Sie für notwendig erachten.

Inhalte der SAPV gemäß Richtlinie:

- *Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multi-professionellen Zusammenarbeit*
- *Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen - apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)*
- *palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht*
- *spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care entspricht*

- *Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen*
- *Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen*
- *Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod*
- *spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung*
- *psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten*
- *Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen*
- *Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV*

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Erstverordnung Folgeverordnung

Unfall Unfallfolgen

vom

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 bis

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

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

B **Komplexes Symptomgeschehen**

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | <input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen |

C **Nähere 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)

D **Aktuelle Medikation** (ggf. einschließlich BtM) _____

E **Folgende Maßnahmen sind notwendig**

| | | | |
|--|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Beratung 1 | <input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung |
| | <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft | | |
| | <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen | | |

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

_____ **2** _____

4 Additiv unterstützende Teilversorgung **5** Vollständige Versorgung

F **Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 40860, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 40862 berechnungsfähig.