

Multiprofessionelle Palliativkonferenz

„Die unseligen Drei: Kachexie, Fatigue und Depression“

Gemeinsame Wurzel und dennoch unterschiedliche Therapie?

SAPV

„Krankenhaus zu Hause“

Das Ziel der **SAPV** :

die
spezialisierten
ambulanten
Palliativ-
versorgung

ermöglichen den Patienten die letzte Phase ihres Lebens in häuslicher Umgebung zu verbringen.

Vertrag über die Erbringung Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in Nordrhein gemäß § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V

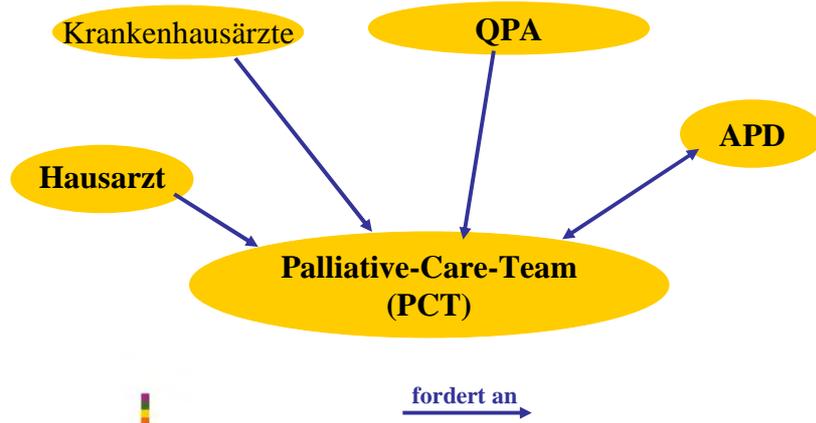
Anspruchsvoraussetzungen

- **Patient bedarf einer besonders aufwendigen Versorgung**
- **anderweitigen ambulanten palliative Versorgungsformen reichen nicht aus**
 - Grundversorgung durch den Hausarzt
 - Sekundärversorgung durch allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)

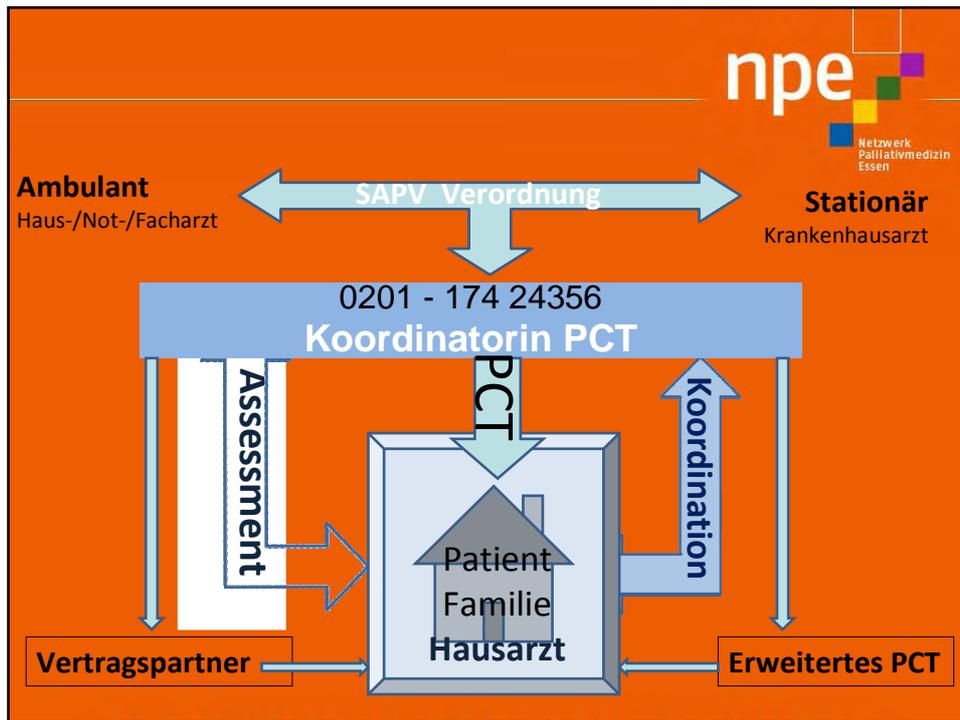
>> Netzwerk Palliativmedizin Essen

>> Organisationsformen

>> Spezialisierte amb. palliativmedizinische Versorgung



<p>Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) 63</p> <p>Ein- <input type="checkbox"/> verordnung Folge- <input type="checkbox"/> verordnung Unfall <input type="checkbox"/> Unfallschaden</p> <p>Vom [] bis []</p> <p>Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)</p> <p>Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.</p> <p>Komplexes Symptombild</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte ungenügende Symptomatik</td> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik</td> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte atemnotfördernde / hochdosierte Kortikosteroide / Tumore</td> <td><input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychische / psychiatrische Symptomatik</td> <td><input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptombild</td> </tr> </table> <p>Nähere Beschreibung des komplexen Symptombildes und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapieresistente Schmerzen, Ruhelosigkeit / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)</p> <p>Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich Opioid)</p> <p>Folgende Maßnahmen sind notwendig</p> <p><input type="checkbox"/> Beratung a. des behandelnden Arztes <input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung b. der behandelnden Pflegefachkraft c. des Patienten / der Angehörigen</p> <p>mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Spendenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)</p> <p><input type="checkbox"/> Aktiv unterstützende Teilversorgung <input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung</p> <p>Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV</p> <p><small>Für die Einreichung ist die Kostenschlüsselnummer (KSN) für die Festlegung der Kostenschlüsselnummer (KSN) berechnungsfähig.</small></p>	<input type="checkbox"/> ausgeprägte ungenügende Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte atemnotfördernde / hochdosierte Kortikosteroide / Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychische / psychiatrische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptombild	<p>Antrag des Versicherten</p> <p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird vom behandelnden Arzt verordnet beantragt.</p> <p>Datum [] [] [] [] [] []</p> <p>Zurückschreiben § 41 Abs. 1 SGB S, Bund ist kein Antrag auf SAPV einbringen Bundesebene § 13 Abs. 1 SGB S, Bund ist kein Antrag auf SAPV einbringen Vorhaben falls andere § 13 Abs. 1 SGB S, Bund ist kein Antrag auf SAPV einbringen</p> <p>Angaben des Leistungserbringers für die SAPV</p> <p>Die vereinbarte spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum von [] bis [] erbracht.</p> <p>Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel</p> <p>Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel</p> <p>Institutionskennzeichen des Leistungserbringers</p> <p>Ansprechpartner (Name)</p> <p>Telefonnummer</p> <p>Fax-Nummer</p> <p>E-Mail [] Datum [] [] [] [] [] []</p> <p>Genehmigung der Krankenkasse</p> <p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen</p> <p><input type="checkbox"/> entsprechend der Verordnung übernommen</p> <p><input type="checkbox"/> in folgendem Umfang übernommen</p> <p>Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erfolgt damit auch die Kostenerstattung. Sollte die SAPV über den letzten Beauftragungstag hinaus erforderlich sein, so ist rechtzeitig vor Ablauf des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.</p> <p>Anschließend, wenn von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht</p> <p>Name, Vorname des Versicherten</p> <p>Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort</p> <p>Versichertennummer</p> <p>Geburtsdatum [] [] [] [] [] [] Datum [] [] [] [] [] []</p>
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ungenügende Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik					
<input type="checkbox"/> ausgeprägte atemnotfördernde / hochdosierte Kortikosteroide / Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychische / psychiatrische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptombild					



npe
Netzwerk
Palliativmedizin
Essen

Schwere Last von kleinen Schultern nehmen

Honorarkraft soll Kinder und Jugendliche von
Angehörigen mit einer schweren Erkrankung
beistehen.

Quintessence Saxophone Quintet



28. November 2010

17:00 Uhr

Essener Waldorfschule
Schellstrasse 47
45134 Essen

Veranstalter:

Verein der Freunde und Förderer der Evang. HuysSENS-Stiftung

Essener Palliativausweis (Mantelseite)

Essener Palliativausweis

Herausgeber: Gesundheitskonferenz Essen, Hospizarbeit Essen e.V. und Netzwerk Palliativmedizin Essen

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Folgende Dokumente liegen vor:

Patientenverfügung: ja nein

Vorsorgevollmacht: ja nein

Dokumente sind hinterlegt:

Wichtige Kontaktpersonen

Nächster Ansprechpartner:

Telefon: _____

Mobil: _____

Gerichtlich bestellter Betreuer:

Telefon: _____

Mobil: _____

Palliative Care Team: _____

Hausarzt: _____

Pflegedienst: _____

Seelsorge: _____

Ambulantes Hospiz: _____

Arbeitsgruppe Palliativausweis AG des Netzwerk Palliativmedizin Essen

Essener Palliativausweis (Innenseite)

Palliativmedizinische Hauptdiagnose (Fortschreitende Erkrankung, die zum Tode führt): _____ _____ _____	Eine Herz-Lungen-Wiederbelebung lehne ich ab. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Auch unabhängig von Wiederbelebungsmaßnahmen lehne ich eine Intubation / künstliche Beatmung ab. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich wünsche trotzdem eine bestmögliche Behandlung meiner Symptome! Mögliche Konsequenzen aus den oben festgelegten Regelungen haben Arzt und Patienten besprochen. Datum/Unterschriften/Stempel: Patient / Gesetzlicher Betreuer _____ Arzt _____
Besonderheiten / Bemerkungen (z.B. Allergien, Unverträglichkeiten): _____ _____ _____	
Bedarfsmedikation zur Verabreichung durch den Notarzt: _____ _____ _____	

Arbeitsgruppe Palliativausweis AG des Netzwerk Palliativmedizin Essen



Multiprofessionelle Palliativkonferenz

„Leitlinie therapeutische Sedierung“

Wo und wie ist die umsetzbar,
was gehört dazu?

Mittwoch, 16.02.2011, 18:00 - 20:15 Uhr

**Danke
für Ihre
Aufmerksamkeit**

Multiprofessionelle Palliativkonferenz

„Die Unseligen Drei: Kachexie, Fatigue und Depression“

Gemeinsame Wurzel und dennoch unterschiedliche Therapie?

Mittwoch, 17.11.2010, 18:00 - 20:15 Uhr

Schulungszentrum der Johanniter, Henricistraße 100, 45136 Essen