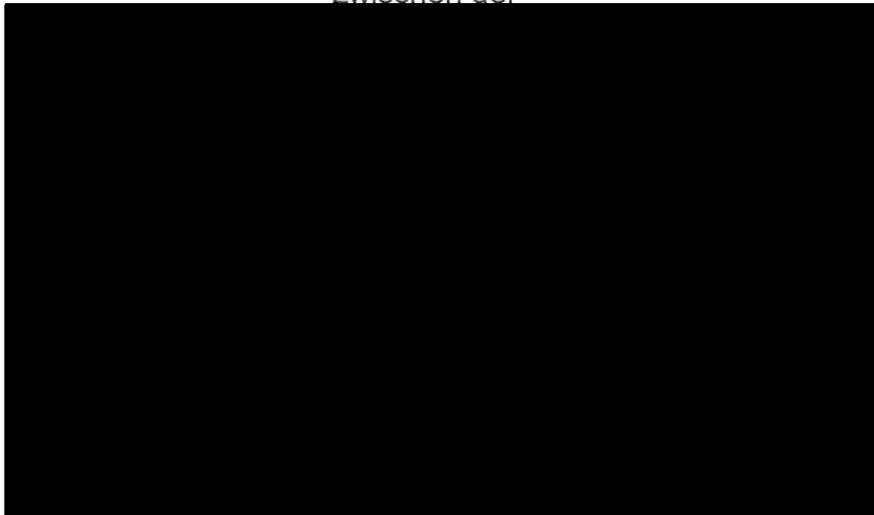


**Vereinbarung  
gemäß § 132d Abs. 1 i. V. m. § 37b SGB V**

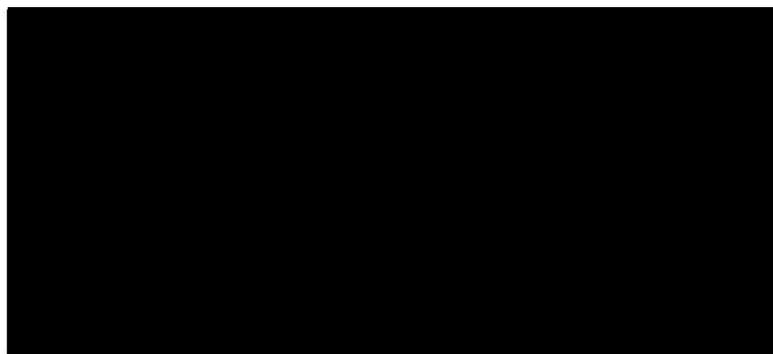
**über die  
spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)  
von unheilbar erkrankten Menschen  
im häuslichen Umfeld**

zwischen der



(nachfolgend PCT genannt)

und



(nachfolgend Krankenkassen genannt)

## Inhaltsverzeichnis:

	Präambel
§ 1	Ziel, Geltungsbereich und Gegenstand
§ 2	Grundsätze der Leistungserbringung
§ 3	Strukturanforderungen an das PCT
§ 4	Aufgaben des PCT
§ 5	Mitwirkung von Vertragsärzten im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung
§ 6	Aufgaben der mitwirkenden Vertragsärzte
§ 7	Qualitätssicherung
§ 8	Vergütung und Abrechnung
§ 9	Datenschutz
§ 10	Haftung
§ 11	Sonstige Bestimmungen
§ 12	Inkrafttreten/Kündigung
	Protokollnotizen

## Anlagen:

Anlage 1	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)
Anlage 2	Mitwirkungserklärung des koordinierenden Vertragsarztes
Anlage 3	Datenerhebungsbogen
Anlage 4	Pflegekurzbericht
Anlage 5	Basisdokumentation des PCT (Teil 1 und 2)
Anlage 6	Vergütung des PCT sowie der nach § 5 mitwirkenden Vertragsärzte
Anlage 7	Abrechnung gegenüber den Krankenkassen

## Präambel

Unheilbar erkrankte Menschen wünschen oftmals nicht in der teilweise als anonym erlebten Umgebung eines Krankenhauses zu sterben, sondern in eigener häuslicher Umgebung. Das Sterben zu Hause stellt heute allerdings eher eine Ausnahme dar. Die Vertragspartner stimmen in der Einschätzung überein, dass die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung durch zielgerichtetes Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten (nachfolgend Vertragsärzte genannt), die u. a. auch die allgemeine ambulante Palliativversorgung sicherstellen, Leistungserbringern der SAPV und ambulanten Hospizdiensten sowie psychoonkologischen Betreuungsdiensten verbessert werden können. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche dieser Menschen sowie die Belange ihrer oder vertrauten Personen stehen dabei im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügung zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.

## § 1

### Ziel, Geltungsbereich und Gegenstand

- (1) Ziel der Vereinbarung ist es, eine ambulante Versorgung unheilbar kranker Menschen in der letzten Phase ihres Lebens in häuslicher Umgebung zu sichern, ihre Lebensqualität unter Berücksichtigung des Krankheitsstadiums zu verbessern bzw. zu erhalten und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Weitere Ziele sind die Strukturierung der Behandlungsabläufe und deren Anpassung an den besonderen Bedarf der betroffenen Versicherten im ambulanten Bereich.
- (2) Gegenstand der Vereinbarung ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) unheilbar kranker Menschen in der letzten Phase ihres Lebens. Die allgemeine ambulante palliativmedizinische Versorgung obliegt grundsätzlich den die Versicherten betreuenden Vertragsärzten im Rahmen der ambulanten Versorgung und ist nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.
- (3) Diese Vereinbarung gilt
  - für das PCT sowie die im Rahmen dieser Vereinbarung kooperierenden Leistungserbringer und komplementären Einrichtungen und
  - für Versicherte der AOK Brandenburg sowie der IKK Brandenburg und Berlin mit Wohnsitz im Versorgungsgebiet Potsdam (Stadt Brandenburg an der Havel, anliegende Gemeinden des Landkreises Potsdam-Mittelmark, Landkreis Havelland), die der SAPV gemäß der SAPV-RL bedürfen.

## § 2

### Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird dem Versicherten als Sachleistung zur Verfügung gestellt und ist intermittierend oder durchgängig nach Bedarf als
- Beratungsleistung,
  - Koordination der Versorgung,
  - additiv unterstützende Teilversorgung,
  - vollständige Versorgung
- vom PCT zu erbringen, soweit die allgemeine Palliativversorgung und das bestehende ambulante Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste, nicht ausreicht.
- (2) Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie orientiert sich am individuellen Hilfebedarf des Versicherten, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.
- (3) Sofern Kinder und Jugendliche versorgt werden, sind deren Belange besonders zu berücksichtigen.
- (4) a) Art, Umfang, Inhalt und Dauer der vom PCT zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der Verordnung der/des behandelnden Vertragsärztin/-arztes sowie ggf. der/des Krankenhausärztin/-arztes (Anlage 1). Die Verordnung sollte inhaltlich mit dem PCT abgestimmt werden. Bei Verordnung durch eine/einen Krankenhausärztin/-arztes ist die Dauer der Verordnung auf längstens sieben Tage begrenzt. Auf Grundlage der Verordnung wird das PCT bis zur Entscheidung der Krankenkasse über die Genehmigung tätig. Solange die Genehmigung als Grundlage der weiteren Leistungserbringung nicht vorliegt, erfolgt die Leistungserbringung im Rahmen der vorläufigen Kostenübernahme, es sei denn, die Voraussetzungen für eine vorläufige Kostenübernahme liegen nicht vor (Abs. 4). Rechtzeitig vor Ablauf der Erstverordnung ist ggf. eine notwendige Folgeverordnung einzureichen und zur Genehmigung der Krankenkasse vorzulegen.
- b) Die ärztliche Verordnung bzw. Folgeverordnung gemäß Abs. 1 ist grundsätzlich der zuständigen Krankenkasse zur Prüfung und Genehmigung, ggf. zur Einschaltung des Medizinischen Dienstes, vorzulegen (für AOK Brandenburg-Versicherte dem zuständigen AOK-Pflege-Center; sofern der Antrag durch das PCT einer unzuständigen Geschäftsstelle zugeleitet wurde, gilt für den internen Postweg ein Tag). Der Folgeverordnung ist im Rahmen einer Teil- oder Vollversorgung des Versicherten gemäß Abs. 1 grundsätzlich der Pflegekurzbericht (Anlage 4) für den vorangegangenen Bewilligungszeitraum beizufügen.
- c) Die Krankenkasse übernimmt vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der /dem Vertragsärztin/-arzt verordneten und vom PCT erbrachten Leistungen, wenn die vollständig ausgefüllte Verordnung

(insbesondere die verordnungsrelevanten Diagnosen als medizinische Begründung, der Behandlungs-, Betreuungs- und/oder Hilfebedarf des Versicherten, der Beginn und die Dauer der zu erbringenden Leistungen sowie das Ausstellungsdatum) am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der unter Buchstabe c) genannten Stelle der Krankenkasse vorliegt (vorläufige Kostenübernahme). Ggf. kann die Verordnung vorab per Telefax (Empfangsbereitschaft wird seitens der Krankenkassen jederzeit sichergestellt) vollständig übersandt werden (Original ist dann unverzüglich nachzureichen).

- (5) Über die Leistungserbringung entscheidet die jeweils zuständige Krankenkasse grundsätzlich innerhalb einer Woche. Wird von der Krankenkasse eine Ablehnung der ärztlich verordneten Leistung für erforderlich gehalten oder genehmigt sie Leistungen nicht im vollen ärztlich verordneten Umfang, wird diese Entscheidung der/dem Versicherten schriftlich bekannt gegeben. Das PCT wird über die Entscheidung der Krankenkasse schriftlich informiert. Es hat sicher zu stellen, dass die ggf. an der Versorgung/Betreuung beteiligten Pflegedienste sowie der/die Vertragsarzt/-ärztin informiert werden.
- (6) Eine vorläufige Kostenübernahme ist ausgeschlossen, wenn
  - für das PCT offensichtlich erkennbar ist, dass die Verordnung keine Leistungen nach § 37b Abs. 1 und 2 SGB V enthält,
  - Leistungen verordnet wurden, die nicht im Verzeichnis der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V in der jeweils gültigen Fassung enthalten sind.
- (7) 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.
- (8) Jegliche Änderungen oder Ergänzungen der Verordnung im Rahmen der Anpassung des bereits genehmigten Versorgungsumfangs obliegen dem behandelnden Vertragsarzt in Abstimmung mit dem PCT und bedürfen einer erneuten Bestätigung mit Arztunterschrift, Stempel und Datum sowie der Genehmigung durch die Krankenkasse gemäß Abs. 4.
- (9) Die Sicherstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei, Heil- und Hilfsmitteln obliegt den betreuenden Vertragsärzten im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung, so weit es sich nicht um eine Krisensituation handelt.
- (10) Im Sinne der Wirtschaftlichkeit sind verordnete Leistungen der SAPV und der Häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen der Pflegeversicherung, soweit möglich und sinnvoll, innerhalb eines Einsatzes zu erbringen.
- (11) Durch Kooperation aller am Versorgungsprozess Beteiligten ist auf eine effiziente Leistungserbringung und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Versicherten und seinen Bezugspersonen hinzuwirken.

### § 3

#### Strukturanforderungen an das PCT

- (1) Grundlage für den Vertragsabschluss bildet ein Konzept, in dem der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben sind. Das Konzept ist den Krankenkassen vor Vertragsabschluss einzureichen.
- (2) Personelle Anforderungen
  - a) Das PCT – als Kernteam muss folgende Fachlichkeit nachweisen:
    - Arzt/Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer,
    - Pflegefachkraft/-kräfte, die
      - o die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin/Altenpfleger besitzen,
      - o den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) im Umfang von mindestens 160 Stunden nachweisen können,
      - o eine mindestens zweijährige berufspraktische Tätigkeit innerhalb der letzten drei Jahre in der Palliativversorgung, davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung nachweisen können.
  - \*Protokollnotiz 1*
  - Koordinatorin/Koordinator, die/der
    - o die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin/Altenpfleger besitzen, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter besitzt,
    - o den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme nach dem Curriculum der DGP im Umfang von mindestens 160 Stunden nachweisen kann,
    - o eine mindestens zweijährige berufspraktische Tätigkeit innerhalb der letzten drei Jahre in der Palliativversorgung, davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung nachweisen können.
- (3) Zur Sicherstellung der SAPV im Versorgungsgebiet Potsdam sind durch das PCT verpflichtend weitere Leistungserbringer vertraglich einzubinden *\*Protokollnotiz 2:*

- Ärztinnen/Ärzte, die die Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 erfüllen *\*Protokollnotiz 3*
- zugelassene Pflegedienste mit Vertrag nach § 132 a SGB V zur Häuslichen Krankenpflege bzw. mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur ambulanten Pflege, die Pflegefachkräfte in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis angestellt haben, die die Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 erfüllen. *\*Protokollnotiz 4* Diese Pflegedienste haben zu garantieren, dass die Leistungen im Rahmen der SAPV ausschließlich durch diese qualifizierten Pflegefachkräfte erbracht werden.

Weitere vertraglich einzubindende Fachkräfte wie z. B. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Psychologinnen/Psychologen, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen haben ebenfalls den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme nach dem Curriculum der DGP für anderen Berufsgruppen im Umfang von mindestens 160 Stunden *\*Protokollnotiz 5* oder mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung nachzuweisen.

Zur Sicherstellung der psychosozialen Unterstützung sind ambulante Hospizdienste gemäß § 39 a Abs. 2 SGB V im Versorgungsgebiet kooperativ einzubinden.

Die Nachweise gemäß Ziffer (2) und (3) sind bei den Krankenkassen in beglaubigter Form einzureichen.

#### (4) Sächliche Grundausstattung:

- Das PCT hat als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicher zu stellen:
  - o eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation
  - o eine ausreichende und geeignete Mobilität zur zeitnahen häuslichen Versorgung der Patienten
  - o Arzneimittel (inkl. Betäubungsmittelgesetz – BtM –) für die Notfall/Krisenintervention *\*Protokollnotiz 6*
  - o Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z. B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen)
  - o eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik
- Das PCT muss über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für
  - o die Beratung von Patienten und Angehörigen,
  - o Teamsitzungen und Besprechungen,
  - o die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall-/Krisenintervention und Hilfsmitteln verfügen.
- Sofern eine Aufbewahrung von Medikamenten erfolgt, die unter das BtM fallen, ist ein BtM-Schrank erforderlich.

## § 4

### Aufgaben des PCT

- (1) Das PCT wird auf Verordnung (Anlage 1) des behandelnden Vertragsarztes tätig. Es wird vorrangig beratend, koordinierend und ggf. mitbehandelnd in Fällen tätig, bei denen spezielle palliativmedizinische Kenntnisse für die Symptomkontrolle oder -intervention bzw. spezielle palliativpflegerische Kenntnisse erforderlich sind. Das PCT arbeitet eng mit den die betreffenden Versicherten im Rahmen der Regelversorgung betreuenden Vertragsärzten, den Pflegediensten und weiteren Kooperationspartnern zusammen. Nur im Ausnahmefall und phasenbezogen, insbesondere zur Vermeidung einer ansonsten gebotenen stationären Krankenhausbehandlung, sowie mit Zustimmung des Versicherten und in Abstimmung mit dem ihn behandelnden Vertragsarzt kann die Behandlung auf das PCT übergehen.
- (2) Das PCT hat die zuständige Krankenkasse über neu aufgenommene Versicherte und deren betreuende Vertragsärzte, die im Rahmen der SAPV nach dieser Vereinbarung mitwirken, zu informieren.
- (3) Das PCT erstellt für jeden zu versorgenden Versicherten einen individuellen Behandlungsplan, der mit den übrigen an der SAPV beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist.
- (4) Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Palliativärztin/eines Palliativarztes und/oder einer Palliativpflegefachkraft gemäß den Anforderungen des § 3 Abs. 1 ist zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit umfasst auch das umgehende Aufsuchen des Versicherten bei telefonischer Anforderung.  
Durch den hohen Grad der Erreichbarkeit und fachlicher Kompetenz muss das PCT in der Region eine reibungslos funktionierende Schnittstelle zwischen stationärem und ambulanten Sektor darstellen.
- (5) Die Koordinatorin/Der Koordinator des PCT übernimmt sowohl eine koordinierende als auch beratende Funktion. Sie/Er ist erste Ansprechpartnerin/erster Ansprechpartner in der Regelarbeitszeit und übernimmt die im Einzelfall erforderliche Koordination im Sinne des Case-Managements. Durch sie/ihn ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der SAPV-Versorgung des Versicherten beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle wichtigen Informationen über die vorhergehende Behandlung unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Regelungen ausgetauscht werden.  
Der Koordinatorin/Dem Koordinator des PCT obliegt das Monitoring der versichertenbezogenen Dokumentation durch die jeweiligen Leistungserbringer, die Organisation der psychosozialen Unterstützung und ggf. die Einschaltung weiterer Berufsgruppen wie Seelsorge, Sozialarbeit und Psycho(onko)logen im Sinne des System-Managements in Abstimmung mit dem Arzt/Ärztin des PCT.

(6) Die Dokumentation der versichertenbezogenen Leistungen durch die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer/Personen ist entsprechend der jeweiligen Berufsordnung sicherzustellen. Das PCT verfügt aufgrund eines einheitlichen Patientendokumentationssystems zu jeder Zeit über die notwendigen Informationen zum Versicherten.

Die Krankenkassen erhalten über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bei Bedarf Einsicht in die Patientendokumentation.

(7) Zu den Schwerpunktaufgaben des PCT gehören insbesondere:

- Beratung des mitwirkenden Vertragsarztes bei der
  - o Einstellung der Schmerztherapie/Symptomkontrolle,
  - o Verordnung von Medikamentenapplikationen über Pumpensysteme,
  - o künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsgabe in der letzten Lebensphase,
  - o Beurteilung und Einleitung einer qualitativen adäquaten Wundbehandlung,
  - o gezielten Einbeziehung des spezialisierten Palliativpflegedienstes.
- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von ambulanten 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 und Komplexität die Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht
- spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere und 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 Anspruchsberechtigten (einschließlich Hausbesuche) zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Anspruchsberechtigten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod
- spezialisierte Beratung weiterer betreuender Leistungserbringer der Primärversorgung
- psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten
- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen
- Dokumentierung und Evaluierung der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV

- (8) Die im PCT mitwirkenden Ärzte und Pflegefachkräfte nehmen an palliativmedizinischen bzw. palliativpflegerischen Fortbildungen in einem Umfang von 20 Zeitstunden (entsprechend 20 Punkten im Rahmen der ärztlichen Fortbildung) innerhalb von zwei Kalenderjahren teil.
- (9) Das PCT verpflichtet sich, während der Laufzeit dieser Vereinbarung abgestimmte statistische Daten zu erfassen und den vertragsschließenden Krankenkassen zur Verfügung zu stellen (Anlage 5).

## **§ 5**

### **Mitwirkung von Vertragsärzten im Rahmen der SAPV**

- (1) Die Mitwirkung an dieser Vereinbarung ist für Vertragsärzte freiwillig.
- (2) Die fallbezogene Mitwirkung an dieser Vereinbarung erklären Vertragsärzte schriftlich gegenüber dem PCT (Anlage 2).
- (3) Die Pflichten im Rahmen ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit bleiben unberührt.

## **§ 6**

### **Aufgaben der mitwirkenden Vertragsärzte**

- (1) Dem betreuenden Vertragsarzt obliegt die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen der gemäß § 1 betroffenen Versicherten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere im Rahmen der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung.
- (2) Der mitwirkende Vertragsarzt hat bei Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen des betroffenen Versicherten entsprechend der Richtlinie zur SAPV die Überweisung des betroffenen Versicherten zur palliativen Mitbetreuung an das PCT gemäß Verordnung vorzunehmen.
- (3) Darüber hinaus hat der mitwirkende Vertragsarzt im Rahmen dieser Vereinbarung folgende zusätzliche Aufgaben zu übernehmen:
  - Betreuung sowie Beratung des Versicherten sowie dessen Angehörigen zum Angebot des PCT
  - grundsätzlich telefonische Rückkopplung mit einem Palliativarzt des PCT vor einer stationären Einweisung aufgrund einer palliativmedizinischen Krisensituation
  - Anforderung und Teilnahme an Konsilien mit dem PCT auch im Rahmen von Hausbesuchen
  - Information des PCT über den Todestag des Versicherten

## § 7

### Qualitätssicherung

- (1) Das PCT ist verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen.
- (2) Das PCT bildet einen multidisziplinären Qualitätszirkel und tauscht sich regelmäßig mit den Vertragsärzten sowie allen übrigen in der SAPV Tätigen über Erfahrungen und Optimierungsmöglichkeiten aus. Es stellt sicher, dass die Vertragsärzte und alle in der SAPV Tätigen über die Termine des multidisziplinären Qualitätszirkel informiert werden und ermöglichen eine Teilnahme. Der multidisziplinäre Qualitätszirkel tritt mindestens halbjährlich zusammen.  
Inhalt und Ziel der multidisziplinären Qualitätszirkel sind insbesondere die qualifizierte Umsetzung von Behandlungsleitlinien bezogen auf die relevanten Erkrankungsbilder von Palliativpatienten mit Beschreibung der Schnittstellen und der Aufgabenverteilung der nach dieser Vereinbarung beteiligten Leistungserbringer u. a. für folgende Schwerpunkte:
  - Schnittstellen/Anlässe zur Einbeziehung der Palliativärzte
  - Schnittstellen/Anlässe zur Einbeziehung von spezialisierten Palliativpflegediensten mit Weiterbildung in Palliative-Care
  - systematischer und abgestufter Einsatz von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
  - Kriterien für die Notwendigkeit der Einweisung von Palliativpatienten in ein KrankenhausFerner ist ein geeignetes Verfahren zur Schmerzmessung und der daraus abzuleitenden medikamentösen Maßnahmen für eine sachgerechte Schmerztherapie abzustimmen. Die in den Qualitätszirkeln entwickelten Umsetzungsempfehlungen werden den Krankenkassen in geeigneter Weise zur Kenntnis gegeben.
- (3) Das PCT hat sich außerdem an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung zu beteiligen.
- (4) Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und auf Wunsch der Krankenkasse als Konzept vorzulegen. Das Dokumentationssystem muss versichertenbezogene 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.
- (5) Die Teilnahme an Supervision ist zu ermöglichen. Regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen sind in überschaubaren Intervallen durchzuführen; die inhaltliche und zeitliche Organisation ist den Beteiligten zu überlassen.

## § 8

### Vergütung und Abrechnung

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren eine pauschalisierte Vergütungsregelung. Näheres dazu wird in Anlage 6 bestimmt.
- (2) Für den besonderen Aufwand, der mit der Durchführung dieser Vereinbarung für die gemäß § 4 mitwirkenden Vertragsärzte entsteht, erhalten diese eine Vergütung vom PCT gemäß Anlage 6. Bei der Berechnung der Pauschale für gemeinsam durchgeführte Konsilien mit dem PCT im Rahmen von Hausbesuchen zur Vermeidung von ansonsten gebotener stationärer Krankenhausbehandlung (Anlage 6: PCT 05, HF 02) ist die Begründung für den Hausbesuch prüfbar zu dokumentieren.
- (3) Das PCT stellt den Krankenkassen monatlich versichertenbezogen die Leistungsvergütungen gemäß Anlage 6 unter Angabe der Namen der mitbetreuenden Ärzte und deren Leistungsumfang in Rechnung.
- (4) Die Krankenkassen vergüten die Leistungen nach Prüfung innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang.

## § 9

### Datenschutz

Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten gelten die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht sowie für die verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit gemäß SGB X in der jeweils gültigen Fassung.

## § 10

### Haftung

- (1) Die Haftung richtet sich nach den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Aus dieser Vereinbarung können gegen die Krankenkassen keine haftungsrechtlichen Ansprüche hergeleitet werden. Für den Fall, dass eine Krankenkasse dennoch haftungsrechtlich in Anspruch genommen wird, stellen die für die Versorgungsaufgaben nach dieser Vereinbarung jeweils zuständigen Beteiligten für von ihnen zu vertretende haftungsbegründende Umstände dieser Krankenkasse im Innen- und Außenverhältnis von der Haftung frei.

## § 11

### Sonstige Bestimmungen

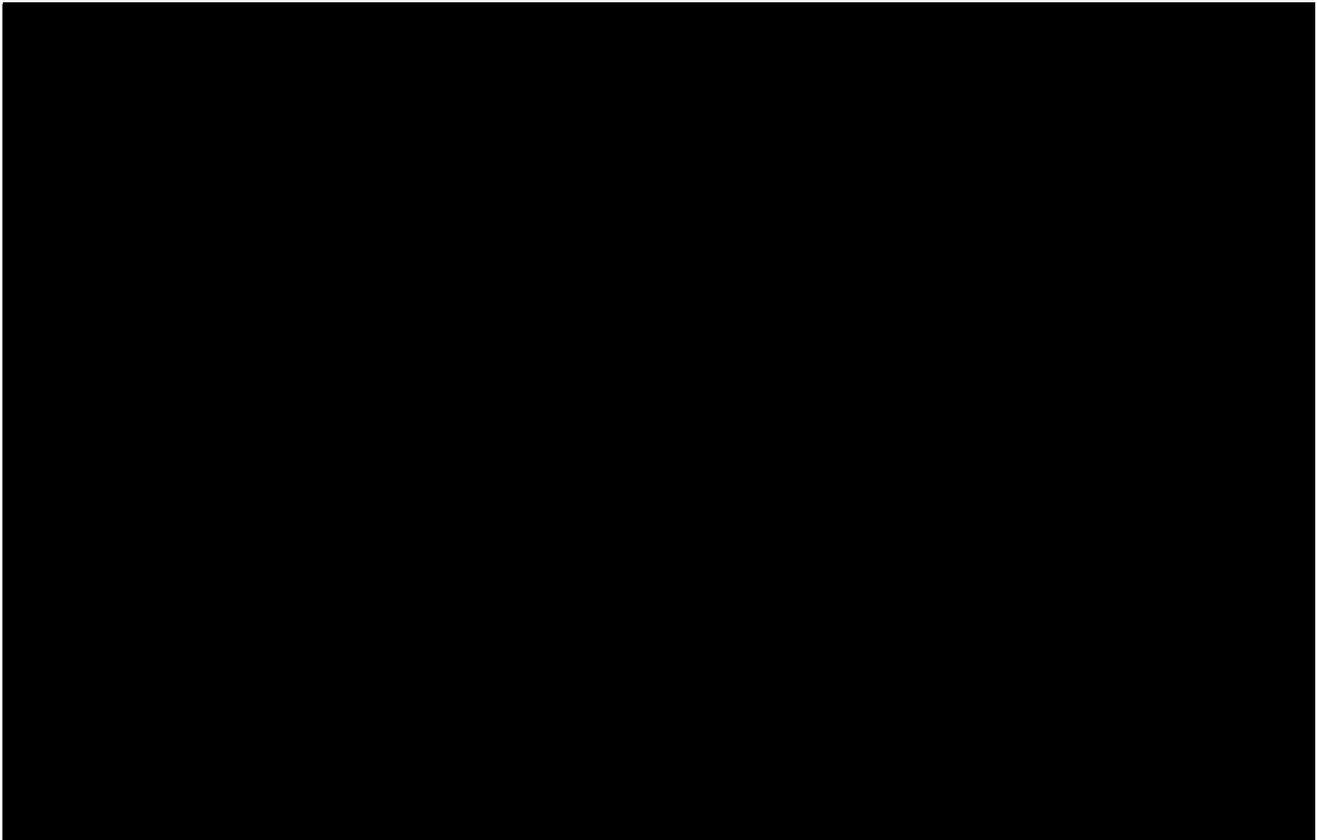
- (1) Die Vertragspartner werden die Versorgungsabläufe nach dieser Vereinbarung konstruktiv beobachten und sind bereit, erforderliche Anpassungen aufgrund der Praxiserfahrungen bei neuen Vertragsverhandlungen vorzunehmen.
- (2) Die Vertragspartner werden gemeinsam prüfen, inwieweit die Ziele nach § 1 Abs. 1 erreicht worden sind. Das PCT stellt hierzu die Dokumentationen nach Anlage 5 zur Verfügung.
- (3) Für die mitwirkenden Vertragsärzte, die nachweislich aufgrund einer intensiveren Betreuung von Palliativ-Patienten die Toleranzgrenzen der Wirtschaftlichkeitsprüfung überschreiten, stellt die AOK und IKK Brandenburg und Berlin geeignete Verwaltungsdaten zur Verfügung, um ihnen so den Nachweis der sachlichen Notwendigkeit zu erleichtern.
- (4) Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden oder die Vereinbarung unvollständig sein, so wird die Vereinbarung in ihren übrigen Inhalten davon nicht berührt. Die unwirksame oder fehlende Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck unwirksamer Bestimmungen in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.

## § 12

### Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Dieser Vertrag und die Vergütungsregelung (Anlage 6) treten zum 01.04.2009 in Kraft.
- (2) Sie können ordentlich von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten ganz oder teilweise und unabhängig voneinander gekündigt werden, der Vertrag jedoch nicht vor dem 31.03.2011 und die Vergütungsregelung (Anlage 6) nicht vor dem 31.03.2010.
- (3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung dieser Vereinbarung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (4) Wirken Rechtsänderungen auf die Inhalte dieses Vertrages, treten die Vertragsparteien unverzüglich in Verhandlungen, ohne dass es einer Kündigung des Vertrages bedarf.

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



\_\_\_\_\_

Protokollnotiz 1 zu § 3 Abs. 2 der Vereinbarung

Der Abschluss der Vereinbarung erfolgt mit der Maßgabe, dass folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

Der Nachweis der Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme von 160 Stunden für die [REDACTED] [REDACTED] ist nach erfolgreichem Abschluss am [REDACTED] bei den Krankenkassen umgehend in beglaubigter Form einzureichen. Sofern eine viermonatige Tätigkeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung von [REDACTED] bis Vertragsabschluss nachgewiesen werden kann, erfolgt eine Anerkennung der geforderten Berufserfahrung.

Protokollnotiz 2 zu § 3 Abs. 3 der Vereinbarung

Innerhalb von 15 Monaten nach Vertragsabschluss ist die vertragliche Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit SAPV im Versorgungsgebiet gegenüber den vertragsschließenden Krankenkasse nachzuweisen.

Protokollnotiz 3 zu § 3 Abs. 3 der Vereinbarung

Die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin muss vor Vertragsabschluss begonnen worden sein. Diese Übergangsregelung verliert ihre Gültigkeit am [REDACTED]

Protokollnotiz 4 zu § 3 Abs. 3 der Vereinbarung

Sofern eine mindestens sechswöchige Tätigkeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung vor Vertragsabschluss nachgewiesen werden kann, erfolgt eine Anerkennung der geforderten Berufserfahrung der Pflegefachkraft. Diese Übergangsregelung verliert ihre Gültigkeit am [REDACTED]

Protokollnotiz 5 zu § 3 Abs. 3 der Vereinbarung

Die Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme nach dem Curriculum der DGP für anderen Berufsgruppen im Umfang von mindestens 160 Stunden ist innerhalb von zwei Jahren nach Vertragsabschluss nachzuweisen.

Protokollnotiz 6 zu § 3 Abs. 4 der Vereinbarung

Bis zum Inkrafttreten einer bundesweit einheitlichen Regelung zur Verordnungsfähigkeit von begleitenden Leistungen der SAPV sind die notwendigen Arzneimittel im Rahmen der palliativmedizinischen Teil- und Vollversorgung von Versicherten entsprechend der vertraglichen Vereinbarung direkt über eine Apotheke, vorzugsweise Krankenhausapotheke (§ 129a SGB V), zu beziehen und der jeweiligen Krankenkasse gesondert gemäß Anlage 7 Ziffer 7 der Vereinbarung in Rechnung zu stellen.

<b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b>			<b>Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)</b>																		
Name, Vorname des Versicherten			<b>Per Fax an das PCT senden!</b>																		
geb. am			<input type="checkbox"/> Vertragsarzt																		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	<input type="checkbox"/> Erstverordnung <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Folgeverordnung</span>																		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	vom <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table> bis <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table> <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Unfallfolgen																		

**Verordnungsrelevante Diagnose(n):** \_\_\_\_\_  
 ICD-10; ggf. Organmanifestationen)

---

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

**Komplexes Symptomgeschehen:**

<input type="checkbox"/> Ausgeprägte, urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> Ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische/psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> Sonstiges komplexes Symptomgeschehen

**Nähere Beschreibung** des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe/Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen/Durchfälle):

---



---

**Aktuelle Medikation** (ggf. einschließlich BtM):

---



---



---



---

**Folgende Maßnahmen sind notwendig:**

<input type="checkbox"/> Beratung	a. <i>des behandelnden Arztes</i> b. <i>der behandelnden Pflegefachkraft</i> c. <i>des Patienten/der Angehörigen</i>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>				<input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung

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

---



---



---

<b>Additiv unterstützende Teilversorgung</b>	<b>Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV:</b>
<input type="checkbox"/>	

Arztstempel /  
Unterschrift des Arztes

## Antrag des Versicherten

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird wie vom behandelnden Arzt verordnet beantragt:

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten \_\_\_\_\_

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

## Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom/bis \_\_\_\_\_ erbracht.

\_\_\_\_\_  
Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort) ggf. Stempel

\_\_\_\_\_  
Institutionskennzeichen des Leistungserbringers      Ansprechpartner (Name)

\_\_\_\_\_  
Vorwahl    Telefon-Nr.      / Fax- Nr.      E-Mail

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Leistungserbringers \_\_\_\_\_

## Genehmigung der Krankenkasse

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung übernommen

In folgendem Umfang übernommen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist **rechtzeitig** vor Ablauf des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten      Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr.      geb. am

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel der Krankenkasse

## Anlage 2

zur Vereinbarung über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Menschen im häuslichen Umfeld

### Mitwirkungserklärung des betreuenden Haus-/Facharztes

#### an das Palliativ-Care-Team

Stempel des Arztes:

Bankverbindung des Arztes:

Ich bin über die Inhalte und den Verlauf der Vereinbarung über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Versicherten im häuslichen Umfeld umfassend informiert worden. Ich bin mit den Inhalten der o. a. Vereinbarung einverstanden und bereit, die mich betreffenden Versorgungsaufgaben nach § 6 der Vereinbarung zu übernehmen. Im Zusammenhang mit der Verordnung von Leistungen der SAPV gemäß Anlage 1 der Vereinbarung (Verordnungsvordruck) stimme ich mich versichertenbezogen mit dem PCT ab. Insbesondere beachte ich die in § 9 der Vereinbarung normierten datenschutzrechtlichen Regelungen.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der o. a. Vereinbarung.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Arztes

### Anlage 3

Vereinbarung über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Menschen im häuslichen Umfeld

Neuantrag  
 Änderung zum \_\_\_\_\_

IK.: \_\_\_\_\_  
(Bitte immer angeben!)

## Datenerhebungsbogen

zum Abschluss/zur Änderung eines Vertrages gemäß § 132d Absatz 1 SGB V

Der Träger (Name) \_\_\_\_\_

Geschäftsführer/in / Inhaber/in \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

erklärt für das Palliativ-Care-Team (PCT)

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

die Personalstruktur des PCT wie folgt:

Personal gem. § 3 des Vertrages	a) Name, Vorname b) Niederlassung in .../ angestellt im Krankenhaus	a) berufl. Qualifikation b) Palliative-Care- Ausbildung (160 h) ja/nein	Berufserfahrung gem. § 3 des Vertrages ja/nein	tätig für das PCT seit
Koordinator/-in		a) b)		
Palliativarzt/-ärztin	a) b)	a) b)		
<u>weitere:</u> Palliativarzt/-ärztin	a) b)	a) b)		
Palliativarzt/-ärztin	a) b)	a) b)		
Palliativarzt/-ärztin	a) b)	a) b)		
Palliativarzt/-ärztin	a) b)	a) b)		

### Anlage 3

Vereinbarung über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Menschen im häuslichen Umfeld

Personal gem. § 3 des Vertrages	a) Name des zugelassenen Pflegedienstes in b) Name, Vorname	a) berufl. Qualifikation b) Palliative-Care-Ausbildung (160 h) ja/nein	Berufserfahrung gem. § 3 des Vertrages ja/nein	tätig für das PCT seit
Pflegefachkraft	a) b)	a) b)		
Pflegefachkraft	a) b)	a) b)		
Pflegefachkraft	a) b)	a) b)		
Pflegefachkraft	a) b)	a) b)		

weitere Fachkräfte gem. § 3 Abs. 2 Buchstabe c) des Vertrages:	Name, Vorname	Palliative-Care-Ausbildung (160 h) ja/nein	Berufserfahrung gem. § 3 des Vertrages ja/nein	tätig für das PCT seit
Sozialarbeiter/-in				
Psychologe/ Psychologin				
Sozialpädagoge/ Sozialpädagogin				
anderer Berufe:				

#### Kooperierender ambulanter Hospizdienst:

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Koordinator/in des PCT

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des Trägers des PCT



## Anlage 4

zur Vereinbarung über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Menschen im häuslichen Umfeld

### Pflegekurzbericht

Krankenversichertennummer: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Leistungsbeginn: \_\_\_\_\_

Pflegeziel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Warum wurde das Pflegeziel bisher nicht erreicht? / Pflegeprobleme

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geplante Pflegemaßnahmen/Durchführungshinweise/Ressourcen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel des Pflegedienstes,  
Unterschrift der verantwortlichen  
Pflegefachkraft



**Anlage 5 (Teil 1)**

zur Vereinbarung über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Menschen im häuslichen Umfeld

**Basisdokumentation des Palliative-Care-Teams**

Datum: ..... Uhrzeit: .....

(Name/Institution): .....

**Anfrage durch:**

.....  
Name/Tel./Funktion (Notarzt/Hausarzt/Fachpflegedienst)

**Versicherter:**

Name, Vorname ..... KV-Nummer /Geburtsdatum:.....

**Grunderkrankung:**

Tumorerkrankung       Nicht-Tumorerkrankung

**Allgemeinbefinden:**

sehr schlecht     schlecht     mittel     gut     sehr gut

**Patientenverfügung vorhanden:**

unbekannt     nein  
 ja (Ausstellungsdatum) .....

**Aktuelle Probleme (Hauptgrund der Anfrage bitte ankreuzen!)**

	Hauptgrund	nein	leicht	mittel	stark
durchschnittlicher Schmerz					
maximaler Schmerz					
Übelkeit					
Erbrechen					
Obstipation / Diarrhoe					
Atemnot					
Schwäche					
Angst					
Hautprobleme					

**Relevante Begleiterkrankungen / erkrankte Organe:**

Herz/Kreislauf     neurologisch     psychiatrisch  
 Lunge     Leber     Niere  
 Sonstige .....

**bereits erfolgte Versorgungsungen:**

PEG-Sonde     Port     ZVK     Pumpe     Dauerkatheter



## Anlage 5 (Teil 1)

zur Vereinbarung über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Menschen im häuslichen Umfeld

### Vorbehandlung erfolgt wegen:

	nein	ja	bei Bedarf
Schmerz			
Übelkeit			
Erbrechen			
Obstipation / Diarrhoe			
Atemnot			
Schwäche			
Angst			
Hautprobleme			

### Soziale Situation:

- unbekannt
- allein lebend
- mit Partner/Familie lebend
- keine Unterstützung durch Partner/Familie möglich
- Pflegedienst vorhanden

### Therapieempfehlung

s. angefügten Therapieplan

**Anlage 5 (Teil 2)**

zur Vereinbarung über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Menschen im häuslichen Umfeld

**Verlaufsbogen Nr.**

Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_

KV-Nummer / Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

	Ausgangs- Medikation	Woche 1	Woche 2	Woche 3	Woche 4	Woche 5
Schmerz						
Übelkeit/ Erbrechen						
Atemnot						
Angst						
Obstipation/ Diarrhoe						



## Anlage 6

Vereinbarung über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Menschen im häuslichen Umfeld

# Vergütungsregelung gemäß § 132d SGB V über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V

Die spezialisierten Leistungen sind vom Vertragsarzt bzw. entsprechend qualifizierten Krankenhausarzt zu verordnen und von der Krankenkasse zu genehmigen. Es werden grundsätzlich nur die nachfolgenden Leistungen von der Krankenkasse finanziert, die Gegenstand dieser Vergütungsvereinbarung sind.

Das Palliative-Care-Team (PCT) hat eine fachlich kompetente und bedarfsgerechte spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnissen zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen sicher zu stellen. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht der Versicherte/Betreute mit seinem individuellen Hilfebedarf. Die notwendigen Hilfen sind koordiniert sicherzustellen, so dass ein nahtloses und störungsfreies Ineinandergreifen – auch im Sinne der Bezugspflege – gewährleistet ist. Unter diesen Gesichtspunkten ist eine zeitliche Koordination aller medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie Betreuungsleistungen vorzunehmen.

Die Erbringung der SAPV ist unter Berücksichtigung des behandlungs- und pflegeunterstützenden Umfeldes des Versicherten darauf auszurichten, dem sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen, wobei Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden und ihrer Angehörigen im Zentrum des Handelns stehen. Ziel ist es, dass der Versicherte in der eigenen Häuslichkeit verbleiben kann, soweit dies seinem eigenen Wunsch entspricht und medizinisch vertretbar ist.

Alle Leistungen beinhalten

- die Wahrnehmung und Beobachtung,
- die Kommunikation,
- die erforderliche Information der am Versorgungsprozess Beteiligten,
- Phasen der Vor- und Nachbereitung der Versorgungsleistungen im Einzelfall,
- bei Erbringen spezialisierter ambulanter Palliativpflege das Bereitstellen der notwendigen Arbeitsmaterialien sowie deren Entsorgung und ggf. Säuberung des Pflegebereichs nach Verunreinigungen,
- den Behandlungsplan und die Dokumentation.

Die Leistungen und die hierfür vereinbarten Entgelte im Sinne des Vertrages sind auf Basis des durchschnittlich notwendigen Aufwands bei der

- Einstellung der Schmerztherapie/Symptomkontrolle,
- Verordnung von Medikamentenapplikationen über Pumpensysteme,
- künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsgabe in der letzten Lebensphase,
- Beurteilung und Einleitung einer qualitativen adäquaten Wundbehandlung,
- gezielten Einbeziehung des spezialisierten Palliativpflegedienstes.

bewertet. Der Leistungsaufwand kann in Abhängigkeit von der individuellen Versorgungssituation des Versicherten unterschiedlich sein. Er ist jedoch mit der pauschalen durchschnittlichen Bewertung abgedeckt.

## Anlage 6

Vereinbarung über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Menschen im häuslichen Umfeld

### Vergütung des PCT

1. Grund- und Beratungspauschale bei Überweisung an das PCT  
je Versicherten\*1 PCT 01 100,00 EUR

2. Pauschale für die Koordination der im Einzelfall erforderlichen  
diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen  
unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten  
je Versicherten\*1 PCT 02 300,00 EUR

\*1 Die Leistungen nach Ziffer 1 und 2 können je Versicherten im Verlauf der SAPV jeweils einmal abgerechnet werden und sind auch neben den Leistungen nach Ziffer 3a, 3b und 4 abrechenbar.

3. a) Wochenpauschale\*2 für die additiv unterstützende spezialisierte  
palliativmedizinische Teilversorgung  
je Versicherten PCT 03a 120,00 EUR

3. b) Wochenpauschale\*2 für die additiv unterstützende spezialisierte  
palliativpflegerische Teilversorgung  
einschließlich aller Leistungen der häuslichen Krankenpflege  
gemäß § 37 SGB V  
je Versicherten PCT 03b 190,00 EUR

**Die Ziffern 3a und 3b sind nicht neben Ziffer 4 abrechenbar.**

4. Wochenpauschale\*2 für die vollständige spezialisierte Palliativversorgung  
je Versicherten PCT 04 430,00 EUR  
davon:  
- 240,00 Euro für die spezialisierte palliativmedizinische Versorgung  
- 190,00 Euro für die spezialisierte palliativpflegerische Versorgung  
einschließlich aller Leistungen der häuslichen Krankenpflege  
gemäß § 37 SGB V

\*2 Die Wochenpauschale bezieht sich auf einen Zeitraum von bis zu 7 Tagen und stellt nicht auf eine Kalenderwoche ab.

5. Pauschale für einen vom koordinierenden Vertragsarzt für einen von ihm  
betreuten Palliativpatienten im Ausnahmefall angeforderten Besuch bei  
hausärztlich-ambulant nicht beherrschbaren Symptomen zur Vermeidung  
stationärer Krankenhausbehandlung (insbesondere bei Schmerzkrisen trotz  
Einstellung nach WHO III, Atemnotanfällen, therapierefraktärem Erbrechen,  
Krampfanfall, Darmverschluss symptomatik), einschließlich Begründung in  
der Dokumentation  
je Versicherten PCT 05 50,00 EUR

## Anlage 6

Vereinbarung über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Menschen im häuslichen Umfeld

### Vergütung der nach § 5 mitwirkenden Haus- und Fachärzte

Die nach § 5 mitwirkenden Haus- und Fachärzte erhalten für die nach dieser Vereinbarung zu erfüllenden Aufgaben folgende Pauschalvergütungen:

1. für die Anmeldung des Versicherten beim PCT gemäß Anlage 1, die Aktivierung des PCT mittels vollständig ausgefüllter Verordnung gemäß Anlage 2, die Abstimmung mit dem PCT bezüglich der Koordination und Betreuung eines Palliativ-Patienten sowie die fallbezogene Mitwirkung bei der Erstellung des Behandlungsplanes durch das PCT sowie die Mitwirkung im Qualitätszirkel gemäß dieser Vereinbarung  
je Quartal HF 01 50,00 EUR\*
- \* Vergütung nach Abschluss der Vereinbarung auf Basis des § 7 der SAPV-Richtlinie vom 20.12.2007 zur Vereinbarung eines Verordnungsvordrucks für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung  
je Quartal HF 01 30,00 EUR\*
2. für gemeinsam durchgeführte Konsilien mit dem PCT im Rahmen von Hausbesuchen zur Vermeidung einer ansonsten gebotenen stationären Krankenhausbehandlung HF 02 20,00 EUR

## Anlage 7

zur Vereinbarung über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Menschen im häuslichen Umfeld

### Abrechnung gegenüber der Krankenkasse

für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

#### 1. Versichertendaten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Vers. Nr. \_\_\_\_\_

#### 2. Datum der Aufnahme in die SAPV / Datum des Erstkontakts: (PCT 01, HF 01)

\_\_\_\_\_

#### 3. Daten der Behandlungstage, an denen abrechnungsfähige gemeinsame Hausbesuche von Hausarzt und PCT durchgeführt wurden (PCT 05, HF 02):

Monat														
Tag														

#### 4. Name und IK des mitbetreuenden Hausarztes: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

#### 5. Abgerechnete Pauschalen für den o. g. Versicherten:

Pauschale	PCT 01	PCT 02	PCT 03a	PCT 03b	PCT 04	PCT 05
Anzahl	1	1				1
Summe						

Pauschale	HF 01	HF 02
Anzahl		
Summe		

Gesamtsumme: \_\_\_\_\_ Euro

#### 6. ggf. Sterbedatum: \_\_\_\_\_

#### 7. Für den o. g. Versicherten abgegebene Arzneimittel aus der Krankenhausapotheke\*:

Name des Arzneimittels	Pharmazentralnummer PZN	Einzelpreis* in Euro

\*Preise gemäß Vertrag nach § 129 a SGB V

Arzneimittelgesamtpreis im Monat: \_\_\_\_\_ Euro

\*Sofern die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln durch die Palliativärzte des PCT geregelt wird, entfällt diese Abrechnungsziffer.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift PCT