



# Informationsbroschüre zur Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) – „Muster 63“ *mit Kopiervorlage „Muster 63“ in der Heftmitte*



**Palliativstützpunkt Rheinhessen-Nahe**  
am Krankenhaus St. Marienwörth

Postadresse:

Mühlenstr. 39  
55543 Bad Kreuznach

Tel.: (0671) 372-1430  
Fax: (0671) 372-1674

Internet: [www.palliativstuetzpunkt-kh.de](http://www.palliativstuetzpunkt-kh.de)  
E-Mail: [info-sapv@marienwoerth.de](mailto:info-sapv@marienwoerth.de)

Besucheradresse:

Gesundheitszentrum Nahe  
Bruder Jakobus Haus - 2. Obergeschoss  
Mühlenstr. 51  
55543 Bad Kreuznach



## Allgemeine Information

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.

Das Formular „Muster 63“ kann man auf unserer Internetseite [www.palliativstuetzpunkt-kh.de](http://www.palliativstuetzpunkt-kh.de) herunterladen oder direkt bei der KV bestellen.

**Wenn Sie einen Pat. in SAPV einschreiben möchten, nehmen Sie bitte vorab telefonischen Kontakt mit uns auf.**

**Bitte teilen Sie uns telefonisch + per FAX die Kontaktdaten des eingeschriebenen Pat. mit.**

**Dann besprechen wir gemeinsam mit ihnen die Versorgungsmöglichkeiten und klären das weitere Vorgehen.**

**Nachdem Sie das „Muster 63“ ausgefüllt haben, lassen Sie bitte den Patienten (oder seinen Vorsorgebevollmächtigten Angehörigen) auf dem 2. Blatt (rechts oben) unterschreiben.**

**Danach faxen Sie bitte die vollständige Verordnung (insges. 2 Seiten mit Unterschrift des Pat. oder seines Angehörigen) an Fax-Nr. (0671) 372-1674**

**Anschließend schicken Sie bitte die ZUVOR GEFAXTE Verordnung per Post an unser Stützpunktbüro.**

### **Palliativstützpunkt Rheinhessen-Nahe**

Mühlenstr. 39  
55543 Bad Kreuznach

**Danach** nehmen wir direkt Kontakt zum Patienten und seiner Familie auf, um die SAPV zu organisieren.

### **Wichtig :**

SAPV-Beginn auf das Datum setzen, an dem das Formular unterschrieben an den Stützpunkt gefaxt wird. **Danach haben wir 3 Werktage Zeit die Erstassessments** durch Palliative-Care Fachkraft und Palliativmediziner durchzuführen und den Originalantrag an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

**Für die Verordnung selbst erhalten Sie eine Kostenpauschale bei der Abrechnung:**

- **Erstverordnung Abrechnungsziffer: 01425**
- **Folgeverordnung Abrechnungsziffer: 01426**

**Eingeschriebene Patienten erreichen uns rund um die Uhr über eine Notrufnummer.**

Vorrangig zu der diensthabenden Palliativ Pflegefachkraft = „Palliative-Care Nurse“ (wochenweise wechselnd besetzt von einer Sozialstation/Pflegedienst im Umkreis). Diese nimmt das Gespräch an und wird gegebenenfalls den/die Palliativmediziner/in, der/die Hintergrunddienst hat anrufen, um einen Hausbesuch oder telefonische Anordnung anzufordern.

Wir führen für die eingeschriebenen Patienten eine elektronische Patientenakte (PalliDoc<sup>®</sup>), über die sich der Rufbereitschaftsdienst, sowie alle an der Patientenversorgung beteiligten Teammitglieder jederzeit und umfassend über den jeweiligen Patienten informieren können.

## **Indikationen zur Verordnung der SAPV / Voraussetzungen zur Verordnung der SAPV**

### ***Der Patient leidet an einer...***

**unheilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen** Krankheit, und es besteht eine **komplexe Symptomentwicklung**, zu deren Kontrolle **die Ressourcen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) fachlich, strukturell und/oder zeitlich nicht mehr ausreichend sind.**

### **Voraussetzung zur SAPV ist unter anderem:**

**Der Patientenwille:** zu Hause zu sterben,

**Tragfähiges versorgendes Umfeld:** Betreuung zu Hause ist gewährleistet

d.h. es muss jemand in der Wohnung beim Pat wohnen

### **Krankheitsbilder mit Indikation zu SAPV:**

- Karzinompatienten im onkologisch nicht mehr therapierbarem Status, evtl. Einzelfallbegründung für Chemotherapie zur Beschwerdelinderung (Ergüsse, Ödeme, Schmerzen), Bestrahlung (lokales Verfahren) zur Symptomlinderung
- schwer zu therapierende Schmerzzustände mit wechselnden Schmerzen, rascher Verlauf der Erkrankung,
- schwer einzustellende Symptome,
- Medikamenteneinnahme nicht mehr gewährleistet – Applikationswege ändern (Umstellung Pflaster, PCA-Pumpe, etc.)

### **Organversagen: von Hirn – Niere – Leber – Lunge – Herz – Darm ...**

- ausgeprägte neurologische, psychiatrische oder psychische Symptomatik
- ALS
- Demenz im Endstadium = wenn Pat. nicht mehr schlucken kann (Pat. Verfügung !) –
- medikamentöse Leidenslinderung und Unterstützung / psycho-soziale und medizinische Begleitung der Familie im Sterben, wenn Pat. nichts mehr zu sich nehmen kann – das das nichts mehr Essen / Trinken (‘Verhungern’ - ‘Verdursten’ - Leiden) auszuhalten ist.
- neu aufgetretenes Delir in der Endphase neurologischer Erkrankungen (Parkinson, MS, Demenz), d.h. wenn Medikamenteneinnahme, -umstellung, Dosissteigerung notwendig

**SAPV ist in Ausnahmefällen auch bei schwersten chronischen Erkrankungen möglich, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:**

- 1. Patientenwille** : Ablehnung weiterer lebensverlängernder Maßnahmen und
- 2. Endstadium** d.h. keine künstl. Ernährung / Beatmung / Antibiotika.... – Einzelfallbegründung, reine Symptomkontrolle
  - ausgeprägte respiratorische oder kardiale oder renale Symptomatik : Lungeninsuffizienz bei COPD / Fibrose / Emphysem – oft mit Erstickungsängsten / Herzinsuffizienz / nicht mehr therapierbare Angina pectoris / Niereninsuffizienz mit Ablehnung der Dialyse und komplexem Symptomgeschehen.
  - Lungen- oder Herzerkrankung im Terminalstadium mit mehreren Klinikaufenthalten in der letzten Zeit und klarem Patientenwille zu Hause zu sterben – wenn die versorgende Familie das tragen will und kann (schwerstes Cor pulmonale / Rechtsherzinsuffizienz, zunehmendes Multiorganversagen durch Leberstau)
  - Einzelfallbegründung
  - ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik : Darmversagen, Ileus – Subileus, abdominelle Schmerzen, Erbrechen mit Unfähigkeit Nahrung oder Medikamente aufzunehmen.
  - ausgeprägte ulzerierende oder exulzerierende Wunden oder Tumore
  - ausgeprägte urogenitale Symptomatik
  - Dialyse abgelehnt wird - Niereninsuffizienz mit progred. Urämie, Harnfisteln in Darm / Darm – Blasen- oder Darm-Scheidenfistelung

## Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Das **AUSSTELLUNGSdatum** muss angegeben werden und mit dem **Verordnungsbeginn** identisch sein!!

Krankenkasse bzw. Kostenträger		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Stamm

- Erstverordnung  
 Unfall Unfallfolgen

Der **VERORDNUNGSZEITRAUM** muss korrekt angegeben werden! Die Formulierung „bis auf weiteres...“ kann nicht akzeptiert werden. Die Klinik kann die **Verordnung bis max. 7 Werktage**, der Hausarzt **4-6 Wochen ausstellen**.

vom [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] bis [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Komplexes Symptomgeschehen

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik  
 ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik  
 ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptome

**KOMPLEXES SYMPTOMGESCHEHEN:**

in mindestens einem der angegebenen Bereiche muss ein komplexes Symptomgeschehen vorliegen.

→ „nur“ ankreuzen ist **NICHT** ausreichend!

**VERORDNUNGSRELEVANTE DIAGNOSEN**

anhand dieser Angaben muss sich ableiten lassen, dass die Erkrankung nicht heilbar und bereits weit fortgeschritten ist, so dass die Lebenserwartung begrenzt ist.

Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, dass eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BTM)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AKTUELLE MEDIKATION:**

Es kann auch auf einen Medikamentenplan hingewiesen werden, der dann der **Verordnung beiliegen muss!**

Folgende Maßnahmen sind notwendig

- Beratung
- a. des behandelnden Arztes  
 b. der behandelnden Pflegefachkraft  
 c. des Palliativversorgungsanbietenden

- Koordination der Palliativversorgung

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Zielsetzung)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MASSNAHMEN SAPV:** → „nur“ ein ankreuzen der Leistungen ist nicht ausreichend! Die SAPV-Maßnahmen müssen näher beschrieben werden  
 Die SAPV kann entweder als

Beratungs- und Koordinationsleistung  
 oder  
 einmalige **BERATUNG** verordnet werden!

**Bitte kreuzen Sie entsprechendes an!**

- Additiv unterstützende Teilversorgung  Vollständige Versorgung

Näher beschreiben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Beschreibt die Übernahme einzelner Versorgungsleistungen, die durch den Bedarf einer besonders aufwändigen und zeitintensiven Versorgung notwendig werden

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**WICHTIG:** Bitte immer Praxisstempel UND Unterschrift des Arztes

ohne ist die Verordnung unguiltig!

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 beantragt.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

**WICHTIG:** Bitte lassen Sie den **PATIENTEN ODER** dessen Vertreter (Vorsorgebevollmächtigte(r), Betreuer(-in), Familien- angehöriger) unterschreiben.

Sollte der Patient nicht unterschreiben können und kein Vertreter eingesetzt sein, lassen Sie das Feld bitte offen!

### Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 bis 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

Palliativstützpunkt Rheinhessen-Nahe

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

Mühlenstrasse 39, 55543, Bad Kreuznach

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

460713774 BSN: 745100663

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

(0671) / 372-1430

Fax-Nummer

(0671) / 372-1674

E-Mail

info-sapv@marienwoerth.de

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

Bitte **FAXEN** Sie die vollständig ausgefüllte Verordnung **VORAB** an den Palliativstützpunkt Rheinhessen-Nahe und schicken Sie anschließend die **ZUVOR GEFAXTE** Verordnung mit der Post an uns!

Unsere Fax-Nummer:

**0671 / 372-1674**

Postadresse:

Palliativstützpunkt Rheinhessen-Nahe  
Mühlenstr. 39  
55543 Bad Kreuznach



### 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

## Ausfüllhilfe zum „Muster 63“

**Alle erfragten Punkte müssen beantwortet werden – ein „ankreuzen“ alleine reicht nicht aus !**

### • Diagnosen:

- Auf verordnungsrelevante Diagnosen beschränken, d.h. nur die in kurzer Zeit zum Tod führende Erkrankung und ihre Symptomatik ist von Bedeutung
- Bei Tumorerkrankungen die Lokalisation aller Metastasen angeben, da dies oft ein Hinweis auf die besondere Problematik ist
- Hilfreiche Angaben sind besondere klinische Ereignisse (Krampfanfälle, Blutungen, Bewusstseinsstörungen, etc.), Verschlechterung des Karnovsky-Index, Zunahme stark belastender Symptome (Atemnot, Durchbruchschmerz, Übelkeit, Unruhe, Ängste, etc), Vorhandensein von Aszites, Pleura Erguss, etc.

### • Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs:

#### **(Beispiele)**

#### Ausgeprägte Schmerzsymptomatik

- Schmerzen, die unter der laufenden Therapie nicht ausreichend gelindert sind
- Ruheschmerzen
- Schwer behandelbarer Schmerztyp, z.B. viszerale Schmerzen, neuropathische Schmerzen
- Häufig wechselnde Schmerzintensität
- Schmerzen, die durch psychosoziale Faktoren stark beeinflusst werden Ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik
- Stark belastende oder progrediente Sensibilitätsstörungen
- Lähmungen mit schweren Aktivitätsbeeinträchtigungen
- rezidivierende Krampfanfälle
- rezidivierende, belastende Angstzustände und/oder Panikattacken
- Depressive Zustände mit komplexen (!! ) Symptomen wie z. B. ausgeprägter
- Schlaflosigkeit, ständigem Grübeln, häufigem Weinen, innerer Unruhe, Suizidgedanken
- Akute oder im Tagesverlauf wechselnde Bewusstseinsstörungen bzw. delirante Zustände unterschiedlicher Ursache, z.B. bedingt durch Tumorprogredienz, therapiebedingte Nebenwirkungen, metabolische Veränderungen

#### Ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik

- Schwer beherrschbare Luftnot unterschiedlicher Ursachen z.B. bei nicht kausal
- therapierbarem Lungenödem, Pleura- / Perikardergüssen, tumorbedingter Tracheal- / Bronchialkompression /-obstruktion
- Therapierefraktäre Angina pectoris
- Täglich oder mehrmals wöchentlich auftretende Synkopen oder Adam-Stokes-Anfälle z.B. im Rahmen rezidivierender Lungenembolien oder hochgradiger Herzrhythmusstörungen
- Ausgeprägter belastender Husten

### Ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

- Therapierefraktäre Übelkeit, die eine effektive Symptomkontrolle beeinträchtigt, z.B. durch Unmöglichkeit oraler Medikamentenaufnahme
- Rezidivierendes Erbrechen, das eine effektive Symptomkontrolle beeinträchtigt, z.B. durch Erbrechen eingenommener Medikamente
- Rezidivierende Hämatemesis bzw. Miserere
- Rezidivierende Meläna/Hämatochezie
- Symptome durch massiven Aszites
- Ileus/Subileus
- Ausgeprägter belastender Singultus, Dysphagie

### Ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore

- unangenehmer Geruch
- entstellende Wirkung
- drohende Blutungsneigung

### Ausgeprägte urogenitale Symptomatik

- Akuter Harnverhalt, z.B. mechanischer, medikamententoxischer, neurogener oder funktioneller Ursache
- Fistelbildung mit Stuhl/Harninkontinenz
- Blutungen im Bereich der ableitenden Harnwege

### Sonstige ausgeprägte Symptomatik

- Symptome durch eine Hyperkalzämie
- Ausgeprägter, belastender Pruritus, z.B. bei Ikterus oder Niereninsuffizienz
- Ausgeprägtes Fatigue-Syndrom
- Anorexie

#### • **Aktuelle Medikation:**

- Muss aufgeführt werden!!
- Medikament, Dosierung, Applikationsart muss einzeln angegeben werden.
- Bedarfsmedikation nicht vergessen!!
- Ein festes Zeitschema einschließlich der Bedarfsmedikation und Co-Analgetika (adjuvante Therapie) muss erkennbar sein

#### • **Folgende Maßnahmen sind notwendig:**

Inhaltliche Ausrichtung von Beratung und /oder Koordination angeben, wie z.B.:

- Beratung zu Möglichkeiten der terminalen Sedierung bei Angst vor Erstickungstod,
- Vorgehen bei Krampfanfällen, Beratung in Fragen der Flüssigkeitszufuhr,
- Koordination der Grundversorgung und Portversorgung zur Schmerztherapie,
- Einschaltung des Hospizdienstes



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

---

**Keine allgemeinen Angaben wie**  
*„Optimierung der Schmerztherapie“*  
*„tägliche Hausbesuche erforderlich“*  
*„psychische Unterstützung“*

---

➔ **Immer konkret werden**

**Zum Beispiel:**

- kontrollierte Dosisanpassung unter engmaschiger Überwachung und Überprüfung der Medikamentenwirkung
- Opioid Umstellung, Opioid Rotation oder Umstellung der Dosis bei Änderung der Applikationswege

Anwendung einer speziellen medikamentösen Kombinationstherapie

- Anwendung eines analgetischen Behandlungsregimes, das im Rahmen der bestehenden anderweitigen ambulanten Versorgungsformen nicht durchgeführt werden kann (z. B. Schmerzpumpe)
- Erkennung der Ursachen der Dyspnoe und Auswahl entsprechender Behandlungsmaßnahmen
- Punktionen von Aszites, Pleura Erguss
- intermittierenden Sauerstoffgabe in wechselnder Dosierung
- Anwendung eines Beatmungsgerätes
- Durchführung einer komplexen medikamentösen und nicht medikamentösen Differenzialtherapie gegen Übelkeit und Erbrechen
- Indikationsstellung zur Anlage einer Magensonde oder Ablauf-PEG und ggf. Durchführung spezieller entlastender Maßnahmen
- engmaschigen Steuerung der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung über Sonden und Katheter
- Durchführung von Verbandwechseln unter Verwendung spezieller Materialien, ggf. unter Anwendung einer Analgosedierung
- Behandlung von einer Wunde ausgehenden Blutungen
- engmaschigen Verlaufsbeobachtung der Ausscheidungsfunktion
- kurzfristigen Katheterisierung unter erschwerten anatomischen Bedingungen
- Aufklärung und psychologischen Betreuung des Patienten und der Angehörigen zur Krankheitsverarbeitung
- Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien oder Kommunikationsschwierigkeiten
- speziell geschulte Gesprächsführung bei ausgeprägter Angst und Panik
- kompetente Begleitung des Patienten und der Angehörigen mit Ausstrahlung von Ruhe und Sicherheit
- Anwendung von speziellen Entspannungs- und Lagerungstechniken sowie Atemübungen
- Vorausschauende Planung für Notfälle und kurzfristiger Intervention bei Krisen

### **Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10)**

- die in kurzer Zeit zum Tode führende Erkrankung und ihre Symptome,
- z. B. nicht kausal therapierbares Lungenödem, Pleura-/Perikard Ergüsse, tumorbedingte Tracheal- / Bronchialkompression/-obstruktion, Aszites,
- klinische Ereignisse (Krampfanfälle, Blutungen, Bewusstseinsstörungen),
- stark belastende Symptome (Atemnot, Durchbruchschmerz, Übelkeit)

### **Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens**

#### Schmerzsymptomatik

- Ruheschmerzen,
- schwer behandelbarer Schmerztyp, z.B. neuropathische Schmerzen,
- häufig wechselnde Schmerzintensität neurologische/psychiatrische / psychische Symptomatik
- progrediente Sensibilitätsstörungen, Lähmungen,
- rezidivierende Krampfanfälle,
- belastende Angstzustände oder Panikattacken,
- Suizidgedanken,
- delirante Zustände

#### respiratorische/kardiale Symptomatik

- schwer beherrschbare Luftnot,
- therapierefraktäre Angina pectoris,
- ausgeprägter belastender Husten

#### Gastrointestinale Symptomatik

- therapierefraktäre Übelkeit, rezidivierendes Erbrechen,
- Symptome durch massiven Aszites, Ileus / Subileus,
- ausgeprägter Singultus

#### Ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore

- stark unangenehmer Geruch,
- entstellende Wirkung

#### urogenitale Symptomatik

- Fistelbildung mit Stuhl/Harninkontinenz,
- Blutungen im Bereich der ableitenden Harnwege

#### sonstige ausgeprägte Symptomatik

- Symptome einer Hyperkalzämie,
- ausgeprägter, belastender Pruritus,
- ausgeprägtes Fatigue-Syndrom

### **Aktuelle Medikation**

- Medikamente, Dosierung, Applikationsart,
- Bedarfsmedikation,
- ein festes Zeitschema muss erkennbar sein

### **Folgende Maßnahmen sind notwendig**

- Beratung zu Möglichkeiten der terminalen Sedierung bei Angst vor Erstickungstod,
- Vorgehen bei Krampfanfällen,
- Beratung in Fragen der Flüssigkeitszufuhr,
- Koordination der Grundversorgung und Portversorgung zur Schmerztherapie,
- Einschaltung des Hospizdienstes, seelsorgerliche Betreuung

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

- kontrollierte Dosisanpassung unter engmaschiger Überwachung und Überprüfung der Medikamentenwirkung
- Anwendung einer speziellen medikamentösen Kombinationstherapie
- Medikamentenpumpe
- Durchführung einer komplexen medikamentösen Differenzialtherapie gegen Übelkeit und Erbrechen
- Punktionen (Aszites, Pleura Erguss)
- engmaschige Steuerung der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung über Sonden und Katheter
- Durchführung von Verbandwechseln unter Verwendung spezieller Materialien oder unter Anwendung einer Analgosedierung
- Aufklärung und psychologische Betreuung zur Krankheitsverarbeitung
- speziell geschulte Gesprächsführung bei ausgeprägter Angst und Panik
- vorausschauende Planung für Notfälle und kurzfristiger Intervention bei Krisen

### **Folgeverordnung**

- Eine Progression des Symptomgeschehens muss erkennbar sein

## Kontakt



**Robert Gosenheimer**  
Ärztliche Leitung SAPV  
Internist  
Palliativmediziner



**Brigitte Dreher**  
SAPV-Teamleitung  
Palliative-Care Fachkraft  
Gesundheits- und  
Krankenpflegerin  
Case Managerin (DGCC)

**Eingeschriebene Patienten erreichen uns  
rund um die Uhr über eine Notrufnummer.**

## Bankverbindung /Spendenkonto:

**Sparkasse Rhein-Nahe, Bad Kreuznach**

**Kontoinhaber: FRANZISKANERBR. SAPV**

**IBAN:** DE23 5605 0180 0017 0524 99

**BIC:** MALADE51KRE

Palliativstützpunkt  
Rheinhessen-Nahe



Postadresse:

Mühlenstrasse 39  
55543 Bad Kreuznach

Besucheradresse:

Gesundheitszentrum Nahe  
Bruder Jakobus Haus  
2. Obergeschoss  
Mühlenstr. 51  
55543 Bad Kreuznach

Telefon (06 71) 372-1430

Telefax (06 71) 372-1674

Bürozeiten:

Mo – Do : 8.00 – 16.00 Uhr

Freitag : 8.00 – 12.00 Uhr

✉ [info-sapv@marienwoerth.de](mailto:info-sapv@marienwoerth.de)

✉ [www.palliativstuetzpunkt-kh.de](http://www.palliativstuetzpunkt-kh.de)

IK-Nr. : 460 713 774

BSNR : 745 100 663

**Region OBERE NAHE**

Telefon (06 71) 372-1425

Telefax (06 71) 372-1674

