Kinderpalliativteam
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Am Klinikum 1
07747 Jena

Telefon: 03641 9 329 554
Fax: 03641 9 329 556
E-Mail: kinderpalliativteam@med.uni-jena.de

Anforderung einer SAPV

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene erfordert eine dezidierte Indikationsstellung. Mit Hilfe dieses Anforderungsformulars möchten wir gemeinsam mit Ihnen prüfen, inwieweit die Indikation für die Erbringung einer SAPV bei der Patientin/beim Patienten vorliegt.

Vor- und Nachname der Patientin/des Patienten:	Datum der Anforderung:
Adresse:	Geburtsdatum:
Hauptdiagnose, die eine SAPV begründet:	
Weitere Diagnosen:	

Anspruchsvoraussetzungen (alle Punkt müssen zutreffen):

- ☐ die Erkrankung ist **nicht** oder bei potentiell kurativer Therapie **wahrscheinlich nicht heilbar** (z. B. onkologische Erkrankungen mit ungewissem Ausgang)
- ☐ die Erkrankung ist selbst **fortschreitend** oder die daraus entstehenden **Folgebeschwerden** (z. B. zerebrale Anfälle, Schluckstörung oder restriktive Ventilationsstörung) **nehmen an Schwere zu**
- ☐ die Erkrankung kann die **Lebenserwartung** der Patientin/des Patienten **begrenzen**
- ☐ die Patientin/der Patient benötigt eine **besonders aufwändige Versorgung**, um die Lebensqualität und Selbstbestimmung zu erhalten, zu fördern und zu verbessern
- ☐ die **anderweitigen ambulanten Versorgungsformen reichen nicht aus**, um eine Versorgung in der vertrauten Umgebung bei einer optimierten Symptomkontrolle zu erreichen.

Einen wesentlichen Anhaltspunkt für den Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung stellt das Vorliegen eines **komplexen Symptomgeschehens** dar, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzt. Folgende klinische Ausprägungen können ein solches komplexes Symptomgeschehen anzeigen:

- ☐ **ausgeprägte Schmerzsymptomatik**
  (z. B. Ruheschmerzen, Durchbruchschmerzen, therapieresistente Schmerzen, häufig wechselnde Schmerzintensität, schwer behandelbarer Schmerztyp, Schmerzverstärkung durch psychosoziale Faktoren)
- ☐ **ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik**
  (z. B. therapieresistente Epilepsie, Spastiken, Sensibilitätsstörungen, Ataxie, Lähmungen mit Aktivitätsbeeinträchtigungen, Seh- oder Hörstörung, Sprachverlust, Orientierungsstörung, Bewusstseinsstörung, Schlafstörung oder Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus, Angstzustände, depressive Zustände, Suizidgedanken, aggressives Verhalten, akute Belastungsreaktion)
- ☐ **ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik**
  (z. B. übermäßige bronchiale Sekretion, Kurzatmigkeit, Ateminsuffizienz, Zyanose, Dyspnoe, belastender Husten, Pleuraerguss, Herzinsuffizienz)
- ☐ **ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik**
  (z. B. Übelkeit, Erbrechen, andauernde Diarrhoe oder Obstipation, Stuhlinkontinenz, Schluckstörung, Mundtrockenheit, Sialorrhö, gastro-ösophagealer Reflux, Mundsoor, Mukositis, reduzierter Ernährungszustand, Inappetenz, Aszites)
- ☐ **ausgeprägte ulzerierende/exulzerierende Wunden oder Tumore**
  (z. B. Wundheilungsstörung, Hautinfektion, Dekubitus, Ulzeration, Abszesse)
- ☐ **ausgeprägte urogenitale Symptomatik**
  (z. B. Blasenentleerungsstörung, akuter Harnverhalt, Urininkontinenz, rezidivierende Harnwegsinfektionen, Blutungen im Bereich der Harnwege, Niereninsuffizienz)
- ☐ **sonstige ausgeprägte Symptomatik**
  (z. B. ausgeprägte Müdigkeit oder Schläfrigkeit, körperliche Schwäche, belastender Juckreiz, Störungen des Elektrolythaushaltes)

SAPV für junge Erwachsene:

Eine SAPV von jungen Erwachsenen im Alter von **18 bis einschließlich 27 Jahren** ist möglich, wenn **mindestens eins der folgenden Kriterien** erfüllt ist:

- ☐ es liegt ein **Krankheitsbild aus dem Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin**, welches in der Vergangenheit bereits durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer versorgt wurde
- ☐ es liegt ein **dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand** vor
- ☐ es handelt sich um eine **„seltene" Erkrankung**, bei der die Prävalenz weniger als fünf von 10.000 Menschen beträgt.

Eine SAPV setzt darüber hinaus das **Einverständnis** und den **Wunsch der Patientin/des Patienten bzw. der Familie** voraus:

- ☐ Die Patientin/der Patient bzw. die Familie **wünscht** eine SAPV.

Angaben zur **vordergründigen Problematik** und **Dringlichkeit** einer SAPV:

Bitte senden Sie uns diese Anforderung gemeinsam mit **aussagekräftigen Unterlagen** (z. B. Arzt- oder Krankenhausbriefen, Befunde etc.) und **Ihren Kontaktdaten** an:

Kinderpalliativteam Jena

TEL +49 3641 9-329 554

FAX +49 3641 9-329 556

EMAIL kinderpalliativteam@med.uni-jena.de

Am Klinikum 1 | 07747 Jena

Für Rückfragen oder weitere Informationen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Ihr Kinderpalliativteam Jena