

Ausfüllhilfe zur SAPV-Verordnung Muster 63

Grundsätzlich

Bitte nehmen Sie zur Planung einer SAPV-KJ-Mitbetreuung vor Ausstellen der Verordnung Kontakt mit dem zuständigen [SAPV-KJ-Regionalteam](#) oder dem SAPV-KJ-Koordinierungsbüro unter Telefon 0511 - 380 77 000 auf.

Verwenden Sie zur Erstellung der Verordnung entweder den Vordruck Muster 63 oder erstellen Sie die Verordnung mittels Blankoformulardruck Ihrer Patientenverwaltungssoftware auf dem üblichen Blanko-Sicherheitspapier.

Das SAPV-KJ Koordinierungsbüro in Hannover benötigt die ausgefüllte SAPV-Verordnung lediglich in einfacher Ausführung. Bitte schicken Sie die Verordnung vorab per Fax an 0511 - 380 77 001 und das Original an folgende Adresse:

Betreuungsnetz schwerkranker Kinder UG(h)
Fuhrberger Str. 4
30625 Hannover

Beachten Sie dabei folgendes: Die Verordnung muss vom Versicherten bzw. Vertretungsberechtigten unterschrieben sein. Sie muss dem Koordinierungsbüro innerhalb von 3 Tagen nach Ausstellungsdatum und spätestens 3 Tage nach Beginn der Verordnungszeit vorliegen.

Für das Ausstellen einer Erstverordnung können Sie die EBM 01425 und für das Ausstellen einer Folgeverordnung die EBM 01426 jeweils extra budgetär abrechnen.

Punkt 1 | Daten des Patienten

In diesen Feldern werden Angaben zum Patienten (Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Versichertennummer usw.) sowie zum verordnenden Arzt (Betriebsstätten- und Arztnummer) benötigt. Bitte achten Sie auch auf die Eintragung des Ausstellungsdatums der Verordnung.

Punkt 2 | Verordnungsart und -dauer

In diesem Bereich werden Art und Dauer dieser Verordnung angegeben.

Hinweis: Die Verordnungsdauer nach einer Entlassung (Krankenhaus o.ä.) sollte keine 14 Tage und bei Ausstellung durch niedergelassene Kolleg*innen keine 3 Monate überschreiten. Auch benötigt das Koordinierungsbüro – vor allem bei erstmaliger Verordnung – aktuelle Entlassungs- und/oder Arztbriefe, den Medikamentenplan sowie die ggf. schon vorhandene Patientenverfügung (EVN, pedVVN).

Punkt 3 | Verordnungsrelevante Diagnose(n)

Bitte tragen Sie hier die verordnungsrelevanten Diagnosen mit entsprechenden ICD-10-Codes ein und nennen zuerst die Grunderkrankung. Sie können auch nur die ICD-10-Codes alleine eintragen.

Punkt 4 | Komplexes Symptomgeschehen

In diesem Bereich ist eine Mehrfachauswahl der Symptomatik möglich. Unter „Nähere Beschreibung“ benötigt diese Verordnung noch weitere Angaben zur vorher getroffenen Auswahl im Bereich der Symptomatik.

Punkt 5 | Aktuelle Medikation

Hier wird der Stand der Medikation zum Zeitpunkt der Erstellung der Verordnung angegeben. Gern dürfen Sie hierzu einen Medikamentenplan beifügen.

Punkt 6 | Folgende Maßnahmen sind notwendig

In diesem Bereich werden Angaben zu den Maßnahmen und zu beratenden Personen benötigt. Eine Mehrfachauswahl ist möglich, wobei darauf zu achten ist, dass **Beratung (a, b und c), Koordination** und **additiv unterstützende Teilversorgung** angekreuzt sind. Eine vollständige Versorgung ist nicht vorgesehen.

Die „folgende inhaltliche Ausrichtung“ kann u.a. mit folgenden Angaben versehen werden:

- Symptomkontrolle; Linderung leidvoller Symptome; Erhalt von Lebensqualität
- Sicherung der häuslichen Versorgung; Vermeidung von Klinikaufhalten
- Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung
- Psychosoziale Begleitung der Familie – auch zu Sicherung der häuslichen Pflege (Eltern = Pflegepersonen)

Punkt 7 | Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Hierzu dient Ihnen folgende Beispielliste:

- (Multiprofessionelle) Hausbesuche nach Bedarf
- Symptomkontrolle durch Medikamentenanpassung unter engmaschiger Überwachung und Überprüfung der Medikamentenwirkung, z.B. Schmerztherapie, antiemetische Therapie, Therapie von Krampfanfällen, Therapie von Unruhe/Schlafstörungen
- Aufbau eines Versorgungsnetzes und Teilnahme an Runden Tischen

- Evaluation der Medikation
- Optimierung der Schmerztherapie
- Medikamentöser Notfallplan
- Organisation von Verbandwechsel unter Analgosedierung
- Erstellung eines multiprofessionellen Behandlungsplans
- Spezialisierte palliativmedizinische/palliativpflegerische Beratung der Familie
- Antizipation von Krisen
- Krisenintervention
- Psychosoziale Unterstützung des Patienten und seiner Familie zur Krankheitsverarbeitung
- Führen von Palliativgesprächen
- Beratung der Angehörigen zur Palliativversorgung/Sterbebegleitung
- Erstellung einer Patientenverfügung (EVN, pedVVN)
- Antizipative Trauerarbeit
- Organisation einer Trauerbegleitung
- 24 Stunden Rufbereitschaft
- Finale Begleitung/Sterbebegleitung

Punkt 8 | Arztstempel und Unterschrift

Zum Abschluss bitte diese Verordnung mit Arztstempel und Unterschrift versehen.

Punkt 9 | Antrag des Versicherten

Hier wird vor Aufnahme der Mitbetreuung durch die SAPV-KJ die Unterschrift des Versicherten bzw. des Vertretungsberechtigten inklusive Datum benötigt. **Ohne eine Unterschrift sind die Maßnahmen dieser Verordnung nicht umsetz- bzw. abrechenbar.**

Punkt 10 | Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Diesen Abschnitt für das Koordinierungsbüro in Hannover freilassen.

Punkt 11 | Genehmigung der Krankenkasse

Diesen Abschnitt für die jeweilige Krankenkasse freilassen.

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erst-
verordnung

Folge-
verordnung

Unfall
Unfallfolgen

vom TTMMJJ

bis TTMMJJ

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

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

Komplexes Symptomgeschehen

ausgeprägte urogenitale
Symptomatik

ausgeprägte ulzerierende /
exulzerierende Wunden oder Tumore

ausgeprägte
Schmerzsymptomatik

ausgeprägte respiratorische /
kardiale Symptomatik

ausgeprägte neurologische /
psychiatrische / psychische Symptomatik

ausgeprägte gastrointestinale
Symptomatik

sonstiges komplexes
Symptomgeschehen

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)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

Folgende Maßnahmen sind notwendig

Beratung

a. des behandelnden Arztes

b. der behandelnden Pflegefachkraft

c. des Patienten / der Angehörigen

Koordination der Palliativversorgung

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

Additiv unterstützende
Teilversorgung

Vollständige
Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag des Versicherten

9

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

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

10

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

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

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

Genehmigung der Krankenkasse

11

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.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versichertennummer

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

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse