



# SAPV Heidenheim

Kommunale Gesundheitskonferenz 18.04.2024

Ulrike Rettenberger SAPV Heidenheim

# Agenda



- **SAPV-Kernteam**
- **Organigramm**
- **Differenzierung allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung**
- **Ziel**
- **Patientengruppen**
- **Symptome**
- **Aufgaben**
- **Versorgungszahlen**
- **Finanzierung**
- **Kontakt**

# Interprofessionelles Kernteam SAPV



## 4 Palliativpflegefachkräfte

100 % VK



MARIA JUNG

80% VK



ULRIKE  
RETTENBERGER

70 % VK



MEIKE  
FIESELER-REHM

60% VK



KATRINA  
RENNINGER

## 3 Palliativmediziner/-innen

60 % VK



AMELIE  
SCHILDENBERGER

5 % VK



DR. MATTHIAS MÜLLER

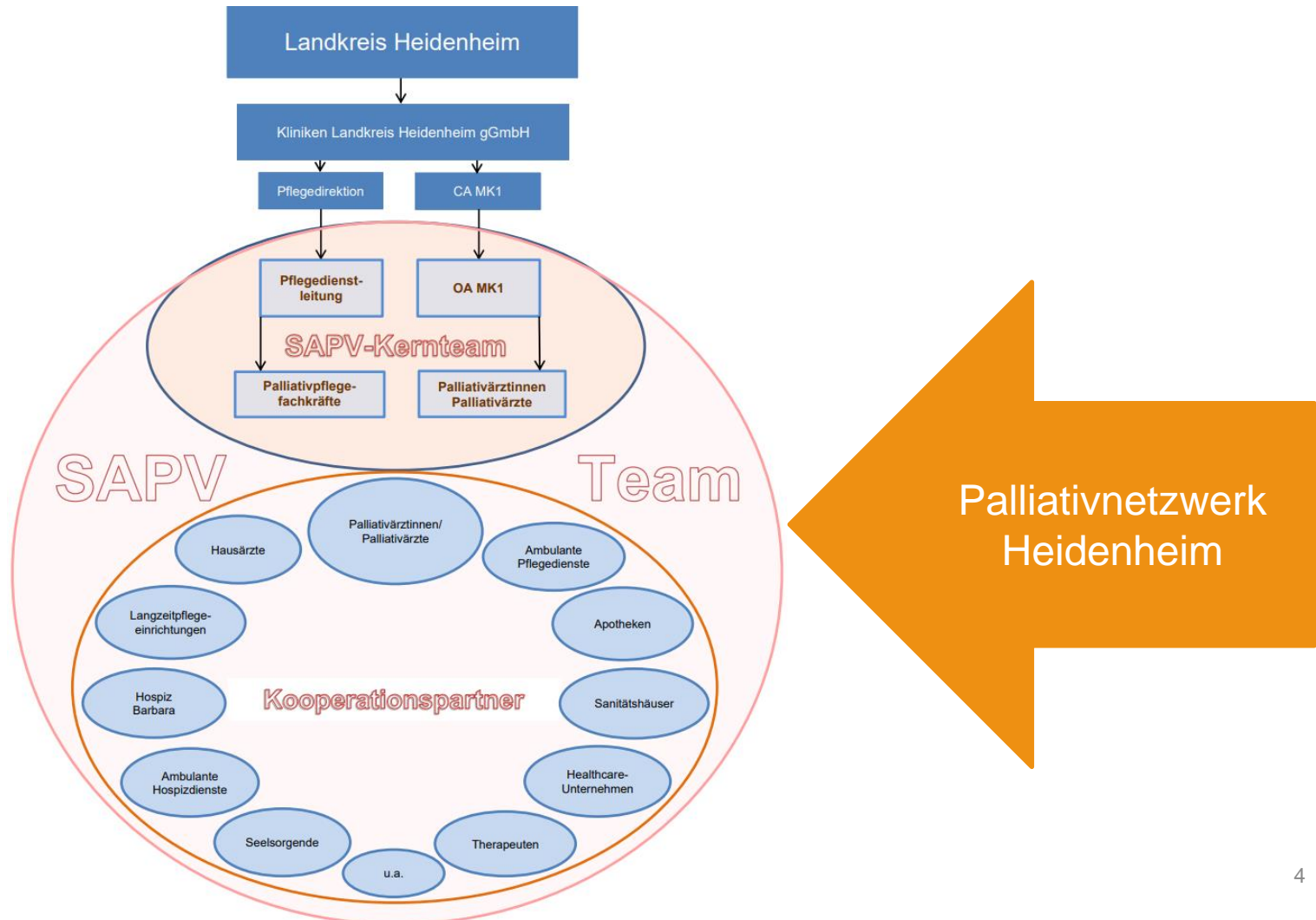
5% VK



Dr. Sonja Sünderhauf

## 9 Palliativmediziner/-innen als externe Kooperationspartner

# Organigramm



# Differenzierung SAPV



## Allgemeine Palliativversorgung

### stationär

- Pflegestationen
- Ambulanzen
- Pflegeheime ...

### ambulant

- Hausärzte
- Pflegedienste..

## Spezialisierte Palliativversorgung

### stationär

- Palliativstationen
- Hospize

### ambulant

- SAPV

# Ambulantes Setting



- Zu Hause
- Pflegeheim
- Hospiz

# Ziel



Die Lebensqualität von Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung und ihren Angehörigen zu verbessern oder zu erhalten.

# Patientengruppen



- schwerstkranke Menschen
- nicht heilbare, fortschreitende und weit fortgeschrittene Erkrankung
- zeitlich begrenzte Lebenserwartung
- aufwendige Versorgung



# Komplexes Symptomgeschehen



## Beispiele

- Schwer behandelbare Schmerzen, wechselnde Schmerzintensität
- Schwer beherrschbare Atemnot
- Gewichtsabnahme, fehlender Appetit, Erschöpfung
- Therapierefraktäre Übelkeit, rezidivierendes Erbrechen
- Nicht heilende große Wunden
- Soziale Isolation, Einsamkeit
- Belastende Angstzustände, Panikattacken oder Unruhezustände
- Belastung der pflegenden Angehörigen und Kinder
- ...

# Aufgaben



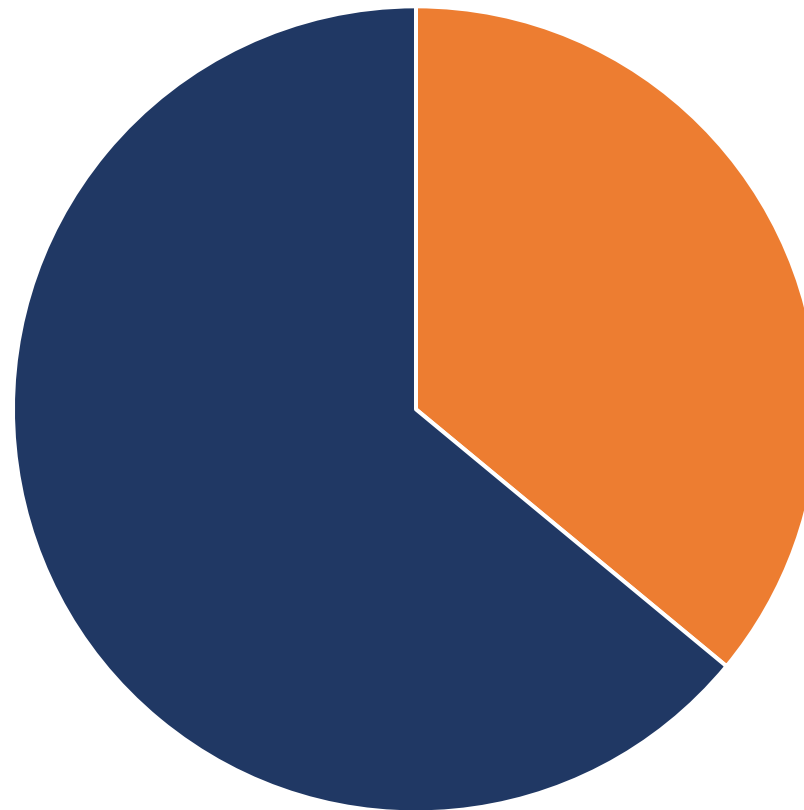
- Frühzeitige Erkennen und fachgerechte Einschätzen von Belastungen und Problemen (advance care planning)
- Rasche Symptombehandlung
- Psychosoziale Begleitung
- Koordination von Hilfsmitteln und weiteren unterstützenden Leistungen
- Krisen meistern und Sicherheit vermitteln
- Krankenhausaufnahmen vermeiden
- 24-h Rufbereitschaft (Pflege und Medizin)

# Versorgungszahlen



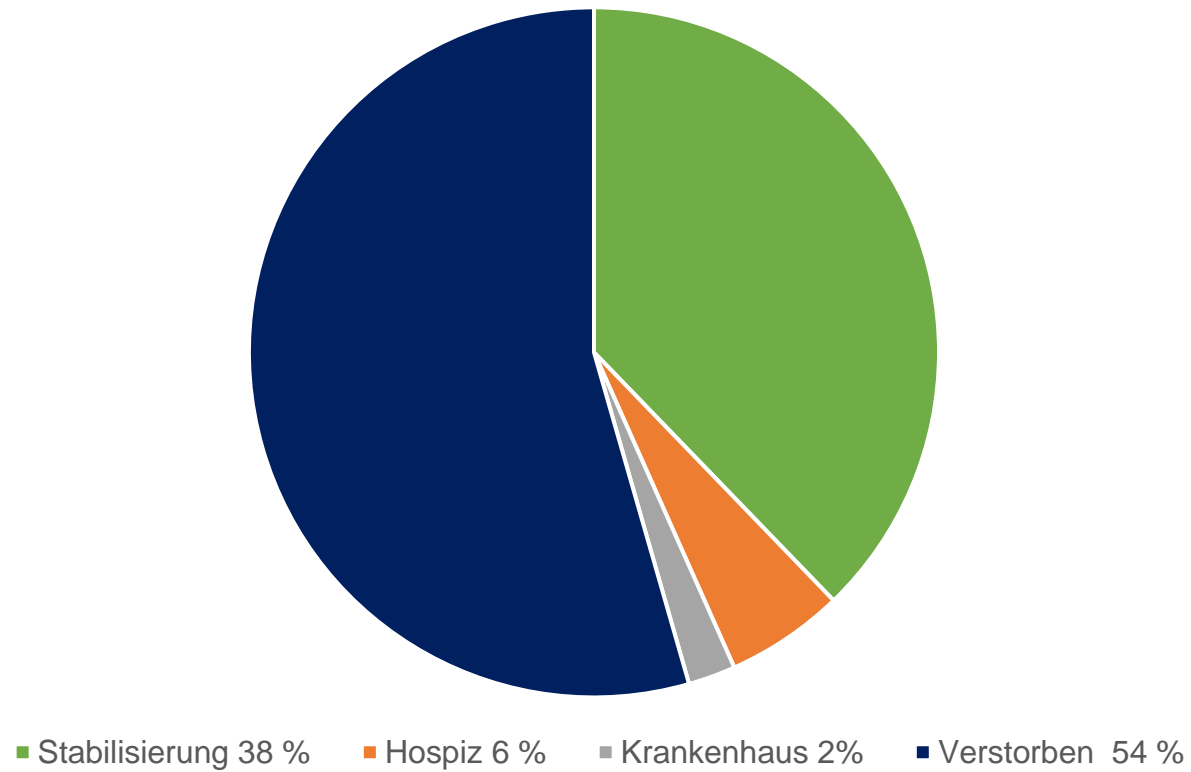
|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Altersdurchschnitt                           | 79 Jahre                        |
| Durchschnittliche<br>Behandlungsdauer        | 16 Tage<br>(Range 1 – 139 Tage) |
| Aufgenommene Patienten<br>Juli 23 – April 24 | 93                              |

# Diagnosenverteilung

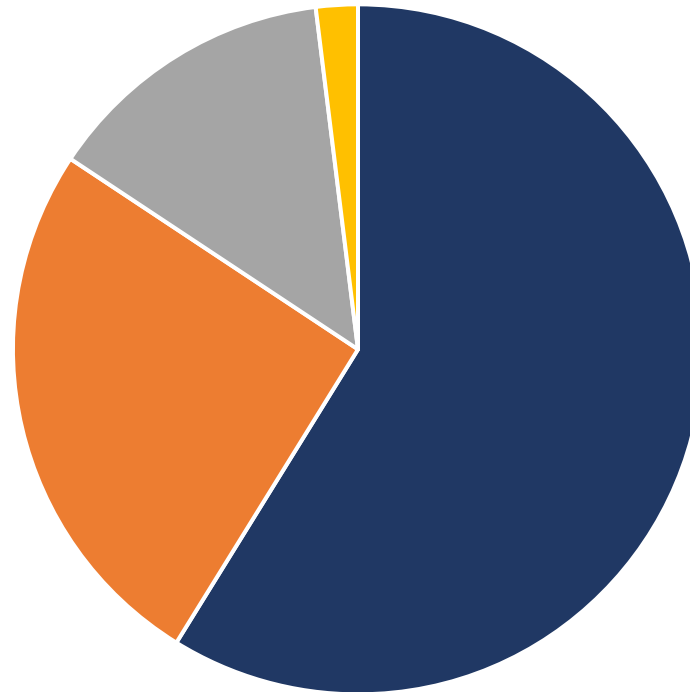


■ Nichtonkologisch 36% ■ Onkologisch 64%

# Entlassungen

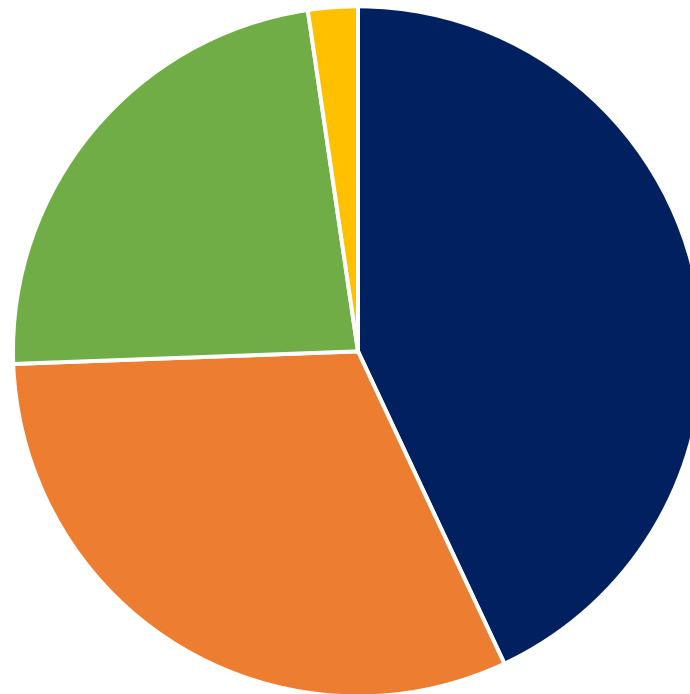


# Sterbeorte



■ Zuhause 59 %   ■ Pflegeheim 25 %   ■ Krankenhaus 14 %   ■ Hospiz 2 %

# Anfragen/Überweisung



■ Hausarzt 44 %   ■ Kliniken 31 %   ■ Angehörige 23 %   ■ Pflegeheim 2 %

# Finanzierung



- SAPV-Verordnung Muster 63
- Einzelpauschalen für Hausbesuche,  
Beratungsgespräche und Koordination



# SAPV Verordnung

## Muster 63



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

---

Kassen-Nr.    Versicherten-Nr.    Status

---

Beitragsnr.-Nr.    Azr-Nr.    Datum

**Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)** 63

Erstverordnung     Folgeverordnung

Unfallunfallfolgen

vom  bis

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Komplexes Symptomeschehen**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik                            | <input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik                                 | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik                           |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte rezidivierende / exzuberierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik             | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte rezidivierende / exzuberierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte rezidivierende / exzuberierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomeschehen                                 |

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Folgende Maßnahmen sind notwendig**

Beratung     a. des behandelnden Arztes     Koordination der Palliativversorgung

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Additiv unterstützende Teilversorgung     Vollständige Versorgung

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes  
Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 63a (4/2011)

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

**Antrag des Versicherten**

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird wie vom behandelnden Arzt verordnet bearbeitet.

Datenschutzhinweis § 67a Abs. 3 SGB X: Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Maximum nach § 60 SGB XI erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 60 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Datum  Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

**Angaben des Leistungserbringers für die SAPV**

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom  bis  erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

\_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel

\_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

\_\_\_\_\_

Ansprechpartner (Name)

\_\_\_\_\_

Telefonnummer

\_\_\_\_\_

Fax-Nummer

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

Datum  Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

**Genehmigung der Krankenkasse**

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung übernommen

in folgendem Umfang übernommen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

**Ausfüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht**

Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_













Versichertennummer

Geburtsdatum

Datum  Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

# SAPV Dienste



|                 | Montag   | Dienstag   | Mittwoch   | Donnerstag  | Freitag  | Samstag  | Sonntag  |
|-----------------|--|--|--|---|--|--|--|
| Regeldienst     | <br>08:00 -<br>16:00  | <br>08:00 -<br>16:00  | <br>08:00 -<br>16:00  | <br>08:00 -<br>16:00  | <br>08:00 -<br>16:00  |  |  |
| Rufbereitschaft | <br>16:00 -<br>08:00 | <br>16:00 -<br>08:00 | <br>16:00 -<br>08:00 | <br>16:00 -<br>08:00 | <br>16:00 -<br>08:00 | <br>08:00 -<br>08:00 | <br>08:00 -<br>08:00 |

# SAPV Kontakt

## **Kontakt und Informationen**

Tel. +49 7321 33-2504

Fax +49 7321 33-62504

[sapv@kliniken-heidenheim.de](mailto:sapv@kliniken-heidenheim.de)

## **Koordinationsbüro**

Mo-Do 09:00 bis 12:00 Uhr

sowie 13:00 bis 14:00 Uhr

Fr 09:00 bis 12:00 Uhr

