

Vertrag gemäß § 132 d SGB V

über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Zwischen

**Ärzten und Vertretern der Pflege nach § 1 dieses Vertrages
oder
juristische Person: Musterverein, GmbH etc.**

mit Sitz

Adresse

- nachfolgend SAPV-Leistungserbringer genannt -

und

folgenden Krankenkassen

AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

Augustinerstraße 38 in 99084 Erfurt

zugleich handelnd für die Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland sowie die Krankenkasse für den Gartenbau

BKK-Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Sachsen

Tiergartenstraße 32 in 01219 Dresden

IKK Sachsen

Arndtstraße 13 in 01099 Dresden

Knappschaft, Verwaltungsstelle Chemnitz

Jagdschänkenstraße 50 in 09117 Chemnitz

Barmer Ersatzkasse

Techniker Krankenkasse

Deutsche Angestellten-Krankenkasse

KKH - Allianz

Gmünder ErsatzKasse - GEK

HEK - Hanseatische Krankenkasse

Hamburg Münchener Krankenkasse

hkk

Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der Landesvertretung Sachsen

Glacisstraße 4 in 01099 Dresden

- nachfolgend Krankenkassen genannt -

wird zur Durchführung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

Folgendes vereinbart:

Inhaltsverzeichnis

Seite:

Präambel	3
§ 1 Vertragspartner	3
§ 2 Ziele des Vertrages	4
§ 3 Versorgungsgebiet	5
§ 4 Inhalt und Umfang der Leistungen	5
§ 5 Anspruchsberechtigte	6
§ 6 Kostenübernahme	6
§ 7 Grundsätze für die Leistungserbringung	8
§ 8 Versorgungskonzept	9
§ 9 Personelle Voraussetzungen	10
§ 10 Leistungsfähigkeit	11
§ 11 Kooperationen	12
§ 12 Sächliche Voraussetzungen	13
§ 13 Sicherstellung der Hilfsmittelversorgung	13
§ 14 Verordnung von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln	14
§ 15 Mitteilungspflichten	14
§ 16 Dokumentation	15
§ 17 Qualitätssicherung	16
§ 18 Prüfung der Qualität der Leistungserbringung	17
§ 19 Datenschutz	17
§ 20 Haftung	18
§ 21 Vergütung	18
§ 22 Leistungsnachweis	19
§ 23 Abrechnung der Leistungen	20
§ 24 Beanstandungen	21
§ 25 Vertragsverstöße	21
§ 26 Vertragsanpassungen	22
§ 27 In-Kraft-Treten	22
§ 28 Kündigung	23
§ 29 Salvatorische Klausel	23

Präambel

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (im Weiteren SAPV) im Sinne von § 37 b SGB V soll die Lebensqualität und Selbstbestimmung unheilbar kranker Menschen mit nur noch geringer Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder Monaten erhalten, fördern bzw. verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallbezogen und dem Wunsch des Versicherten entsprechend zu lindern. Die individuellen Bedürfnisse dieser Menschen sowie die Belange der vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung.

Die SAPV wird auf Grundlage einer multiprofessionellen, sektorenübergreifenden Zusammenarbeit als ärztliche und pflegerische Komplexleistung sichergestellt. Sie dient der Vermeidung von medizinisch nicht notwendigen Krankenhausaufenthalten der anspruchsberechtigten Versicherten, der im Bedarfsfall erforderlichen speziellen palliativmedizinischen Intervention im Krisenfall sowie der psychosozialen Unterstützung des Versicherten und seiner Angehörigen. Die SAPV ergänzt das allgemeine Angebot der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung der Primärversorger (u. a. Vertragsärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste mit Vertrag nach § 132 a Abs. 2 SGB V und/oder § 72 SGB XI für ambulante Pflege, ambulante Hospizdienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe).

Den besonderen Belangen von Kindern wird bei der Versorgung Rechnung getragen.

§ 1 Vertragspartner

Dieser Vertrag gilt ausschließlich für die nachfolgend aufgeführten Vertragspartner und Einrichtungen.

Vertragspartner sind die im Rubrum genannten Krankenkassen und die Betriebskrankenkassen, die dieser Vereinbarung beitreten

sowie

Arzt/ Ärzte/ Krankenhaus u.ä.

vertreten durch...

Pflegefachkräfte/ Pflegedienst,

vertreten durch...

(im Weiteren SAPV-Leistungserbringer¹)

Der SAPV-Leistungserbringer tritt als Organisationseinheit auf.

¹ Im Vertrag wird aus Gründen der Vereinfachung durchgehend nur die männliche Form verwendet. Gemeint sind jeweils gleichberechtigt männliche und weibliche Personen.

Dieser Vertrag gilt ausschließlich für den SAPV-Leistungserbringer an dem im Rubrum aufgeführten Sitz. Für räumlich getrennte Filialen, Außenstellen oder Nebenstellen, von denen aus SAPV erbracht wird, ist ein gesonderter Vertrag erforderlich.

§ 2 Ziele des Vertrages

- (1) Ziel dieses Vertrages ist ausschließlich die über die allgemeine Palliativversorgung hinausgehende Versorgung von schwerstkranken Menschen, die eine besonders aufwändige Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativmedizin bzw. -pflege gemäß § 37 b SGB V (SAPV) benötigen. Diese Versorgung erfolgt in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder/und familiären Bereiches.

- (2) Generelle Grundlage für die Versorgung und Bestandteil dieses Vertrages bilden
 - die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (Anlage 1 - Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie, im Weiteren SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007 und
 - die „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ vom 23.06.2008 (Anlage 2 - im Weiteren SAPV-Empfehlungen)in ihrer jeweils aktuellen Fassung.

- (3) Die SAPV wird vom SAPV-Leistungserbringer als ärztliche und pflegerische Komplexleistung nach den Regelungen dieses Vertrages unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften durchgeführt. Der SAPV-Leistungserbringer hat dafür Sorge zu tragen, dass die an der Versorgung Beteiligten zusammenarbeiten und die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen.

- (4) Der SAPV-Leistungserbringer hat unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 3 der SAPV-RL eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen, pflegerischen, palliativen und technischen Erkenntnisse sowie dem medizinischen Fortschritt entsprechende Versorgung zu gewährleisten. Die SAPV ist ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig zu erbringen und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Bei der Leistungserbringung soll ein Personalwechsel möglichst vermieden und die Versorgung im Sinne einer Bezugspflege erbracht werden.

- (5) Die SAPV ist eine Versorgungsform, die das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste, ergänzt, damit im Rahmen einer vorausschauenden Therapie Krisen und medizinisch nicht notwendige Krankenhauseinweisungen weitgehend vermieden werden. Sie ist eine Leistung, die in der Regel sporadisch und phasenweise notwendig ist.

Die Vertragspartner verbinden mit diesem Vertrag die Erwartung, dass die Krankenhauseinweisungen und stationären Aufenthalte für die vom Vertrag betroffenen Patienten reduziert werden.

§ 3 Versorgungsgebiet

- (1) Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen und dem gesetzlichen Zweck entsprechenden Versorgung sowie zur Erfüllung der Leistungsverpflichtung der Krankenkassen wird ein vertraglicher Versorgungsbereich festgelegt. Innerhalb dieses Versorgungsbereichs ist der SAPV-Leistungserbringer zur Sicherstellung der Versorgung am Wohnort des Versicherten im Rahmen seiner Kapazitäten¹ verpflichtet. Die Festlegung des Versorgungsbereichs begründet keinen Anspruch auf (alleinige) Versorgung in dem Versorgungsbereich durch den betreffenden SAPV-Leistungserbringer.

Der vertragliche Versorgungsbereich des SAPV-Leistungserbringers umfasst die Region:

.....
.....

- (2) Die Wahlfreiheit der Versicherten wird durch diese Regelungen nicht eingeschränkt.
- (3) Zur Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung hat der SAPV-Leistungserbringer bei jeder Versorgung eines Versicherten, auch innerhalb des festgelegten Versorgungsbereichs zu gewährleisten, dass bei dem zu betreuenden Versicherten eine Krisenintervention in der Häuslichkeit innerhalb von 45 min jederzeit sichergestellt werden kann.²

§ 4 Inhalt und Umfang der Leistungen

- (1) Allgemeiner Inhalt und Umfang der Leistungen ergeben sich aus § 5 der SAPV-RL. Die Tätigkeit des SAPV-Leistungserbringers umfasst den speziellen ärztlichen, pflegerischen, psychosozialen und besonderen zeitlichen, organisatorischen, koordinativen und kommunikativen Aufwand, der für die Versorgung der anspruchsberechtigten Versicherten erforderlich ist. Die SAPV wird dem aktuellen patientenindividuellen Versorgungsbedarf entsprechend intermittierend oder durchgängig als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung oder
- vollständige Versorgung

erbracht.

- (2) Die Aufgabe des SAPV-Leistungserbringers umfasst insbesondere die
- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit,
 - Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen,
 - apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe),
 - palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht,

¹ Die Krankenkassen sind rechtzeitig vor dem Erreichen der Kapazitätsgrenze zu informieren.

² Sofern regionale Gegebenheiten eine Anpassung der Interventionszeit erforderlich machen, ist dies zwischen den Vertragspartnern bei Einhaltung der Qualitätsanforderungen zu vereinbaren.

- spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care entspricht,
- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen,
- Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für den im Rahmen der SAPV betreuten Versicherten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen,
- Beratung, Anleitung und Begleitung des Versicherten und seiner Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod,
- spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung,
- psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten,
- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen sowie
- Dokumentation und Evaluation der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV.

(3) Der SAPV-Leistungserbringer gewährleistet im Rahmen dieses Vertrages gegenüber den betreuten Versicherten und den Krankenkassen unter Beachtung des einschlägigen Berufsrechts eine dem allgemeinen Stand der fachlich-medizinischen Erkenntnisse entsprechende qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung des Versicherten.

§ 5 Anspruchsberechtigte

Versicherte haben gemäß § 37 b SGB V Anspruch auf SAPV, wenn sie die Voraussetzungen der §§ 2 bis 4 der SAPV-RL in der jeweils geltenden Fassung erfüllen. Dies gilt insbesondere für die Versicherten,

- die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung auf nur wenige Tage, Wochen und Monate begrenzt ist und denen im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung kein würdevolles Sterben in der häuslichen Umgebung ermöglicht werden kann,
- bei denen nach ärztlichem Ermessen kurative Maßnahmen nicht mehr indiziert bzw. von den Versicherten nicht mehr gewünscht sind,
- die unter Berücksichtigung der in der SAPV-RL genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen in der häuslichen Umgebung der Versicherten erbracht werden kann und
- von denen diese Versorgung gewünscht wird.

§ 6 Kostenübernahme

(1) Voraussetzung für die Leistungsgewährung und Leistungserbringung ist eine ordnungsgemäß ausgestellte Verordnung (Muster 63) zu Lasten der zuständigen Krankenkasse. Die näheren Bestimmungen ergeben sich aus den gesetzlichen Regelungen, den SAPV-RL und SAPV-Empfehlungen und den Bestimmungen dieses Vertrages. Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig.

(2) Die Verordnung ist nicht übertragbar.

- (3) Art, Umfang und Dauer der vom SAPV-Leistungserbringer durchzuführenden Maßnahmen ergeben sich aus der Verordnung des behandelnden Vertragsarztes oder des im Rahmen dieses Vertrages ambulant tätigen Krankenhausarztes. Die Verordnung eines nicht ambulant tätigen Krankenhausarztes kann längstens für die Dauer von 7 Kalendertagen erfolgen. Die vom Versicherten durch Vorlage der Verordnung beantragten Leistungen (Rückseite der Verordnung) bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Verordnung kann der Krankenkasse zur Sicherstellung einer zeitnahen Bearbeitung vorab per Fax vorgelegt werden. Die Grundsätze des datenschutzgerechten Fax-Einsatzes sind zu beachten.

Ist in begründeten Fällen, die nicht vom SAPV-Leistungserbringer zu vertreten sind, die Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters unter der Verordnung zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich, wird die Unterschrift unverzüglich nachgereicht. Kann eine Unterzeichnung der Verordnung nicht erfolgen, ist eine entsprechende Begründung anzugeben. Die Unterschrift durch den Leistungserbringer bzw. dessen Mitarbeiter ist ausgeschlossen. § 13 SGB X bleibt unberührt.

- (4) Änderungen oder Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung zur SAPV bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Stempel und Datumsangabe.
- (5) Die zuständige Krankenkasse übernimmt gemäß § 8 SAPV-RL vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom SAPV-Leistungserbringer durchgeführten Leistungen (vorläufige Kostenübernahme), wenn die ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung (Original, nicht Fax) spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorliegt.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass bis zur Genehmigung des Leistungsantrages nur die für den Versicherten nachweislich notwendigen Hausbesuchsleistungen zur Krisen-/Notfallversorgung erbracht und vergütet werden. Die Leistungen des Erstbesuches gemäß § 7 Abs. 6 sind in diesem Zusammenhang mit zu erbringen.

Die vorläufige Kostenübernahme gilt nicht, sofern der SAPV-Leistungserbringer vor Leistungsbeginn hätte erkennen können, dass ein Leistungsanspruch gemäß § 37 b SGB V in Verbindung mit den SAPV-RL für den betreffenden Versicherten nicht gegeben ist.

- (6) Die Krankenkasse informiert den SAPV-Leistungserbringer und den Versicherten unverzüglich über die getroffene Leistungsentscheidung. Liegt der zuständigen Krankenkasse innerhalb von 7 Werktagen ab Verordnungsbeginn zusätzlich zur Erstverordnung kein Ergebnis über das im Rahmen des Erstbesuches durchgeführten Assessments gemäß § 16 Abs. 2 a) Satz 2 in Verbindung mit § 7 Abs. 5 und 6 einschließlich der Angabe zum Datum des erfolgten Erstbesuches vor, endet die Kostenübernahme mit Ablauf dieses Tages.
- (7) Folgeverordnungen sind rechtzeitig, mit einem aktuellen Assessment gem. § 16 Abs. 2 a) bei der Krankenkasse einzureichen.
- (8) Die zuständige Krankenkasse kann zur Prüfung der Leistungspflicht den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (im Weiteren MDK) nach Maßgabe der gesetzlichen Regelungen einschalten. Der MDK kann zur Prüfung der Verordnung weitere Unterlagen vom SAPV-Leistungserbringer anfordern; diese sind zeitnah zur Verfügung zu stellen.
- (9) Die Übermittlung der geforderten Unterlagen nach diesem Vertrag vom SAPV-Leistungserbringer an die Krankenkasse und den MDK erfolgt kostenfrei.

§ 7 Grundsätze für die Leistungserbringung

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer hat grundsätzlich dafür Sorge zu tragen, dass Verordnungen kooperierender ambulanter Vertragsärzte, Krankenhausärzte bzw. Palliativärzte (vgl. § 11 Abs. 3) vor deren Ausstellung gemeinsam mit ihm abgestimmt werden.

Wurde die Erstverordnung durch einen nicht kooperierenden Arzt ausgestellt, nimmt ein Palliativarzt des SAPV-Leistungserbringers Kontakt zum verordnenden Arzt auf und klärt den konkreten Versorgungsbedarf vor Beginn der Leistungserbringung ab. Stellt dieser Palliativarzt des SAPV-Leistungserbringers dabei fest, dass die Anspruchsvoraussetzungen für eine SAPV beim Versicherten nicht gegeben sind und dass eine angemessene Versorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung (Primärversorgung) sichergestellt werden kann, berät er den verordnenden Arzt zur Einleitung geeigneter Maßnahmen. Er informiert die zuständige Krankenkasse unverzüglich darüber.

- (2) Der SAPV-Leistungserbringer hat sich bei Notwendigkeit einer Folgeverordnung grundsätzlich vorher mit dem verordnenden Arzt abzustimmen und zu dieser Folgeverordnung dem MDK das aktuelle Assessment gemäß § 6 Abs. 7 und § 16 Abs. 2 a) vorzulegen.
- (3) Im Zusammenhang mit den Regelungen der Abs. 1 und 2 wirkt der SAPV-Leistungserbringer darauf hin, dass die verordnenden Ärzte die von der zuständigen Krankenkasse oder dem MDK erteilten Hinweise zur Ausstellung der Verordnung beachten und die an sie herangetragenen Fragen sofort beantworten.
- (4) Der SAPV-Leistungserbringer hat eine Rückführung des Versicherten in die Primärversorgung zu organisieren, wenn er während seiner Tätigkeit feststellt, dass der Leistungsanspruch des Versicherten gemäß § 37 b SGB V nicht oder zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr besteht, Abs. 1 Satz 3 und 4 gilt entsprechend (vgl. § 2 Abs. 1).
- (5) Die Leistungserbringung beginnt grundsätzlich mit der Durchführung des Erstbesuches. Dieser ist spätestens nach Erhalt der Verordnung innerhalb von 2 Werktagen von einem Palliativarzt gemäß § 9 Abs. 1 a) und Abs. 2 durchzuführen und kann in Begleitung einer Palliativpflegefachkraft gemäß § 9 Abs. 1 b) und Abs. 3 erfolgen.

Bei zwingend notwendigen Hausbesuchen zur Krisenintervention vor Durchführung eines Erstbesuches sind die Leistungen nach Abs. 6 Sätze 2 und 3 zu integrieren.

- (6) Der Erstbesuch findet in der Regel in der Häuslichkeit des Versicherten statt. Während des Erstbesuches ist ein Assessment gemäß § 16 Abs. 2 a) zu erstellen. Der SAPV-Leistungserbringer hat dabei die für die Versorgung notwendigen Erklärungen (z. B. die Entbindung des behandelnden Arztes von der Schweigepflicht gegenüber dem SAPV-Leistungserbringer) vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Vertreter einzuholen. Bei erkennbarem Bedarf soll der SAPV-Leistungserbringer den Versicherten über die Möglichkeiten der Beantragung von Pflegeleistungen informieren.

Die Krankenkasse ist innerhalb von 7 Tagen nach Verordnungsbeginn über das Ergebnis des ersten Assessments zu informieren.

- (7) Sofern der Leistungsantrag nicht durch den SAPV-Leistungserbringer bei der Krankenkasse eingereicht wurde, wird ihm die Verordnung von der Krankenkasse per Fax unter Beachtung der Grundsätze des datenschutzgerechten Fax-Einsatzes zur Verfügung gestellt.

- (8) Die Ablehnung einzelner Maßnahmen im Rahmen der SAPV durch den Versicherten führt nicht zum Abbruch der Leistungserbringung, soweit der Anspruch gemäß § 37 b SGB V sowie der SAPV-RL weiterhin gegeben ist.
- (9) Die SAPV ruht im genehmigten Ordnungszeitraum für die Dauer eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes bzw. für die Dauer der Versorgung in der Primärversorgung. Mit Aufnahme des Versicherten in ein stationäres Hospiz endet die SAPV.³
- (10) Die SAPV kann in einer stationären Pflegeeinrichtung nach § 72 Abs. 2 SGB XI von dem SAPV-Leistungserbringer nur in dem Maße erbracht werden, wie der Versorgungsbedarf des Versicherten die Leistungsverpflichtung der Pflegeeinrichtung nachweislich überschreitet.
- (11) Ist eine Weiterversorgung des Versicherten nicht möglich (z. B. wenn die Häuslichkeit außerhalb des Versorgungsbereiches verlegt wird), nimmt der SAPV-Leistungserbringer unverzüglich Kontakt mit der zuständigen Krankenkasse auf.
- (12) Die Annahme von Verordnungen und deren Weitergabe bzw. Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.

§ 8 Versorgungskonzept

- (1) Zur Sicherstellung der geforderten Qualität der Leistungserbringung arbeitet der SAPV-Leistungserbringer nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Versorgungskonzept. In diesem Konzept sind der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung, orientiert an der Konzeption eines Palliativ-Care-Teams beschrieben. Das Konzept ist Bestandteil dieses Vertrages und den Krankenkassen in der jeweils aktuellen Fassung vorzulegen.
- (2) Das Versorgungskonzept beinhaltet mindestens folgende Schwerpunkte:
 - 1. Allgemeine Angaben zum Antragsteller/ Leistungserbringer (u.a. Rechtsform; Historie; Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur; Standort und Versorgungsregion)
 - 2. Strukturelle und organisatorische Grundlagen für die Leistungserbringung (Darlegungen zur sächlichen und personellen Ausstattung einschl. Qualifikationsanforderungen, Organigramm/ Stellenplan beifügen, zu den Regelungen zur Zuständigkeit und den Verantwortlichkeiten – Weisungsbefugnisse/-bindungen, zu den bestehenden Kooperationsvereinbarungen),
 - 3. Vorstellungen zur SAPV-Leistung (Darlegungen zu Zielgruppe, zu Inhalt und Umfang der Leistungserbringung einschl. ausführlicher und nachvollziehbarer Vorstellungen zur Abgrenzung zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung),
 - 4. Versorgungsprozess (Darlegungen zur Organisation/ Koordination der Tätigkeit, zur Planung einer 24-stündigen Ruf- und Einsatzbereitschaft, zur Dienstplanung (Musterplanung beifügen), zu den Bürozeiten; zu den Aufgaben und zur Einbindung der Kooperations-

³ Dies trifft für die ärztlichen Leistungen der SAPV nicht zu, sofern dazu eine Klarstellung in den Regelungen des § 37b SGB V oder eine einvernehmliche Entscheidung des Spitzenverbandes Bund (SpiBu) vorliegt.

partner, zur Sicherstellung der Heil-, Hilfs- und Arzneimittelversorgung und zum Mengengerüst (Fallzahlschätzung prospektiv p. a.),

5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung/ Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (Darlegungen zu multiprofessionellen Teambesprechungen, Supervisionen, Qualitätszirkel, zum Fortbildungsplan einschl. Art und Umfang, zur Dokumentation (Muster der Patientendokumentation beifügen), zu den geplanten Aktivitäten innerhalb der regionalen Versorgungsstruktur, zur Teilnahme an der bundeseinheitlichen Evaluation und Dokumentation, zu weiteren statistischen Datenerhebungen für die vertragsschließenden Krankenkassenverbände zur Weiterentwicklung des Vertrages).

§ 9

Personelle Voraussetzungen

- (1) Für die Dauer des Vertrages ist vom SAPV-Leistungserbringer sicherzustellen und jederzeit nachzuweisen, dass
 - a) mindestens 5 qualifizierte Ärzte (im Weiteren Palliativärzte), welche die Qualifikation nach Abs. 2 nachweisen können und die ihren Tätigkeitsschwerpunkt in der Versorgung von Palliativpatienten haben, für die SAPV nach diesem Vertrag zur Verfügung stehen.
 - aa) Zwei dieser Palliativärzte müssen jeweils mit einer Arbeitszeit von mindestens 19 Stunden/Woche nachweisbar und klar abgegrenzt ausschließlich für die Erbringung der SAPV nach diesem Vertrag zur Verfügung stehen und sind mit diesem Vertrag zur Leistungserbringung direkt verpflichtet. Eine vertragliche Verpflichtung über Kooperationsvereinbarungen ist unzulässig.
 - bb) Für drei der unter a) genannten Palliativärzte kann eine vertragliche Bindung über eine Kooperationsvereinbarung nach § 11 in Betracht kommen.
 - b) mindestens 4 qualifizierte Pflegefachkräfte (im Weiteren Palliativpflegefachkräfte) in Vollzeit, welche die Qualifikation nach Abs. 3 besitzen, beim SAPV-Leistungserbringer beschäftigt sind und der Leistungserbringung nach diesem Vertrag zur Verfügung stehen. Davon können 2 Vollzeitkräfte auch im Rahmen eines Stellensplittings tätig werden. Die Arbeitszeit muss dabei mindestens die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit einer Vollzeitkraft⁴ betragen. Eine vertragliche Bindung über Kooperationsverträge für diese Kräfte ist ausgeschlossen.
- (2) Der Palliativarzt muss über folgende Qualifikationen verfügen:
 - a) eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der zuständigen Landesärztekammer (grundsätzlich 160 Std. Weiterbildung)und
 - b) Erfahrung aus der palliativen ambulanten Behandlung von nachweislich mindestens 75 Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens 1-jährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung.

⁴ Mit Vollzeit ist eine regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit von 40 h gemeint, sofern im Einzelfall nicht andere tarifrechtliche Rahmenbedingungen bestehen.

Die vertraglich verpflichteten Palliativärzte weisen entsprechende arbeitsvertragliche Regelungen nach, welche die SAPV-Tätigkeit in dem beschriebenen Umfang zu ihren sonstigen Tätigkeiten abgrenzt. Niedergelassene Palliativärzte legen eine entsprechende Verpflichtungserklärung zum geforderten Tätigkeitsumfang vor.

- (3) Die Palliativpflegefachkraft muss über folgende Qualifikationen verfügen:
- a) die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger (3-jährige Ausbildung aufgrund der bundes- oder landesrechtlichen Regelung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung,
 - b) den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden und
 - c) Erfahrung durch eine mindestens 2-jährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren; davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung.
- (4) Sofern Kinder versorgt werden, müssen die Anforderungen an die ärztlichen und pflegerischen SAPV-Leistungserbringer und an die weiteren Fachkräfte dem besonderen Bedarf von Kindern gerecht werden.

§ 10 Leistungsfähigkeit

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer sichert eine tägliche 24-stündige telefonische Ruf- und Einsatzbereitschaft für den Versicherten, deren Angehörige bzw. alle an der Versorgung Beteiligten ab (vgl. § 3). Er sorgt dafür, dass ständig mindestens ein Palliativarzt und eine Palliativpflegefachkraft mit Qualifikation gemäß § 9 Abs. 2 bzw. 3 einsatzbereit sind und bei Bedarf Hausbesuche absichern.
- (2) Der SAPV-Leistungserbringer ist Teil einer multiprofessionell vernetzten regionalen Versorgungsstruktur, gewährleistet eine psychosoziale Unterstützung der Versicherten und seiner Angehörigen und arbeitet mit Vertretern der ambulanten Hospizdienste, der Seelsorge und der Sozialarbeit zusammen.
- (3) Der SAPV-Leistungserbringer organisiert und koordiniert die Leistungserbringung unter besonderer Berücksichtigung des § 6 der SAPV-RL in geeigneter Weise. Er stellt eine größtmögliche Kontinuität bei der Versorgung sicher, damit die Leistungen für den Versicherten von möglichst wenigen Personen (Grundsatz der Bezugspflege) erbracht werden. Die Kommunikation aller an der Versorgung Beteiligten erfolgt bedarfsgerecht und unter Nutzung effektiver Kommunikationswege.
- (4) Der SAPV-Leistungserbringer bzw. seine Mitarbeiter sind an keine Weisungen von Leistungserbringern anderer Bereiche bzw. Einrichtungen gebunden. Die Palliativpflegefachkräfte gemäß § 9 Abs. 3 sind während ihrer SAPV-Tätigkeit allein gegenüber dem jeweils zuständigen Palliativarzt weisungsgebunden.
- (5) Der SAPV-Leistungserbringer hat die Erfüllung der personellen, sächlichen und sonstigen Voraussetzungen zum Vertragsabschluss gemäß Anlage 3 (Strukturerhebungsbogen) vor Vertragsabschluss nachzuweisen. Der Einsatz von freien Mitarbeitern auf Honorarbasis für die Erbringung von SAPV ist nicht zulässig.

- (6) Der SAPV-Leistungserbringer weist vor Vertragsabschluss eine Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden in ausreichender Höhe nach. Bei Änderungen der Betriebsgröße ist die Versicherung anzupassen.

§ 11 Kooperationen

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer weist vor Abschluss dieses Vertrages mindestens folgende Kooperationsvereinbarungen nach:

- mit einem ambulanten Hospizdienst und
- mit mindestens einem Krankenhaus im Versorgungsgebiet oder versorgungsnahem Gebiet (vorzugsweise Krankenhäuser mit Palliativstation)

Die Kooperation mit einem Krankenhaus soll insbesondere der effizienten Überleitung des Versicherten aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit bzw. der reibungslosen Aufnahme in das Krankenhaus bei entsprechend dringlichem Bedarf dienen. Im Rahmen der Kooperation ist ein geeignetes Überleitungsmanagement zu erarbeiten und umzusetzen.

- (2) Zur Sicherstellung einer qualitätsgerechten und effizienten Versorgung der Versicherten sollte der SAPV-Leistungserbringer im Sinne des § 6 der SAPV-RL darüber hinaus mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern Kooperationsvereinbarungen abschließen, soweit in diesem Vertrag nichts anderes geregelt ist. Dies betrifft auch die Kooperation mit einem Sozialarbeiter, Sozialpädagogen oder Psychologen, der eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder praktische Erfahrungen in der Palliativversorgung nachweisen kann.

- (3) Der SAPV-Leistungserbringer soll Kooperationsvereinbarungen mit den Haus- bzw. Vertragsärzten, welche Versicherte seines Versorgungsgebietes betreuen, abschließen. Zur Sicherstellung der geforderten Versorgungsqualität ist die Zusammenarbeit insbesondere auf

- die Abstimmung des Haus- und Vertragsarztes mit dem Palliativarzt vor den Verordnungen der SAPV und vor Krankenhauseinweisungen,
- die Prüfung und gemeinsame Festlegung der notwendigen Versorgung während der SAPV,
- die Abstimmung des Hilfsmittelbedarfes unter Berücksichtigung des § 13 sowie
- die Nutzung effektiver Kommunikationswege

zu richten.

- (4) Die Regelungen in den Kooperationsverträgen sind in Übereinstimmung mit den Verpflichtungen dieses Vertrages zu vereinbaren. Es sind mindestens der Leistungsinhalt und -umfang, die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Umfang von Fortbildungen zu regeln.
- (5) Die Krankenkassen können in begründeten Fällen die Anerkennung geschlossener Kooperationsvereinbarungen versagen, wenn Anforderungen dieses Vertrages nicht erfüllt werden.
- (6) Der SAPV-Leistungserbringer führt Übersichten zu den aktuell bestehenden Kooperationsvereinbarungen mit Angabe zum Beginn/Ende der Vereinbarung gemäß Anlagen 4 und 5. Die Übersichten sowie die Kooperationsverträge sind auf Anforderung der Krankenkasse vorzulegen.

§ 12 Sächliche Voraussetzungen

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer hat als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:
- a) eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation,
 - b) eine ausreichende und geeignete Mobilität zur zeitnahen häuslichen Versorgung der Patienten,
 - c) Arzneimittel (inkl. Betäubungsmittel - im Weiteren BTM) und Hilfsmittel⁵ für die Notfall/Krisenintervention,
 - d) Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z. B. bei Portsystemen und Infusionspumpen) sowie
 - e) eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik.
- (2) Der SAPV-Leistungserbringer verfügt über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für
- die Beratung von Patienten und Angehörigen,
 - Teamsitzungen und Besprechungen sowie
 - die Lagerung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und für Hilfsmittel⁵.

Die BTM sind gemäß den Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes in einem BTM-Schrank aufzubewahren.

§ 13 Sicherstellung der Hilfsmittelversorgung

Für die Versorgung des Versicherten mit Hilfsmitteln hat der SAPV-Leistungserbringer geeignete Maßnahmen einzuleiten. Insbesondere hat er dafür Sorge zu tragen, dass die notwendigen Hilfsmittel bei Bedarf dem Versicherten durch Vertragspartner der zuständigen Krankenkasse taggleich zur Verfügung stehen. Die Vereinbarungen der zuständigen Krankenkasse nach § 127 SGB V sind einzuhalten⁶.

⁵ Die Einhaltung entsprechender Sonderlieferverträge der Krankenkassen hat zu erfolgen. Die entsprechenden Verträge sind bei der Krankenkasse zu hinterfragen.

⁶ Die entsprechenden Verträge sind bei der Krankenkasse zu hinterfragen.

§ 14

Verordnung von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln im Rahmen der SAPV

- (1) Der Palliativarzt des SAPV-Leistungserbringers verordnet die notwendigen Arznei-, Hilfs- und Heilmittel unter Verwendung der Muster 13, 14, 16 bzw. 18 auf den Namen des Versicherten. Bei (zeitgleicher) Verordnung von Arzneimitteln einerseits und Hilfsmitteln andererseits sind jeweils getrennte Vordrucke nach Muster 16 zu verwenden.
- (2) Der SAPV-Leistungserbringer benötigt für die Verordnung von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln eine Betriebsstättennummer. Diese Betriebsstättennummer ist nur für Verordnungen im Rahmen der SAPV auf Basis einer gültigen SAPV-Verordnung zu verwenden. Die Beantragung erfolgt nach den Maßgaben der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die dabei anfallenden Kosten sind vom SAPV-Leistungserbringer zu übernehmen. Über die vergebene Betriebsstättennummer sind die vertragsschließenden Krankenkassen unverzüglich zu informieren. Die Betriebsstättennummer verliert ihre Gültigkeit mit Beendigung des Vertrages. Die Krankenkassen behalten sich eine entsprechende Meldung an die KBV vor.
- (3) Zur eindeutigen Abgrenzung der Verordnungen im Rahmen der SAPV von der sonstigen vertragsärztlichen Versorgung ist die einheitliche Pseudo-Arztnummer 333333300 in den Vordruck einzutragen. Diese Pseudo-Arztnummer ist nur für Verordnungen im Rahmen der SAPV auf Basis einer gültigen SAPV-Verordnung zu verwenden.
- (4) Auf dem Verordnungsformular für Betäubungsmittel sind die SAPV-Betriebsstättennummer in das Feld „Vertragsarztnummer“ und die Pseudo-Arztnummer in das Feld „VK gültig bis“ einzutragen. Diese Regelung gilt bis zur Anpassung des Formulars durch die Bundesebene.
- (5) Die Krankenkassen behalten sich vor, die Palliativärzte des SAPV-Leistungserbringers zu den Arzneimittelverordnungen zu beraten.
- (6) Es gelten die Grundsätze für eine wirtschaftliche Ordnungsweise. Die gesetzlichen Regelungen des § 34 SGB V i. V. m. den Arzneimittelrichtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in ihrer jeweils aktuellen Fassung sind anzuwenden.
- (7) Für die im Rahmen der SAPV verordneten Arznei-, Heil-, und Hilfsmittel gelten die nach §§ 300 und 302 SGB V vereinbarten Abrechnungsverfahren entsprechend.

§ 15

Mitteilungspflichten

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer ist verpflichtet, der Krankenkasse alle Umstände unverzüglich schriftlich zu melden, welche die betrieblichen und organisatorischen Gegebenheiten betreffen, insbesondere Änderungen zum Versorgungskonzept gemäß § 8, Nichteinhaltung der Voraussetzungen bzw. Änderungen zu den Angaben in Anlage 3 (Strukturhebungsbogen gemäß § 10 Abs. 5 in Verbindung mit §§ 9, 11, 12).
- (2) Der SAPV-Leistungserbringer hat innerhalb von 8 Wochen für die Wiederherstellung bzw. Erfüllung der vertraglichen Voraussetzungen zu sorgen und die entsprechenden Nachweise zu erbringen. Das gilt nicht für den Fall des § 28 Absatz 2 Satz 2.
- (3) Er nutzt für die Meldungen gemäß Abs. 1 und 2 die jeweils zutreffenden Meldebögen der Anlagen 3 a bis c sowie 4 und 5.

- (4) Der SAPV-Leistungserbringer informiert die Vertragspartner unverzüglich über eingeleitete polizeiliche und staatsanwaltliche Ermittlungsverfahren, die für eine ordnungsgemäße Vertragserfüllung und seine Geeignetheit zur Leistungserbringung nach diesem Vertrag von Bedeutung sind.

§ 16 Dokumentation

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer ist zur Dokumentation des Leistungsgeschehens verpflichtet. Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten und - soweit vorhanden - allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Es soll so weit wie möglich kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der Netzwerkpartner sein.
- (2) Die Dokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Die Dokumentation umfasst mindestens

a) Assessment

Das Assessment spiegelt die Situation des Versicherten wieder, u.a. das aktuelle Symptomgeschehen sowie dessen Schwere und Verlauf. Das Assessment erfolgt den allgemein anerkannten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Erkenntnissen entsprechend. Im Ergebnis stellt der SAPV-Leistungserbringer fest, ob der jeweilige Leistungsfall der SAPV oder der allgemeinen Palliativversorgung zuzuordnen ist.

Das Assessment erfolgt

- beim Erstbesuch,
- im Zusammenhang mit einer Folgeverordnung, ggf. auch Erstverordnung,
- sofern sich Änderungen im Versorgungsumfang des Versicherten (z. B. auch bei einer Rückführung in die allgemeine Palliativversorgung) ergeben und
- auf Anforderung der Krankenkasse und des MDK.

Sofern im Vertrag nichts anderes geregelt ist, ist der Assessmentbogen dem MDK auf Anforderung der Krankenkasse oder des MDK zuzusenden. Die Übermittlung per Fax ist möglich und erfolgt unter Beachtung der Grundsätze des datenschutzgerechten Fax-Einsatzes. Erfolgt die Übermittlung über die Krankenkasse, so ist der Bogen in einem verschlossenen Umschlag zu senden und der Umschlag mit dem Vermerk zu versehen „Nur durch den MDK zu öffnen“.

b) Patientendokumentation bestehend aus

- Versichertenstammblatt,
- Behandlungsplanung,
- Durchführungsnachweis,
- Notfallplanung (vorausschauende Medikation, Maßnahmenplanung),
- Befunde/ärztliches Verordnungsblatt,
- Berichtbogen (Beurteilung der eingeleiteten Maßnahmen),
- Überleitungsbogen (z. B. für das Krankenhaus),
- bei Bedarf: z. B. Wundprotokoll, Lagerungs-/Bewegungsplan, Ernährungs-/Trinkpläne und -protokolle, Vitalzeichenblatt.

Die versorgungsrelevanten Dokumentationsunterlagen sind, von begründeten Ausnahmefällen (z. B. Krankenhausaufenthaltszeiten) abgesehen, beim Versicherten zu führen und zu hinterlegen, insbesondere sofern ein Primärleistungserbringer in die ambulante Versorgung des Versicherten eingebunden ist. In jedem Fall muss beim Versicherten mindestens ein Krisenbogen geführt werden, aus welchem die aktuelle Situationsbeschreibung zum Gesundheitszustand des Versicherten, die für den Not-/Krisenfall vorgesehenen Maßnahmen bzw. notwendigen Informationen sowie der telefonische Kontakt des SAPV-Leistungserbringers hervorgehen.

c) Dokumentation der Daten zur bundesweiten Evaluation

Der „Gemeinsame Datensatz zur SAPV-Dokumentation von DGP und DHPV“ wird gemäß der „Einführung von DHPV und DGP zu den Dokumentationsgrundlagen für die SAPV“ in ihrer jeweils gültigen Fassung verwendet. Weitergehende Regelungen bleiben den vertragsschließenden Krankenkassen und Krankenkassenverbänden vorgehalten.

d) Datenstatistik

Der SAPV-Leistungserbringer erhebt zur Weiterentwicklung des Vertrages kontinuierlich die Daten gemäß Anlage 6. Er sendet diese halbjährlich (30.06. bzw. 31.12.) bzw. auf Anforderung innerhalb von einem Monat der Krankenkasse oder dem zuständigen Landesverband zu.

Die Dokumentationsunterlagen sind nach Abschluss der Versorgung des Versicherten noch mindestens 10 Jahre beim SAPV-Leistungserbringer aufzubewahren.

§ 17 Qualitätssicherung

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer trägt die Verantwortung für die qualitätsgerechte Leistungserbringung. Er ist verpflichtet, das im Versorgungskonzept dargestellte interne Qualitätsmanagement umzusetzen und die fachliche Kompetenz der vertraglich in die SAPV der Versicherten eingebunden Palliativpflegefachkräfte durch geeignete und geplante Fort- oder Weiterbildungen sicherzustellen. Die an der Versorgung Beteiligten sollen sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen. Die Maßnahmen zur Sicherung der ärztlichen Versorgungsqualität richten sich dabei nach § 135 a Abs. 2 SGB V.
- (2) Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind insbesondere:
- die interdisziplinär abgestimmte, individuelle Behandlungsplanung,
 - die Führung eines geeigneten Dokumentationssystems,
 - Vorhaltung und Studium von Fachliteratur,
 - die am Bedarf orientierte Dienst-, Personaleinsatz- und Tourenplanung,
 - kontinuierliche Dienstberatungen,
 - regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen,
 - regelmäßige fachspezifische und sektorenübergreifende regionale Qualitätszirkel mit den an der Patientenversorgung Beteiligten (mind. halbjährlich),
 - Supervision,
 - Teilnahme an den multidisziplinären Netzwerktreffen,
 - Umsetzung des Fort- und Weiterbildungsplanes,
 - Abstimmungen von Schnittstellen (Hilfsmittel, Hausarzt, Krankenhaus, Pflegedienst

- usw.) sowie
- statistische Erhebungen.

Die Dokumentation dieser Maßnahmen erfolgt in geeigneter Weise z. B. durch Teilnehmerlisten, Tagesordnungen und Protokolle. Sie ist 10 Jahre aufzubewahren.

§ 18 Prüfung der Qualität der Leistungserbringung

Die Krankenkassen haben jederzeit das Recht, Prüfungen nach § 275 SGB V durch den MDK zu den Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung vornehmen zu lassen.

In die Prüfung werden insbesondere folgende Unterlagen einbezogen:

- Dokumentationsunterlagen gemäß § 16 Abs. 2 a) und 2 b),
- Unterlagen/Nachweise zu den qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 sowie
- Abrechnungsunterlagen gemäß §§ 22 und 23.

Die entsprechenden Unterlagen sind dem MDK bzw. der Krankenkasse auf Anforderung zeitnah vorzulegen. Die Übersendung/ Übergabe von Dokumentationsunterlagen gemäß § 16 Abs. 2 a) und 2 b) an die Krankenkasse oder den zuständigen Landesverband erfolgt in einem verschlossenen Umschlag mit der Kennzeichnung „Nur durch den MDK zu öffnen“.

Prüfungen in der Häuslichkeit des Versicherten sind nur zulässig, sofern der Versicherte oder seine Angehörigen einwilligen.

Darüber hinaus hat die Krankenkasse jederzeit das Recht, die ordnungsgemäße Abrechnung von Leistungen mittels Dienst-/Personaleinsatz- und Tourenplänen, Handzeichenliste und den zur Abrechnung eingereichten Unterlagen gemäß §§ 22 und 23 zu prüfen.

§ 19 Datenschutz

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über den Schutz der patientenbezogenen Daten in der jeweils geltenden Fassung einzuhalten. Er ist dazu verpflichtet, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. Personenbezogene Daten dürfen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erhoben, verarbeitet und genutzt werden.
- (2) Der SAPV-Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der persönlichen Daten der Versicherten dem Datenschutz. Ausgenommen hiervon sind nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung Angaben gegenüber den beteiligten behandelnden Ärzten und sonstigen Leistungserbringern, dem MDK und den Krankenkassen, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und zur Umsetzung dieses Vertrages erforderlich sind. Der SAPV-Leistungserbringer verpflichtet seine Mitarbeiter und Kooperationspartner zur Beachtung der Schweigepflicht und der Datenschutzbestimmungen.

§ 20 Haftung

- (1) Allgemeiner Inhalt, Umfang und Art der Leistungen ergeben sich aus den vertraglichen Regelungen in Verbindung mit der jeweils gültigen Fassung der SAPV-RL und den Regelungen des SGB V. Der SAPV-Leistungserbringer gewährleistet im Rahmen dieser Vereinbarung gegenüber den Krankenkassen und den Versicherten unter Beachtung des einschlägigen Berufsrechts eine dem allgemeinen Stand der fachlich-medizinischen Erkenntnisse entsprechende qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.
- (2) Im Rahmen des Betreuungsverhältnisses ist der SAPV-Leistungserbringer mit der Übernahme der Betreuung auch dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet. Insbesondere bei Personenschäden (Schäden an Leben, Körper und Gesundheit) und Behandlungsfehlern haftet der SAPV-Leistungserbringer uneingeschränkt nach den gesetzlichen und vertraglichen Regelungen. Die medizinisch-fachliche Verantwortung obliegt dem betreuenden SAPV-Leistungserbringer und wird durch die Regelungen dieses Vertrages nicht berührt.
- (3) Weitergehende Ansprüche der Krankenkassen, insbesondere nach § 116 SGB X, sind durch die vorangehenden Regelungen nicht ausgeschlossen.

§ 21 Vergütung

- (1) Die ärztlichen und pflegerischen bzw. kombinierten Leistungen der SAPV werden versichertenbezogen vergütet.
- (2) Die Vergütung sowie zugehörige Leistungsinhalte sind in einer gesonderten Vergütungs- und Leistungsvereinbarung (Anlage 7) geregelt. Mit der Vergütung sind sämtliche Vertragsleistungen und Aufwendungen abgegolten. Diese gelten auch für die Versorgung von Versicherten durch den SAPV-Leistungserbringer, deren Häuslichkeit außerhalb des in § 3 Abs. 1 festgelegten Versorgungsgebietes liegt. Der Versicherte hat einen einmaligen Leistungsanspruch auf SAPV. Der Leistungsfall beginnt mit Genehmigung des ersten Leistungsantrages SAPV und endet mit dem Abschluss der Versorgung des Versicherten. Der Leistungsfall umfasst ggf. auch mehrere Verordnungen und Unterbrechungszeiträume.
- (3) Zeiten, in denen die SAPV ruht (Krankenhausaufenthalte) sind nicht auf die Betreuungsdauer anzurechnen.
- (4) Einsätze, die wegen fehlender Mitwirkung des Versicherten nicht erbracht werden konnten, sind nicht abrechnungsfähig.
- (5) Für alle Leistungen nach diesem Vertrag dürfen Zuzahlungen weder verlangt noch angenommen werden; ausgenommen sind Zuzahlungen nach SGB V. Für die Einziehung der Zuzahlungen nach dem SGB V finden die diesbezüglichen allgemeinen Regelungen des SGB V Anwendung.
- (6) Der Vergütungsanspruch ist von der Erfüllung sämtlicher in diesem Vertrag geregelter sachlicher, personeller, formaler und inhaltlicher Voraussetzungen abhängig. Für Leistungen, die unter Missachtung vertraglicher Bestimmungen erbracht wurden, steht dem

SAPV-Leistungserbringer keine Vergütung zu. Dies gilt auch dann, wenn die Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht wurden.

- (7) Kosten von Leistungen und Versorgungsleistungen, die ohne Vorliegen einer genehmigten Verordnung erbracht werden, können weder gegenüber dem Versicherten noch gegenüber der zuständigen Krankenkasse nach diesem Vertrag abgerechnet werden. § 6 Abs. 5 dieses Vertrages in Verbindung mit § 8 der SAPV-RL bleibt unberührt.
- (8) Sofern die Krankenkasse Zahlungen geleistet hat, auf die der SAPV-Leistungserbringer keinen Anspruch hat, ist die Krankenkasse berechtigt, diese Beträge unter Angabe von Gründen zurückzufordern und/oder mit anderen Forderungen des Leistungserbringers zu verrechnen.
- (9) Weitergehende Schadensersatzansprüche, insbesondere wegen der Verletzung vertraglicher Pflichten, werden durch diese Regelungen nicht ausgeschlossen.

§ 22 Leistungsnachweis

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer hat die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen nachvollziehbar in einem Leistungsnachweis aufzuzeigen. Dieser beinhaltet:
 - Angaben des SAPV-Leistungserbringers (Name, Anschrift, Institutionskennzeichen),
 - Angaben zum Versicherten (Name, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer),
 - die an der Vergütungssystematik orientierten Angaben zu
 - Ort, Art und Menge der erbrachten Leistungen sowie
 - Datum und Uhrzeit der Leistungserbringung.
- (2) Alle vom SAPV-Leistungserbringer durchgeführten Leistungen sind im Leistungsnachweis bei jedem Hausbesuch von dem/der jeweiligen Palliativarzt bzw. Palliativpflegefachkraft durch Handzeichen, entsprechend der in der Einrichtung hinterlegten Handzeichenliste, einzutragen und durch den Versicherten/Bevollmächtigten bzw. bestellten Betreuer unterschrieben zu bestätigen sowie durch einen Palliativarzt des SAPV-Leistungserbringers im Gesamten gegenzuzeichnen. Die Bestätigung der erbrachten Leistungen erfolgt durch den Versicherten/Bevollmächtigten bzw. bestellten Betreuer am letzten Tag der Leistungserbringung, bei Versorgungsleistungen über den Kalendermonat hinaus jedoch jeweils mindestens einmal am Monatsende. Auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse, können auch wöchentliche Bestätigungen gefordert werden. Quittierungen im Voraus sind unzulässig.
- (3) Die Handzeichenliste gemäß Abs. 2 ist getrennt für Vertragsärzte, Krankenhausärzte, Palliativpflegefachkräfte zu führen und bei der Erstabrechnung mit einzureichen. Bei Änderungen wird die aktuelle Liste der Rechnung beigelegt.
- (4) Der vollständig ausgefüllte Leistungsnachweis (Muster Anlage 8) stellt die Grundlage für die Abrechnung dar. Bei der Erbringung einer vollständigen Versorgung können weitere Leistungsnachweise genutzt werden (z. B. für die Dokumentation häuslicher Krankenpflege). Die Anforderungen der Abs. 1 bis 3 sind dabei ebenfalls einzuhalten.

§ 23 Abrechnung der Leistungen

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer rechnet die erbrachten Leistungen monatlich bei der Krankenkasse ab. Die ärztlichen Verordnungen mit Genehmigungsvermerk sowie ein vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Vertreter sowie dem Palliativarzt bestätigter Leistungsnachweis sind der Abrechnung beizufügen. Bei Unterschrift durch einen Vertretungsberechtigten des Versicherten ist eine schriftliche Information zur Vertretungsvollmacht mit der Abrechnung an die Krankenkasse zu übermitteln.
- (2) Der SAPV-Leistungserbringer rechnet die Leistungen nach diesem Vertrag ausschließlich unter einem Institutionskennzeichen (IK) gemäß § 293 SGB V ab. Dieses ist vom SAPV-Leistungserbringer bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstraße 111 in 53757 St. Augustin zu beantragen und im Vorfeld des Vertragsabschlusses nachzuweisen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind unverzüglich der SVI mitzuteilen.
- (3) Es sind Sammelrechnungen zu erstellen, die Folgendes beinhalten:
 - das Institutionskennzeichen, Name und Anschrift der abrechnenden Stelle,
 - die Krankenversicherungsnummer der Leistungsempfänger,
 - Diagnose (ICD 10)
 - Art, Zeitraum und Preis der erbrachten Leistung und
 - neben den Zwischenrechnungssummen für jeden Versicherten die Gesamtsumme der Sammelrechnung.
- (4) Überträgt der SAPV-Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Krankenkasse unverzüglich schriftlich zu informieren. Es sind der Beginn und das Ende der Abrechnung sowie der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Außerdem ist eine Erklärung des SAPV-Leistungserbringers beizufügen, dass die Zahlungen an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen. Der SAPV-Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem den Krankenkassen mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkasso-Vollmacht oder Abtretungserklärung mehr besteht. Das Ende der Abrechnung ist den Krankenkassen schriftlich durch die Abrechnungsstelle oder den sonstigen Forderungsinhaber zu bestätigen.
- (5) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) unter besonderer Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Geeignetheit sowie der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und Datensicherheit, durch den SAPV-Leistungserbringer auszuwählen.
- (6) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von 28 Kalendertagen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen bei der zuständigen Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (7) Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt einer abschließenden sachlichen und rechnerischen Prüfung, spätere Rechnungsberichtigungen bleiben daher vorbehalten. Bei Unvollständigkeit, Differenzen, bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die zuständige Krankenkasse die beanstandete Einzelrechnung bzw. Abrechnungsstelle zur Prüfung und Korrektur an den Leistungserbringer zurückgeben bzw. die Sammel-

rechnung um die beanstandete Position kürzen. Die Zahlungsfrist wird dadurch gehemmt, sofern innerhalb der Frist nach Abs. 6 eine entsprechende schriftliche Information an den SAPV-Leistungserbringer erfolgt ist.

- (8) Für die Form und den Inhalt der Abrechnung gelten die Richtlinien einschließlich der technischen Anlagen zum elektronischen Datenträgeraustausch (DTA) gemäß § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, hat die zuständige Krankenkasse die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten dem SAPV-Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung bis zur Höhe von 5 % v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen. Die Rechnung wird entsprechend gekürzt. Die den DTA einführende Krankenkasse informiert den SAPV-Leistungserbringer rechtzeitig über den Umsetzungstermin.
- (9) Über die Regelungen der Abs. 1 bis 8 hinaus können die Krankenkassen einzeln oder teilweise gemeinsam weitere Regelungen als besondere Anlage zu diesem Vertrag treffen.

§ 24 Beanstandungen

- (1) Abrechnungsbeanstandungen müssen von der zuständigen Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. § 25 bleibt unberührt. Einsprüche gegen Beanstandungen können innerhalb von einem Monat nach Mitteilung geltend gemacht werden.
- (2) Forderungen aus Vertragsleistungen können von Seiten des SAPV-Leistungserbringers nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats in dem die Leistung erbracht wurde, nicht mehr erhoben werden (Ausschlussfrist).
- (3) Bei Unstimmigkeiten in der Abrechnung hat die zuständige Krankenkasse das Recht, den beanstandeten Betrag einzubehalten oder zurückzufordern.
- (4) Bei Differenzen oder begründeten Beanstandungen kann die zuständige Krankenkasse dem SAPV-Leistungserbringer die Rechnung zur Prüfung oder Korrektur zurückgeben. Das ursprüngliche Zahlungsziel ist in diesen Fällen ausgesetzt. Mit Einreichen einer korrigierten Rechnung beginnt die im § 23 Abs. 6 genannte Zahlungsfrist erneut.
- (5) Die zuständige Krankenkasse kann ihre Forderungen gegen den SAPV-Leistungserbringer mit Forderungen des SAPV-Leistungserbringers oder der beauftragten Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle aufgrund von erbrachten SAPV-Leistungen unter Angabe von Art, Höhe und Grund aufrechnen.
- (6) Forderungen gegenüber der zuständigen Krankenkasse können ohne deren Zustimmung nicht an Dritte abgetreten werden.

§ 25 Vertragsverstöße

- (1) Besteht der Verdacht eines Verstoßes gegen Pflichten aus diesem Vertrag, holt die Krankenkasse eine schriftliche Stellungnahme des SAPV-Leistungserbringers zum Verstoß ein.

- (2) Der SAPV-Leistungserbringer hat dieser Anhörung innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Zugang des Anhörungsschreibens der Krankenkasse Folge zu leisten. Sofern die Art und Schwere des Sachverhaltes es erfordern, sind auch kürzere Fristen möglich. Über die Anhörung werden die vertragsschließenden Krankenkassenverbände informiert. Kommt der SAPV-Leistungserbringer der Anhörung nicht oder nicht fristgemäß nach, können die Krankenkassen mit sofortiger Wirkung Maßnahmen einleiten.
- (3) Lässt sich im Anhörungsverfahren der Verdacht auf einen Vertragsverstoß nicht ausräumen, entscheiden die Krankenkassen über geeignete Maßnahmen, sofern nicht vorher mit dem SAPV-Leistungserbringer gemeinsam eine einvernehmliche Entscheidung getroffen werden konnte. Geeignete Maßnahmen sind insbesondere eine Abmahnung, eine angemessene Vertragsstrafe in Geld bis zu 10.000 Euro bzw. eine Vergütungskürzung nach billigem Ermessen bis zur Beseitigung des Vertragsverstoßes oder die Kündigung. Der SAPV-Leistungserbringer ist hierüber schriftlich zu unterrichten. Bei den in Absatz 4 genannten schweren Vertragsverstößen bedarf es nach der Stellungnahme vor einer Kündigung keiner Abmahnung. Weitergehende Ansprüche (z. B. Schadensersatz und Rückforderungsansprüche wegen unberechtigt gezahlter Vergütungen, vgl. § 21 Abs. 8) der Vertragspartner bleiben davon unberührt. Über weitergehende rechtliche Maßnahmen entscheidet jede Krankenkasse selbst.
- (4) Schwere Vertragsverstöße sind beispielsweise:
 - Abrechnung von nicht erbrachten Leistungen,
 - Verstoß gegen die personellen Mindestvoraussetzungen,
 - Forderung bzw. Annahme von Zuzahlungen gegenüber Versicherten für Vertragsleistungen,
 - Abrechnung von nicht vertragsgemäß erbrachten Leistungen, insbesondere entgegen den Regelungen des § 10,
 - Pflichtverletzungen in deren Folge der Versicherte zu Schaden kommt oder wiederholter Verstoß gegen vertragliche Verpflichtungen oder Mitwirkungspflichten
 - Verstoß gegen gesetzliche Datenschutzbestimmungen oder Regelungen dieses Vertrages, die den Schutz von patientenbezogenen Daten zum Inhalt haben.

§ 26 Vertragsanpassungen

Die Vertragspartner sind an einer konstruktiven Zusammenarbeit interessiert. Sind Vertragsänderungen z. B. aufgrund der Entwicklung der Versorgungsabläufe notwendig, prüfen die Vertragspartner gemeinsam den Handlungs- und Regelungsbedarf. Grundlage hierfür sind auch die Erhebungen gemäß § 16 Abs. 2 d).

§ 27 In-Kraft-Treten

- (1) Der Vertrag tritt amin Kraft.
- (2) Die Anlagen 1 bis 8, einschließlich der eingereichten Meldebögen 3 a bis c sowie Übersichten 4 und 5 sind Bestandteil dieses Vertrages.

§ 28 Kündigung

- (1) Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit dreimonatiger Frist zum Ende eines Quartals gekündigt werden (ordentliche Kündigung).
- (2) Für den Fall eines schweren Verstoßes nach § 25 Abs. 4 haben die Vertragspartner das Recht, diesen Vertrag mit sofortiger Wirkung zu kündigen (außerordentliche Kündigung). Scheidet einer der im Rubrum genannten SAPV-Leistungserbringer aus, endet zu diesem Zeitpunkt das Vertragsverhältnis, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Mit Zustimmung aller Vertragspartner ist eine Fortführung des Vertrages möglich, sofern die Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen gewährleistet wird. Die Folgen einer gesetzlichen Rechtsnachfolge bleiben von dieser Regelung unberührt.

Das Recht zur außerordentlichen Kündigung besteht darüber hinaus auch, wenn der SAPV-Leistungserbringer zahlungsunfähig ist bzw. über sein Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet ist.

- (3) Die Anlage 7 (Vergütungs- und Leistungsvereinbarung) kann unabhängig von einer Kündigung des Vertrages gekündigt werden, ohne dass es dazu eines Kündigungsgrundes bedarf. Die Einzelheiten sind in der Vergütungs- und Leistungsvereinbarung geregelt. Bei einer Kündigung des Vertrages erlischt mit Ablauf der Kündigungsfrist die Vergütungsvereinbarung ohne dass dafür eine gesonderte Kündigung erforderlich ist. Dies gilt auch, wenn in der Vergütungsvereinbarung eine anderslautende Kündigungsfrist vereinbart wurde.
- (4) Für alle gemäß dieses Vertrages begonnenen und im Zeitpunkt der Vertragsbeendigung noch nicht abgeschlossenen Betreuungsverhältnisse wird die jeweilige Betreuung nach diesem Vertrag auch über das Vertragsende hinaus durchgeführt und vergütet.
- (5) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

§ 29 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Anlagen:

- 1 SAPV-RL
- 2 Empfehlung
- 3 Strukturhebungsbogen
- 3 a) Meldebogen Leistungserbringer
- 3 b) Meldebogen Palliativärzte
- 3 c) Meldebogen Palliativpflegefachkräfte
- 4 Kooperationspartnerübersicht für Palliativpflegefachkräfte/Palliativärzte
- 5 Kooperationspartnerübersicht für weitere Kooperationspartner
- 6 Datenstatistik
- 7 Leistungsbeschreibung und Vergütungsvereinbarung
- 8 Leistungsnachweis (Teilversorgung)