

Vertrag über die Erbringung

**Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein
gemäß § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V**

zwischen dem Palliative-Care-Team „Muster“, Rechtsform, Sitz, vertreten durch

...

- nachfolgend Palliative-Care-Team genannt -

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

- nachfolgend KV genannt -

und

**der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen (BKK-VAG NRW)**

der IKK Nordrhein

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen

zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau

der Knappschaft

sowie den Ersatzkassen

BARMER Ersatzkasse

Techniker Krankenkasse

Deutsche Angestellten-Krankenkasse

Kaufmännische Krankenkasse - KKH - Allianz

Gmünder Ersatzkasse

HEK - Hanseatische Krankenkasse

Hamburg Münchener Krankenkasse

hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
gemäß § 212 Abs. 5 S. 6 SGB V:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

- nachfolgend Krankenkassen genannt -

wird folgender Vertrag geschlossen:

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Gegenstand und Ziele des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Anspruchsvoraussetzungen der SAPV
- § 4 Inhalt und Umfang der SAPV
- § 5 Pflichten der Vertragspartner
- § 6 Palliative-Care-Team/Versorgungskonzept
- § 7 Organisatorische, personelle und sächliche Voraussetzungen an das Palliative-Care-Team
- § 8 Weitere Koordinationsaufgaben und Anforderungen
- § 9 Qualitätssicherung und Dokumentation
- § 10 Anzeigepflichten/Mitteilungspflichten
- § 11 Verordnung im Rahmen der SAPV
- § 12 Verordnung/Genehmigung der SAPV
- § 13 Vorläufige Kostenzusage
- § 14 Grundsätze der Leistungserbringung
- § 15 Fort- und Weiterbildung
- § 16 Vergütung
- § 17 Abrechnung
- § 18 Leistungsnachweis
- § 19 Einflussnahme-, Werbungs- und Vermittlungsverbot
- § 20 Zuzahlungen
- § 21 Datenschutz, Schweigepflicht
- § 22 Statistik
- § 23 Vertrags-/Gesetzesverstöße
- § 24 Außerordentliche Kündigung
- § 25 Inkrafttreten, Ordentliche Kündigung
- § 26 Änderungen und Ergänzungen
- § 27 Salvatorische Klausel

Anlagen

- 1) Strukturerhebungsbogen des Palliative-Care-Teams „Name“
- 2) Nachweis und Handzeichenliste
- 3) Patienteninformation und Entbindung von der Schweigepflicht
- 4) Vergütungsvereinbarung
- 5) „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL)
- 6) Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- 7) Dokumentation
- 8) Vertrag über die ambulante palliativpflegerische Versorgung nach § 132 a Abs. 2 SGB V
- 9) Schnellbegutachtungsbogen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Nordrhein
- 10) Leistungsnachweis

Präambel

Das Ziel der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist, den Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, die letzte Phase ihres Lebens in häuslicher Umgebung zu verbringen. Mit diesem Vertrag soll dem sterbenden Menschen ein würdevolles und selbst bestimmtes Leben in häuslicher Umgebung ermöglicht werden, daher sollen alle an der Versorgung Beteiligten rund um die Uhr eine aufeinander abgestimmte effiziente und wirksame palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung erbringen. Dieser Vertrag soll eine optimale spezialisierte ambulante Palliativversorgung gewährleisten und zugleich die Lebensqualität der Betroffenen und der Angehörigen erhöhen. Versorgungsunsicherheiten, die zu unnötigen und die Versicherten stark belastenden Krankenhauseinweisungen führen, sollen durch die in der SAPV vorgehaltenen besonderen Expertisen vermieden werden.

Bedarf nach einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und damit besonderen aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen, z. B. die allgemeine ambulante Palliativversorgung sowie ggf. Leistungen des ambulanten Hospizdienstes, nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden.

§ 1 Gegenstand und Ziele des Vertrages

- (1) Die SAPV gemäß § 37 b SGB V dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 SGB XI) zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die palliativmedizinische sowie palliativpflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.
- (2) Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin und des Patienten sowie die Belange ihrer vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch eine Patientenverfügung oder einem Behandlungsplan zum Ausdruck kommt und allen Beteiligten (Ärztin/Arzt, Angehörigen etc.) bekannt sein muss, ist zu beachten.
- (3) Die SAPV ergänzt das bereits bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste einschließlich der Versorgungsangebote der allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung. Je nach Umfang einer Patienten-Teilversorgung, vor allem aber bei der Vollversorgung, ersetzt die SAPV die Regelversorgung nach dem SGB V weitgehend oder vollständig. Sie kann als alleinige Beratungs- und Koordinationsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.
- (4) Wenn Kinder versorgt werden, müssen die Anforderungen an die ärztlichen und pflegerischen Personen und an die weiteren Fachkräfte den besonderen Belangen der Kinder gerecht werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkassen gesonderte Verträge schließen.
- (5) Die Anlagen 1 bis 10 sind in der jeweils gültigen Fassung Bestandteil dieses Vertrages.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt für die im Rubrum genannten Vertragspartner in der im Versorgungskonzept (Anlage 1) genannten Region. Ein Beitritt weiterer Vertragspartner ist nur möglich, wenn alle Vertragspartner schriftlich zustimmen.
- (2) Die BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NRW (BKK-VAG NRW) unterzeichnet diesen Vertrag stellvertretend für die teilnehmenden Betriebskrankenkassen im Land Nordrhein-Westfalen. Sie stellt der KV unverzüglich eine Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen zur Verfügung.

§ 3 Anspruchsvoraussetzungen der SAPV

- (1) Die Leistungserbringung setzt gemäß SAPV-Richtlinie voraus, dass Versicherte
 - a) an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung auf wenige Tage, Wochen oder Monate begrenzt ist und
 - b) unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI) erbracht werden kann.
- (2) Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können.
- (3) Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann.
- (4) Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf wenige Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.

- (5) Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen einschließlich der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen. Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:
- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
 - ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik
 - ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik
 - ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
 - ausgeprägte ulzerierende/exulzerierende Wunden oder Tumore
 - ausgeprägte urogenitale Symptomatik
- (6) Liegt ein besonders aufwändiger Versorgungsbedarf nicht vor, besteht kein Anspruch auf SAPV.
- (7) Die Versicherte/der Versicherte ist in der Wahl des Leistungserbringers frei.

§ 4 Inhalt und Umfang der SAPV

- (1) Die SAPV umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung, soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 genannten Ziele zu erreichen. Sie umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der verordnenden oder behandelnden Ärztin/des verordnenden oder behandelnden Arztes sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patientinnen/der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132 d SGB V.
- (2) SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132 d SGB V erbracht.

Sie wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. 3), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen. Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

I. Beratungsleistung

- a. Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit Betroffenen (Patientin/Patienten oder deren Angehörigen)
- b. Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit einem der Leistungserbringer der Primärversorgung
- c. Dokumentation und Evaluation

II. Koordination der Versorgung

- a. Direkter persönlicher Kontakt erforderlich
- b. Ressourcenfokussierte Versorgungsplanung
- c. Erstellung eines Versorgungskonzeptes
- d. Vernetzung mit ambulanten und/oder stationären Leistungserbringer
- e. Dokumentation und Evaluation

III. Additiv unterstützende Teilversorgung

- a. Beinhaltet Beratungs- und Koordinationsleistung
- b. Hausbesuche erforderlich
- c. Einzelne Leistungen des in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskataloges werden bei Bedarf erbracht
- d. Für die verordnete Teilversorgung besteht 24-Stunden-Rufbereitschaft. Die Rufbereitschaft kann nicht als alleinige Teilleistung verordnet werden.
- e. Dokumentation und Evaluation

IV. Vollständige Versorgung

- a. Hausbesuche erforderlich
- b. Beinhaltet Beratungs- und Koordinationsleistung
- c. Einzelne Leistungen des in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskataloges werden bei Bedarf erbracht
- d. Grundpflege nach § 37 SGB V bzw. SGB XI ist nicht Bestandteil der SAPV, kann aber bei entsprechenden Voraussetzungen vom Palliative-Care-Team erbracht und über § 37 Abs. 1 SGB V oder das SGB XI abgerechnet werden

- e. Für die verordnete Vollversorgung besteht 24-Stunden-Rufbereitschaft. Die Rufbereitschaft kann nicht als alleinige Teilleistung verordnet werden
- f. Dokumentation und Evaluation

erbracht werden. Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

(3) Inhalte der SAPV sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten ambulanten 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 einer Ärztin/eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht
- 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 die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patientinnen/der Patienten und ihrer 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

- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV

§ 5 **Pflichten der Vertragspartner**

- (1) Aufgabe des Palliative-Care-Teams ist es, Leistungen der SAPV durch spezialisierte Leistungserbringer, die sich zu einem Palliative-Care-Team zusammengeschlossen haben und Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem sind, zu erbringen. Ein Vergütungsanspruch besteht daher erst, wenn das Palliative-Care-Team die nachfolgend formulierten Voraussetzungen erfüllt und die Prüfung, ob das Palliative-Care-Team geeignet und bedarfsgerecht ist, durch die KV und die zuständige Krankenkasse abgeschlossen ist und dem Palliative-Care-Team das Ergebnis dieser Prüfung mitgeteilt wurde. Erst dann ist das Palliative-Care-Team berechtigt, Leistungen der SAPV zu erbringen und erhält dann die hierfür vereinbarte Vergütung.
- (2) Aufgabe der KV ist es, für die Krankenkassen zu prüfen, ob das Palliative-Care-Team die personellen Anforderungen an die Qualifikation der Ärztinnen/der Ärzte erfüllt, die nachfolgend geregelt sind. Die KV übermittelt das Ergebnis der Prüfung an die Krankenkassen.
- (3) Aufgabe der Krankenkasse ist es, zu prüfen, ob das Palliative-Care-Team zur Erreichung der in § 1 genannten Ziele geeignet und bedarfsgerecht ist. Die Krankenkassen prüfen die Geeignetheit des Palliative-Care-Teams anhand der nachfolgend formulierten Voraussetzungen. Darüber hinaus prüfen die Krankenkassen die Bedarfsnotwendigkeit. Um prüfen zu können, ob das Palliative-Care-Team bedarfsnotwendig ist, sind die Kriterien der Gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 anzuwenden. Eine Abdeckung von 250.000 Einwohnern pro Palliative-Care-Team ist grundsätzlich als ausreichend zu betrachten; Ausnahmen sind allenfalls in ländlichen Gebieten möglich, wenn anzunehmen ist, dass der Bedarf durch ein Palliative-Care-Team nicht ausreichend gesichert ist. Sofern eine bedarfsgerechte Versorgung von SAPV durch die bereits tätigen Palliative-Care-Teams gegeben ist, besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss in der jeweiligen Region.

- (4) Die zuständige Krankenkasse teilt das Ergebnis der Prüfung der Geeignetheit und Bedarfsnotwendigkeit dem Palliative-Care-Team sowie der KV schriftlich mit. Sofern das Palliative-Care-Team geeignet und bedarfsgerecht ist, erhält es unter den nachfolgend formulierten Voraussetzungen die in diesem Vertrag vereinbarte Vergütung.

§ 6

Palliative-Care-Team/Versorgungskonzept

- (1) Die Leistungen der SAPV sind nur dann Vertragsgegenstand, wenn sie ausschließlich in einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur erbracht werden. Die Personalstärke eines Palliative-Care-Teams bestimmt sich u. a. durch die Anforderungen zur Erbringung ärztlicher und pflegerischer Leistungen, der 24-Stunden-Erreichbarkeit für betreute Versicherte, der qualifizierten Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten und der regionalen strukturellen Eigenheiten, die u. a. Fahrtzeiten betreffen könnten. Sie ergibt sich dennoch grundsätzlich aus der regionalen Struktur. Die Anpassung der Personalstärke auf regionale Erfordernisse regeln die Vertragspartner. Das Palliative-Care-Team besteht aus mindestens 3 spezialisierten/qualifizierten Ärzten und mindestens 4 qualifizierten Pflegefachkräften, die fachübergreifend in Kooperation mit anderen Professionen eng zusammenarbeiten. Kooperationen mit mindestens einer Apotheke und mindestens einem ambulanten Hospizdienst, die die Voraussetzungen des § 7 Abs. 1 b) erfüllen, sind verpflichtend. Das Palliative-Care-Team ist ausschließlich oder schwerpunktmäßig in der SAPV tätig. Es gewährleistet eine weitgehende personelle Kontinuität und verfügt über eine besondere Ausstattung, die eine palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung im Zusammenwirken mit den weiteren Leistungserbringern gewährleistet. Es muss in der Lage sein, in seinem gesamten Einzugsbereich sowohl ärztlich als auch pflegerisch eine aufsuchende Behandlung und Pflege sowohl tagsüber als auch nachts, an Wochenenden und Feiertagen in Form einer 24-Stunden-Bereitschaft zu gewährleisten. Die organisatorischen, personellen und sächlichen Voraussetzungen, die das Palliative-Care-Team ständig erfüllen muss, sind in § 7 dieses Vertrages definiert.
- (2) Das Palliative-Care-Team hat der zuständigen Krankenkasse ein schriftliches Konzept vor Vertragsschluss vorzulegen. Das Konzept hat darzustellen, in welcher Form die Koordination im Palliative-Care-Team erfolgt. Hierzu muss das Palliative-Care-Team ein verbindlich strukturiertes und schriftlich dargelegtes Versorgungskonzept vorlegen, das alle medizinisch-pflegerischen Maßnahmen klar und eindeutig unter Beachtung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung formuliert und darüber hinaus verdeutlicht, wie eine qualifizierte Leistungser-

bringung zu erfolgen hat, damit die in § 1 dieses Vertrages genannten Vertragsziele erreicht werden. Ein Vergütungsanspruch auf der Grundlage dieses Vertrages ist nur dann gegeben, wenn die zuständige Krankenkasse das vorgelegte Konzept für geeignet erachtet.

(3) Das Palliative-Care-Team handelt anhand eines verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Versorgungskonzepts, das mindestens folgende Punkte beinhaltet:

- Standort des Palliative-Care-Teams
- Versorgungsgebiet
- Versorgungsprozess
- Kooperationspartner
- Kooperationsvereinbarungen im Versorgungsgebiet; verpflichtend mit mindestens einem ambulanten Hospizdienst nach § 39 a Abs. 2 SGB V, Seelsorge und Sozialarbeit zur Sicherung der psychosozialen Unterstützung sowie mindestens einer Apotheke, die die Voraussetzungen gem. § 7 Abs. 1 b) erfüllt
- Mitarbeiterkapazität (ggf. Stellenplan)
- Personelle Zuständig- und Verantwortlichkeiten (u. a. Weisungsbefugnisse, Weisungsgebundenheit u. Ä.)
- Qualifikationsnachweise des Palliative-Care-Teams gem. § 7 Abs. 2
- Sächliche Ausstattung gem. § 7 Abs. 3
- Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 9
- Konzept zur Sicherstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei-, Heil-, und Hilfsmitteln
- Konzept zur Sicherstellung der 24-Stunden-Rufbereitschaft
- Fallzahleinschätzung
- Fort- und Weiterbildungskonzept

§ 7 **Organisatorische, personelle und sächliche Voraussetzungen an das Palliative-Care-Team**

1. Organisatorische Voraussetzungen

- a) Das Palliative-Care-Team muss seine Organisationsform den Krankenkassen in geeigneter Form nachweisen. Hierzu ist insbesondere die Anlage 1 vollständig auszufüllen.
- b) Das Palliative-Care-Team kooperiert mindestens mit einer Apotheke, um eine Lagerhaltung an Medikamenten für den Notfall sicherzustellen, die mindestens folgende Voraussetzungen erfüllt:

- Zulassung als Apotheke
- Vorhaltung von palliativmedizinisch relevanten Arzneimitteln
- Fortbildung zur Fachapothekerin/zum Fachapotheker für Offizin- oder onkologische Pharmazie

sowie mindestens mit einem ambulanten Hospizdienst, der die Voraussetzungen gem. § 39 a Abs. 2 SGB V erfüllt.

2. Personelle Voraussetzungen

- a) Die Leistungen der SAPV werden ausschließlich durch geeignete Personen erbracht, welche die nachfolgend formulierten Qualifikationen erfüllen. Das Palliative-Care-Team stellt sicher, dass diese geeigneten Personen hauptsächlich für die Leistungen der SAPV zur Verfügung stehen. Das Palliative-Care-Team weist mindestens drei geeignete Ärztinnen/Ärzte sowie mindestens vier geeignete Pflegefachkräfte nach.

(1) Geeignete Ärztinnen/Ärzte nach Abs. 1 verfügen über folgende Qualifikationen:

- eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung)

- Erfahrungen aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre
- (2) Das Palliative-Care-Team weist nach, dass mindestens vier im Rahmen dieses Vertrages tätige Pflegefachkräfte über folgende Qualifikation verfügen:
- die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin/Altenpfleger (Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung nach dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege vom 25.08.2003) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung
 - den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden; die Weiterbildung hat inhaltlich den Vorgaben des Basiscurriculum Palliativpflege des Vereins zur Betreuung und Begleitung von Schwerstkranken und Tumorpatienten e. V., Pallia Med Verlag, Bonn, zu entsprechen
 - Erfahrungen durch mindestens eine zweijährige 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
 - Ergänzend müssen die Voraussetzungen erfüllt sein, die gem. Anlage 8 ein ambulant palliativpflegerischer Dienst zu erfüllen hat
- b) Soweit weitere Fachkräfte (z. B. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen, Psychologinnen/Psychologen) vertraglich eingebunden werden, z. B. im Rahmen des vorzulegenden Versorgungskonzepts als Kooperationspartner genannt sind, weist das Palliative-Care-Team nach, dass diese Fachkräfte über eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder eine mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung verfügen.

- c) Eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Patientin/den Patienten, deren Angehörigen und die an der Versorgung Beteiligten ist durch das Palliative-Care-Team sicherzustellen. Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer qualifizierten Palliativ-Ärztin/eines qualifizierten Palliativ-Arztes und einer Pflegefachkraft mit entsprechender Qualifikation gemäß Abs. 2 a) ist zu garantieren. Diese Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein.

3. Sachliche Voraussetzungen

- a) Das Palliative-Care-Team hat als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:
- das Palliative-Care-Team hat unter der Voraussetzung, dass eine entsprechende Patienteninformation und Entbindung von der Schweigepflicht (Anlage 3) vorliegt, eine Patientendokumentation (Anlage 7) zu erstellen, die den Anforderungen der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die SAPV vom 23.06.2008, Punkt 6.2. entspricht
 - Arzneimittel (inkl. BtM) für die Notfall/Krisenintervention
 - Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z. B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen)
 - eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik.
- b) Das Palliative-Care-Team muss über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für
- die Beratung von Patientinnen/Patienten und Angehörigen
 - Teamsitzungen und Besprechungen
 - die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- /Krisenintervention und Hilfsmitteln

verfügen. Sofern eine Aufbewahrung von Medikamenten erfolgt, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BtM-G) fallen, ist ein BtM-Schrank (§ 15 BtM-G) erforderlich.

4. Nachweis der Voraussetzungen

Zum Nachweis der organisatorischen und personellen Voraussetzungen hat das Palliative-Care-Team den Krankenkassen zur Überprüfung, ob die Voraussetzungen zum Abschluss dieses Vertrages erfüllt werden, mindestens die nachfolgenden Unterlagen vor Vertragsabschluss einzureichen:

- a) Nachweis der aktuell beschäftigten Mitarbeiter sowie die Qualifikationsnachweise des eingesetzten Personals inkl. Nachweis zur Dokumentation der Unterschriften/Handzeichen
- b) Nachweis eines Institutionskennzeichens (IK) für das Palliative-Care-Team
- c) Nachweis der Berufserfahrung für die Ärztin/den Arzt und die leitende und stellvertretende leitende Pflegefachkraft
- d) bei der Rechtsform
 - (1) einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) einen Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck
 - (2) einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) einen Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichts
 - (3) eines eingetragenen Vereins (e. V.) einen Auszug aus der Vereinssatzung in Kopie mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Vereinsregister
 - (4) für andere Gesellschaftsformen und Körperschaften, Anstalten und Stiftungen gelten die Nachweispflichten entsprechend
- e) ggf. bestehende Kooperationsverträge

§ 8

Weitere Koordinationsaufgaben und Anforderungen

- (1) An das Palliative-Care-Team werden folgende weitere Koordinationsaufgaben und Anforderungen gestellt:
- Klare Benennung und Zuordnung einer Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung
 - Klare Benennung und Zuordnung der Koordinationsfunktionen
 - Zentrale Anlaufstelle
 - Sicherstellung eines örtlichen abgestimmten Notfallplanes
 - Koordinierung einer Vertretungsregelung und einer Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft
 - Organisation der Initial- und Folgebesuche gemäß Abs. 2 Fallbesprechungen nach Abs. 2 sowie der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 9
 - Das Palliative-Care-Team ist zudem verpflichtet, eine additiv unterstützende Teilversorgung in Form von ärztlicher und pflegerischer Leistung zu erbringen, und zwar in folgenden Fällen:
 - Sofern eine Vertragsärztin/ein Vertragsarzt Leistungen der APV (allgemeine Palliativversorgung) erbringt und additiv unterstützende Hilfe beim Palliative-Care-Team anfordert
 - Sofern eine Ärztin/ein Arzt, die/der im stationären Hospizdienst tätig ist, beim Palliative-Care-Team additiv unterstützende Hilfe anfordert/verordnet, ist diese in Form von ärztlicher Leistung im Rahmen dieses Vertrages zu erbringen
 - Das Palliative-Care-Team ist verpflichtet, eine additiv unterstützende Teilversorgung zu erbringen, sofern Ärzte, die in stationären Pflegeeinrichtungen tätig sind, solche Leistungen beim Palliative-Care-Team anfordern/verordnen.
- (2) Im Rahmen des gemeinsamen Initialbesuches durch das Palliative-Care-Team (qualifizierte Palliativ-Ärztin/qualifizierter Palliativ-Arzt und Pflegefachkraft) bei der Patientin/beim Patienten erfolgt die integrative Abstimmung der notwendigen Maßnahmen und des Behandlungs- und Therapieplanes. Gleichzeitig wird ein Zeitpunkt (innerhalb von 14 Tagen) festgelegt, an dem eine erneute gemeinsame Fallbesprechung erfolgt, um ggf. die notwendigen Maßnahmen sowie den Behandlungs- und Therapieplan anzupassen.

Die behandelnde Hausärztin/der behandelnde Hausarzt sollte beim Initialbesuch sowie bei der Fallbesprechung mit eingebunden werden.

- (3) Die qualifizierte Palliativärztin/der qualifizierte Palliativ-Arzt des Palliative-Care-Teams übernimmt insbesondere folgende Aufgaben:
- Durchführung der beim Initialbesuch abgestimmten ärztlichen Maßnahmen
 - Einstellung und/oder Beratung zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle
 - Verordnung von Medikamentenapplikationen über Pumpensysteme unter besonderer Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes
 - Beratung zur künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsgabe in der letzten Lebensphase
 - Beurteilung und Einleitung einer palliativen Wundbehandlung
 - Palliativmedizinische Betreuung und Beratung von Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen
 - Unterstützung in der Aufklärung der Patientin/des Patienten, der Vermittlung „schlechter Nachrichten“ und Information über die Änderung des Therapiezieles
 - bei Bedarf Beratung bei der Erstellung einer Patientenverfügung
 - Beratung bei ethischen Konflikten (ethisches Fallgespräch)
- (4) Für das pflegerische Handeln ist der in Anlage 8 geregelte Pflegeprozess zu beachten.

§ 9

Qualitätssicherung und Dokumentation

- (1) Das Palliative-Care-Team ist verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Es nimmt regelmäßig an palliativmedizinischen/-pflegerischen Fortbildungen teil und führt möglichst halbjährlich multidisziplinäre Qualitätszirkel durch, an denen auch die übrigen in der Versorgung Tätigen teilnehmen. Das Palliative-Care-Team soll sich außerdem an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen. Ergänzend gelten die Regelungen des § 15.
- (2) Ein geeignetes Dokumentationssystem, aus dem zu jeder Zeit die notwendigen Informationen über Versicherte und die erbrachten Leistungen hervorgehen, ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen.

Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten und – soweit vorhanden – allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Es soll kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sein. Der Gemeinsame Datensatz zur SAPV-Dokumentation der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e. V. gemäß Anlage 7 ist einzusetzen.

- (3) Die Teilnahme an Supervisionen ist zu ermöglichen. Regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen sind in überschaubaren Intervallen durchzuführen; die inhaltliche und zeitliche Organisation ist den Beteiligten entsprechend der Konzeption zu überlassen.
- (4) Das Palliative-Care-Team erstellt jeweils nach gemeinsam erfolgtem Initialbesuch einen individuellen Behandlungsplan, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist.
- (5) Vor jeder Krankenhauseinweisung hat zwingend eine Begutachtung der Patientin/des Patienten durch die qualifizierte Palliativ-Ärztin/den qualifizierten Palliativ-Arzt des Palliative-Care-Teams zu erfolgen. Grds. gilt dies auch für notfallmedizinische Einweisungen. Das Wohl und der Wille der Patientin/des Patienten ist hierbei zu berücksichtigen und steht daher im Vordergrund.
- (6) Das Palliative-Care-Team hat die Leistungen sorgfältig und einwandfrei auszuführen. Qualität und Wirksamkeit haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegerischen Erkenntnisse zu entsprechen sowie den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen und alle Expertenstandards (vgl. § 113 a SGB XI) anzuwenden.
- (7) Die gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach §§ 112 ff SGB XI in der ambulanten Pflege sind für den pflegerischen Bereich in der jeweils gültigen Fassung Bestandteil dieses Vertrages, soweit dieser Vertrag nichts anderes vorsieht.
- (8) Grundlage für die Feststellung von Qualitätsmängeln ist der Prüfbericht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 115 SGB XI sowie die Stellungnahme des Leistungserbringers. Der Nachweis von Qualitätsmängeln kann auch durch andere geeignete Sachverständigengutachten geführt werden.

§ 10 Anzeigepflichten/Mitteilungspflichten

- (1) Das Palliative-Care-Team ist verpflichtet, den Krankenkassen sowie der KV alle wesentlichen Umstände innerhalb von vier Wochen schriftlich mitzuteilen, die die vertragsgemäße Durchführung dieses Vertrages sowie dessen Fortbestand betreffen. Anzuzeigen sind hiernach insbesondere:
- a) das Ausscheiden einer qualifizierten Ärztin/eines qualifizierten Arztes oder einer qualifizierten Pflegefachkraft
 - b) Änderungen der betrieblichen/organisatorischen Gegebenheiten, die im Zusammenhang mit dem Versorgungskonzept stehen
 - c) der Abschluss, die Kündigung bzw. Änderungen von Kooperationsvereinbarungen
 - d) jede Änderung der Trägerschaft/Betriebsinhaberschaft sowie der Rechtsform des Palliative-Care-Teams
 - e) den Umstand, dass Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gegen das Palliative-Care-Team oder gegen einen Leistungserbringer gestellt wurde
 - f) eingeleitete strafrechtliche Ermittlungsverfahren gegen einen Palliative-Care-Team-Partner oder das Palliative-Care-Team, soweit sie im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung stehen
- (2) Die Krankenkasse ist berechtigt, zum Nachweis der organisatorischen und/oder personellen Voraussetzungen weitere Unterlagen zu verlangen.

§ 11 Verordnungen im Rahmen der SAPV

- (1) Soweit Verordnungen von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln für Versicherte medizinisch notwendig sind, werden diese von der Palliativ-Ärztin/dem Palliativ-Arzt unter Verwendung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Muster (Muster 13, 14, 16 und 18) auf den Namen der Versicherten/des Versicherten verordnet. Die Verwendung dieser Vordrucke ist im Rahmen der SAPV nur zulässig, solange ein gültiger Vertrag nach § 132 d Abs. 1 SGB V mit dem Palliative-Care-Team der verordnenden Palliativ-Ärztin/des verordnenden Palliativ-Arztes besteht. Die Bereitstellung und die Kosten der Vordrucke tragen die Krankenkassen. Die Verordnungen sind auf Basis der geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auszuführen. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.

- (2) Das Palliative-Care-Team erhält von der KV auf Antrag eine Betriebsstättennummer, die neben der Pseudo-Arzt-Nummer 999999900 auf den zu verwendenden Vordrucken einzutragen ist, unabhängig davon, ob die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt eine lebenslange Arztnummer besitzt oder nicht. Die Betriebsstättennummer ist neunstellig. Die Betriebsstättennummer und die Pseudo-Arztnummer dürfen nur für Verordnungen sowie für die Abrechnung gegenüber der KV im Rahmen der SAPV verwendet werden und verlieren ihre Gültigkeit mit Beendigung dieses Vertrages. Die KV stellt bei der Vergabe der Betriebsstättennummer sicher, dass eine Zuordnung zur SAPV gewährleistet ist. Die Betriebsstättennummer des Palliative-Care-Teams ist den Krankenkassen mitzuteilen.

- (3) Für die im Rahmen der SAPV verordneten Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel gelten die nach §§ 300, 302 SGB V vereinbarten Abrechnungsverfahren entsprechend. Bei der zeitgleichen Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln sind jeweils getrennte Vordrucke nach Muster 16 zu verwenden. Auch auf Betäubungsmittel-Rezepten sind die SAPV-Betriebsstättennummer sowie die Pseudo-Arztnummer anzugeben. Solange das BtM-Muster noch nicht angepasst ist, ist die Betriebsstättennummer in das Feld „Vertragsarztnummer“ und die Pseudo-Arztnummer in das Feld „VK gültig bis“ einzutragen.

- (4) Die Vertragspartner sind sich einig, dass die in § 11 Abs. 1 bis 3 geregelten Vorgaben für Verordnungen nur solange gelten, bis zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband K. d. ö. R. eine abschließende Regelung vereinbart wurde, wie Verordnungen im Rahmen der SAPV auszustellen sind; es sei denn, Krankenkassen und KV sind sich einig, dass das bisherige Vergabeverfahren beibehalten werden soll. Die Vertragspartner wollen mit diesen vorläufigen Regelungen sicherstellen, dass der Anspruch der Versicherten mit Leistungen der SAPV mit Inkrafttreten dieses Vertrages erfüllt werden kann.
- (5) Die Vertragsparteien vereinbaren, dass die Wirtschaftlichkeit der Verordnungen des Palliative-Care-Teams in entsprechender Anwendung der nach § 106a, 106 Abs. 2 und 3 geltenden Regelungen von den Prüfungseinrichtungen (Prüfstelle, Beschwerdeausschuss) geprüft werden. Die Prüfvereinbarung der KV und der Krankenkassen(verbände) - derzeit veröffentlicht in Rheinisches Ärzteblatt 12/2007 - in ihrer jeweils gültigen Fassung ist analog anzuwenden. Das Nähere regeln KV und die Krankenkassen in einer gesonderten Vereinbarung, die für das Palliative-Care-Team verbindlich ist.

§ 12 Verordnung/Genehmigung der SAPV

- (1) Die Kostenübernahme ist vor Beginn der SAPV bei der zuständigen Krankenkasse mit dem hierfür vereinbarten Vordruck zu beantragen; soweit dieser Vordruck noch nicht vorliegt, auf der vertragsärztlichen Verordnung nach Vordruckmuster 12. Die Verordnung ist vorab von der Versicherten/vom Versicherten und dem Palliative-Care-Team auszufüllen. Das Palliative-Care-Team hat dabei detailliert die geplanten SAPV-Leistungen sowie die Häufigkeit und Dauer einzutragen. Über die SAPV-Leistungen und ihre Dauer entscheidet die Krankenkasse unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Verordnung. Den jeweils aktuellen Schnellbegutachtungsbogen nach Anlage 9 und die vertragsärztliche Verordnung senden das Palliative-Care-Team an die zuständige Krankenkasse.
- (2) Soweit die zuständige Krankenkasse eine Begrenzung/Einschränkung der Leistungsgewährung vorgibt, ist dies vom Palliative-Care-Team zu beachten. Ändern sich - ohne Auswirkung auf die Einsatzfrequenz - für den von der zuständigen Krankenkasse bereits genehmigten Zeitraum die SAPV-Leistungen bzw. kommen Leistungen hinzu, ist für den bereits von der zuständigen Krankenkasse genehmigten Zeitraum keine neue vertragsärztliche Verordnung erforderlich. Das Palliative-Care-Team hat in diesem Fall jedoch nachweislich sicherzustellen, dass es diese geplante geänderte ärztliche Anweisung erhalten hat und umsetzt.

- (3) Hält eine Krankenhausärztin/ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin/eines Patienten für möglich und ist aus ihrer/seiner Sicht SAPV erforderlich, kann die Krankenhausärztin/der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 7 Tage. Sollte die SAPV-Leistung für einen längeren Zeitraum als 7 Tage erforderlich sein, ist rechtzeitig vor Ablauf der 7 Tage mittels der vertragsärztlichen Verordnung ein Verlängerungsantrag bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen.
- (4) Über Art, Umfang und Dauer der Leistung entscheidet die zuständige Krankenkasse unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Verordnung. Art und Inhalt der Leistungen ergeben sich aus diesem Vertrag sowie der Vergütungsvereinbarung nach Anlage 4. Die zuständige Krankenkasse entscheidet unverzüglich über den Leistungsantrag und informiert hierüber das Palliative-Care-Team. Soweit die vertraglich verordneten Leistungen nicht oder nur zum Teil übernommen werden, informiert die zuständige Krankenkasse zusätzlich die Versicherte/den Versicherten und die Ärztin/den Arzt.
- (5) Bei Annahme einer vertragsärztlichen Verordnung über SAPV-Leistungen ist die Gesamtheit der von der zuständigen Krankenkasse genehmigten Leistungen zu erbringen.
- (6) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar; sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist. Änderungen und Ergänzungen einer vertragsärztlichen Verordnung bedürfen der Unterschrift der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes.
- (7) Kann die Durchführung der SAPV-Leistungen nicht mehr erfolgen, weil z. B. die Versicherte/der Versicherte in ein Krankenhaus eingewiesen wurde, informiert das Palliative-Care-Team unverzüglich die zuständige Krankenkasse und die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt. Gleiches gilt, wenn nach initialer Aufnahme in die SAPV im Rahmen eines anlassbezogenen (z. B. Befundverbesserung) oder regelmäßig durchgeführten Re-Assessment (14-tägig) festgestellt wird, dass die besonderen Mittel der SAPV nicht mehr notwendig sind und eine Regelversorgung ausreicht.
- (8) Das Palliative-Care-Team prüft im Rahmen des Eingangsassessments innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Erhalt der Verordnung die Notwendigkeit und Eignung der besonderen Mittel der SAPV. Sofern für eine bedarfsgerechte Versorgung die Mittel der Regelversorgung ausreichen, ist die zuständige Krankenkasse

hierüber unverzüglich zu informieren. Neben der zuständigen Krankenkasse sind auch die Versicherte/der Versicherte und der Erst-Verordner über die Ergebnisse des Assessments zu informieren.

§ 13 Vorläufige Kostenzusage

- (1) Die zuständige Krankenkasse übernimmt bei Erstverordnung vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zur Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und vom Palliative-Care-Team erbrachten SAPV-Leistungen entsprechend der Vergütung gemäß dieses Vertrages und wenn die entsprechend der SAPV-Richtlinie ausgestellte Verordnung spätestens am dritten, der Ausstellung folgenden Arbeitstag der zuständigen Krankenkasse vorliegt und die Leistungen vertragsmäßig erbracht und dokumentiert wurden.
- (2) Soweit die verordneten Leistungen nicht oder nur zum Teil übernommen werden, informiert die zuständige Krankenkasse die Versicherte/den Versicherten oder eine ihm nahe stehende Person, das Palliative-Care-Team und die verordnende Ärztin/den verordnenden Arzt.

§ 14 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Das Palliative-Care-Team hat darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden (§ 2 Abs. 4 SGB V).
- (2) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, darf das Palliative-Care-Team nicht bewirken und die zuständige Krankenkasse nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 SGB V).
- (3) Das Palliative-Care-Team gewährleistet, dass die Versicherten aller vertrags-schließenden Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.

(4) Zur Optimierung der Versorgung mit Leistungen, insbesondere um einen reibungslosen und unverzüglichen Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung zur ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung zu gewährleisten, hat das Palliative-Care-Team mit

- a) Vertragsärzten
- b) ambulanten Hospizdiensten
- c) stationären Hospizen
- d) Vertragskrankenhäusern
- e) Rehabilitationseinrichtungen
- f) und sonstigen innerhalb des Versorgungsspektrums Beteiligten

integrativ zusammenzuarbeiten.

(5) Das Palliative-Care-Team gewährleistet in seinem Versorgungsgebiet (vgl. § 6 Abs. 3 und § 2 Abs. 1), dass zur Sicherstellung einer fach- und sachgerechten spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung nach diesem Vertrag fachlich qualifiziertes Personal eingesetzt wird und eine fach- und sachgerechte ambulante palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung erfolgt.

(6) Das Palliative-Care-Team trägt die fachliche Verantwortung für das eingesetzte Personal. Über den Einsatz des Personals im Einzelfall entscheidet das Palliative-Care-Team unter Beachtung der medizinischen Notwendigkeit sowie Art und Schwere der Erkrankung der Versicherten/des Versicherten im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Die Erbringung der vertraglichen Leistungen hat mit möglichst geringem Wechsel des Personals zu erfolgen.

§ 15 Fort- und Weiterbildung

(1) Das Palliative-Care-Team hat auf der Grundlage des vorgelegten Fort- und Weiterbildungskonzeptes die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fortzubilden. Die Inhalte der Fortbildungen sind so auszurichten, dass die Mitarbeiterinnen/die Mitarbeiter auf dem aktuellen Stand der allgemein anerkannten ärztlich-medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse sind. Leitungskräfte (Pflegedienstleitung, Stellvertretung, Teamleitung, Qualitätsbeauftragter etc.) des

Palliative-Care-Teams sind verpflichtet, externe fachbezogene Fortbildungen oder Inhouse-Schulungen von kalenderjährlich insgesamt 28 Stunden nachzuweisen. Hierbei ist darauf zu achten, dass diese Fortbildungen die Bereiche Dokumentation, Management und Pflege abdecken. Für die übrigen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sind regelmäßige Fortbildungen, die sich an den Inhalten des Satzes 1 orientieren sollten, durchzuführen.

Als Nachweis dienen die entsprechenden Zertifikate bzw. Kopien der Veranstaltungsprotokolle (Teilnehmerliste).

Der Nachweis der kalenderjährlich durchgeführten Fortbildung ist bis zum 31.03. des Folgejahres den Krankenkassen vorzulegen.

- (2) Werden Fortbildungen, wie in Absatz 1 beschrieben, nicht fristgerecht nachgewiesen, werden vom Folgemonat an (April) die Vergütungssätze nach Maßgabe des § 16 Abs. 3 gekürzt. Dem Palliative-Care-Team ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer es die Fortbildung nachholen kann. Als Frist hierfür ist längstens ein Zeitraum von sechs Monaten möglich.
- (3) Wird die Fortbildung vor Beendigung der Frist nachgewiesen, entfällt vom nächsten Monatsersten an die Kürzung der Vergütung.

§ 16 Vergütung

- (1) Die ärztlichen und pflegerischen bzw. kombinierten Leistungen im Rahmen der SAPV werden als Komplexpauschalen vergütet. Die Höhe der Vergütung richtet sich nach den in Anlage 4 aufgeführten Pauschalen. Mit dieser Vergütung sind alle vertraglichen Haupt- und Nebenpflichten abgegolten.
- (2) Der Vergütungsanspruch besteht nur für entsprechend den Vorgaben dieses Vertrages tatsächlich erbrachte und dokumentierte Vertragsleistungen. Für nicht vertragsmäßig erbrachte und auch für nicht dokumentierte Vertragsleistungen besteht weder ein Vergütungsanspruch gegenüber dem Kostenträger noch gegenüber der Versicherten/dem Versicherten.
- (3) Liegt der zuständigen Krankenkasse innerhalb von 7 Arbeitstagen ab Verordnungsbeginn zusätzlich zur Erstverordnung und dem Schnellbegutachtungsbogen kein Ergebnis über das SAPV-Eingangsassessment des Palliative-Care-Teams vor, endet der Vergütungsanspruch mit Ablauf dieses Tages. Der Leis-

tungsanspruch des Versicherten bleibt hiervon unberührt. Die zuständige Krankenkasse informiert das Palliative-Care-Team.

- (4) Kommt das Palliative-Care-Team seiner Verpflichtung zum Nachweis der Fortbildung (§ 15) nicht nach, erfolgen Vergütungsabschläge für die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen in Höhe von 10 v. H. für die ersten drei Monate, danach in Höhe von 25 v. H.
- (5) Mit den für die Vertragsleistungen gemäß Anlage 4 des Vertrages vereinbarten Vergütungssätzen sind zugleich sämtliche Aufwendungen des Palliative-Care-Teams abgegolten, die im unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit der jeweils vergüteten Vertragsleistung stehen.
- (6) Dem Palliative-Care-Team sowie dessen Personal ist es untersagt, für Vertragsleistungen Zahlungen von der Versicherten/dem Versicherten oder einem sonstigen Dritten zu fordern oder anzunehmen.

§ 17 Abrechnung

Die Abrechnungsvoraussetzungen sind in Anlage 4 geregelt.

§ 18 Leistungsnachweis

- (1) Jede vom Palliative-Care-Team erbrachte palliativ-ärztliche oder palliativ-pflegerische Leistung ist unmittelbar nach ihrer Durchführung im Leistungsnachweis durch die Palliativ-Ärztin/den Palliativ-Arzt bzw. die ausführende Pflegefachkraft mit entsprechender Qualifikation gemäß § 7 Abs. 2 a) einzutragen und durch Handzeichen zu bestätigen. Maschinelle Eintragungen im Leistungsnachweis sowie Vordatierungen oder Globalbestätigungen sind unzulässig. Gleiches gilt für Eintragungen im Leistungsnachweis vor Erbringung der Leistung. Eine Durchschrift des Leistungsnachweises hat auf Wunsch bei der Patientin/beim Patienten zu verbleiben. Der Leistungsnachweis hat die folgende Mindestinhalte aufzuweisen:
 - a) Krankenversicherungsnummer
 - b) Name und Vorname der Patientin/des Patienten
 - c) Geburtsdatum der Patientin/des Patienten

- d) Tag der Leistungserbringung
 - e) Uhrzeit (Beginn und Ende) der Leistungserbringung
 - f) Art und Inhalt der Leistung
 - g) einmal monatlich eine Bestätigung durch Unterschrift eines Verantwortlichen des Palliative-Care-Teams,
 - h) nach erfolgter Leistungserbringung einmal monatlich Datum und Unterschrift der Patientin/des Patienten, des gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten sowie
 - i) Institutionskennzeichen, Name und Anschrift des Palliative-Care-Teams
- (2) Als Muster dient der Leistungsnachweis entsprechend Anlage 10.

§ 19

Einflussnahme-, Werbungs- und Vermittlungsverbot

- (1) Eine Beeinflussung der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes mit dem Ziel, diesen zu unwirtschaftlichen Verordnungen zu veranlassen, ist unzulässig.
- (2) Die Gewährung oder Annahme von Zuwendungen gleich welcher Art (z. B. Prämien, Provisionen o. Ä.) für die Zuweisung von Versicherten an Palliative-Care-Teams ist unzulässig.
- (3) Soweit Versicherte gezielt zur Inanspruchnahme dieser Leistungen aufgefordert werden, ist Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zur Verfügung stehenden Leistungen nicht zulässig. Das Palliative-Care-Team ist jedoch berechtigt, den Versicherten an die zuständige Krankenkasse zwecks Beratung über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Vertrag zu weisen.
- (4) Die Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile ist nicht zulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Pflegeaufträgen an Dritte (z. B. freie Mitarbeiter) gegen Kostenerstattung.

§ 20 Zuzahlungen

- (1) SAPV wird als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Jegliche Zuzahlungen von der Versicherten/vom Versicherten im Rahmen der Vertragsleistungen dürfen weder gefordert noch angenommen werden.
- (2) Zuzahlungen dürfen auch in dem Fall nicht verlangt werden, wenn die Verordnung bei der zuständigen Krankenkasse verspätet eingereicht wird, da Kosten erst ab Eingang der Verordnung bei der zuständigen Krankenkasse gemäß § 13 dieses Vertrages übernommen werden.
- (3) Verstöße berechtigen zu Maßnahmen gemäß § 23 dieses Vertrages.

§ 21 Datenschutz, Schweigepflicht

- (1) Das Palliative-Care-Team ist verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen.
- (2) Das Palliative-Care-Team unterliegt hinsichtlich der Person der Versicherten/des Versicherten und deren/dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse und/oder dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der zuständigen Krankenkasse erforderlich sind.
- (3) Das Palliative-Care-Team hat die im Team tätigen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht zu verpflichten. Die Verpflichtung ist zu dokumentieren.

§ 22 Statistik

- 1) Das Palliative-Care-Team ist verpflichtet, an Auswertungen mitzuwirken. Hierzu übermittelt es auf Anfrage halbjährlich folgende Kennzahlen:
 - a) Fallzahlen (Anzahl der behandelten Patienten)
 - b) Diagnosen
 - c) Versorgungsbereich
 - d) Zahl der Vertragsärzte
 - e) Zahl der Kooperationspartner
 - f) Zahl an der Versorgung beteiligter Angehöriger
 - g) Zahl der Ehrenamtlichen
 - h) prozentualer Anteil von Patienten, bei denen Ehrenamtliche eingesetzt werden
 - i) Krankenhauseinweisungen
 - j) prognostizierte und tatsächliche Lebenserwartung
 - k) prozentualer Anteil von Patienten, die in der Häuslichkeit verstorben sind
 - l) durchschnittliche Betreuungsdauer, durchschnittliche Fahrzeit und durchschnittliche Einsatzzeit (gegliedert nach ärztlich delegierter Leistung)
 - m) Einstufungen der Patienten in Pflegestufen nach dem SGB XI

§ 23 Vertrags-/Gesetzesverstöße

- (1) Erfüllt das Palliative-Care-Team seine gesetzlichen und/oder vertraglichen Pflichten nicht in der gebotenen Weise, entscheiden die Krankenkassen gemeinsam oder einzeln über geeignete Maßnahmen. Als solche kommen in Betracht:
 - a) Verweis
 - b) Abmahnung
 - c) Vertragsstrafe
 - d) Außerordentliche Kündigung des Vertrages

- (2) Die Vertragsstrafe wird durch die Krankenkassen gemeinsam oder einzeln festgesetzt, und zwar insbesondere bei wiederholt fehlerhaften Abrechnungen durch

das Palliative-Care-Team in Höhe von bis zu 15.000,00 EUR. Die vorstehende Vertragsstrafe gilt für jeden einzelnen Vertragsverstoß. Der Krankenkasse/den Krankenkassen bleibt es unbenommen, daneben einen weiteren Schadensersatz geltend zu machen bzw. die Kündigungsrechte gem. § 24 wahrzunehmen.

- (3) Zur Aufklärung des Sachverhalts hat das Palliative-Care-Team den Krankenkassen/ der Krankenkasse die erforderlichen Unterlagen zu übersenden bzw. die Einsichtnahme und ggf. Ablichtungen in seinen Geschäftsräumen zu gewähren.
- (4) Verstöße gegen die gesetzlichen und/oder vertraglichen Bestimmungen sind dem Palliative-Care-Team schriftlich mitzuteilen. Ihm ist die Gelegenheit zu einer Stellungnahme innerhalb angemessener Frist zu geben. Die Vertragspartner bemühen sich, eventuelle Meinungsverschiedenheiten über Vertragsverstöße gemeinsam mit dem Ziel einer gütlichen Einigung zu klären.
- (5) Unabhängig von den Maßnahmen nach Absatz 1 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden durch das Palliative-Care-Team zu ersetzen.

§ 24 Außerordentliche Kündigung

- (1) Der Vertrag kann von den vertragsschließenden Krankenkassen gemeinsam oder einzeln gegenüber dem Palliative-Care-Team ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn ein Vertragspartner seine gesetzlichen und/oder vertraglichen Pflichten gegenüber den Versicherten oder der zuständigen Krankenkasse derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zumutbar ist. Eine gröbliche Pflichtverletzung in diesem Sinne liegt insbesondere vor bei:
 - Nichterfüllung der organisatorischen, personellen oder sächlichen Voraussetzungen gemäß § 7 über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten
 - Leistungserbringung durch dafür fachlich nicht qualifiziertes Personal entgegen § 7
 - Schwerwiegende pflegebedingte Qualitätsmängel, die medizinisch oder pflegerisch festgestellt werden
 - Leistungserbringung durch freie Mitarbeiter entgegen § 19 Abs. 4
 - Abrechnung von Leistungen entgegen § 16 Abs. 2
 - Forderungen von Versicherten entgegen § 16 Abs. 5

- Verstoß gegen § 19
 - fehlender Nachweis, dass die Fortbildung nicht innerhalb der in § 15 Abs. 2 geregelten Frist von 6 Monaten nachgeholt wurde
- (2) Ein Recht zur außerordentlichen Kündigung besteht ferner bei Vertragsverstößen des Palliative-Care-Teams oder eines Leistungserbringers des Palliative-Care-Teams, die zur außerordentlichen Kündigung eines mit diesem Leistungserbringer bestehenden Versorgungsvertrages berechtigen, vgl. z. B. § 74 SGB XI.
- (3) Vor Ausspruch der außerordentlichen Kündigung i. S. d. Absatz 1 teilt die zuständige Krankenkasse(n) dem Palliative-Care-Team ihre Kündigungsabsicht mit und gibt/geben dem Palliative-Care-Team Gelegenheit, binnen drei Wochen nach Zugang dieser Mitteilung schriftlich zu den erhobenen Vorwürfen Stellung zu nehmen. Entscheidend zur Fristwahrung ist der Zugang der Stellungnahme des Palliative-Care-Teams bei der/den zuständigen Krankenkasse(n).
- (4) Die in Absatz 3 geregelte Verpflichtung besteht nicht, wenn das Wohl der Versicherten der zuständigen Krankenkasse(n) unverzügliches Handeln der zuständigen Krankenkasse(n) erfordert, insbesondere wenn die Versorgung der Versicherten mit Leistungen nach diesem Vertrag durch das Palliative-Care-Team nicht (mehr) sichergestellt ist und dadurch Leben oder Gesundheit von Versicherten gefährdet ist (Gefahr im Verzuge).
- (5) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.

§ 25 Inkrafttreten, Ordentliche Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt einschließlich seiner Anlagen am _____ in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann zum Ende eines Kalenderhalbjahres mit dreimonatiger Frist durch eingeschriebenen Brief von und gegenüber jedem Vertragspartner einzeln gekündigt werden. Die Kündigung von oder gegenüber einem Vertragspartner lässt die Wirksamkeit des Vertrages im Verhältnis zu den übrigen beteiligten Vertragspartnern unberührt.
- (3) Abweichend von Abs. 2 gilt für die Vergütungsvereinbarung nach Anlage 4 die dort vorgesehene besondere Kündigungsregelung.

§ 26
Änderungen und Ergänzungen

Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform.

§ 27
Salvatorische Klausel

- (1) Sollte eine Bestimmung des Vertrages unwirksam sein oder werden oder der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.

- (2) Im Übrigen gilt § 59 SGB X.

Anlage 1

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

„Strukturerhebungsbogen des Palliative-Care-Teams „Name““

Strukturerhebungsbogen des Palliative-Care-Teams „Name“

An die zuständige Krankenkasse

Sollten sich bezüglich der nachfolgenden Angaben zu 1 - 5 Änderungen ergeben, werden diese durch das Palliative-Care-Team unverzüglich den beteiligten Vertragspartnern schriftlich mitgeteilt.

Angaben zum Palliative-Care-Team

1. Name des Palliative-Care-Teams

Straße

Postfach

PLZ/Ort

Rechtsform

Gesetzlicher Vertreter/Funktion

Namen der qualifizierten Palliativ-Ärzte

Name der verantwortlichen Pflegefachkraft/Pflegedienstleitung (PDL)

Name der stellvertretenden Pflegedienstleitung (PDL)

Telefon-Nr./Telefax

E-Mail

Internet

Institutionskennzeichen

Betriebsstättennummer

Straße

Postleitzahl, Ort

Telefon-Nr.

Telefax-Nr.

2. Qualifizierte Palliativ-Ärzte/Pflegedienstleitung/stellvertretende Pflegedienstleitung

2.1 Bitte Namen der qualifizierten Palliativ-Ärzte angeben:

2.2 Bitte Namen und Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung) angeben:

2.3 wie 2.2 (aber stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft [Pflegedienstleitung])

3. Versorgungskonzept

Das verbindliche, strukturierte und schriftlich beigefügte Versorgungskonzept des Palliative-Care-Teams enthält gemäß § 6 Abs. 3 mindestens folgende Punkte:

- Standort des Palliative-Care-Teams
- Versorgungsgebiet
- Versorgungsprozess
- Kooperationspartner
- Kooperationsvereinbarungen im Versorgungsgebiet; verpflichtend mit mindestens einem ambulanten Hospizdienst nach § 39 a Abs. 2 SGB V, Seelsorge und Sozialarbeit zur Sicherung der psychosozialen Unterstützung sowie mindestens einer Apotheke, die die Voraussetzungen gem. § 7 Abs. 1 b) erfüllt
- Mitarbeiterkapazität (ggf. Stellenplan)
- Personelle Zuständig- und Verantwortlichkeiten (u. a. Weisungsbefugnisse, Weisungsgebundenheit u. a.)
- Qualifikationsnachweise des Palliative-Care-Teams gem. § 7 Abs. 2
- Sächliche Ausstattung gem. § 7 Abs. 3
- Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 9
- Konzept zur Sicherstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei-, Heil-, und Hilfsmitteln
- Konzept zur Sicherstellung der 24-Stunden-Rufbereitschaft
- Fallzahleinschätzung
- Fort- und Weiterbildungskonzept

Bitte Nachweise wie im § 7 des Vertrages näher geregelt beifügen.

Anlage 2

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

„Nachweis und Handzeichenliste“

Nachweis der zur Zeit beschäftigten/tätigen qualifizierten Palliativ-Ärzte und Pflegefachkräfte
- Dokumentation der Unterschriften/Handzeichen -

Name und Anschrift des Palliative-Care-Teams

Name, Vorname	Anschrift (PLZ, Ort, Straße) freiwillige Angabe	wöchentl. Arbeitszeit (in Std.)	Beschäfti- gungsbeginn	Unterschrift des Mitarbeiters	Hand- zeichen
---------------	--	---------------------------------------	---------------------------	----------------------------------	------------------

Qualifizierte Palliativ-Ärztin/qualifizierter Palliativ-Arzt:

Pflegedienstleitung **seit:**

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

stellvertretende Pflegedienstleitung **seit:**

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

weitere Pflegefachkräfte, die palliativpflegerische Leistungen erbringen

Datum

Stempel und Unterschrift des Palliative-Care-Teams

Anlage 3

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

„Patienteninformation und Entbindung von der Schweigepflicht“

Patienteninformation und Entbindung von der Schweigepflicht

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

gem. § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V

Krankenkasse bzw Kostenträger		
Name Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr	Datum

1. Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt des Palliative-Care-Teams hat mich darüber aufgeklärt, dass sich mein Allgemeinzustand durch spezialisierte ambulante palliativmedizinische und palliativpflegerische Maßnahmen verbessern lässt. Ich wünsche, die mir verbleibende Zeit durch qualifiziertes medizinisches und pflegerisches Zusammenwirken des mich betreuenden Palliative-Care-Teams möglichst schmerzfrei im häuslichen Umfeld und im engen Kontakt zu Angehörigen und vertrauten Personen zu erleben.
2. Hiermit erkläre ich, dass ich über die Inhalte und den Verlauf der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, die in dem Vertrag über die Erbringung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein gem. § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V geregelt sind, umfassend informiert wurde und damit einverstanden bin, dass die notwendige medizinische und pflegerische Versorgung unter Einbindung meiner Haus- bzw. Fachärztin/meines Haus- bzw. Facharztes entsprechend durchgeführt wird.
3. Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X). Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind aufgrund § 37 b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Ich wünsche die Behandlung nach dem mir vom Palliative-Care-Team umfassend erläuterten Versorgungskonzept.

Ich bin damit einverstanden,

- dass meine Daten von den Personen des Palliative-Care-Teams im Rahmen des oben beschriebenen und mir erläuterten Versorgungskonzepts erhoben, verarbeitet und genutzt werden und
- dass insoweit die an der Versorgung beteiligte Ärztin/beteiligter Arzt und deren Mitarbeiter/innen von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden sind.

Name, Vorname

geb. am

wohnhaft in

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Unterschrift des Palliative-Care-Teams

- Ausfertigung für die Patientin/den Patienten -

Patienteninformation und Entbindung von der Schweigepflicht

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

gem. § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V

Krankenkasse bzw Kostenträger		
Name Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr	Datum

1. Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt des Palliative-Care-Teams hat mich darüber aufgeklärt, dass sich mein Allgemeinzustand durch spezialisierte ambulante palliativmedizinische und palliativpflegerische Maßnahmen verbessern lässt. Ich wünsche, die mir verbleibende Zeit durch qualifiziertes medizinisches und pflegerisches Zusammenwirken des mich betreuenden Palliative-Care-Teams möglichst schmerzfrei im häuslichen Umfeld und im engen Kontakt zu Angehörigen und vertrauten Personen zu erleben.
2. Hiermit erkläre ich, dass ich über die Inhalte und den Verlauf der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, die in dem Vertrag über die Erbringung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein gem. § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V geregelt sind, umfassend informiert wurde und damit einverstanden bin, dass die notwendige medizinische und pflegerische Versorgung unter Einbindung meiner Haus- bzw. Fachärztin/meines Haus- bzw. Facharztes entsprechend durchgeführt wird.
3. Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X). Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind aufgrund § 37 b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Ich wünsche die Behandlung nach dem mir vom Palliative-Care-Team umfassend erläuterten Versorgungskonzept.

Ich bin damit einverstanden,

- dass meine Daten von den Personen des Palliative-Care-Teams im Rahmen des oben beschriebenen und mir erläuterten Versorgungskonzepts erhoben, verarbeitet und genutzt werden und
- dass insoweit die an der Versorgung beteiligte Ärztin/beteiligter Arzt und deren Mitarbeiter/innen von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden sind.

Name, Vorname

geb. am

wohnhaft in

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Unterschrift des Palliative-Care-Teams

- Ausfertigung für das Palliative-Care-Team -

Patienteninformation und Entbindung von der Schweigepflicht

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

gem. § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V

Krankenkasse bzw Kostenträger		
Name Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr	Datum

1. Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt des Palliative-Care-Teams hat mich darüber aufgeklärt, dass sich mein Allgemeinzustand durch spezialisierte ambulante palliativmedizinische und palliativpflegerische Maßnahmen verbessern lässt. Ich wünsche, die mir verbleibende Zeit durch qualifiziertes medizinisches und pflegerisches Zusammenwirken des mich betreuenden Palliative-Care-Teams möglichst schmerzfrei im häuslichen Umfeld und im engen Kontakt zu Angehörigen und vertrauten Personen zu erleben.
2. Hiermit erkläre ich, dass ich über die Inhalte und den Verlauf der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, die in dem Vertrag über die Erbringung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein gem. § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V geregelt sind, umfassend informiert wurde und damit einverstanden bin, dass die notwendige medizinische und pflegerische Versorgung unter Einbindung meiner Haus- bzw. Fachärztin/meines Haus- bzw. Facharztes entsprechend durchgeführt wird.
3. Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X). Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind aufgrund § 37 b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Ich wünsche die Behandlung nach dem mir vom Palliative-Care-Team umfassend erläuterten Versorgungskonzept.

Ich bin damit einverstanden,

- dass meine Daten von den Personen des Palliative-Care-Teams im Rahmen des oben beschriebenen und mir erläuterten Versorgungskonzepts erhoben, verarbeitet und genutzt werden und
- dass insoweit die an der Versorgung beteiligte Ärztin/beteiligter Arzt und deren Mitarbeiter/innen von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden sind.

Name, Vorname

geb. am

wohnhaft in

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Unterschrift des Palliative-Care-Teams

- Ausfertigung für die zuständige Krankenkasse -

Anlage 4

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

zwischen dem Palliative-Care-Team „Muster“, Rechtsform, Sitz, vertreten durch
...

- nachfolgend Palliative-Care-Team genannt -

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

- nachfolgend KV genannt -

und

der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen (BKK-VAG NRW)

der IKK Nordrhein

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen
zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau
der Knappschaft

sowie den Ersatzkassen

BARMER Ersatzkasse
Techniker Krankenkasse
Deutsche Angestellten-Krankenkasse

**Kaufmännische Krankenkasse - KKH - Allianz
Gmünder Ersatzkasse
HEK - Hanseatische Krankenkasse
Hamburg Münchener Krankenkasse
hkk**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
gemäß § 212 Abs. 5 S. 6 SGB V:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

- nachfolgend Krankenkassen genannt -

wird folgender Vertrag geschlossen:

§ 1 Vergütung

- (1) Die Vergütung der nachstehend aufgeführten Leistungen des Palliative-Care-Teams erfolgt ausschließlich auf der Grundlage einer durch eine berechnete Ärztin/einen berechtigten Arzt ausgestellten Erst- oder Folgeverordnung für das jeweilige Behandlungsquartal im Rahmen der SAPV gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37 b SGB V.
- (2) Die palliativärztlichen und palliativpflegerischen Leistungen im Rahmen der SAPV werden nach Maßgabe der jeweils geltenden Abrechnungsregeln als Komplexpauschalen quartalsweise durch die KV vergütet. Mit den vereinbarten Komplexpauschalen sind sämtliche im Zusammenhang mit der Leistungserbringung und der Erfüllung der Pflichten nach dem „Vertrag über die Erbringung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein gem. § 132 d SGB V i.V.m. § 37 b SGB V“ erforderlichen Aufwendungen und Verrichtungen abgegolten. Eine zeitgleiche Abrechnung von Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch das Palliative-Care-Team über die KV ist ausgeschlossen.
- (3) Ärztinnen/Ärzte und andere Leistungserbringer des Palliative-Care-Teams können Leistungen der SAPV, die vom Palliative-Care-Team nach diesem Vertrag erbracht und abgerechnet werden, nur nach dieser Vergütungsvereinbarung und nicht zusätzlich als Leistungen nach weiteren im Bezirk der KV bestehenden Verträgen, die palliativmedizinische oder palliativpflegerische Versorgung zum Gegenstand haben, erbringen oder abrechnen. Leistungen der Palliativversorgung, die außerhalb dieses Vertrages zwischen der KV oder KV Consult und den Nordrheinischen Krankenkassen vereinbart wurden, können durch an den Verträgen teilnahmeberechtigte Ärztinnen/teilnahmeberechtigte Ärzte erbracht und abgerechnet werden. Dies gilt jedoch nicht, wenn die SAPV als Vollversorgung verordnet worden ist.
- (4) Die nachfolgenden Leistungen kann das vertragsteilnehmende Palliative-Care-Team für die Versorgung der Patientin/des Patienten nach diesem Vertrag erbringen und quartalsweise über die KV abrechnen:

I. Beratungsleistungen

Beratungsleistungen sind nur abrechnungsfähig, wenn sie ausdrücklich verordnet wurden. Als Maßnahme kann die Beratung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes, der behandelnden Pflegefachkraft und der Patientin/des Patienten/der Angehörigen durch das Palliative-Care-Team notwendig sein.

Im Einzelnen werden die Leistungen wie folgt vergütet; für jede erbrachte Leistung ist Punkt c) zu erfüllen:

- a. Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit Betroffenen
(Patientin/Patient oder deren Angehörige)

Symbolnummer 92150

20,00 EUR

- b. Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit einem an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer außerhalb des Palliative-Care-Teams

Symbolnummer 92151

20,00 EUR

- c. Dokumentation und Evaluation

Je Patientin/je Patient und je Einsatz können ärztlich sowie pflegerisch je 20,00 EUR vergütet werden, maximal 80,00 EUR täglich. Die Begrenzung der Abrechnungshäufigkeiten wird die KV durch Regelungen im Abrechnungsprogramm sicherstellen.

II. Koordination der Versorgung und Assessment

Für die Koordination der Versorgung und das Assessment der Patientin/des Patienten können einmalig maximal 300,00 EUR je Patientin/je Patienten vergütet werden. Die Gesamtpauschale ist unterteilt in eine Koordinationspauschale und eine Assessmentpauschale mit jeweils 150,00 EUR.

Die Koordination (Koordinationspauschale) der Versorgung umfasst folgende Leistungen:

- a. Direkter persönlicher Kontakt erforderlich
- b. Ressourcenfokussierte Versorgungsplanung
- c. Erstellung eines Versorgungskonzeptes
- d. Vernetzung mit ambulanten und/oder stationären Leistungserbringern
- e. Dokumentation und Evaluation

Symbolnummer 92153

150,00 EUR

Das Assessment (Assessmentpauschale) der Versorgung umfasst folgende Leistungen/Informationen:

- Aufnahme der SAPV-Anamnese (körperlicher Zustand, Grunderkrankungen, Nebendiagnosen, symptomatische Belastung in Fremd- und Selbstbeurteilung, bisherige krankheitsmodifizierende Therapie, Medikamenten-anamnese etc.)
- Palliativpflegerische Anamnese
- Psychosoziale Anamnese
- Zugehörigkeitsentscheidung: allgemeine oder spezialisierte ambulante Palliativversorgung

- Entwicklung, Koordination, Festlegung und Dokumentation des Therapiekonzeptes für den SAPV-Fall im multiprofessionellen Team unter Berücksichtigung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Bedürfnisse der Patientin/des Patienten sowie der Angehörigen mit Formulierung des spezifisch palliativmedizinischen Behandlungsauftrages und Behandlungszieles
- Abstimmung und ggf. Modifikation des Therapiekonzeptes mit bereits involvierten Leistungserbringern/Kooperationspartnern
- Ermittlung, Information und Einbeziehung potentieller neuer Kooperationspartner zur Umsetzung des Therapiekonzeptes.

Symbolnummer 92154

150,00 EUR

III. Additiv unterstützende Teilversorgung

Je Patientin/je Patient und je Einsatz können ärztlich sowie pflegerisch je 40,00 EUR vergütet werden, maximal 135,00 EUR täglich. Die Leistung umfasst im Einzelnen:

- a. Beratungs- und Koordinationsleistung
- b. Erforderliche Hausbesuche
- c. Einzelne Leistungen des in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskataloges werden bei Bedarf erbracht
- d. Für die verordnete Teilversorgung besteht 24-Stunden-Rufbereitschaft in Absprache mit den Leistungserbringern der Primärversorgung. Die Rufbereitschaft kann nicht als alleinige Teilleistung verordnet werden
- e. Dokumentation und Evaluation

Symbolnummer 92155

40,00 EUR

Die Begrenzung der Abrechnungshäufigkeiten wird die KV durch Regelungen im Abrechnungsprogramm sicherstellen.

Eine Abrechnung der Teilversorgung neben der vollständigen Versorgung ist am gleichen Tag ausgeschlossen. Die Koordinations- und Assessmentpauschale (II.) ist neben der additiv unterstützenden Teilversorgung gesondert abrechnungsfähig. Die Beratungsleistung (I.) kann nur zusätzlich erbracht und abgerechnet werden, wenn sie ergänzend verordnet wurde und nicht Teil der additiv unterstützenden Teilversorgung ist.

Ist beispielsweise palliativpflegerische Teilversorgung verordnet, so können Beratungsleistungen, die durch die Pflegefachkräfte des Palliative-Care-Teams erbracht werden, nicht gesondert als Beratungsleistung (I.) abgerechnet werden; eine zusätzlich verordnete ärztliche Beratungsleistung durch das Palliative-Care-Team wäre hingegen gesondert abrechnungsfähig.

IV. Vollständige Versorgung

Je Patientin/je Patient und je Behandlungstag können 225,00 EUR vergütet werden. Die vollständige Versorgung umfasst neben den Leistungen a. bis d. immer die ärztliche und pflegerische Versorgung

- a. Beratungs- und Koordinationsleistung
- b. Erforderliche Hausbesuche
- c. Einzelne Leistungen des in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskataloges werden bei Bedarf erbracht
- d. Grundpflege nach § 37 SGB V bzw. SGB XI ist nicht Bestandteil der SAPV, kann aber bei entsprechenden Voraussetzungen vom Palliative-Care-Team erbracht und über § 37 Abs. 1 SGB V oder das SGB XI abgerechnet werden.

Symbolnummer 92157

225,00 EUR

Eine Abrechnung der Teilversorgung neben der vollständigen Versorgung ist am gleichen Tag ausgeschlossen. Die Abrechnung von Beratungsleistungen (I.) neben der vollständigen Versorgung ist ausgeschlossen. Die Koordinations- und Assessmentpauschale (II.) ist neben der vollständigen Versorgung abrechnungsfähig.

Einsätze, die wegen fehlender Mitwirkung der Patientin/des Patienten nicht erbracht werden können, sind nicht abrechnungsfähig.

§ 2

Abrechnungsverfahren, Rechnungslegung und Berichtigung

- (1) Die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen werden durch das Palliative-Care-Team nach Abschluss eines Quartals mit der für den Sitz des Palliative-Care-Teams zuständigen Bezirksstelle der KV abgerechnet.
- (2) Die Rechnungslegung ist quartalsweise auf gültigen Abrechnungsscheinen bzw. entsprechend in elektronischer Form vorzunehmen. Dabei sind mehrere, auch elektronische Abrechnungsscheine während eines Quartals für dieselbe Versicherte/denselben Versicherten zulasten derselben Krankenkasse als ein Behandlungsfall für die Abrechnung zusammenzuheften bzw. zuführen. Dies gilt nicht, wenn die Versicherte/ der Versicherte während des Behandlungsquartals die Krankenkasse gewechselt hat. Die Abrechnungsunterlagen sind jeweils nach Beendigung eines Kalendervierteljahres bei der zuständigen Bezirksstelle der KV einzureichen.
- (3) Das Einreichen von Abrechnungsunterlagen nach Ablauf eines Jahres, vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind, ist ausgeschlossen.

- (3a) Die Leistungsnachweise gem. § 18 des Vertrages über die Erbringung von SAPV in Nordrhein (Anlage 10) sind bei den zuständigen Krankenkassen einzureichen und mit der Betriebsstättennummer des jeweiligen Palliative-Care-Teams zu versehen. Ebenfalls einzureichen bei den Krankenkassen sind die Kostenzusagen gem. §§ 12, 13 des Vertrages sowie die Nachweis- und Handzeichenliste (Anlage 2). Die Krankenkasse kann einen für den Abrechnungseingang zuständigen Adressaten benennen, der verbindlich bei dem Versand der Dokumentationsunterlagen durch das Palliative-Care-Team zu berücksichtigen ist.
- (4) Die Abrechnung der Leistungen ist auf der Grundlage der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zwecke der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V (IT-Richtlinien), veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 25/2005 sowie 12/2008, grundsätzlich mittels EDV vorzunehmen. Dabei hat die Übermittlung der Abrechnungsdaten inklusive Diagnosen, der abrechnungsbegründenden Daten einschließlich Dokumentationen und Qualitätsindikatoren sowie der zu übermittelnden Statistikdaten auf maschinenlesbaren elektronischen Medien zu erfolgen.
Für die Abrechnung mittels EDV ist die Anzeige gegenüber der zuständigen Bezirksstelle der KV erforderlich; sie ist an den Einsatz einer von der KBV zertifizierten Software gebunden. Die Voraussetzungen für eine derartige Abrechnungslegung regelt der Vorstand der KV in Richtlinien.
- (5) Das Palliative-Care-Team ist für die ordnungsgemäße Abrechnung verantwortlich. Behandlungsfälle, die nicht den vorstehenden Anforderungen entsprechen, können von der KV zur Berichtigung an das Palliative-Care-Team zurückgegeben werden.
- (6) Die KV erteilt für jedes Quartal einen Honorarnachweis, der unter dem Vorbehalt der Nachprüfung durch die Krankenkassen steht, mit mindestens den nachfolgenden Angaben:
- a) die Vergütung von Leistungen
 - b) evtl. Abzüge (z. B. wegen nachträglicher sachlich-rechnerischer Berichtigung der Abrechnung etc.)
 - c) die Höhe des Abzuges für Verwaltungskostenbeiträge gemäß des jeweils geltenden Beschlusses der Vertreterversammlung der KV
 - d) der sich aus dem Kontokorrent ergebende Auszahlungsbetrag
- Der Honorarnachweis wird in der Regel bis zum Ende des auf das Abrechnungsquartal folgenden vierten Monats an das Palliative-Care-Team übersandt.
- (7) Auf das Vierteljahreshonorar erhält das Palliative-Care-Team monatliche Abschlagszahlungen, deren Höhe 31 % des anerkannten Gesamthonorars der letzten durch die KV fertiggestellten Quartalsabrechnung betragen soll. Die Restzahlung erfolgt nach Über-

sendung des Honorarnachweises. Bis zur erstmaligen Übersendung des Honorarnachweises können dem Palliative-Care-Team nach Aufnahme der Tätigkeit monatliche Abschlagszahlungen aufgrund der schriftlich mitgeteilten Zahl der erbrachten Leistungen/Behandlungsfälle in Höhe von 90 % des zu erwartenden Honorars nach diesem Vertrag erteilt werden. Die im Rubrum genannten Kassenverbände/ Krankenkassen verpflichten sich, auf Anforderung der KV entsprechende Zahlungen innerhalb von 10 Kalendertagen an die KV vorzunehmen.

Im Falle der Überzahlung, bei Insolvenz sowie zur Sicherung möglicher Rückforderungs- oder Schadensersatzansprüche oder künftiger Forderungen kann die Abschlags- und/oder Restzahlung reduziert oder ausgesetzt werden.

- (8) Die Bezirksstellen der KV überprüfen durch automatisierte Verfahren die Abrechnungunterlagen u. a. auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Dabei sind sich ergebende sachlich-rechnerische Berichtigungen (z. B. unrichtige Anwendung der Symbolnummern), soweit sie das Palliative-Care-Team beschweren, mitzuteilen. Dies gilt nicht, wenn insbesondere zwingende Bestimmungen des mit dem Palliative-Care-Teams geschlossenen Vertrages außer acht gelassen wurden und/oder die sachlich-rechnerische Berichtigung pro Quartalsabrechnung unter EUR 200 liegt.
- (9) Die Leistungen des Palliative-Care-Teams werden im Formblatt 3 unter der Kontenart 406 erfasst und separat unter den in § 1 genannten Symbolnummern ausgewiesen.
- (10) Die KV ist berechtigt, den üblichen Verwaltungskostenaufwand gegenüber dem teilnehmenden Palliative-Care-Team bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.
- (11) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV, der Zahlungstermine, der sachlich/rechnerischen Berichtigung gelten die Bestimmungen des zwischen den Krankenkassen/Krankenkassenverbänden und der KV geschlossenen Teil A (Honorarvertrag) für das jeweils aktuelle Kalenderjahr. Die Vergütung wird im KT-Viewer gesondert ausgewiesen.
- (12) Die KV übermittelt den Krankenkassen die erstellten Abrechnungsdaten mittels Datenträger austausch entsprechend der Regelungen des jeweils geltenden Honorarvertrages.

§ 3

Prüfung der Abrechnung durch die Krankenkassen

- (1) Die von der KV erstellte Abrechnung wird gegenüber dem Palliative-Care-Team erst verbindlich, wenn die Krankenkassen innerhalb eines Jahres nach Erhalt der Abrechnungunterlagen durch die KV bilateral gegenüber dem Palliative-Care-Team keine Berichtigung vorgenommen haben oder die Berichtigungsforderung der betreffenden Krankenkasse endgültig - ggf. durch die Sozialgerichtsbarkeit - für unbegründet erklärt worden ist. Das Palliative-Care-Team ist von einer fristgerecht gestellten Berichtigungs-

forderung einer Krankenkasse unverzüglich durch diese zu unterrichten. Einwendungen hiergegen sind bei der Krankenkasse schriftlich geltend zu machen.

- (2) Honorargutschriften für Krankenkassen aufgrund abgeschlossener Berichtigungsforderungen der Krankenkassen werden der KV zur Berücksichtigung mit der nächsterreichbaren Quartalsabrechnung des Palliative-Care-Teams mitgeteilt und die Honorarforderung des Palliative-Care-Teams entsprechend reduziert und den Krankenkassen über Formblatt 3 eine Gutschrift erteilt.

§ 4 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolgedessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

§ 5 Inkrafttreten

- (1) Diese Vergütungsvereinbarung tritt zum XX.XX.2009 in Kraft und ist eine Anlage zum Vertrag über die Erbringung „Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein gem. § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V.
- (2) Die Anlage kann unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum 30. Juni bzw. 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres gekündigt werden. Hiervon unberührt bleibt das Recht zur außerordentlichen Kündigung.

Anlage 5

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

**„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung
von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte
Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL)“**

Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses
zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativver-
sorgung
(Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie /
SAPV-RL)

vom 20. Dezember 2007,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008, S. 911,
in Kraft getreten am 12. März 2008

**Anlage 5 - Vertrag über die Erbringung Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in
Nordrhein gemäß § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V**

Inhalt

§ 1	Grundlagen und Ziele	3
§ 2	Anspruchsvoraussetzungen	3
§ 3	Anforderungen an die Erkrankungen	3
§ 4	Besonders aufwändige Versorgung	4
§ 5	Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	4
§ 6	Zusammenarbeit der Leistungserbringer	5
§ 7	Verordnung von SAPV	6
§ 8	Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse	6

§ 1 Grundlagen und Ziele

- (1) Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37 b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches des Sozialgesetzbuch - SGB XI) zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.
- (2) Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.
- (3) Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.
- (4) Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.

§ 2 Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn

- a) sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist (§ 3) und
- b) sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4) benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI) erbracht werden kann.

§ 3 Anforderungen an die Erkrankungen

- (1) Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können.
- (2) Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann.
- (3) Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.

§ 4 Besonders aufwändige Versorgung

Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen. Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte ulzerierende/exulzerierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik

§ 5

Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

(1) Die SAPV umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen. Sie umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der verordnenden oder behandelnden Ärztin oder des verordnenden oder behandelnden Arztes sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132 d SGB V.

(2) SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132 d SGB V erbracht. Sie wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. 4), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen. Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

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

erbracht werden. Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

(3) Inhalte der SAPV sind insbesondere:

- 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 einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht

Anlage 5 - Vertrag über die Erbringung Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in Nordrhein gemäß § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V

- 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 die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer 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
- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV

§ 6

Zusammenarbeit der Leistungserbringer

- (1) Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen; die diesbezügliche Koordination ist sicherzustellen. Hierüber sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen schriftlich oder mündlich zu treffen. Kooperationspartner ist auch der ambulante Hospizdienst, der auf Wunsch der Patientin oder des Patienten an der Versorgung beteiligt wird. Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der dauerbehandelnde Arzt im Einzelfall Kooperationspartnerin oder Kooperationspartner werden. Das Nähere regeln die Verträge nach § 132 d SGB V.
- (2) Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten.

Anlage 5 - Vertrag über die Erbringung Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in Nordrhein gemäß § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V

- (3) Es ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Regelungen ausgetauscht werden.
- (4) Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen.
- (5) Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.

**§ 7
Verordnung von SAPV**

- (1) SAPV wird von der behandelnden Vertragsärztin oder von dem behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet. Satz 1 gilt für die Behandlung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt bei einer oder einem von ihr oder ihm ambulant versorgten Patientin oder Patienten entsprechend. Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht SAPV erforderlich, kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 7 Tage.
- (2) Die ärztliche Verordnung erfolgt auf einem zu vereinbarenden Vordruck, welcher der Leistungserbringung nach dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf (§ 5 Abs. 2) Rechnung zu tragen hat und Angaben zur Dauer der Verordnung enthält.

**§ 8
Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse**

Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132 d SGB V erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132 d SGB V, wenn die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132 d SGB V.

**Anlage 5 - Vertrag über die Erbringung Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in
Nordrhein gemäß § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V**

Die SAPV-Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Siegburg, den 20. Dezember 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
Hess

Anlage 6

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

„Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen

nach § 132 d Abs. 2 SGB V

für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung“

Gemeinsame Empfehlungen

des AOK-Bundesverbandes, Bonn
des BKK Bundesverbandes, Essen
des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
des IKK-Bundesverbandes, Bergisch Gladbach
der Knappschaft, Bochum
des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
des AEV Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

nach § 132 d Abs.2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008

unter Beteiligung

des Arbeiterwohlfahrt Bundesverbandes e.V., Berlin
des Arbeitgeber- und Berufsverbandes Privater Pflege e.V., Hannover
der Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V., Berlin
der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, München
des Bundesverbandes Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V., Essen
der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V., Berlin
des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. Berlin
des Bundesverbandes Häusliche Kinderkrankenpflege e.V., Köln
des Bundesverbandes Kinderhospiz e.V., Freiburg
des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Berlin
der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Gießen
des Deutschen Bundesverbandes für Pflegeberufe, Berlin
des Deutschen Caritasverbandes e.V., Freiburg
der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Berlin
der Deutschen Hospiz Stiftung, Dortmund
des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e.V., Berlin
des Deutschen Kinderhospizvereines e.V., Olpe
der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft, Berlin
des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Gesamtverband e.V., Berlin
des Deutschen Pflegerates, Berlin
des Deutschen Roten Kreuzes, Generalsekretariat, Berlin
des Diakonischen Werkes der EKD e.V., Berlin
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin
des Sozialverbandes VdK Deutschland e.V., Berlin
des Verbandes Deutscher Alten- und Behinderten Hilfe e.V., Essen
der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Berlin
die Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden in Deutschland e.V., Frankfurt am Main

1. Zielsetzung

- 1.1 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen.
- 1.2 Die SAPV ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung.
- 1.3 Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Empfehlungen fortlaufend auswerten und diese erforderlichenfalls weiterentwickeln.

2. Zulassungsvoraussetzungen

- 2.1 SAPV wird von Leistungserbringern erbracht, mit denen die Krankenkasse zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung einen Vertrag geschlossen hat. Sie wird intermittierend oder durchgängig nach Bedarf als

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

erbracht. Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ist Rechnung zu tragen.

- 2.2 Bei der Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung sind die bereits bestehenden Strukturen so weit wie möglich einzubeziehen. Auf die bereits tätigen Leistungserbringer ist zurückzugreifen, soweit sie die erforderlichen Anforderungen erfüllen. Verträge sind nur in dem Umfang abzuschließen, wie sie für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind. Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht.

2.3 Eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV ist insbesondere dann gegeben, wenn sie wohnortnah ausgerichtet ist und die Palliativpatienten, die einen besonderen Versorgungsbedarf haben, der durch die allgemeine Palliativversorgung nicht gewährleistet werden kann, ausreichend und zweckmäßig mit der Leistung der SAPV versorgt werden können. Die bedarfsgerechte Versorgung zeigt sich auch darin, dass es mit der Leistung der SAPV mehr Menschen als bisher ermöglicht wird, in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu führen.

2.4 Der Versorgungsbedarf kann in einzelnen Regionen unterschiedlich sein. Indikatoren für die Bedarfslage können insbesondere sein:

- Regionale Siedlungsstruktur
- Altersstruktur
- Epidemiologisch relevante Erkrankungen
- Demografische Entwicklung

So ist zwischen Regionen geringer, mittlerer und hoher Bevölkerungsdichte zu unterscheiden. Die Unterscheidung ist ggf. nicht allein auf der Ebene der Bundesländer durchzuführen, sondern kann bis auf die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte vollzogen werden, um dem erheblichen Unterschied in der Bevölkerungsdichte auch innerhalb der Bundesländer gerecht zu werden. Nach derzeit vorliegenden Schätzungen haben bis zu 10 % aller Sterbenden einen solchen besonderen Versorgungsbedarf, der im Rahmen der SAPV abzudecken ist.

3. Inhalt und Umfang der Leistungen

3.1 Inhalt und Umfang der zu erbringenden SAPV-Leistungen ergeben sich aus der gemäß der SAPV-Richtlinie nach § 37 b SGB V in Verbindung mit § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 14 SGB V ausgestellten und genehmigten Verordnung. Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132 d SGB V erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132 d SGB V, wenn die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 der SAPV-Richtlinie spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

- 3.2 Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen. Soweit die allgemeine Palliativversorgung ausreichend ist, darf SAPV nicht erbracht werden.
- 3.3 Im Falle der Besserung bzw. einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf ist der Versorgungsumfang der SAPV so weit wie möglich zu reduzieren und eine Weiterversorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung anzustreben.
- 3.4 In den Vereinbarungen über die SAPV sind Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass für den Palliativpatienten eine reibungslose Versorgung mit Arznei- Heil- und Hilfsmitteln auch weiterhin gewährleistet ist.

4. Organisatorische Voraussetzungen

- 4.1 Die Leistungen der SAPV werden durch spezialisierte Leistungserbringer erbracht. Spezialisierte Leistungserbringer sind nach Nr. 5.2 qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte und nach Nr. 5.3 qualifizierte Pflegefachkräfte, die orientiert an der Konzeption eines Palliativ-Care-Teams fachübergreifend ggf. auch in Kooperation mit anderen Professionen (s. Nr. 5.4) eng zusammenarbeiten. Sie erfüllen ergänzend besondere sächliche Voraussetzungen nach Nr. 4.4 und Nr. 4.5, die für eine spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung erforderlich sind. Eine psychosoziale Unterstützung ist in enger Zusammenarbeit z.B. mit ambulanten Hospizdiensten nach § 39 a Abs. 2 SGB V, Seelsorge und Sozialarbeit zu gewährleisten.
- 4.2 Die spezialisierten Leistungserbringer sind Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie arbeiten mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern, wie Hausärzten und ambulanten Hospizdiensten gemäß § 39 a Abs. 2 SGB V eng zusammen (integrativer Ansatz). Mit den regelhaft an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern sind Kooperationsvereinbarungen schriftlich abzuschließen und der Krankenkasse vorzulegen.

4.3 Die spezialisierten Leistungserbringer arbeiten nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzept, in dem der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung (inkl. der personellen und sächlichen Ausstattung) sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben sind. Das Konzept ist der Krankenkasse vorzulegen.

4.4 Die spezialisierten Leistungserbringer haben als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:

- eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation
- Arzneimittel (inkl. BtM) für die Notfall/Krisenintervention
- Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z.B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen)
- eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik

4.5 Die spezialisierten Leistungserbringer müssen über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für

- die Beratung von Patienten und Angehörigen
- Teamsitzungen und Besprechungen
- die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall-/ Krisenintervention und Hilfsmitteln

verfügen. Sofern eine Aufbewahrung von Medikamenten erfolgt, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BtM-G) fallen, ist ein BtM-Schrank (§ 15 BtM-G) erforderlich.

5. Personelle Anforderungen

5.1 Die spezialisierten Leistungserbringer stellen sicher, dass das für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch den spezialisierten Leistungserbringer eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Patienten, deren Angehörigen und die an der Versorgung Beteiligten sicherzustellen ist. Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Ärztin/eines Arztes und/oder einer Pflegefachkraft ist zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein.

5.2 Die nach Nr. 4.1 tätigen Ärztinnen und Ärzte verfügen über

- eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung)
- und
- Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre.

5.3 Die nach Nr. 4.1 tätigen Pflegefachkräfte verfügen über:

- die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin/Altenpfleger (dreijährige Ausbildung aufgrund einer landesrechtlichen Regelung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung und
- den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden
- und
- Erfahrung durch mindestens eine zweijährige 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.

5.4 Soweit weitere Fachkräfte (z. B. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen, Psychologinnen oder Psychologen) vertraglich eingebunden werden, haben diese eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder eine mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung nachzuweisen.

6. Qualitätssicherung

6.1 Die spezialisierten Leistungserbringer sind verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Sie nehmen regelmäßig an palliativmedizinischen/-pflegerischen Fortbildungen teil und führen möglichst halbjährlich multidisziplinäre Qualitätszirkel durch, an denen auch die übrigen in der Versorgung Tätigen teilnehmen. Die spezialisierten Leistungserbringer sollen sich außerdem an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

6.2 Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und auf Wunsch der Krankenkasse als Konzept vorzulegen. Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten und - soweit vorhanden - allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Es soll kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sein.

6.3 Die Teilnahme an Supervision ist zu ermöglichen. Regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen sind in überschaubaren Intervallen durchzuführen; die inhaltliche und zeitliche Organisation ist den Beteiligten überlassen.

6.4 Die spezialisierten Leistungserbringer erstellen einen jeweils individuellen Behandlungsplan, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist.

Anlage 7

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

„Dokumentation“



Gemeinsamer Datensatz zur SAPV-Dokumentation (Version 1 / 15.01.2009)

I. Kerndatensatz für Palliativpatienten: Erfassung zu Beginn und Ende der Palliativversorgung				
Items	Antworten, Kategorien			
Demographische Angaben				
Geburtsdatum	Datum			
Aufnahmedatum	Datum			
Geschlecht	weiblich männlich			
Wohnsituation	allein Heim mit Angehörigen Sonstige			
Angaben zur Erkrankung				
Hauptdiagnose/Grundkrankheit (palliativmedizinisch relevant)	ICD			
Funktionsstatus (ECOG)	Normale Aktivität Gehfähig, leichte Arbeit möglich Nicht arbeitsfähig, kann > 50% der Wachzeit aufstehen Begrenzte Selbstversorgung, > 50% Wachzeit bettlägerig Pflegebedürftig, permanent bettlägerig			
Angaben zur Versorgung (Strukturqualität)				
Behandlung, Begleitung (bei Behandlungsbeginn oder bei Übernahme des Patienten)	ambulant: SAPV-Team Hausarzt Ambulante Pflege Palliativarzt (QPA) Palliativpflege (AHPP, APD) Palliativberatung (AHPB) Ehrenamtlicher Dienst stationär: KH (Allgemeinstation) KH (Palliativstation) Heim Stationäres Hospiz Sonstige			
Absprache / Vorlage	Patientenverfügung Vorsorgevollmacht Betreuung			
Datum der Erfassung	Datum			
Angaben zum Behandlungsbedarf				
Schmerzen	kein	leicht	mittel	stark
Übelkeit	kein	leicht	mittel	stark
Erbrechen	kein	leicht	mittel	stark
Luftnot	kein	leicht	mittel	stark
Verstopfung	kein	leicht	mittel	stark
Schwäche	kein	leicht	mittel	stark
Appetitmangel	kein	leicht	mittel	stark
Müdigkeit	kein	leicht	mittel	stark
Pflegeprobleme wegen Wunden / Dekubitus	kein	leicht	mittel	stark
Hilfebedarf bei Aktivitäten des tägl. Lebens	kein	leicht	mittel	stark
Depressivität	kein	leicht	mittel	stark
Angst	kein	leicht	mittel	stark
Anspannung	kein	leicht	mittel	stark
Desorientiertheit, Verwirrtheit	kein	leicht	mittel	stark
Probleme mit Organisation der Versorgung	kein	leicht	mittel	stark
Überforderung der Familie, des Umfeldes	kein	leicht	mittel	stark
Angaben zur Therapie (Prozessqualität)				
Was ist der Grund des Kontaktes, was das Behandlungsziel?	Text			
Opioide der WHO Stufe III	ja / nein			
Steroide	ja / nein			
Chemotherapie	nein / fortgesetzt / initiiert			
Strahlentherapie	nein / fortgesetzt / initiiert			
besonderer Aufwand mit:	Text			

Angaben zum weiteren Verlauf, Abschluss (Ergebnisqualität)	
Welches Problem konnte besonders gut gelöst werden?	Text
Welches Problem konnte nicht ausreichend gelöst werden?	Text
Datum (Entlassung / Änderung der Betreuung / Tod)	Datum
Therapieende	Verstorben Verlegung, Entlassung Sonstiges:
Sterbeort	zuhause Heim Krankenhaus Palliativstation Hospiz unbekannt
Zufriedenheit mit der Behandlung für die gesamte Behandlung	sehr schlecht schlecht mittel gut sehr gut

II. SAPV-Struktur-Modul: Erfassung bei jeder Verordnung bzw. Intensitätswechsel	
Items	Antworten, Kategorien
Identifikationsnummer	Fortlaufende Nr. wie bei Kerndatensatz
Angaben zur Versorgung (Strukturqualität)	
SAPV	Beratung Koordination additive Teilversorgung vollständige Versorgung
Verordnung Datum	Datum
Art der Verordnung	Erstverordnung Wiederverordnung
Verordnung durch	Hausarzt niedergelassener Facharzt KH-Arzt andere keine Angabe
Übernahme aus	Eigene Häuslichkeit Ambulantes Umfeld Stationäre Pflegeeinrichtung Stationäres Hospiz KH (Allgemeinstation) KH (Palliativstation)
Beteiligte assoziierte Partner in der SAPV-Erbringung	Ärztlich: Hausarzt niedergelassener Facharzt (für _____) KH-Arzt Sonstige Pflegerisch: Ambulanter Pflegedienst Ambulanter Palliativpflegedienst Stationäre Pflegeeinrichtung Stationäres Hospiz Ambulanter Hospizdienst: Ambulante Palliativberatung (AHD, AHPB) Begleitung durch Ehrenamtliche Weitere Professionen: Case Management Ernährungsberatung Physiotherapie Psychologie Seelsorge Sozialarbeit Andere: _____
Regel-Anfahrtsweg in km	
Angaben zum Verlauf	
Anzahl der Teambesprechungen zur Problemlösung (Definition Teambesprechung in Expose)	
Krankenhauseinweisungsgrund	Text
Datum Ende der SAPV	
Angaben zum Team	
Zahl der Vollzeitäquivalente (multiprofessionell) im SAPV Team	
Zahl der zeitgleich maximal betreuten Patienten je Versorgungsstufe	
Datum der Erfassung	

Anlage 8

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

**„Vertrag über die ambulante palliativpflegerische Versorgung
nach § 132 a Abs. 2 SGB V“**

Vertrag
über die ambulante palliativpflegerische Versorgung
nach § 132 a Abs. 2 SGB V

zwischen

als Träger der

-nachfolgend Träger genannt-

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

und

der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

dem BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen

der IKK Nordrhein

der Knappschaft

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen, zugleich handelnd

für die Krankenkasse für den Gartenbau,

sowie den Ersatzkassen

BARMER Ersatzkasse

Techniker Krankenkasse

Deutsche Angestellten-Krankenkasse

Kaufmännische Krankenkasse - KKH - Allianz

Gmünder Ersatzkasse

HEK - Hanseatische Krankenkasse

Hamburg Münchener Krankenkasse

hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis

gemäß § 212 Abs. 5 S. 6 SGB V:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

- nachfolgend Krankenkassen genannt –

wird folgender Vertrag geschlossen:

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

§ 1 Gegenstand des Vertrages

§ 2 Geltungsbereich

§ 3 Organisatorische Voraussetzungen

§ 4 Personelle Voraussetzungen

§ 5 Nachweis der personellen und organisatorischen
Voraussetzungen

§ 6 Anzeigepflichten/Mitteilungspflichten

§ 7 Kooperation - Sicherstellung der Ehrenamtlichen

§ 8 Inhalt der Leistungen

§ 9 Materialien und Geräte

§ 10 Grundsätze der Leistungserbringung

§ 11 Qualitätssicherung

§ 12 Pflegeleitbild

§ 13 Pflegekonzept

§ 14 Stellenbeschreibungen/Einarbeitungskonzept

§ 15 Fort- und Weiterbildung

§ 16 Dienst-/Einsatzplankonzept

§ 17 Pflegeprozess

§ 18 Pflegedokumentation

§ 19 Leistungsnachweis

§ 20 Personenkreis

- § 21 Abgabe der Leistungen/Kostenübernahme/
Vergütungsanspruch
- § 22 Vergütung
- § 23 Abrechnung gemäß § 302 SGB V
- § 23 a Abrechnung vor Umsetzung des § 302 SGB V
- § 24 Rechnungslegung durch Abrechnungsstellen
- § 25 Zahlungsfrist/Beanstandung
- § 26 Ausschlussfrist
- § 27 Verbot der Einflussnahme und Vermittlungsverbot
- § 28 Datenschutz/Schweigepflicht/geschäftsmäßige
Rechtsberatung
- § 29 Pflegevertrag
- § 30 Zahlung bei Feststellung von Qualitätsmängeln
- § 31 Maßnahmen bei Gesetzes- bzw. Vertragsverstößen,
Wiedergutmachung des Schadens
- § 32 Außerordentliche Kündigung
- § 33 Auswertung
- § 34 Schiedsperson
- § 35 Beendigung des Vertrages
- § 36 In-Kraft-Treten, Kündigung
- § 37 Überleitungsregelung
- § 38 Änderungen und Ergänzungen
- § 39 Salvatorische Klausel

Präambel

Das Ziel der ambulanten Palliativversorgung ist, Sterbenden (§ 20) zu ermöglichen, die letzte Phase ihres Lebens in häuslicher Umgebung zu verbringen. Hiermit soll dem sterbenden Menschen ein würdevolles und selbst bestimmtes Leben bis zum Ende ermöglicht werden. Basis dieses Vertrages sind die im Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW vom 19.05.2005 aufgestellten Grundsätze und Maßstäbe für die ambulante Palliativversorgung. Dieser Vertrag soll die Grundlage für eine kooperative und integrative sowie palliativpflegerische Versorgung für den ambulanten Bereich im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung sein. Um dies zu erreichen, sind alle Beteiligten bereit, eng und ohne Zeit- und Reibungsverluste zusammenzuarbeiten.

§ 1

Gegenstand des Vertrages

Gegenstand dieses Vertrages ist die Erbringung der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung für Versicherte sowie die Abrechnung und die Vergütung dieser Leistungen.

§ 2

Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag gilt für den Träger und dem von ihm nachfolgend genannten Leistungserbringer mit folgender Adresse:

- Name:
- Straße:
- Ort:

(2) Dieser Vertrag gilt für die vertragsschließenden Krankenkassen sowie die Betriebskrankenkassen, die sich mit diesem Vertrag gegenüber dem Landesverband der Betriebskrankenkassen in NRW einverstanden erklären.

§ 3

Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Der Leistungserbringer hat durch geeignete organisatorische Maßnahmen unter Einsatz entsprechender personeller und sachlicher Mittel für die Dauer dieses Vertrages sicherzustellen, dass die von ihm betriebene Pflegeeinrichtung die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche palliativpflegerische Versorgung bietet. Hierzu gehört insbesondere, dass die Pflegeeinrichtung
- (a) die von diesem Vertrag erfassten Leistungen umfassend erbringt,
 - (b) unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft steht, die die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 und 3 erfüllt,
 - (c) eine qualitativ ausreichende, gleichmäßige und konstante pflegerische Versorgung bei den von ihr betreuten Patienten gewährleistet,
 - (d) eine kontinuierliche palliativpflegerische Versorgung der Versicherten mit einer kalendertäglichen „rund um die Uhr“ Versorgung durch Pflegefachkräfte (§ 4 Abs. 1) sicherstellt
 - (e) die Ehrenamtlichen entsprechend den Vorgaben dieses Vertrages einbindet,
 - (f) mit einer qualifizierten Palliativärztin oder einem qualifizierten Palliativarzt (QPA) - entsprechend den Vorgaben des Rahmenprogramms zur flächen-deckenden Versorgung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgung in NRW vom 19.05.2005 - zusammenarbeitet, *)
 - (g) mit dem behandelnden Hausarzt bzw. Facharzt, der hausärztliche Funktionen übernimmt, zusammenarbeitet,
 - (h) mit sonstigen Beteiligten (z. B. Krankenhäuser, stat. Hospize, Altenpflegeeinrichtungen, Apotheken, dem ärztlichen Notdienst, Palliativstationen) kooperiert.
- (2) Die Pflegeeinrichtung muss über eigene Geschäftsräume verfügen.

***) Protokollnotiz**

§ 4

Personelle Voraussetzungen

- (1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur durch geeignete Pflegefachkräfte erbracht werden. Geeignete Pflegefachkräfte im Sinne dieses Vertrages sind Personen, die die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Krankenschwester, Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, 3-jährig examinierte Altenpfleger/in, Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in besitzen.
Diese müssen den Abschluss einer 160 Stunden umfassenden Palliativ-Care-Weiterbildung nachweisen.*)

- (2) Im Palliativpflegebereich müssen mindestens 4 Vollzeitstellen mit Pflegefachkräften nach Abs. 1 besetzt werden, die für die Beschäftigung beim Leistungserbringer (§2) einen Arbeitsvertrag mit dem Träger abgeschlossen haben. Davon müssen mindestens 2 Pflegefachkräfte sozialversicherungspflichtig in Vollzeit beschäftigt sein. Die verbleibenden 2 Vollzeitstellen können auch durch eine entsprechende Anzahl von sozialversicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigten mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 18 Stunden besetzt werden. Inhaber oder Gesellschafter, die hauptberuflich im Palliativbereich mitarbeiten und dreijährig examiniert sind, sind Vollzeitbeschäftigten gleichgestellt. *)

- (3) Die Funktion der leitenden Pflegefachkraft muss von einer gemäß Abs. 1 qualifizierten Pflegefachkraft in Vollzeitbeschäftigung wahrgenommen werden. Der Abschluss einer 160 Stunden umfassenden Palliativ-Care-Weiterbildung ist für leitende Pflegefachkräfte nicht erforderlich, sofern der Leistungserbringer über eine Palliativ-Care-Einheit mit einer nach Abs. 1 qualifizierten Teamleitung verfügt.
Die leitende Pflegefachkraft muss nach abgeschlossener Berufsausbildung in dem erlernten Beruf zwei Jahre berufspraktische Erfahrung innerhalb der letzten fünf Jahre nachweisen. Ferner muss die leitende Pflegefachkraft den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden nachweisen.

Ein abgeschlossenes Studium im Fachbereich Pflege/Pflegemanagement an einer Fach-/Hochschule ersetzt die Weiterbildung. *)

- (4) Die Rahmenfrist nach Abs. 3 Satz 2 beginnt fünf Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft bestellt werden soll. Die Rahmenfrist darf in keinem Fall acht Jahre überschreiten. Bei ausgeübter Teilzeitbeschäftigung (mindestens in einer Halbtagsbeschäftigung) verlängert sich die qualifizierende Beschäftigungszeit (nicht die Rahmenfrist) entsprechend.

Die Rahmenfrist verlängert sich um Zeiten, in denen die Fachkraft

a) wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,

b) als Pflegeperson nach § 19 SGB XI eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich gepflegt hat oder

c) an einem betriebswirtschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Studium oder einem sonstigen Weiterbildungslehrgang in der Kranken-, Alten- oder Heilerziehungspflege teilgenommen hat, soweit der Studien- oder Lehrgang mit einem nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Abschluss beendet worden ist.

- (5) Als Stellvertretung der leitenden Pflegefachkraft ist mindestens halbtags eine Pflegefachkraft zu beschäftigen, die die Voraussetzungen des Absatzes 1 (incl. der Berufserfahrung nach Abs. 3 und 4) erfüllt. Im Falle der Abwesenheitsvertretung der leitenden Pflegefachkraft ist eine Vollzeitbesetzung durch die Stellvertretung sicherzustellen.

- (6) Ein Unterschreiten der personellen Mindestbesetzung für die Dauer von mehr als drei Monaten ist der zuständigen Stelle unverzüglich anzuzeigen. Der zuständigen Stelle sind auf Verlangen unverzüglich die Qualifikations- und Sozialversicherungsnachweise für das eingesetzte Personal sowie die

Handzeichenliste nach Anlage 2 zuzusenden.

***) Protokollnotiz**

- (7) Dem Leistungserbringer müssen mindestens fünfzehn geschulte Ehrenamtliche (vgl. § 7) aus den nach § 39 a SGB V geförderten Hospizdiensten zur Verfügung stehen. Die Schulung dieser Ehrenamtlichen umfasst mindestens 100 Unterrichtsstunden. Die Schulung hat nach den Vorgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e. V. zu erfolgen.

§ 5

Nachweis der personellen und organisatorischen Voraussetzungen

- (1) Zum Nachweis der organisatorischen und personellen Voraussetzungen hat der Träger der zuständigen Stelle zur Überprüfung, ob die Voraussetzungen zum Abschluss dieses Vertrages erfüllt werden, die nachfolgenden Unterlagen einzureichen:
- (a) Bekanntgabe der Stammdaten des Trägers und des Leistungserbringers sowie Nachweis des Vorliegens der organisatorischen und personellen Voraussetzungen zum Vertragsabschluss (Anlage 1),
 - (b) Nachweis der aktuell beschäftigten Mitarbeiter sowie die Qualifikationsnachweise des eingesetzten Personals incl. Nachweis zur Dokumentation der Unterschriften/Handzeichen (Anlage 2),
 - (c) einen aktuellen Auszug aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft für die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre(n) Stellvertreter(in). Der Auszug darf nicht älter als drei Monate sein.
 - (d) Nachweis über die Mitgliedschaft bei der zuständigen Berufsgenossenschaft,
 - (e) Nachweis über das Bestehen einer ausreichenden Versicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden in Höhe von mindestens

- 1,5 Mio. € sowie einer erweiterten Betriebshaftpflichtversicherung für etwaige Behandlungs-/Pflegerfehler,
- (f) Nachweis eines Institutionskennzeichens (IK)
 - (g) Nachweise der Berufserfahrung für die leitende und stellvertretende leitende Pflegefachkraft,
 - (h) bei juristischen Personen den aktuellen Auszug aus dem Handelsregister
 - (i) Bestätigung des zuständigen Gesundheitsamtes, aus der hervorgeht, dass die Aufnahme der Tätigkeit dort angezeigt wurde,
 - (j) Unterlagen zu einer auf den Leistungserbringer abgestimmten Strukturqualität mit dem Schwerpunkt ambulante palliativpflegerische Versorgung. Dazu gehören:
 - Pflegeleitbild (§ 12),
 - Pflegekonzept (§ 13),
 - Muster einer Pflegedokumentation (§ 18),
 - Stellenbeschreibungen (§ 14),
 - Einarbeitungs-, Fort- und Weiterbildungskonzept (§§ 14 und 15) sowie ein
 - Dienst- und Einsatzplankonzept (§ 16),
 - (k) eine schriftliche Bestätigung, dass die Unterlagen nach Buchstabe j) im Dienst umgesetzt und weiterentwickelt werden,
 - (l) Muster des Pflegevertrages (§ 29),
 - (m) Nachweis von mindestens fünfzehn geschulten Ehrenamtlichen nach § 4 Abs. 7, incl. Nachweis zur Dokumentation der Unterschriften/Handzeichen (Anlage 2a),
 - (n) Nachweis der Zusammenarbeit mit einem/r qualifizierten Palliativarzt/-ärztin nach § 3 Buchstabe f),
 - (o) Kooperationsvertrag/-verträge entsprechend § 7.

(2) Die Unterlagen nach Abs. 1 bilden die wesentliche Grundlage dieses Vertrages.

Auf der Grundlage aller von dem Träger gemäß dem Absatz 1 abgegebenen Nachweise und vorgelegten Unterlagen (vgl. auch Abs. 6) entscheiden die Krankenkassen darüber, ob der betroffene Träger für seinen Leistungserbringer die Voraussetzungen zum Abschluss dieses Vertrages erfüllt. *)

(3) Sofern alle Voraussetzungen des Vertrages erfüllt sind, wird der Vertrag mit dem Zeitpunkt wirksam, der im Bescheid der zuständigen Stelle an den Träger genannt wurde. Eine vorherige Leistungserbringung und Abrechnung ist ausgeschlossen.

(4) Der Träger verpflichtet sich, wesentliche Änderungen, insbesondere den Wegfall einer oder mehrerer Voraussetzungen nach Absatz 1 der zuständigen Stelle unverzüglich mitzuteilen. Sofern durch eine Änderung eine oder mehrere Voraussetzungen nach den §§ 3, 4 und 7 nicht mehr vollständig erfüllt werden, findet § 32 Abs. 2 Anwendung.

(5) Während der Laufzeit des Vertrages ist der Träger verpflichtet, der zuständigen Stelle im Rahmen der Anzeige nach § 6 unaufgefordert für jeden neu angestellten Mitarbeiter die hierzu einschlägigen Unterlagen gemäß § 4 sowie eine aktualisierte Nachweisliste gemäß § 5 Abs. 1 Buchst. a) einmal jährlich vorzulegen sowie auf Verlangen der zuständigen Stelle einen aktuellen Nachweis nach Maßgabe des Absatzes 1 zu erbringen.

(6) Die zuständige Stelle ist berechtigt, bei begründetem Anlass zum Nachweis der organisatorischen und personellen Voraussetzungen weitere geeignete Unterlagen zu verlangen.

(7) Alle nach diesem Vertrag beizubringenden Unterlagen sind im Original oder als Kopien einzureichen.

- (8) Für räumlich getrennte Filialen, Außen- und Nebenstellen oder andere Stellen, von denen aus Pflege erbracht wird, ist ein gesonderter Vertrag erforderlich, auch dann, wenn diese zwar organisatorisch mit dem Pflegedienst verbunden, rechtlich aber nicht selbstständig sind.

***) Protokollnotiz**

§ 6

Anzeigepflichten/Mitteilungspflichten

- (1) Der Träger ist grundsätzlich verpflichtet, der zuständigen Stelle alle wesentlichen Umstände unverzüglich schriftlich mitzuteilen, die die vertragsgemäße Durchführung dieses Vertrages sowie dessen Fortbestand berühren. Unverzüglich anzuzeigen sind hiernach insbesondere:
- (a) der Ausfall der leitenden Pflegefachkraft oder deren Stellvertretung (§ 4 Abs. 3 und 5) für einen drei Monate überschreitenden Zeitraum,
 - (b) der Wechsel der leitenden oder stellvertretenden leitenden Pflegefachkraft,
 - (c) jede Änderung der betrieblichen Gegebenheiten im organisatorischen Bereich (§ 3) und/oder im personellen Bereich (§ 4),
 - (d) der Abschluss, die Kündigung bzw. Änderungen von Kooperationsvereinbarungen,
 - (e) jede Änderung der Trägerschaft/Betriebsinhaberschaft sowie Rechtsform des Leistungserbringers,
 - (f) die Einstellung des Geschäftsbetriebes,

- (g) die Eröffnung eines gegen den Geschäftsbetrieb gerichteten Insolvenzverfahrens,
 - (h) die Unterschreitung der Mindestzahl von fünfzehn Ehrenamtlichen (§ 4 Abs. 7) über einen Zeitraum von mindestens 3 Monate,
 - (i) Wegfall der Kooperation mit einem/r qualifizierten Palliativarzt/-ärztin (§ 3 Abs. 1 Buchstabe g)) für länger als vier Wochen,
 - (j) polizeiliche oder staatsanwaltliche Ermittlungsverfahren.
- (2) Sofern durch eine Änderung die Voraussetzungen nach § 3 und/oder § 4 nicht mehr vollständig erfüllt werden, findet § 32 Abs. 2 Anwendung.

§ 7

Kooperation / Sicherstellung der Ehrenamtlichen

- (1) Die Sicherstellung der fünfzehn Ehrenamtlichen hat durch Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten, die nach § 39 a SGB V gefördert werden, zu erfolgen. Es ist eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit folgenden Mindestinhalten abzuschließen:
- (a) Erklärung des/der ambulanten Hospizdienste(s), dass bei Kooperation dem Leistungserbringer ständig 15 Ehrenamtliche entsprechend den Vorgaben des § 4 Abs. 7 dieses Vertrages dem Leistungserbringer zur Verfügung stehen.
 - (b) Sofern Ehrenamtliche Leistungen nach dem SGB V / XI erbringen, sind diese nicht abrechnungsfähig.
 - (c) Kooperationen mit Ausnahme von Kooperationen nach Buchstabe a) und § 3 Abs. 1 Buchstabe f), die ihrem Zweck nach dazu dienen, fehlende organisatorische oder personelle Voraussetzungen zu

ersetzen, sind unzulässig.

(d) Kooperationen bedürfen der Zustimmung der Kostenträger.

§ 8

Inhalt der Leistungen

Die Leistungen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung nach diesem Vertrag sind in der Anlage 3 beschrieben.

§ 9

Materialien und Geräte

Der Träger hat seinen Pflegekräften im erforderlichen Umfang Arbeitsmittel (z. B. Einmalhandschuhe, Händedesinfektionsmittel) bereitzustellen, um eine qualifizierte, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten.

Alle in der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung eingesetzten Materialien und Geräte müssen fachlich geeignet und funktionsfähig sein sowie den Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen. Mit den in der Anlage 6 genannten Vergütungen sind sämtliche, im Zusammenhang mit den im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Verrichtungen, erforderlichen Aufwendungen abgegolten. Dies gilt auch für die Wartung/Sterilisation der in der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung verwendeten Geräte. Ausgenommen hiervon sind verordnungsfähige Arzneien, Verband- und Hilfsmittel, die für den Versicherten verordnet und mit der Krankenkasse abgerechnet wurden.

§ 10

Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Der Träger hat darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden (§ 2 Abs. 4 SGB V).
- (2) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, darf der Träger nicht bewirken und die Krankenkasse nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 SGB V).
- (3) Im Interesse der Wirtschaftlichkeit sind verordnete Leistungen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung sowie Leistungen aus der Pflegeversicherung, soweit möglich und sinnvoll, innerhalb eines Einsatzes zu erbringen.
- (4) Der Träger gewährleistet, dass die Versicherten aller Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (5) Zur Optimierung der Versorgung mit Leistungen, insbesondere um einen reibungslosen und unverzüglichen Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung zur ambulanten palliativpflegerischen Versorgung zu gewährleisten, hat der Leistungserbringer mit
 - (a) Vertragsärzten,
 - (b) ambulanten Hospizdiensten,
 - (c) stationären Hospizen,
 - (d) Vertragskrankenhäusern,
 - (e) Rehabilitationseinrichtungen,
 - (f) und sonstigen innerhalb des Versorgungsspektrums Beteiligten

(g) zusammenzuarbeiten.

Die Vereinbarungen nach § 3 Pflegegesetz NW gelten entsprechend.

- (6) Der Leistungserbringer gewährleistet, dass zur Sicherstellung einer fach- und sachgerechten ambulanten palliativpflegerischen Versorgung nach diesem Vertrag fachlich qualifiziertes Personal eingesetzt wird und eine fach- und sach-gerechte ambulante palliativpflegerische Versorgung erfolgt; §§ 11 ff. des Vertrages sind zu beachten.
- (7) Der Träger trägt die fachliche Verantwortung für das eingesetzte Personal. Über den Einsatz des Personals im Einzelfall entscheidet der Träger unter Beachtung der medizinischen Notwendigkeit sowie Art und Schwere der Erkrankung des Versicherten im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Die Erbringung der vertraglichen Leistungen hat mit möglichst geringem Wechsel des Personals zu erfolgen.

§ 11

Qualitätssicherung

- (1) Der Leistungserbringer hat die Leistungen sorgfältig und einwandfrei auszuführen. Qualität und Wirksamkeit haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegerischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
- (2) Die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10.07.1995 (vgl. Anlage 4) sind in der jeweils gültigen Fassung Bestandteil dieses Vertrages, soweit dieser Vertrag nichts anderes vorsieht.

§ 12 Pflegeleitbild

- (1) Der Leistungserbringer hat ein Pflegeleitbild mit einem palliativpflegerischen Schwerpunkt, das auf einem definierten Pflegemodell basiert. Dieses Pflegeleitbild macht Aussagen
- (a) zum Pflege- und Betreuungsverständnis des Pflegedienstes,
 - (b) zur Rolle des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen,
 - (c) zur Qualifikation und Führung der Mitarbeiter,
 - (d) zur Einbindung der ehrenamtlichen Helfer,
 - (e) zur Kooperation mit anderen Leistungsanbietern,
 - (f) zum Qualitätsmanagement und
 - (g) zum Revisionsdatum.
- (2) Die palliativpflegerische Arbeitsorganisation basiert auf einem System der Bezugspflege, das die Kontinuität der Pflege sowie eine patientenorientierte ganzheitliche Betreuung unterstützt.

§ 13 Pflegekonzept

(1) Der Leistungserbringer hat ein Pflegekonzept mit einem palliativpflegerischen Schwerpunkt, in dem er Pflegestandards definiert. In diesen Standards sind alle qualitätsrelevanten Maßnahmen, Verfahren und Prozesse formuliert. Sie beinhalten mindestens

- (a) deutlich formulierte Zielsetzungen,
- (b) das zugrunde liegende Pflegeverständnis,
- (c) Angaben über die erforderliche Qualifikation des Pflegenden,
- (d) messbare Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien,
- (e) den Namen der den Standard in Kraft setzenden Person und das Revisionsdatum.

(2) Das Pflegekonzept hat sich am Leistungsspektrum und palliativpflegefachlichen Schwerpunkt des Leistungserbringers zu orientieren. Dieses Leistungsspektrum und der palliativpflegefachliche Schwerpunkt sind vom Leistungserbringer zu definieren.

(3) Das Pflegekonzept hat einen Teil Qualitätsmanagement zu beinhalten, für das folgende Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung des Rahmenprogrammes zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW vom 19.05.2005 gelten:

- (a) Maßnahmen zur Sicherung der internen Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität werden systematisch geplant, durchgeführt und überprüft. Zusätzlich beteiligt sich der Leistungserbringer an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung.

- (b) Interne Maßnahmen der Qualitätssicherung sind u. a. die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten, die Einrichtung eines Qualitätszirkels und die Entwicklung und Weiterentwicklung von Organisations- und Pflegestandards.
- (c) Externe Maßnahmen der Qualitätssicherung können u. a. die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen und Assessmentrunden sein.
- (d) Die Durchführung von internen Qualitätsmaßnahmen und die Beteiligung an externen Qualitätssicherungsprojekten werden dokumentiert.
- (e) Weiterer Bestandteil des Pflegekonzeptes ist die Einbindung aller in der Palliativpflege Tätigen (§ 4 Abs. 1) sowie die Regelungen zur Information und Kommunikation. Hier gelten folgende Rahmenbedingungen:
- Besprechungen aller in der ambulanten Palliativpflege Tätigen (§ 4 Abs. 1) finden im regelmäßigen Abstand, mindestens einmal monatlich, statt. Die Ergebnisse der Besprechungen werden incl. Teilnehmerliste protokolliert und für alle zugänglich aufbewahrt und bekannt gegeben.
 - Alle pflegerelevanten Informationen werden neben der mündlichen Weitergabe auch in der Pflegedokumentation festgehalten.
 - Fallbesprechungen werden innerhalb des Teams des Leistungserbringers in einem festen Turnus, mindestens alle zwei Wochen, durchgeführt und protokolliert.

§ 14

Stellenbeschreibungen / Einarbeitungskonzept

- (1) Der Leistungserbringer verfügt über Stellenbeschreibungen, in der die Verantwortungs- und Aufgabenbereiche der Mitarbeiter definiert sind.
- (2) Die Einarbeitung der Mitarbeiter erfolgt auf der Grundlage eines schriftlich fixierten Einarbeitungskonzeptes.

§ 15

Fort- und Weiterbildung

- (1) Der Leistungserbringer hat ein Fort- und Weiterbildungskonzept und ist gesetzlich verpflichtet, Fortbildungen für seine Mitarbeiter/innen durchzuführen. Die Fortbildung ist nach den Rahmenempfehlungen nach § 132 a Abs. 1 SGB V auszurichten und der zuständigen Stelle auf Verlangen unter Fristsetzung nachzuweisen. Die Frist soll mindestens einen Monat betragen.
- (2) Solange die o. a. Rahmenempfehlungen nicht vorliegen, sind die Inhalte der Fortbildungen so auszurichten, dass die Mitarbeiter/innen auf dem aktuellen Stand der allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse sind. Leitungskräfte (Pflegedienstleitung, Stellvertretung, Teamleitung, Qualitätsbeauftragter, etc.) des ambulanten Palliativdienstes sind verpflichtet, externe fach-bezogene Fortbildungen oder Inhouse-Schulungen von kalenderjährlich insgesamt 28 Stunden nachzuweisen. Hierbei ist darauf zu achten, dass diese Fortbildungen die Bereiche Dokumentation, Management und Pflege abdecken. Für die übrigen Mitarbeiter/innen sind regelmäßige Fortbildungen, die sich an den Inhalten des Satzes 1 orientieren sollten, durchzuführen. Als Nachweis dienen die entsprechenden Zertifikate bzw. Kopien der Veranstaltungsprotokolle (Teilnehmerliste).
- (3) Werden Fortbildungen nicht fristgerecht nachgewiesen, werden vom Folgemonat an die Vergütungssätze nach Maßgabe des § 22 Abs. 4 gekürzt. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die

Fortbildung nachholen kann. Als Frist hierfür können längstens sechs Monate vorgesehen werden. Kommt der Leistungserbringer innerhalb dieser Frist seiner Nachweispflicht nicht nach, gilt § 32 Abs. 1 Buchstabe g).

- (4) Wird die Fortbildung vor Beendigung der Frist nachgewiesen, entfällt vom nächsten Monatsersten an die Kürzung der Vergütung.

§ 16

Dienst-/Einsatzplankonzept

- (1) Der Leistungserbringer hat ein Dienst-/Einsatzplankonzept zu erstellen und vorzuhalten, das in Abstimmung mit den Einsätzen der Ehrenamtlichen aufgestellt wird.
- (2) Der Einsatzplan berücksichtigt die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten und stellt eine größtmögliche Pflegekontinuität durch - nach Möglichkeit - maximal 3 verschiedene Pflegekräfte je Pflegebedürftigen sicher.

§ 17

Pflegeprozess

- (1) Grundlage des pflegerischen Handelns ist der Pflegeprozess. Die sechs Schritte des Pflegeprozesses sind:
- (a) Informationssammlung / Pflegeanamnese,
 - (b) Erfassung von Problemen und Ressourcen,
 - (c) Festlegung der Pflegeziele,
 - (d) Planung der Pflegemaßnahmen,
 - (e) Durchführung und Dokumentation der Pflege sowie

(f) Beurteilung der Wirkung der Pflege auf den Patienten.

(2) Die Patienten und ihre Bezugspersonen sollen in die verschiedenen Schritte des Pflegeprozesses mit einbezogen werden.

§ 18

Pflegedokumentation

(1) Der Leistungserbringer führt für jeden Versicherten eine detaillierte und zeitnahe Pflegedokumentation entsprechend § 12 (Pflegeleitbild / Pflegemodell). In ihr spiegelt sich der Pflegeprozess (§ 17) wieder. Sie stellt die nahtlose und aktuelle Informationssammlung bei der Überprüfung der Versorgungsmöglichkeiten des Versicherten (Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Leistungspflicht) durch die betroffene Krankenkasse bzw. bei der Überprüfung der Abrechnung der Leistungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sicher.

(2) Die Pflegedokumentation beinhaltet u. a.

(a) das Patientenstammblatt,

(b) die Pflegeanamnese,

(c) die Pflegeplanung,

(d) den Pflegebericht,

(e) den Überleitungsbogen,

(f) spezielle Dokumentationsbögen, wie z. B. Vitalzeichen, Wundversorgung, Lagerungs- und Trinkprotokolle usw. sowie

(g) den Nachweis über die Art der durchgeführten Leistungen, (z. B. Injektion, Medikamentengabe), incl. Uhrzeit (Beginn des Einsatzes).

(3) Das Patientenstammblatt enthält mindestens:

(a) unveränderliche Daten (Name, Geburtsdatum usw.),

(b) das Aufnahmedatum,

(c) die Angaben zu Angehörigen/Bezugspersonen/Ansprechpartner,

(d) Angaben zur Betreuung/Beschlüsse/Verfügungen,

(e) Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe nach SGB XI,

(f) Angaben zur medizinisch/therapeutischen Versorgungssituation

(g) sowie anderen an der Versorgung Beteiligter.

(4) Die Pflegeplanung beinhaltet:

(a) den Pflegebeginn (Datum),

(b) die diagnosebezogenen/pflegerelevanten Pflegeprobleme,

(c) die Ressourcen,

(d) die Pflegeziele,

(e) die geplanten Pflegemaßnahmen/Durchführungshinweise,

(f) die Evaluation, Datum und das Handzeichen der Pflegefachkraft.

(5) Jeder Pflegeeinsatz ist zu protokollieren. Zu vermerken sind:

(a) Datum, Einsatzbeginn,

(b) erbrachte Leistungen,

(c) Abweichungen von der Pflegeplanung incl. Begründung,

(d) Handzeichen der durchführenden Pflegefachkraft und,
sofern fachpflegerisch notwendig, u. a. auch

(e) der Zustand des Patienten,

(f) die gemessenen Vitalwerte,

(g) Durchführung selbstaktivierender Pflege- bzw. von Pflegeschulungs-
maßnahmen,

(h) Rückspracheerfordernis beim behandelnden Arzt und dem/r
qualifizierten Palliativarzt/-ärztin (§ 3 Abs. 1 Buchstabe f))

(i) Pflege-/Hilfsmittelversorgung,

(j) beigefügte pflegerische und ggf. ärztliche Befundberichte,

(6) Die Dokumentationsunterlagen sind beim Versicherten zu führen.

(7) Alle Eintragungen sind mit dem Handzeichen der Pflegefachkraft deutlich
lesbar zu versehen. Die Dokumentation ist 5 Jahre aufzubewahren.

(8) Die Dokumentation von Einsätzen Ehrenamtlicher erfolgt nach den Bestim-
mungen zur Rahmenvereinbarung gemäß § 39 a Abs. 2 SGB V.

- (9) Auf begründetes Verlangen der Krankenkasse sendet der Leistungserbringer die angeforderten Auszüge aus der Pflegedokumentation zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und/oder Leistungspflicht in Kopie dieser zu.

§ 19

Leistungsnachweis

- (1) Jede erbrachte Leistung ist unmittelbar nach ihrer Durchführung im Leistungsnachweis durch die ausführende Pflegefachkraft einzutragen und durch Handzeichen zu bestätigen. Maschinelle Eintragungen im Leistungsnachweis, die vor Erbringung der Leistung vorgetragen wurden, sind kenntlich zu streichen, falls keine Leistung erbracht wurde. Vordatierungen oder Globalbestätigungen über den Empfang von Leistungen sind unzulässig. Gleiches gilt für Eintragungen im Leistungsnachweis vor Erbringung der Leistung.

Eine Durchschrift des Leistungsnachweises hat beim Versicherten zu verbleiben. Der Leistungsnachweis ist nicht Bestandteil der Pflegedokumentation, sondern eine Rechnungsanlage, die folgende Mindestinhalte aufzuweisen hat:

- (a) Krankenversichertennummer,
- (b) Name und Vorname des Patienten,
- (c) Geburtsdatum des Patienten,
- (d) Tag der Leistungserbringung,
- (e) Uhrzeit (Beginn) der Leistungserbringung,
- (f) Art der Leistung,
- (g) je Einsatz Handzeichen der leistungserbringenden Pflegefachkraft nach § 4 sowie einmal monatlich eine Bestätigung durch Unterschrift der

verantwortlichen Pflegedienstleitung bzw. Teamleitung der Palliativ-Care-Einheit,

- (h) nach erfolgter Leistungserbringung einmal monatlich Datum und Unterschrift des Patienten, des gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten sowie
 - (i) Institutionskennzeichen, Name und Anschrift des Leistungserbringers.
- (2) Die verwendeten Leistungsnachweise haben dem Muster nach Anlage 5 zu entsprechen.

§ 20

Personenkreis

Der Personenkreis, der Anspruch auf ambulante palliativpflegerische Versorgung nach diesem Vertrag hat, umfasst unheilbar kranke Versicherte, deren Krankheit

- (a) progredient verläuft und bereits so weit fortgeschritten ist, dass lediglich eine Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten zu erwarten ist und
- (b) eine ambulante palliative Versorgung notwendig macht und vom Patienten erwünscht ist.

Die Notwendigkeit einer ambulanten palliativen Versorgung kann sich insbesondere bei folgenden Krankheitsbildern im Endstadium ergeben:

- (c) fortgeschrittene Krebserkrankung,
- (d) Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,

(e) Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,

(f) Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz- oder Lungenerkrankung.

Kurative Behandlungen sind bei Palliativpatienten ausgeschöpft und nicht mehr angezeigt.

§ 21

Abgabe der Leistungen/Kostenübernahme/Vergütungsanspruch

(1) Leistungen nach diesem Vertrag dürfen für den Personenkreis nach § 20 nur aufgrund vertragsärztlicher Verordnung (Muster 12) erbracht werden.

Die Kostenübernahme ist vor Beginn der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung bei der zuständigen Krankenkasse mit der vertragsärztlichen Verordnung (ggf. per Fax) zu beantragen. Die Verordnung (Muster 12 a. 2/E) ist vorab vom Versicherten und dem Leistungserbringer auszufüllen. Der Leistungserbringer hat dabei detailliert die geplanten Leistungen sowie die Häufigkeit und Dauer einzutragen. Über die palliativpflegerische Versorgung und ihre Dauer (ca. 28 Tage) entscheidet die Krankenkasse unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Verordnung. Sollte die Versorgung für einen längeren Zeitraum erforderlich sein, ist rechtzeitig vor Ablauf ein Verlängerungsantrag unter Beifügung der vertragsärztlichen Verordnung bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen, in dem die medizinische Notwendigkeit der Verlängerung begründet wird. Sofern aus Sicht des Leistungserbringers erforderlich, ist mit der vertragsärztlichen Verordnung ein Antrag auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI einzureichen. Den jeweils aktuellen Schnellbegutachtungsbogen sendet der Leistungserbringer mit einer Kopie der vertragsärztlichen Verordnung an den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Für Versicherte der Knappschaft und der Betriebskrankenkassen wird der jeweils aktuelle Schnellbegutachtungsbogen mit der vertragsärztlichen Verordnung direkt an die zuständige Kasse gesandt,

sofern keine anderweitige Absprache getroffen wird.*)

- (2) Sofern an Wochenenden und Feiertagen die erstmalige Kostenzusage für ambulante palliativpflegerische Versorgung durch die Krankenkasse nicht vor Beginn der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung eingeholt werden kann, ist die Kostenübernahme unter Beifügung der vertragsärztlichen Verordnung innerhalb der nächsten drei Arbeitstage (ggf. per Fax) bei der Krankenkasse zu beantragen.

- (3) Soweit die Krankenkasse eine Begrenzung/Einschränkung der Leistungsgewährung vorgibt, ist dies vom Leistungserbringer zu beachten. Ändern sich - ohne Auswirkung auf die Einsatzfrequenz - für den von der Krankenkasse bereits genehmigten Zeitraum die palliativpflegerischen Leistungen (vgl. Punkt 3 und 4 der Anlage 3) bzw. kommen Leistungen hinzu, ist für den bereits von der Krankenkasse genehmigten Zeitraum keine neue vertragsärztliche Verordnung erforderlich. Der Leistungserbringer hat in diesem Fall jedoch nachweislich sicherzustellen, dass er diese geänderte ärztliche Anweisung erhalten hat und umsetzt. Sollte die ambulante palliativpflegerische Versorgung für einen längeren Zeitraum erforderlich sein, ist rechtzeitig vor Ablauf der Befristung mittels der vertragsärztlichen Verordnung (Muster 12 der Vordruckvereinbarung Ärzte/Krankenkassen) ein Verlängerungsantrag bei der Krankenkasse zu stellen, um dieser Gelegenheit zu geben, ggf. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einzuschalten. Auf Anforderung ist der Krankenkasse unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen eine Kopie der notwendigen Blätter der Pflegedokumentation (§ 8) nachzureichen. Zur Verbesserung der Transparenz hinsichtlich der erforderlichen Leistungen soll der Leistungserbringer ergänzende Angaben der Krankenkasse übermitteln oder auf deren Anforderung zusenden.

- (4) Sofern der Leistungsanspruch nach § 37 Abs. 3 SGB V nicht ausgeschlossen ist, die vertragsärztliche Verordnung den vertraglichen Vereinbarungen entspricht und die Verordnung innerhalb von 3 Arbeitstagen eingereicht wurde, übernimmt die Krankenkasse die Kosten längstens bis zur Entscheidung über den Leistungsantrag; der Leistungserbringer nimmt insoweit seine sich aus §

10 Abs. 1 und 2 ergebende Mitwirkungspflicht wahr. Die zuständige Krankenkasse wird den Leistungserbringer unverzüglich über ihre Leistungspflicht informieren.

***) Protokollnotiz**

- (5) Über Art, Umfang und Dauer der Leistungen entscheidet die Krankenkasse unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Verordnung. Art und Inhalt der Leistungen ergeben sich aus der als Anlage 3 beigefügten Leistungsbeschreibung sowie der Vergütungsvereinbarung nach Anlage 6. Die zuständige Krankenkasse entscheidet unverzüglich über den Leistungsantrag und informiert hierüber den Leistungserbringer. Soweit die vertraglich verordneten Leistungen nicht oder nur zum Teil übernommen werden, informiert die Krankenkasse den Versicherten und den Arzt.
- (6) Bei Annahme einer vertragsärztlichen Verordnung über ambulante palliativpflegerische Versorgung ist die Gesamtheit der von der Krankenkasse genehmigten Leistungen zu erbringen.
- (7) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar; sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist. Änderungen und Ergänzungen vertragsärztlicher Verordnungen bedürfen der Unterschrift des verordnenden Arztes.

§ 22

Vergütung

- (1) Die Vergütung der Vertragsleistungen richtet sich nach Anlage 6. Mit dieser Vergütung sind auch alle vertraglichen Haupt- und Nebenpflichten abgegolten.

(2) Die Vergütung der Vertragsleistungen

(a) bei der Versorgung von Versicherten in Wohnanlagen für Senioren bzw. im Rahmen des so genannten Betreuten Wohnens, soweit der Leistungserbringer regelmäßig mehr als vier Patienten versorgt,

(b) bei der Versorgung von Versicherten in Wohnheimen und Seniorenwohnungen, deren Träger bzw. Vermieter für die Bewohner bzw. Mieter zugleich ambulante Pflegeleistungen im Sinne dieses Vertrages anbieten,

(c) bei der Versorgung von Versicherten in Wohnheimen oder Seniorenwohnungen, in denen der ambulante Pflegedienst seinen Betriebssitz hat sowie

(d) bei der Versorgung von mehr als 4 Personen in einem Haus

(e) beträgt 80% der Regelvergütung.

(3) Der Vergütungsanspruch besteht nur für entsprechend den Vorgaben dieses Vertrages tatsächlich erbrachte und dokumentierte Vertragsleistungen. Für nicht vertragsmäßig erbrachte und auch für nicht dokumentierte Vertragsleistungen (§§ 18, 19) besteht weder ein Vergütungsanspruch gegenüber dem Kostenträger noch dem Versicherten.

(4) Kommt der Träger seiner Verpflichtung zum Nachweis der Fortbildung (§ 15) nicht nach, erfolgen Vergütungsabschläge für die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen in Höhe von 10 v. H. für die ersten drei Monate, danach von 25 v. H.

(5) Einsätze, die wegen fehlender Mitwirkung der Versicherten nicht erbracht werden können, sind nicht abrechnungsfähig. Gleiches gilt für Vertragsleistungen, die von hierzu nicht gemäß § 4 Abs. 1 des Vertrages berechtigtem Personal erbracht wurden.

- (6) Mit den für die Vertragsleistungen gemäß Anlage 6 des Vertrages vereinbarten Vergütungssätzen sind zugleich sämtliche Aufwendungen des Trägers/Leistungserbringers abgegolten, die im unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit der jeweils vergüteten Vertragsleistung stehen.
- (7) Dem Träger/Leistungserbringer sowie dessen Personal ist es untersagt, für Vertragsleistungen Zahlungen von dem Versicherten oder einem sonstigen Dritten zu fordern oder anzunehmen.

§ 23

Abrechnung gemäß § 302 SGB V

- (1) Mit Umsetzung der für den Bereich der häuslichen Krankenpflege gemäß § 302 Abs. 2 SGB V zum 01.06.1996 in Kraft getretenen Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit "Sonstigen Leistungserbringern" werden die dortigen Regelungen (in der jeweils aktuellen Fassung) ohne weitere vertragliche Absprache für den Träger unmittelbar verbindlich und ersetzen die hierzu für das Abrechnungsverfahren nach-folgend in diesem Vertrag vorläufig getroffenen Vereinbarungen nach § 23 a.
- (2) Über den Zeitpunkt der Umsetzung der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 302 Abs. 2 SGB V wird die jeweilige Krankenkasse den Träger rechtzeitig informieren. Auf der Vorderseite der Leistungsnachweise sind rechts oben die Belegnummern aus der Gesamtrechnung sowie die Rechnungsnummer anzugeben. Die Leistungsnachweise sind nach Belegnummern aufsteigend sortiert anzuliefern. Dies gilt auch für Kopien der vertragsärztlichen Verordnung einschließlich Genehmigung der Krankenkasse, soweit nicht darauf verzichtet wird.
- (3) Die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen sind jeweils im Folgemonat mit der Krankenkasse abzurechnen. Abgerechnet werden dürfen nur genehmigte, tatsächlich erbrachte und dokumentierte Leistungen (§§ 18 und 19). Der Leistungsnachweis (§ 19) sowie die Genehmigung der

Krankenkasse – soweit nicht darauf verzichtet wird – sind der Abrechnung beizufügen.

- (4) Für jeden Leistungserbringer ist bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) beim Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V., Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, ein Institutionskennzeichen (IK) zu beantragen. Das IK des Leistungserbringers ist im Rahmen der Abrechnung zu verwenden. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgt.
- (5) Die Abrechnungsdaten der Abrechnungsfälle umfassen insbesondere:
- (a) Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse,
 - (b) Krankenversicherten-Nr.,
 - (c) Versichertenstatus (Anlage 3 Abschnitt 8.1.1 der Richtlinien),
 - (d) Vertragsarzt-Nr.,
 - (e) Datum der Verordnung,
 - (f) Unfallkennzeichen (Anlage 3 Abschnitt 8.1.2 der Richtlinien),
 - (g) Kennzeichen BVG/Sonstiges (Anlage 3 Abschnitt 8.1.2.1 der Richtlinien),
 - (h) Rechnungsnummer mit eindeutiger Belegnummer innerhalb einer Gesamtrechnung,
 - (i) Genehmigungskennzeichen der jeweiligen Krankenkasse (soweit vorhanden),

- (j) Datum der Genehmigung (im Format JJJJMMTT),
- (k) Institutionskennzeichen des Leistungserbringers/Rechnungserstellers,
- (l) Leistungserbringergruppe, bestehend aus Abrechnungscode und Tarifkennzeichen der jeweiligen Krankenkasse,
- (m) Art der abgegebenen Leistung,
- (n) Einzelbetrag der Leistung,
- (o) Datum/Daten der Leistungserbringung,
- (p) Einsatzzeit (Beginn).

(6) Leistungen gemäß § 37 Abs. 1 SGB V und Leistungen gemäß § 37 Abs. 2 SGB V sind in getrennten Dateien abzurechnen.

(7) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BseuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform für die Krankenkasse zu erstellen.

(8) Forderungen der Krankenkasse gegen den Träger können gegenüber demselben aufgerechnet werden.

(9) Rechnungen, die den Anforderungen nach den Absätzen 1 bis 7 nicht entsprechen, können von der Krankenkasse berichtigt oder unter Angabe von Gründen zur Berichtigung innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Eingang zurückgegeben werden.

§ 23a

Abrechnung vor Umsetzung des § 302 SGB V

- (1) Bis zum Zeitpunkt der Umsetzung der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 302 Abs. 2 SGB V erfolgt die Rechnungslegung entsprechend den Bestimmungen der nachfolgenden Absätze.
- (2) Die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen sind vom Träger grundsätzlich im Folgemonat mit der Krankenkasse abzurechnen. Die Genehmigung der Krankenkasse - soweit hierauf nicht verzichtet wird - und der Leistungsnachweis (§ 19) sind beizufügen. Abgerechnet werden dürfen nur genehmigte, tatsächlich erbrachte und dokumentierte Leistungen (§§ 18 und 19).
- (3) Das Rechnungsblatt muss folgende Mindestinhalte aufweisen:
 - (a) Krankenversichertennummer,
 - (b) Name und Vorname des Patienten,
 - (c) Geburtsdatum des Patienten,
 - (d) Anschrift des Patienten,
 - (e) Leistungszeitraum (von/bis),
 - (f) Art der Leistung (z. B. Injektion),
 - (g) Einzelpreis der Leistung,
 - (h) Anzahl der Leistung,
 - (i) Gesamtbetrag,

(j) Rechnungsnummer,

(k) Rechnungsdatum,

(l) Institutionskennzeichen des Leistungserbringers sowie

(m) Institutionskennzeichen des Zahlungsempfängers, sofern vom Leistungserbringer abweichend.

(4) Für den Abrechnungsverkehr ist das für den Leistungserbringer maßgebende Institutionskennzeichen (IK) zu verwenden, das von der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V., Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, vergeben wird. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle erfolgt.

(5) Werden Leistungen für Versicherte sowohl mit der Pflegekasse, als auch mit der Krankenkasse abgerechnet, ist eine getrennte Rechnungslegung erforderlich.

(6) Forderungen der Krankenkasse gegen den Träger können gegenüber demselben aufgerechnet werden.

(7) Rechnungen, die den Anforderungen nach den Absätzen 1 bis 5 nicht entsprechen, können von der Krankenkasse berichtigt oder unter Angabe von Gründen zur Berichtigung innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Eingang zurückgegeben werden.

§ 24

Rechnungslegung durch Abrechnungsstellen

- (1) Sofern die Abrechnung von dem Träger einer Abrechnungsstelle/
Verrechnungsstelle übertragen werden soll, hat der Träger unter besonderer
Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen
Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und der
einschlägigen datenschutz-rechtlichen Bestimmungen die
Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle auszuwählen.
- (2) Der Träger ist verpflichtet, von allen Versicherten schriftliche
Einwilligungserklärungen für die Datenweitergabe an die Abrechnungsstelle
einzuholen. Die Einwilligungserklärungen sind der Krankenkasse und der
Abrechnungsstelle auf Verlangen vorzulegen.
- (3) Die Abtretung ist vier Wochen vorher anzuzeigen. Zahlungen an eine durch
den Träger ermächtigte Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle setzen voraus,
dass der zuständigen Krankenkasse der Vertrag und eine
Ermächtigungserklärung des Leistungserbringers vorliegen. Eine weitere
Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten
Ermächtigungserklärung voraus.
- (4) Der Träger verpflichtet sich, seine Forderungen gegen die Krankenkassen
nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit die Krankenkassen gegen ihn
Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge,
Überzahlungen (Rückforderungsansprüche) oder sonstiger Forderungen hat.
Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der Krankenkassen
ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon
aus, dass die Krankenkassen aufgrund der Bestimmungen des § 354 a HGB
auch im Fall einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt sind, gegenüber dem
Abrechnungszentrum die Zahlung zu verweigern und mit Ihren Ansprüchen
gegen den Träger aufzurechnen.

- (5) Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse, wenn die abrechnende Stelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der zahlungspflichtigen Krankenkasse liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle/ Verrechnungsstelle und dem Träger mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Schädigt die Abrechnungsstelle anlässlich der Abrechnung die Krankenkasse, so haften Träger und Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle gesamtschuldnerisch.
- (6) Für Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen gelten die §§ 23 und 23 a entsprechend. Mit etwaigen Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen wird der Leistungserbringer diesbezügliche Absprachen treffen.

§ 25

Zahlungsfrist /Beanstandung

- (1) Bis zur Umsetzung der für den Bereich der häuslichen Krankenpflege gemäß § 302 Abs. 2 SGB V zum 01.06.1996 in Kraft getretenen Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen sind die Rechnungen - vorbehaltlich einer abschließenden Rechnungsprüfung - grundsätzlich innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang bei der zuständigen Krankenkasse bzw. dem genannten Rechenzentrum zu bezahlen. Bei Rechnungskürzungen gilt dies nur für den unstreitigen Rechnungsbetrag. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.
- (2) Die Fälligkeit für die vertraglich geschuldete Vergütung tritt nach der gem. Abs. 1 vereinbarten Zahlungsfrist nur bei vorschriftsmäßiger Rechnungslegung (§§ 23/23 a und 24) ein.

§ 26

Ausschlussfrist

Vertragsleistungen, für die entgegen der hierzu in § 23 Absatz 3 Satz 1 bzw. § 23 a Abs. 2 Satz 1 vereinbarten Frist eine Rechnungslegung verspätet erfolgt, können nur in begründeten Ausnahmefällen abgerechnet werden. Diese Ausnahmefälle sind nur abrechnungsfähig, wenn gegenüber der Krankenkasse innerhalb einer Ausschlussfrist von zwölf Monaten ab dem Zeitpunkt der Leistungserbringung eine Rechnungslegung erfolgt ist.

§ 27

Verbot der Einflussnahme und Vermittlungsverbot

- (1) Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten und Ärzte, insbesondere hinsichtlich der Verordnung von Leistungen, ist unzulässig.
- (2) Die Annahme von Pflegeaufträgen und deren Weitergabe (z. B. Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) ist unzulässig. Ausgenommen ist die unentgeltliche Vermittlung oder Weitergabe, wenn notwendige, aber selbst nicht ausführbare Einsätze dies erfordern.

§ 28

Datenschutz / Schweigepflicht / geschäftsmäßige Rechtsberatung

- (1) Personenbezogene Daten (Sozialdaten) darf der Leistungserbringer nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erheben, verarbeiten, bekannt geben, zugänglich machen oder sonst nutzen.
- (2) Der Träger verpflichtet sich ferner, über alle bei der Durchführung des Vertrages erlangten Sozialdaten von Versicherten und sonstigen Dritten, insbesondere über medizinische und pflegerische Daten, Stillschweigen zu bewahren. Ausgenommen hiervon sind die zur Durchführung der Krankenversicherung erforderlichen Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der

zuständigen Krankenkasse. Im Übrigen hat der Träger die Einhaltung der für ihn einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen sicherzustellen.

- (3) Der Träger ist verpflichtet, die Bestimmungen der Absätze 1 und 2 auch den ein-gesetzten Pflegekräften bekannt zu geben und deren Beachtung durch diese in geeigneter Weise (z. B. durch Hinweis im Arbeitsvertrag und/oder wiederkehrende Belehrungen) sicherzustellen.
- (4) Eine gezielte Beeinflussung der Versicherten, Vertragsärzte und Krankenhäuser, insbesondere hinsichtlich der Verordnung von Leistungen, ist unzulässig. Dies gilt auch für die Rechtsberatung von Patienten/Versicherten.

§ 29

Pflegevertrag

- (1) Der Träger hat mit dem Versicherten einen schriftlichen Pflegevertrag zu schließen, in dem die Einzelheiten der Leistungserbringung, z. B. genaue Definition der Leistungen, entsprechend der Leistungsbeschreibung sowie Dauer und Menge je Kalendertag, vereinbart werden.
- (2) Die Vorschriften des SGB V und die hierzu abgeschlossenen Vereinbarungen sowie die Entscheidung der Krankenkasse sind dem Vertrag zugrunde zu legen und maßgebend. Liegt die Entscheidung der Krankenkasse bei Vertragsabschluss noch nicht vor, ist der Pflegevertrag nach Bekanntwerden bzw. Rechtskraft anzupassen.
- (3) Bei ordentlicher Kündigung ist eine längere Kündigungsfrist von mehr als 10 Tagen für den Versicherten unzulässig. Für den Leistungserbringer gilt eine Kündigungsfrist von mindestens 3 Wochen. Im Übrigen gilt § 120 SGB XI entsprechend.

§ 30

Zahlung bei Feststellung von Qualitätsmängeln

- (1) Grundlage für die Feststellung von Qualitätsmängeln ist der Maßnahmenkatalog des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie die Stellungnahme des Leistungserbringers. Qualitätsmängel in diesem Sinne liegen vor, wenn
- (a) das Pflegekonzept nach § 13 und/oder
 - (b) das Einarbeitungskonzept nach § 14 und/oder
 - (c) das Fort- und Weiterbildungskonzept nach § 15 und/oder
 - (d) das Dienst- und Einsatzplankonzept nach § 16 nicht den dort genannten Anforderungen entspricht und/oder nicht umgesetzt wurde und/oder
 - (e) aus der im Rahmen der Qualitätsprüfung vorgelegten Pflegedokumentation nicht der Pflegeprozess (§ 17) erkennbar ist und/oder
 - (f) im Rahmen der Prüfung der Ergebnisqualität vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung festgestellt wurde, dass ein Patient zu Schaden (Körperverletzung) gekommen ist.
- (2) Bei Feststellung von Qualitätsmängeln nach Abs. 1 Buchstabe a) bis e) kommen Maßnahmen nach § 31 Abs. 1 Buchstabe a) bis c) sowie bei Qualitätsmängeln nach Abs. 1 Buchstabe f) und wiederholten Qualitätsmängeln nach Abs. 1 Buchstabe a) bis e) Maßnahmen nach § 31 Abs. 1 Buchstabe c) und d) in Betracht.

§ 31

Maßnahmen bei Gesetzes- bzw. Vertragsverstößen, Wiedergutmachung des Schadens

- (1) Verletzt der Träger / Leistungserbringer seine gesetzlichen und/oder vertraglichen Pflichten, entscheiden die Krankenkassen gemeinsam oder einzeln nach Anhörung des betroffenen Trägers über geeignete Maßnahmen. Als solche kommen in Betracht:
- (a) Auflagen,
 - (b) Verwarnung,
 - (c) Vertragsstrafe in Geld bis zu 15.000,00 €, unabhängig davon, wie viele Krankenkassen die Maßnahme verhängen,
 - (d) außerordentliche Kündigung des Vertrages nach § 32.
- (2) Verstöße gegen die gesetzlichen und/oder vertraglichen Bestimmungen sind dem Vertragspartner schriftlich mitzuteilen. Ihm ist die Gelegenheit zu einer Stellungnahme innerhalb einer angemessenen Frist zu geben. Der Vertragspartner kann seinen Berufsverband hinzuziehen. Die Vertragspartner bemühen sich, eventuelle Meinungsverschiedenheiten über Vertragsverstöße gemeinsam mit dem Ziel einer gütlichen Einigung zu klären.
- (3) Die Entscheidung wird dem Betroffenen schriftlich mitgeteilt.
- (4) Unabhängig von den Maßnahmen nach Abs. 1 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden durch den Träger zu ersetzen.

§ 32

Außerordentliche Kündigung

(1) Der Vertrag kann von den vertragsschließenden Krankenkassen gemeinsam oder einzeln gegenüber dem Träger ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn der Träger seine gesetzlichen und/oder vertraglichen Pflichten gegenüber den Patienten oder der Krankenkasse derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zumutbar ist. Dies liegt insbesondere vor:

- (a) bei wiederholten und/oder schwerwiegenden Verstößen gegen die vertraglichen und/oder gesetzlichen Bestimmungen,
- (b) bei Abrechnung nicht und/oder teilweise nicht erbrachter Leistungen bzw. Abrechnung anderer als der erbrachten Leistungen und/oder bei wiederholter Abrechnung nicht dokumentierter Leistungen (§§ 18 und 19),
- (c) bei Pflichtverletzungen, derentwegen Patienten zu Schaden kommen können bzw. gekommen sind,
- (d) sofern wiederholt wesentliche Qualitätsmängel bei der Qualitätsprüfung festgestellt wurden (§ 30). Dabei ist unerheblich, ob die festgestellten Qualitätsmängel identisch sind oder nicht,
- (e) bei einem Fehlverhalten des Leistungserbringers, das gem. § 74 SGB XI zur fristlosen Kündigung des mit ihm für den Bereich der Pflegeversicherung bestehenden Versorgungsvertrages berechtigt,
- (f) bei Fehlen der Vertragsvoraussetzungen nach § 3 Abs. 1 Buchstaben b) und e), § 5 Abs. 4, § 6 Abs. 2,
- (g) Das Vertragsverhältnis ist von den Krankenkassen ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Träger des ambulanten

Palliativpflegedienstes innerhalb der Nachweisfrist (§ 15 Abs. 3) die fehlenden Fortbildungsmaßnahmen nicht nachholt,

(h) Forderung/Entgegennahme von Zahlungen für Vertragsleistungen von dem Versicherten oder einem sonstigen Dritten.

(2) Liegt eine oder mehrere der wesentlichen Vertragsvoraussetzungen (insbesondere nach den §§ 3, 4 und 7) nicht mehr vor, kann das Vertragsverhältnis von den Krankenkassen gemeinsam oder einzeln mit einer dreimonatigen Frist zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden.

(3) Eine außerordentliche Kündigung (§ 2) kann von den Krankenkassen gemeinsam oder einzeln ausgesprochen werden, wenn eine den Qualitätsanforderungen entsprechende Versorgung der Versicherten infolge innerbetrieblicher Gegebenheiten (z. B. Vorliegen von Pfändungen/Verrechnungen über die Höhe eines Monatsumsatzes der vertragsschließenden Krankenkassen hinaus) nicht zu erwarten ist.

§ 33

Auswertung

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, an Auswertungen mitzuwirken, die im Endergebnis mindestens folgende Aussagen machen:

(a) Anzahl der behandelten Patienten,

(b) prozentualer Anteil von Patienten, die in der Häuslichkeit verstorben sind,

(c) durchschnittliche Betreuungsdauer, durchschnittliche Fahrzeit und durchschnittliche Einsatzzeit gegliedert nach delegierter ärztlicher Leistung, Grund- und Behandlungspflege,

- (d) prozentualer Anteil von Patienten, bei denen Ehrenamtliche eingesetzt werden,
 - (e) Einstufungen der Patienten im SGB XI.
- (2) Für die Auswertung hat der Leistungserbringer die einheitlichen Auswertungsbögen gemäß Anlage 7 zu verwenden, für die vorgegebene zeitliche Dauer auszufüllen und der zuständigen Stelle zuzusenden. Kommt der Leistungserbringer dieser Verpflichtung nicht bzw. nur teilweise nach, findet § 31 Abs. 1 Buchstabe c), ggf. auch Buchstabe d) Anwendung.
- (3) Der Leistungserbringer erhält das Ergebnis der Auswertung.

§ 34

Schiedsperson

- (1) Kommt eine Einigung nach § 132 a Abs. 2 Satz 1 bis 5 SGB V nicht zu Stande und werden die Verhandlungen als gescheitert erklärt, kann der Vertragsinhalt durch eine unabhängige Schiedsperson festgesetzt werden. Die Aufnahme von Verhandlungen erfolgt spätestens innerhalb von 6 Wochen nach Inkrafttreten der Kündigung und Aufforderung zu Verhandlungen.
- (2) Die Schiedsperson ist für jedes Festsetzungsverfahren neu zu bestellen. Kommt zwischen den Vertragsparteien keine Einigung über die nach Satz 1 zu bestellende Schiedsperson innerhalb von zwei Monaten nach Beginn der hierzu aufgenommenen Gespräche zu Stande, ist diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde zu bestimmen. Das Amt beginnt, wenn sich die Schiedsperson gegenüber den Vertragspartnern schriftlich zur Amtsübernahme bereit erklärt hat. Das Amt endet, wenn die Vertragsfestsetzung verbindlich geworden ist.
- (3) Die Schiedsperson wird auf Antrag eines der an ihrer Bestellung beteiligten Vertragspartners tätig; sie hat die verfahrensbeteiligten Vertragspartner jeweils mit einer Frist von mindestens vier Wochen zu einer schriftlichen

Stellungnahme aufzufordern und zu einer ersten mündlichen Anhörung einzuladen. Im Anhörungstermin hat sie auf eine gütliche Einigung hinzuwirken. Falls eine solche nicht innerhalb von vier Wochen zu Stande kommt, unterbreitet die Schiedsperson im Anschluss an einen weiteren Anhörungstermin einen schriftlichen Einigungsvorschlag. Wird der Einigungsvorschlag von den Vertragspartnern nicht innerhalb von vier Wochen nach seinem Zugang angenommen, bestimmt die Schiedsperson einen Termin zur mündlichen Verhandlung zur Festsetzung der Vertragsinhalte.

- (4) Bei der Vertragsfestsetzung ist die Schiedsperson an die von den Verfahrensbeteiligten gestellten Anträgen gebunden. Vertragsinhalte und Vergütungssysteme, die bisher nicht Gegenstand von Verhandlungen waren, sind nur dann Gegenstand einer Festsetzung, wenn die Vertragspartner insoweit ihr Einverständnis erklären.
- (5) Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Die Erstattung eigener Kosten der Vertragspartner entfällt.

§ 35

Beendigung des Vertrages

- (1) Das Vertragsverhältnis endet, ohne dass es hierzu einer besonderen Kündigung bedarf
 - (a) mit Einstellung des Geschäftsbetriebes,
 - (b) mit dem Tod des Trägers (Fall eines einzelunternehmerisch betriebenen Pflegedienstes) *) oder
 - (c) mit dem Wechsel der Trägerschaft des Leistungserbringers (z. B. durch Veräußerung des Palliativdienstes).

(d) Ein zu Beendigung des Vertrages führender Trägerwechsel liegt nicht vor bei Übertragung von Beteiligungen des Trägers, der Aufnahme von Gesellschaften und Gesellschaftsaustritten. Den Kostenträgern steht jedoch in diesen Fällen ein Sonderkündigungsrecht entsprechend § 32 Abs. 2 dann zu, wenn hierdurch die nach diesem Vertrag erforderlichen Strukturvoraussetzungen nicht nur vorübergehend entfallen. Als vorübergehend gilt ein Zeitraum von drei Monaten.

***) Protokollnotiz**

§ 36

In-Kraft-Treten, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt einschließlich seiner Anlagen am in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann zum Ende eines Kalendervierteljahres mit dreimonatiger Frist durch eingeschriebenen Brief von und gegenüber jedem Vertragspartner einzeln gekündigt werden. Die Kündigung von oder gegenüber einem Vertragspartner lässt die Wirksamkeit des Vertrages im Verhältnis zu den übrigen beteiligten Vertragspartnern unberührt.
- (3) Abweichend von Abs. 2 gilt für die Vergütungsvereinbarung nach Anlage 6 die dort vorgesehene besondere Kündigungsregelung.

§ 37

Überleitungsregelung

- (1) Dieser Vertrag tritt an die Stelle der zwischen den Landesverbänden der Kranken/Pflegekassen und den ambulanten Palliativdiensten (Anlage 8) im Rahmen des Modellprojektes zur Finanzierung von palliativ-medizinisch und pflegerisch tätigen Hausbetreuungsdiensten in Nordrhein-Westfalen geschlossenen Verträge über die ambulante palliativpflegerische Versorgung auf Basis des § 132 a SGB V i. V. m. § 72 SGB XI.

Voraussetzung hierfür ist der Nachweis:

- (a) des Vorliegens der personellen Voraussetzungen (§ 5 Abs. 1 Buchstaben a), b), m) und o) / Anlage 2),
- (b) der Kooperation mit einem oder mehreren ambulanten Hospizdiensten zur Sicherstellung der Ehrenamtlichen (§ 7 / Anlage 2a) und
- (c) über die Zusammenarbeit mit einem/r qualifizierten Palliativarzt/-ärztin nach § 3 Abs. 1 Buchstabe f) bzw. der zzt. bestehenden Übergangsregelung entsprechend dem Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW vom 19.05.2005. *)

***) Protokollnotiz**

§ 38

Änderungen und Ergänzungen

Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform.

§ 39

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen hiervon nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung soll dann eine Vereinbarung treten, die dem Zweck, der mit der unwirksamen Bestimmung verfolgt wird, am nächsten kommt.

Protokollnotiz zu § 3 Abs. 1 Buchstabe f) und § 37 Buchstabe c):

Die Zusammenarbeit mit einem/r qualifizierten Palliativarzt/-ärztin (§ 3 Abs. 1 Buchstabe f) ist spätestens innerhalb von 3 Monaten nach der erstmaligen Bekanntgabe einer entsprechenden Liste für die Region, in der der Leistungserbringer seinen Sitz hat, sicherzustellen. Die Bekanntgabe erfolgt

entweder durch die Landesverbände der Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder der kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein bzw. Westfalen-Lippe. Der Nachweis der Zusammenarbeit mit einem qualifizierten Palliativarzt/-ärztin (§ 3 Abs. 1 Buchstabe f) ist unaufgefordert der zuständigen Stelle zuzusenden. In der Übergangszeit ist die Zusammenarbeit mit einem/r palliativmedizinisch erfahrenen Arzt/Ärztin der zuständigen Stelle nachzuweisen.

Protokollnotiz zu § 4 Abs. 1:

Die Weiterbildung hat inhaltlich den Vorgaben des Basiscurriculum Palliativ Pflege des Vereins zur Betreuung und Begleitung von Schwerstkranken und Tumorpatienten e. V., Pallia Med Verlag, Bonn, zu entsprechen.

Protokollnotiz zu § 4 Abs. 2:

Hat der Leistungserbringer nur 4 Vollzeitkräfte nach § 4 Abs. 2 und scheidet eine Voll- oder Teilzeitkraft, die sozialversicherungspflichtig beim Leistungserbringer beschäftigt war, aus, ist der Leistungserbringer verpflichtet, innerhalb von neun Monaten nach Ausscheiden der Pflegefachkraft nach § 4 Abs. 2 die Beschäftigung einer neuen Voll- bzw. Teilzeitkraft nach § 4 Abs. 2 nachzuweisen, da andernfalls § 32 Abs. 2 Anwendung findet. Befindet sich die neue Pflegefachkraft noch in der palliativpflegerischen Weiterbildung (vgl. § 4 Abs. 1 2. Absatz), sind die von ihr erbrachten Leistungen nur nach diesem Vertrag abrechnungsfähig, wenn diese Pflegefachkraft innerhalb der letzten 5 Jahre über eine mindestens einjährige berufspraktische Erfahrungszeit in Vollzeit im palliativpflegerischen Bereich verfügt und der zuständigen Stelle nachgewiesen hat. Bei einer ausgeübten sozialversicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung (min. 18 Stunden wöchentlich) verlängert sich die einjährige berufspraktische Erfahrungszeit entsprechend. Die zuständige Stelle informiert den Träger, ab welchem Zeitpunkt eine Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag durch die o.g. Pflegefachkraft erfolgen kann. Die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag ist in diesem Falle frühestens mit Vorliegen der o.g. Nachweise bei der zuständigen Stelle möglich. Andernfalls sind die erbrachten Leistungen nur nach dem mit der entsprechenden Krankenkasse vereinbarten Vertrag über die Erbringung häuslicher Krankenpflege nach § 132 a Abs. 2 SGB V abrechnungsfähig. Es findet § 5 Abs. 4

und § 6 Abs. 2 Anwendung.

Protokollnotiz zu § 4 Abs. 3:

Die leitende Pflegefachkraft nach § 4 Abs. 3 kann entweder die Pflegedienstleitung bzw. bei großen Pflegediensten die für den Palliativbereich zuständige Teamleitung sein. Für die stellvertretende Pflegefachkraft gilt dies entsprechend.

Protokollnotiz zu § 5 Abs. 2:

Bei der Entscheidung ist auch auf die persönliche Eignung der verantwortlichen Pflegefachkräfte abzustellen. Insbesondere bei vorausgegangener schwerer oder wiederholter Rechtsverletzung ist den Krankenkassen die Gründung eines Vertragsverhältnisses nicht zuzumuten.

Protokollnotiz zu § 21 Abs. 1:

Es sind die zwischen den Landesverbänden der Kranken-/Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung abgestimmten Schnellbegutachtungsbögen (SGB V/SGB XI) zu verwenden.

Protokollnotiz zu § 35 Abs. 1 Buchstabe b):

Im Falle des Todes des Trägers ist der Erbe berechtigt, - sofern die Leistungen entsprechend diesem Vertrag erbracht werden - die folgenden 2 Kalendermonate mit den vertragsschließenden Krankenkassen abzurechnen.

Anlagen:

2. Nachweis/Handzeichenliste der zzt. beschäftigten Mitarbeiter (§ 5 Abs. 1 Buchstabe b))

2 a. Nachweis/Handzeichenliste der Ehrenamtlichen (§ 5 Abs. 1 Buchstabe m))

3. Inhalt der Leistungen (§ 8)

4. Qualitätssicherung (§ 11 ff.)

5. Leistungsnachweis (§ 19)

6. Vergütungsvereinbarung (§ 22)

7. Auswertungsbögen (§ 33)

Bergisch Gladbach, Bochum, Dortmund, Düsseldorf, Essen, den

AOK Rheinland/Hamburg
- Die Gesundheitskasse

BKK Landesverband
Nordrhein-Westfalen

IKK Nordrhein

Knappschaft

Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen

Die Anlagen sind dieser Vertragsausführung nicht beigefügt.

Anlage 9

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

**„Schnellbegutachtungsbogen des Medizinischen Dienstes der
Krankenversicherung Nordrhein“**

MDK-Schnellbegutachtungsbogen für die SAPV nach § 37 b SGB V

- wird vom Palliative-Care-Team ausgefüllt -

A. Basisdaten Patient, Aktuelle Versorgungssituation

AOK	BKK	IKK	LKK	Vdek	Knapp		Palliative-Care-Team
_____ (Name der Kasse)							Der Schnellbegutachtungsbogen ist mit der vertragsärztlichen Verordnung direkt an die jeweils zuständige Krankenkasse zu senden.
Name, Vorname: _____							
Adresse: _____							
Telefon-Nr: _____ Geburtsdatum: _____							
Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Stufe I <input type="checkbox"/> Stufe II <input type="checkbox"/> Stufe III <input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt							Name: _____ Adresse: _____ _____ Telefon-Nr: _____ Fax: _____ E-Mail: _____ Datum: _____ Stempel / Unterschrift: _____

Angehörige / private Pflegepersonen
(bitte jeweils Namen, Adresse und Tel.-Nr. angeben)

1.	
2.	

Beteiligen sich die Angehörigen / private Pflegepersonen an der Versorgung? Ja Nein

Falls ja, welche Leistungen werden übernommen: _____

Hauptdiagnose: _____
(bitte umfassend angeben mit Stadium der Erkrankung)

ambulante Versorgungssituation (alles Zutreffende ankreuzen) <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Facharzt/Palliativarzt <input type="checkbox"/> Sozialstation / Pflegedienst <input type="checkbox"/> Palliative-Care-Team <input type="checkbox"/> private Pflegeperson(en) <input type="checkbox"/> Ambulanter Hospizdienst	Kurative Behandlungen abgeschlossen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar Behandlungsansatz jetzt rein palliativ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar Aufklärung über begrenzte Lebenserwartung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar	Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wird noch bis zum _____ erarbeitet. Palliativer Behandlungsplan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wird noch bis zum _____ erarbeitet. Erfolgen bei Bedarf auch nachts Einsätze? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---	--

B. Schmerzsymptomatik

Besteht ein ausgeprägtes Schmerzsymptomgeschehen, welches eine Schmerztherapie mit multidimensionaler Therapiekontrolle erforderlich macht?
 Ja Nein

C. Weitere ausgeprägte und extreme Symptome

Angst Motorische Unruhe Atemnot Blutungen Übelkeit / Erbrechen Durchfall Exulcerationen

D. Psychosoziale Unterstützung

Psychosoziale Unterstützung durch _____
 Beratung in ethischen Fragen durch _____
 Psychosoziale Unterstützung ist nicht erforderlich, da _____

Anlage: Kopie der vertragsärztlichen Verordnung

**MDK-Stellungnahme
zum
MDK-Schnellbegutachtungsbogen für die SAPV nach § 37 b SGB V**

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geb.-Datum: _____

Angehörige/private Pflegepersonen sind vorhanden und beteiligen sich an der Versorgung:

Ja Nein

falls ja, welche Leistungen werden übernommen: _____

Sind häusliche Krankenpflege und/oder andere Leistungen (z. B. ärztliche Leistungen) im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung ausreichend?

Ja Nein

falls ja, welche Leistungen sind für welchen Zeitraum erforderlich: _____

Liegen die besonderen Voraussetzungen für die Erbringung der SAPV vor?

Ja Nein

falls ja, ab wann: _____

medizinische Begründung: (bitte immer angeben) _____

Weitere Unterlagen sind notwendig:

Ja Nein

falls ja, welche: _____

Sonstiges: _____

<p>Datum: _____</p>	<p>Stempel / Unterschrift: _____</p>
---------------------	--------------------------------------

Anlage 10

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

„Leistungsnachweis“

