

*Mustervertrag Stand 12.12.2011*

## **Vertrag**

**nach § 132 d Abs. 1 SGB V**

**über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach  
§ 37 b SGB V**

zwischen

**dem Träger des Krankenhauses X  
dem Träger des Krankenpflagedienstes Y  
der niedergelassenen Arztpraxis Z  
als gemeinsamer Träger**

**für die Einrichtung „\_\_\_\_\_“**

**IK-Nr. \_\_\_\_\_**

- nachfolgend Leistungserbringer genannt -

und

**AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen\*,**

**BKK Landesverband Mitte, Siebstraße 4, 30173 Hannover**

**IKK classic, Tannenstr. 4b, 01099 Dresden\***

**SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Regionalvertretung Nord-  
Ost, Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover\*,**

**Knappschaft - Regionaldirektion Hannover\*,**

**BARMER GEK**

**Techniker Krankenkasse (TK)**

**DAK-Gesundheit**

**Kaufmännische Krankenkasse - KKH**

**HEK – Hanseatische Krankenkasse**

**hkk**

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:**

**Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin**

**vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Niedersachsen**

\* in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes  
- nachfolgend Krankenkassen genannt –

## **Präambel**

- (1) Die 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.
- (2) Die SAPV ist fachlich kompetent nach 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 Person stehen im Mittelpunkt der Versorgung.
- (3) Von besonderer Bedeutung bei der Erbringung von SAPV ist die vernetzte Zusammenarbeit aller Beteiligten. Zu integrieren sind nicht nur die klassischen medizinischen und pflegerischen Bereiche, sondern auch die Seelsorge, die psychosoziale Beratung und die ehrenamtlichen Dienste.
- (4) Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste, wenn eine besonders aufwändige Versorgung besteht und die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen nicht ausreichen. Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenversorgung erbracht werden.
- (5) Die SAPV von Kindern und Jugendlichen bedarf einer ergänzenden Vereinbarung.

## **§ 1**

### **Gegenstand des Vertrages**

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Durchführung der SAPV gemäß § 37 b SGB V.
- (2) Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V in Verbindung mit § 37 b Abs. 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie die Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 d Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für SAPV in der Fassung vom 23.06.2008 sind Bestandteil dieses Vertrages (s. Anlagen 1 und 2)

## **§ 2**

### **Allgemeine Anforderungen und Voraussetzungen**

- (1) Der Leistungserbringer ist eine auf Dauer angelegte selbständige organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, mit denen unabhängig vom Bestand ihrer Mitarbeiter eine fachlich kompetente SAPV nach dem wissenschaftlich allgemein anerkannten Stand zu gewährleisten ist.
- (2) Der Leistungserbringer erbringt sowohl pflegerische als auch ärztliche ambulante Palliativbehandlung sowie entsprechende Beratungs- und Koordinationsleistungen nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzept.
- (3) Der Leistungserbringer benennt einen Ansprechpartner für die Krankenkassen.
- (4) Auf Wunsch des Leistungserbringers benennen die örtlich vertretenen Krankenkassen/Landesverbände einen Ansprechpartner für die Leistungsgewährung.

### § 3 Qualifikationsvoraussetzungen

- (1) Der Leistungserbringer stellt sicher, dass das für die SAPV erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch den Leistungserbringer eine tägliche Rufbereitschaft für die Patienten, deren Angehörige sowie die an der Versorgung Beteiligten sicherzustellen ist. Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Ärztin / eines Arztes oder einer Pflegefachkraft nach Abs. 2 ist zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit umfasst auch das zeitnahe Aufsuchen der Patienten je nach Dringlichkeit.
- (2) Die Ärztinnen / Ärzte und Pflegefachkräfte des Leistungserbringers müssen über folgende Qualifikationen verfügen:

**Ärztinnen / Ärzte** verfügen über:

a) eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der je nach Bundesland aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung)

und

b) 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. Regionale Abweichungen von der Fallzahl sind in Einzelfällen möglich.

oder

aus einer mindestens 1-jährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit, z. B. in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus, innerhalb der letzten drei Jahre.

**Pflegefachkräfte** verfügen über

a) die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin / Altenpfleger entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung

und

b) den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden und

c) Erfahrung durch mindestens eine 2-jährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren; davon grundsätzlich sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung.

- (3) **Ärzte und Pflegefachkräfte**, die die Palliative-Care-Weiterbildung gemäß der Weiterbildungsordnung (160 Std.) abgeschlossen haben, können - sofern sie die weiteren Kriterien nach Absatz 2 noch nicht erfüllen - ambulante Palliativleistungen unter qualifizierter Praxisanleitung einer Mitarbeiterin / eines Mitarbeiters der entsprechenden unter Abs. 2 genannten Berufsgruppe des Leistungserbringers erbringen.
- (4) **Fachkräfte weiterer Berufsgruppen**, können ihre Leistungen unter qualifizierter Praxisanleitung eines Arztes des Leistungserbringers mit Qualifikation gemäß Abs. 2 erbringen.

## **§ 4** **Sächliche und räumliche Mindestausstattung**

- (1) Die 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,
  - eine ausreichende und geeignete Mobilität zur zeitnahen häuslichen Versorgung der Patienten,
  - Bedarfsgerecht bestückte Arzt- / Pflegekoffer / Bereitschaftstasche für den Akutfall und
  - eine geeignete administrative Infrastruktur, u. a. Büro, Kommunikationstechnik.
  
- (2) Der Leistungserbringer muss über eine eigene Postadresse und geeignete Räumlichkeiten für
  - die Beratung von Patienten und Angehörigen,
  - Teamsitzungen und Besprechungen sowie
  - die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und Hilfsmittelnverfügen.

## **§ 5** **Einzugsbereich**

- (1) Der Einzugsbereich umfasst die kreisfreie Stadt, Landkreis XXXXXX.
- (2) Der Leistungserbringer stellt im Rahmen seiner Kapazitäten die Versorgung der Versicherten in seinem Einzugsbereich mit Leistungen der SAPV sicher. Hierzu können auch Anlaufstellen eingerichtet werden.
- (3) Die Festlegung des Einzugsbereiches schließt den Abschluss von Verträgen mit anderen Leistungserbringern zur Versorgung der Versicherten mit SAPV im selben Einzugsbereich nicht aus.
- (4) Der Versicherte ist in der Wahl des Leistungserbringers frei, soweit dieser zur Erbringung der SAPV berechtigt ist. Wählt er nicht einen der nächst erreichbaren Leistungserbringer, kann die Krankenkasse die Übernahme der hierdurch entstehenden Mehrkosten ablehnen.

## **§ 6** **Inhalt und Umfang der Leistungen**

- (1) SAPV besteht aus folgenden Bestandteilen:
  - Steuerung der Verordnung gemäß Abs. 2 / Beratung sowie Koordination von Dritten gemäß Abs. 3,
  - teilweise Übernahme der spezialisierten pflegerischen und / oder ärztlichen Palliativversorgung,

- vollständige Übernahme der spezialisierten pflegerischen und / oder ärztlichen Palliativversorgung.
- (2) Der Leistungserbringer prüft im Rahmen des Eingangsassessments innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Erhalt der Verordnung die Notwendigkeit und Eignung der besonderen Mittel der SAPV.
  - (3) Der Leistungserbringer prüft, ob eine Leistung selbst oder durch Kooperationspartner erbracht werden kann. Er beauftragt eventuell erforderliche Kooperationspartner.
  - (4) Die Beratung beinhaltet Gespräche mit anderen Leistungserbringern wie Ärzten und Krankenpflegediensten, Angehörigen und Patienten. Koordination meint die Vermittlung an geeignete dritte Leistungserbringer, aber auch die Beantragung von Hilfsmitteln, die Vermittlung spiritueller Betreuung etc. Beratung und Koordination werden weitmöglichst von Pflegefachkräften, bei Bedarf von Ärzten erbracht.
  - (5) Bestandteil der SAPV ist ebenfalls die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln (einschließlich Betäubungsmitteln) im Rahmen einer Versorgung im akuten Krisenfall.
  - (6) Bestandteil der SAPV ist ebenfalls die spezialisierte ärztliche Teilleistung, nicht jedoch die pflegerische Palliativversorgung in stationären Hospizen, soweit sie nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden kann. SAPV Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI sind Bestandteil dieses Vertrages.
  - (7) Von den SAPV-Leistungserbringern und deren Kooperationspartnern nach §§ 7a – 7b dürfen bei vollständiger Übernahme der spezialisierten pflegerischen und / oder ärztlichen Palliativversorgung zeitgleich keine komplementären Leistungen abgerechnet werden. Die zusätzliche Abrechnung von Leistungen nach den §§ 37, 37 a, 43 Abs. 2 SGB V ist demnach ausgeschlossen. Auch die in Anlage 3 genannten EBM-Positionen dürfen nicht zusätzlich zur SAPV abgerechnet werden. Leistungen, die nach dem SGB XI abgerechnet werden, bleiben von der SAPV unberührt.

## **§ 7 Kooperationen**

- (1) Die Leistungserbringer sind Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem, die eng mit den anderen an der palliativmedizinischen Versorgung beteiligten Vertragspartnern zusammenarbeiten. Dies gilt sowohl für Palliativeinrichtungen wie Hospize und Krankenhäuser mit Palliativstationen, aber auch für andere Leistungsanbieter im Gesundheitsmarkt wie Krankenpflegedienste, Ärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Apotheken sowie begleitende Angebote wie Seelsorge und ambulante Hospizdienste. Bestehende und abzuschließende Kooperationsvereinbarungen können von den Krankenkassen eingefordert werden. Sie erhalten jährlich zum 30.11. EDV-lesbare Listen der aktuellen Kooperationspartner nach § 7 a-c.
- (2) Soweit Fachkräfte und / oder Institutionen, die in §§ 7a bis 7c nicht genannt werden, in die SAPV vertraglich eingebunden werden, haben diese eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder eine mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung nachzuweisen.

## **§ 7a**

### **Kooperation mit Krankenpflegediensten**

- (1) Der Leistungserbringer prüft, ob eine SAPV-Pflegeleistung teilweise oder vollständig durch einen Krankenpflegedienst durchgeführt werden kann und beauftragt diesen mit der Durchführung der SAPV-Leistung.
- (2) Kooperierende Krankenpflegedienste müssen mindestens folgende Voraussetzungen erfüllen:
  1. Zulassung als Krankenpflegedienst nach § 132 a Abs. 2 SGB V,
  2. Bereitschaft, Palliativpatienten zu betreuen und
  3. mindestens drei fest angestellte Pflegefachkräfte mit Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden.
- (3) In einem Kooperationsvertrag wird die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und kooperierendem Krankenpflegedienst festgeschrieben. Bestandteil sind u. a. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen, die Rechnungslegung im Innenverhältnis und die Weitergabe der Vergütungsanteile gemäß § 10.

## **§ 7b**

### **Kooperation mit niedergelassenen Ärzten**

- (1) Der Leistungserbringer prüft, ob eine ärztliche Behandlung im Rahmen der SAPV teilweise oder vollständig durch eine niedergelassene Ärztin / einen niedergelassenen Arzt mit erbracht werden kann und beauftragt diesen ggf. mit der Durchführung der SAPV-Leistung.
- (2) Kooperierende Ärzte müssen mindestens folgende Voraussetzungen erfüllen:
  1. Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung,
  2. Bereitschaft, Palliativpatienten zu betreuen und
  3. Weiterbildung „Kursweiterbildung Palliativmedizin“ (40 Stunden).
- (3) In einem Kooperationsvertrag wird die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und kooperierender Ärztin / kooperierendem Arzt festgeschrieben. Bestandteil sind u. a. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen, die Rechnungslegung im Innenverhältnis und die Weitergabe der Vergütungsanteile gemäß § 10.

## **§ 7c**

### **Kooperation mit Apotheken / Arzneimittelversorgung im Notfall**

- (1) Der Leistungserbringer kooperiert mit einer oder mehreren Apotheken, um eine Lagerhaltung an Medikamenten für den Notfall sicherzustellen.
- (2) Kooperierende Apotheken müssen mindestens folgende Voraussetzungen erfüllen:
  1. Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke,
  2. Vorhaltung von palliativmedizinisch relevanten Arzneimitteln sowie
  3. möglichst Fortbildung zum Fachapotheker für Offizin- oder onkologische Pharmazie sowie möglichst Kursweiterbildung Palliativmedizin / Palliative Care (40 Stunden).

## **§ 8 Qualitätssicherung**

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Er beteiligt sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung.
- (2) Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und auf Anforderung dem MDK vorzulegen. Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten und - soweit vorhanden - allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Es soll so weit wie möglich kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der Netzwerkpartner gemäß Kerndatensatz für Palliativpatienten der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) in seiner jeweils gültigen Fassung bestehend aus Teil 1 Kerndatensatz für Palliativpatienten und Teil 2 Modul SAPV Struktur sein.
- (3) Durch den Leistungserbringer sind bedarfsgerechte multiprofessionelle Fallbesprechungen und Netzwerktreffen durchzuführen. Er nimmt regelmäßig an fachspezifischen und sektorübergreifenden regionalen Besprechungen zur Erhöhung der Qualität teil, an denen möglichst alle anderen an der Patientenversorgung Beteiligten mitwirken.
- (4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Krankenkassen wesentliche Änderungen der vertraglichen Voraussetzungen unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Dies betrifft insbesondere:
  - Trägerwechsel
  - Änderung der Anschrift
  - Betriebsaufgabe

Die Krankenkasse ist berechtigt, die Voraussetzungen nach §§ 2-7, § 8 Abs. 1 und 3 sowie § 9 zu prüfen, ggf. auch in den Räumlichkeiten der Leistungserbringer.

- (5) Die Kooperationspartner nach §§ 7ff. sollen in alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung eingebunden werden.

## **§ 9 Fort- und/oder Weiterbildung**

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, auf die Fachlichkeit aller unter § 3 beschäftigten spezialisierten Leistungserbringer, die länger als ein Jahr beim Leistungserbringer tätig sind, durch regelmäßige Teilnahme an berufs- bzw. aufgabenbezogenen, internen und externen Fort- und / oder Weiterbildungsmaßnahmen hinzuwirken.

Die Maßnahmen sollen insbesondere den aktuellen palliativmedizinischen / -pflegerischen Stand vermitteln und nicht ausschließlich als interne Schulungen aller Beschäftigten durchgeführt werden. Fachbezogene Literatur ist vorzuhalten.

- (2) Der Umfang der Fort- und / oder Weiterbildungen beträgt durchschnittlich 20 Stunden pro Vollzeitstelle innerhalb von zwei Kalenderjahren.

## § 10 Vergütung

- (1) Die Vergütung erfolgt in Form von Pauschalen. Die konkrete Höhe der Vergütung ist in Anlage 4 geregelt.
- (2) Für die Erstberatung enthält der Leistungserbringer einmalig pro Leistungsfall eine Eingangspauschale: Pauschale E. Wird die SAPV in einem stationären Hospiz erbracht, ist die Pauschale E zu 50 % abrechenbar.
- (3) Für die Beratung und Koordination durch die Pflegekraft und / oder den Arzt (gemäß § 3) erhält der Leistungserbringer kalendertäglich die Pauschale B. Die Berechnung für einen Patienten erfolgt kalendertäglich und wird für die gesamte Dauer der Betreuung fällig. Die parallele Erbringung pflegerischer und ärztlicher Leistungen ist dafür nicht zwingend erforderlich. Die Pauschale B beinhaltet neben dem Aufwand für die Steuerung der Verordnung gemäß § 6 Abs. 1 und für die Weiterleitung von Vergütungsanteilen an Kooperationspartner auch Aufwendungen für die Vorhaltung der palliativärztlichen bzw. -pflegerischen Bereitschaft. Die Pauschale B wird nicht fällig, wenn die SAPV in einem stationären Hospiz erbracht wird. Für komplette Kalendertage, an denen sich der Versicherte in vollstationärer Krankenhausbehandlung befindet, wird die Pauschale B ebenfalls nicht fällig.
- (4) Für die teilweise oder vollständige Übernahme der ambulanten palliativmedizinischen Pflege erhält der Leistungserbringer folgende Pauschalen:
  - Umfangreiche Behandlungspflege inkl. Schmerzprotokolle etc. (Aufwand: bis zu 30 Minuten):  
Pauschale P1
  - inkl. parenterale Ernährung oder Kurzinfusion (Aufwand: 31 bis 50 Minuten):  
Pauschale P2
  - inkl. parenterale Ernährung und Kurzinfusionen (Aufwand: über 50 Minuten):  
Pauschale P3.

Eine Berechnung für einen Patienten kann maximal dreimal täglich erfolgen. Eine parallele Abrechnung der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V während des selben palliativmedizinischen Pflegeeinsatzes (P1 bis P3) ist durch denselben Pflegeanbieter nicht möglich.

- (5) Für die teilweise oder vollständige Übernahme der ambulanten palliativmedizinischen ärztlichen Versorgung erhält der Leistungserbringer folgende Pauschalen:
  - Arztbesuch im Regelfall (Aufwand: 16 bis 70 Minuten):  
Pauschale A1
  - Arztbesuch mit erheblichem Aufwand (Aufwand: über 70 Minuten):  
Pauschale A2

In der Woche sind maximal sieben Einsätze abrechenbar, mehrere Einsätze an einem Tag sind möglich.

- (6) Sämtliche Vergütungen beinhalten den notwendigen Verwaltungsaufwand, u. a. Vorbereitungs-, Nachbereitungs- und Dokumentationsaufwand, die Übersendung der Dokumentation oder Teilen der Dokumentation für die Mitwirkungspflicht nach § 276 Abs. 1 SGB V, Aufwand für den Datenträgeraustausch, Qualitätssicherung, Leistung nachts und an Wochenenden sowie gesetzlichen Feiertagen, Fahrtkosten sowie die Wegezeiten.



- (7) Die Abrechnung erfolgt einheitlich für alle Institutionen, die gemeinsam die SAPV erbringen, sowie für alle Kooperationspartner ausschließlich durch eine vom Leistungserbringer zu benennende Abrechnungsstelle.
- (8) Für Zeiträume vor dem Ausstellungsdatum der Verordnung können Vergütungen nur abgerechnet werden, wenn eine Genehmigung der Krankenkasse für diesen rückwirkenden Verordnungszeitraum vorliegt.
- (9) Mit Eintritt des Todes des Versicherten endet die Anspruchsvoraussetzungen für die SAPV und damit auch die Abrechnungsberechtigung nach diesem Vertrag. Bei Leistungen nach dem Tode (z. B. Trauerbegleitung der Angehörigen, Leichenschau) handelt es sich nicht um SAPV.

## **§ 11**

### **Verordnung und Entscheidung über die Leistungserbringung**

- (1) Für die Erbringung der SAPV ist eine Verordnung durch niedergelassene Vertrags- oder Krankenhausärzte sowie eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse erforderlich. Die rückwirkende Verordnung der SAPV ist ausgeschlossen; die Sicherstellung der kurzfristigen Versorgung an Wochenenden/Feiertagen bleibt hiervon unberührt.
- (2) Für die Verordnung wird das Muster der Vordruckkommission (Nr. 63) eingesetzt. Die Verordnung wird zunächst dem SAPV-Leistungserbringer vorgelegt. Er wirkt darauf hin, dass die Diagnose deutlich lesbar, umfassend und in der ICD-10-Systematik verschlüsselt auf der Verordnung vermerkt wird. Spätestens nach drei Arbeitstagen wird die Verordnung der zuständigen Krankenkasse einschließlich der Angaben zu den vorgesehenen Pauschalen nach § 10 (vgl. Anlage 5) vorgelegt.
- (3) Für Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln durch Ärzte des Leistungserbringers sind ausschließlich die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vereinbarten Vordrucke (Muster 13, 14, 16 und 18) zu verwenden. Bei der zeitgleichen Verordnung von Arzneimitteln einerseits und Hilfsmitteln andererseits sind jeweils getrennte Vordrucke nach Muster 16 zu verwenden. Auf den Verordnungen ist die von der KBV vergebene SAPV-Betriebsstätten-Nummer (SAPV-BSNR) sowie die Pseudo-Arzt-Nummer 333333300 anzugeben. Die SAPV-BSNR und Pseudo-Arzt-Nummer dürfen nur für Verordnungen im Rahmen dieses SAPV-Vertrages auf Basis einer gültigen SAPV-Verordnung verwendet werden. Für die Verordnung weiterer Leistungen (z. B. Krankenseinweisungen, Diagnostik, Krankentransport, Sprechstundenbedarf) dürfen die SAPV-BSNR und Pseudo-Arzt-Nummer nicht verwendet werden. Die Kosten für die Bearbeitung und Vergabe der SAPV-BSNR sind durch den antragstellenden Leistungserbringer zu tragen.
- (4) 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 § 10, wenn die Verordnung gemäß Abs. 2 spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

## **§ 12**

### **Rechnungslegung, Zahlungsfrist, Beanstandung, Verjährung**

- (1) Für Inhalt und Form der Abrechnung gelten die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund nach § 302 Abs. 2 SGB V für sonstige Leistungserbringer in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die Rechnung muss folgende Mindestangaben enthalten (vgl. Anlage 6):

- Name, Anschrift, Unterschrift und Institutionskennzeichen des SAPV-Leistungserbringers,
  - Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungsnummer des Leistungsbeziehers,
  - Diagnoseverschlüsselung nach ICD-10,
  - Art und Anzahl der kalendertäglich tatsächlich erbrachten Leistungen,
  - Tag und Uhrzeit des Leistungsbeginns,
  - Tag und Uhrzeit des Leistungsendes bzw. Dauer der Leistungserbringung,
  - Angabe der beteiligten Kooperationspartner.
- (3) Zahlungen an eine durch den Leistungserbringer ermächtigte Abrechnungsstelle / Verrechnungsstelle setzen voraus, dass der Krankenkasse eine Ermächtigungserklärung vorliegt. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung, es sei denn, der Krankenkasse liegt ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor.
- (4) Die Abrechnung ist versichertenbezogen einmal monatlich unter Beifügung der Verordnungen zu erstellen und bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen einzureichen. Die Mindestinhalte ergeben sich aus Anlage 6. Die Krankenkassen sind zur Rechnungsbegleichung nur verpflichtet, sofern eine versicherungs-, leistungs- und vertragsrechtliche Anspruchsberechtigung gegeben ist. Die Abrechnung unter dem Namen des Zugelassenen ist mit dem speziellen SAPV-IK zu versehen und als solche deutlich zu kennzeichnen. Die Zahlung sämtlicher Vergütungsbestandteile gemäß § 10 erfolgt mit schuldbefreiender Wirkung an den Leistungserbringer. Die Umverteilung der einzelnen Vergütungsbestandteile an Kooperationspartner obliegt dem Leistungserbringer.
- (5) Werden Nachberechnungen gestellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen. Darauf ist "Nachberechnung" und das Datum der Bezahlung der Erstrechnung zu vermerken.
- (6) Maßgeblich für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle nach Abs. 2 zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen bei der Krankenkasse vorliegen. Zusammengehörige Rechnungsunterlagen müssen in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang angeliefert werden. Die Krankenkasse behält sich vor, nicht korrekt gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen.
- (7) Die Rechnungen sind innerhalb von 21 Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse zu begleichen. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Bei Abrechnung mittels DTA verkürzt sich die Zahlungsfrist auf 14 Tage.
- (8) Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden.
- (9) Forderungen aus Vertragsleistungen können nach Ablauf eines Jahres, gerechnet vom Ende des Monats, in dem sie abgeschlossen worden sind, nicht mehr erhoben werden.

### **§ 13 Zuzahlungen**

- (1) SAPV wird als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Jegliche Zahlungen vom/von 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 Krankenkasse verspätet eingereicht wird, da Kosten erst ab Eingang der Verordnung bei der Krankenkasse gemäß § 11 dieses Vertrages übernommen werden.

## **§ 14**

### **Datenschutz und Schweigepflicht**

- (1) Die Vertragsparteien sind 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 verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder zu nutzen.
- (2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheit der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind.
- (3) Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht zu verpflichten.

## **§ 15**

### **Außerordentliche Kündigung**

- (1) Das Vertragsverhältnis kann von den Krankenkassen bzw. einer einzelnen Krankenkasse ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn der Leistungserbringer seine gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten gegenüber den Versicherten oder den Krankenkassen derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist. Eine gröbliche Pflichtverletzung in diesem Sinne liegt insbesondere vor bei:
- a) fortgesetzter Nichterfüllung wesentlicher fachlicher und qualitativer Voraussetzungen,
  - b) wiederholter Abrechnung von nicht erbrachten Leistungen,
  - c) Forderung bzw. Annahme von Zahlungen oder sonstiger geldwerter Vorteile von den Versicherten für Leistungen nach diesem Vertrag.
- (2) Des Weiteren haben die Krankenkassen das Recht zur außerordentlichen Kündigung, wenn der Leistungserbringer zahlungsunfähig ist oder über sein Vermögen das Gesamtvollstreckungs- bzw. Insolvenzverfahren eröffnet ist.

## **§ 16**

### **Inkrafttreten, Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag einschließlich seiner Anlagen tritt am \_\_\_\_\_ in Kraft. und ersetzt den Vertrag vom \_\_\_\_\_. Der Vertrag kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (2) Die Kündigung durch eine Krankenkasse berührt nicht die Gültigkeit des Vertrages zwischen den verbliebenen Vertragsbeteiligten.
- (3) Die Anlage 4 kann eigenständig mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, frühestens zum \_\_\_\_\_.

- (4) Einvernehmlich vereinbarte Änderungen dieses Vertrages in schriftlicher Form sind möglich, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

## **§ 17 Salvatorische Klausel**

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.
- (2) Bei Änderung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V in Verbindung mit § 37 b Abs. 3 SGB V oder der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132 d Abs. 2 SGB V (*vgl. § 1 Abs. 2*) prüfen die Vertragspartner, ob dieser Vertrag anzupassen ist.
- (3) Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Einrichtungsträger

\_\_\_\_\_  
AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen  
Zugleich handelnd für den BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Niedersachsen

\_\_\_\_\_  
Knappschaft, Regionaldirektion Hannover

\_\_\_\_\_  
IKK classic

\_\_\_\_\_  
SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
- Der Leiter der Landesvertretung Niedersachsen -

## **Ergänzung zum Vertrag bzw. Nebenabsprache**

Übergangsregelungen sind in palliativmedizinisch noch nicht ausreichend entwickelten Regionen nach Vorlage des Versorgungskonzeptes zeitlich begrenzt in Einzelfällen möglich. Innerhalb von 2 Jahren müssen die Strukturen die Anforderungen der §§ 3,4,7 und 7a-c vollumfänglich erfüllen .

In Regionen ohne SAPV Leistungserbringer sind darüber hinaus Übergangsregelungen zur Qualifikation von Kooperationspartnern nach §§ 7ff. dieses Vertrages (Nachqualifizierung von Fachkräften) entsprechend der regionalen Gegebenheiten möglich, diese sind zwischen den Leistungsanbietern der SAPV und dem zuständigen Landesverband der Krankenkassen individuell abzustimmen. Sofern die personellen Mindestanforderungen nach § 7a des Mustervertrages durch einen nds. kooperierender Pflegedienst nicht erfüllt werden, kann im Einzelfall die Bildung eines Mitarbeiterpools von ausgebildeten Palliativ-Care-Fachkräften in der SAPV vereinbart werden, Hierzu bedarf es der Vorlage eines Versorgungskonzeptes sowie der Anerkennung durch den zuständigen Landesverband der Krankenkassen. Einzelfallentscheidungen werden ausschließlich befristet ausgesprochen.

Die Krankenkassen beziehen bei der Auswahl ihrer Vertragspartner die bereits bestehenden Strukturen, insbesondere die Palliativ-Stützpunkte, so weit wie möglich ein. Auf die bereits tätigen Leistungserbringer ist zurückzugreifen, soweit sie die vertraglichen Voraussetzungen erfüllen oder im Rahmen einer Übergangsregelung erfüllen werden.

## **Anlagen zum Vertrag**

- Anlage 1: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V in Verbindung mit § 37 b Abs. 3 SGB V**
- Anlage 2: Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 d Abs. 2 SGB V**
- Anlage 3: Abrechnungsausschluss vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ziffern)**
- Anlage 4: Vergütung**
- Anlage 5: Anlage zum Verordnungsformular**
- Anlage 6: Abrechnungsbogen**