

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

zwischen

der AOK Bremen/Bremerhaven,

dem BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen,
zugleich für die Knappschaft,

der IKK-gesundplus Bremen, (ggf. IKK-Landesverband)
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau,
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung in Bremen

den Ersatzkassen:

Barmer Ersatzkasse

Techniker Krankenkasse (TK)

Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)

KKH-Allianz (Ersatzkasse)

Gmünder ErsatzKasse - (GEK)

HEK - Hanseatische Krankenkasse

Hamburg Münchener Krankenkasse

hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Bremen

im Folgenden " Verbände" genannt

und

***Träger/GbR gemeinsam handelnd als
vertreten durch den ...***

Name/IK

im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt

Präambel

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 häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu ermöglichen. Versorgungsunsicherheiten, die zu unnötigen und die Versicherten stark belastenden Krankenhauseinweisungen führen, sollen durch die in der SAPV vorgehaltenen besonderen Fachkenntnisse vermieden werden. Symptome und Leiden sollen einzelfallgerecht und nach den Wünschen der Versicherten durch palliativmedizinisch-palliativpflegerische Maßnahmen gelindert oder behoben werden.

Die Versorgung des Versicherten/der Versicherten bedarf einer besonderen SAPV-Fachkompetenz. Sie muss darüber hinaus ausreichend und zweckmäßig sein, sie orientiert sich an dem individuellen Hilfebedarf des Versicherten, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.

Der Versicherte/die Versicherte und möglichst auch sein/ihr soziales Umfeld (seine vertrauten Personen) sollen in die Versorgung mit einbezogen und über die Krankheit und den Krankheitsverlauf aufgeklärt werden.

Anspruch auf die Leistung der SAPV und damit einer besonderen (aufwändigen) Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgungsformen (z. B. häusliche Krankenpflege) sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen. Die SAPV ergänzt insoweit das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste einschließlich der Versorgungsangebote der allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung (AAPV). Sowohl im Rahmen einer Teilversorgung als auch bei einer der Vollversorgung ersetzt die SAPV die Regelversorgung weitgehend oder vollständig.

§ 1

Vertragsziele und Vertragsgrundlagen

- (1) Dieser Vertrag dient der Sicherstellung der bedarfsgerechten individuellen Versorgung des/der anspruchsberechtigten Versicherten mit SAPV durch den Leistungserbringer in dem im Versorgungskonzept ausgewiesenen Versorgungsgebiet.
- (2) Bei der SAPV handelt es sich um eine interdisziplinäre Aufgabe, die nur dann bedarfsgerecht erbracht werden kann, wenn der Leistungserbringer Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem ist. Er arbeitet mit den an der Regelversorgung beteiligten Leistungserbringern unterschiedlicher Berufsgruppen (z. B. Haus-/Fachärzten, Pflegediensten, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Psychologen und Ehrenamtlichen sowie den gemäß § 39 a Abs. 2 SGBV geförderten ambulanten Hospizdiensten in Form einer Netzwerkfunktion (vgl. § 3 Abs. 3) zusammen.
- (3) Die palliativmedizinisch-palliativpflegerische Versorgung soll durch abgestimmte Behandlungs- und Kommunikationsstrukturen der Netzwerkpartner erfolgen.
- (4) Grundlage dieses Vertrages sind:
 - die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007 (Anlage 1) und
 - die „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ vom 23.06.2008 (Anlage 2)in ihrer jeweils aktuellen Fassung.

§ 2

Anspruchsvoraussetzungen

- (1) Der/die Versicherte hat gemäß SAPV-RL Anspruch auf SAPV, wenn
 1. er/sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und bereits so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch seine Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder wenige Monate begrenzt ist und eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.
 2. er/sie unter Berücksichtigung der in der SAPV-RL genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4 SAPV-RL) benötigt, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch in der häuslichen Umgebung (ambulant), in stationären Einrichtungen gemäß § 43 SGB XI i.V.m. § 72 SGB XI, in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht werden kann.
- (2) Liegt ein besonders aufwändiger Versorgungsbedarf nicht vor, besteht kein Anspruch auf SAPV.
- (3) Die individuelle Versorgung des/der Versicherten mit SAPV wird nicht unterbrochen, sofern der/die Versicherte einzelne Maßnahmen der Versorgung ablehnt. Der Anspruch auf Versorgung mit SAPV bleibt hierdurch unberührt.

- (4) Der/die Versicherte ist in der Wahl des Leistungserbringers frei.

§ 3 Versorgungskonzept

- (1) Der Leistungserbringer ist ein einheitlicher Leistungserbringer im Sinne der Konzeption eines Palliative-Care-Teams (PCT) und versorgt auf der Grundlage eines verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Versorgungskonzeptes.
- (2) Das Versorgungskonzept formuliert alle palliativmedizinisch-palliativpflegerischen Maßnahmen klar und eindeutig unter Beachtung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Es muss darüber hinaus verdeutlichen, wie eine qualifizierte Leistungserbringung zu erfolgen hat, damit die in § 1 dieses Vertrages genannten Vertragsziele erreicht werden können.
- (3) Die regionalen Netzwerkstrukturen sind zu beschreiben, in die sich der Leistungserbringer im Rahmen der Vernetzung integriert.
- (4) Das Versorgungskonzept ist den Verbänden zur Verfügung zu stellen. Die Vertragsziele gemäß § 1 dieses Vertrages werden mit dem Versorgungskonzept umgesetzt und erfüllt. Der Leistungserbringer stellt die SAPV-Versorgung für sein Versorgungsgebiet sicher.
- (5) Das Versorgungskonzept beinhaltet insbesondere folgende Aspekte:
1. Standort des Leistungserbringers,
 2. Versorgungsgebiet,
 3. Versorgungsprozess,
 4. Kooperationspartner,
 5. Kooperationsvereinbarungen mit im Rahmen des Netzwerkes (vgl. § 1 Abs. 3 und § 3 Abs. 3) mit an der Versorgung Beteiligten im Versorgungsgebiet (z. B. ambulante Hospizdienste, Seelsorge und Sozialarbeit) zur Sicherung der psychosozialen Unterstützung - Anlage 3,
 6. Personelle Zuständig- und Verantwortlichkeiten im SAPV-Team (u. a. Weisungsbefugnisse, Weisungsgebundenheit, u. a.),
 7. Qualifikationsnachweise der Personen gemäß § 10,
 8. sächliche Ausstattung gemäß § 12,
 9. Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 17,
 10. Konzept zur Sicherstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,
 11. Konzept zur Sicherstellung der 24-Stunden-Ruf- und Einsatzbereitschaft,
 12. Fallzahleinschätzung.
- (6) Die Leistungserbringung ist durch den Leistungserbringer in Form geeigneter Maßnahmen unter Einsatz entsprechender personeller und sachlicher Mittel für die Dauer des Vertrages sicherzustellen. Die Verbände sind umgehend zu informieren, wenn die Funktionsfähigkeit des Leistungserbringers nicht mehr besteht.

- (7) Der Leistungserbringer ist weisungsunabhängig.
- (8) Der Leistungserbringer trägt die alleinige Verantwortung für das Versorgungskonzept.

§ 4 Anzeigepflichten / Mitteilungspflichten

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Verbänden anstehende Änderungen wesentlicher Umstände im Versorgungskonzept schriftlich innerhalb von 4 Wochen mitzuteilen. Dies sind insbesondere:
 - a. jede wesentliche Änderung der betrieblichen/organisatorischen Gegebenheiten.
 - b. Änderungen von Kooperationsvereinbarungen (Neuabschlüsse, Kündigung, inhaltliche Änderungen).
 - c. eingeleitete polizeiliche oder staatsanwaltliche Ermittlungsverfahren gegen den Leistungserbringer.
- (2) Abweichend davon sind personelle Änderungen in Bezug auf die palliativmedizinische sowie palliativpflegerische Qualifikation umgehend mitzuteilen.
- (3) Die Verbände sind berechtigt, weitere Unterlagen zum Nachweis der organisatorischen und/oder personellen Voraussetzungen zur Einsichtnahme zu verlangen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, diese zur Verfügung zu stellen.

§ 5 Verordnung / Genehmigung der SAPV

- (1) Art, Umfang und Dauer der vom Leistungserbringer zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der von der Krankenkasse genehmigten Verordnung der behandelnden Vertragsärztin/des behandelnden Vertragsarztes oder der Krankenhausärztin/des Krankenhausarztes.
- (2) Die Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Unterschrift der/des verordnenden Vertragsärztin/Vertragsarztes.
- (3) Leistungen der SAPV werden von der Krankenkasse nur genehmigt, wenn eine ordnungsgemäß ausgefüllte ärztliche Verordnung gemäß der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossenen Vereinbarung (Muster 63) vorliegt. Der/die Versicherte oder sein/ihr gesetzlicher Vertreter hat die Genehmigung der Verordnung schriftlich auf der Rückseite der Verordnung zu beantragen.
- (4) Die Unterschrift durch den Leistungserbringer bzw. dessen Mitarbeiter ist ausgeschlossen. Kann die Unterschrift nicht erbracht werden, weil der Versicherte bzw. sein gesetzlicher Vertreter nicht in der Lage ist zu unterschreiben, bleibt das Unterschriftsfeld auf der Verordnung frei. Der Leistungserbringer gibt dort oder auf einer Anlage zur Verordnung die Gründe hierfür an.
- (5) Die SAPV-RL ist für die Verordnung sowie für die Genehmigung durch die Krankenkasse maßgeblich.

- (6) Der verordnende Arzt/die verordnende Ärztin legt nach aktuellem Versorgungsbedarf die Dauer der Verordnung fest. Die Krankenhausärztin/der Krankenhausarzt kann Leistungen in der Regel jedoch längsten für 7 Tage verordnen. Sollte eine Versorgung für einen längeren Zeitraum als 7 Tage erforderlich sein, ist rechtzeitig eine Folgeverordnung für den Zeitraum über den 7. Tag hinaus bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen.
- (7) Die Verordnung für einen zurückliegenden Zeitraum ist nicht zulässig.
- (8) Der Leistungserbringer prüft im Rahmen des Eingangsassessments innerhalb von drei Arbeitstagen nach Erhalt der Verordnung die Notwendigkeit und Eignung der besonderen Mittel der SAPV. Das Eingangsassessment (Mindestangaben - siehe Muster Anlage 4) ist der zuständigen Krankenkasse mit dem Antrag auf Genehmigung der Verordnung vorzulegen. Sofern für eine bedarfsgerechte Versorgung die Mittel der Regelversorgung ausreichen, ist die die Krankenkasse hierüber innerhalb von drei Arbeitstagen zu informieren. Neben der Krankenkasse sind auch der/die Versicherte und der Erstverordner über die Ergebnisse des Assessments zu informieren.
- (9) Kann die Durchführung der verordneten Leistung nicht mehr erfolgen, z. B. weil der/die Versicherte in ein Krankenhaus eingewiesen wurde, informiert der Leistungserbringer die zuständige Krankenkasse und den behandelnden Arzt innerhalb von drei Arbeitstagen. Gleiches gilt, wenn nach initialer Aufnahme in die SAPV, im Rahmen eines anlassbezogenen (z. B. Befundverbesserung) oder regelmäßig durchzuführenden Re-Assessments festgestellt wird, dass die besonderen Mittel der SAPV nicht mehr notwendig sind und die Mittel der Regelversorgung ausreichen.

§ 6 Kostenzusage

- (1) Die Krankenkasse übernimmt vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütung gemäß dieses Vertrages, wenn die ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorliegt. Sie informiert hierüber den Leistungserbringer.
- (2) Soweit die verordneten Leistungen nicht oder nur zum Teil übernommen werden, informiert die Krankenkasse den/die Versicherte/n oder ggf. den gesetzlichen Vertreter, den Leistungserbringer und den verordnenden Arzt.
- (3) Sofern die Verordnung verspätet eingereicht wird, werden die Kosten erst ab Eingangsdatum übernommen. Für die Fristwahrung ist ein Telefax (Vorder- und Rückseite der Verordnung) ausreichend. Die Originalverordnung ist unverzüglich vorzulegen.
- (4) Liegt der Krankenkasse innerhalb von 7 Arbeitstagen ab Verordnungsbeginn zusätzlich zur Erstverordnung kein Ergebnis über das SAPV-Eingangsassessment des Palliativmediziners vor, endet die Kostenzusage mit Ablauf dieses Tages. Die Krankenkasse informiert den/die Versicherte/n oder ggf. den gesetzlichen Vertreter, den Leistungserbringer und den verordnenden Arzt.

§ 7 Inhalt der Leistung

- (1) Der Leistungserbringer erbringt die jeweils ärztlich verordnete SAPV-Leistung intermittierend oder durchgängig nach Bedarf als

1. Beratungsleistung beinhaltet insbesondere:

- a. Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit Betroffenen (Versicherten oder deren Angehörige)
- b. Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit einem/einer der Leistungserbringer der Primärversorgung
- c. Dokumentation

2. Koordination der Versorgung beinhaltet insbesondere:

- a. persönlicher/telefonischer Kontakt mit den an der Versorgung Beteiligten
- b. Ressourcenfokussierte Versorgungsplanung
- c. Assessment, Therapie und Notfallplanung, Vernetzung mit ambulanten und/oder stationären Leistungserbringern
- d. Für die verordnete Koordination der Versorgung besteht 24-Stunden-Rufbereitschaft in Absprache mit den Leistungserbringern der Primärversorgung. Die Rufbereitschaft kann nicht als alleinige Teilleistung verordnet werden.
- e. Dokumentation und Evaluation

3. Additiv unterstützende Teilversorgung beinhaltet insbesondere:

- a. Beratungs- und Koordinationsleistung
- b. Hausbesuche zu jeder Tages- und Nachtzeit
- c. Einzelne Leistungen der in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie aufgeführten Leistungen
- d. Für die verordnete Teilversorgung besteht 24-Stunden-Rufbereitschaft und Einsatzbereitschaft in Absprache mit den Leistungserbringern der Primärversorgung. Die Rufbereitschaft kann nicht als alleinige Teilleistung verordnet werden.
- e. Dokumentation und Evaluation

4. Vollständige Versorgung beinhaltet insbesondere:

- a. Beratungs- und Koordinationsleistung
- b. Hausbesuche zu jeder Tages- und Nachtzeit
- c. Grundsätzlich alle Leistungen der in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie aufgeführten Leistungen.
- d. Für die verordnete Vollversorgung besteht 24-Stunden-Rufbereitschaft und Einsatzbereitschaft in Absprache mit den Leistungserbringern der Primärversorgung. Die Rufbereitschaft kann nicht als alleinige Teilleistung verordnet werden.
- e. Dokumentation und Evaluation.

- (2) Angehörige und dem/der Versicherten nahe stehende Personen sollen in die Pflege sowie in die psychosoziale Unterstützung und Sterbebegleitung mit einbezogen werden.

§ 8 Zuzahlungen

- (1) SAPV wird als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Jegliche Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen dürfen vom/von der Versicherten weder gefordert noch angenommen werden (nicht gemeint § 61 SGB V).
- (2) Zuzahlungen vom/von der Versicherten 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 § 6 dieses Vertrages übernommen werden.
- (3) Zuwiderhandlungen stellen einen schweren Vertragsverstoß dar und berechtigen zur außerordentlichen Kündigung gemäß § 23 des Vertrages.

§ 9 Vermittlungsverbot

- (1) Die Annahme von Aufträgen zur Versorgung anspruchsberechtigter Personen dieses Vertrages und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) stellt einen schweren Vertragsverstoß (§ 23) dar.
- (2) Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen zur Versorgung anspruchsberechtigter Personen dieses Vertrages an Dritte gegen Kostenerstattung.

§ 10 Qualifikationsvoraussetzungen

- (1) Die Leistungen der SAPV werden ausschließlich durch geeignete Personen erbracht, die nachfolgende Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Der Leistungserbringer weist mindestens drei geeignete Ärztinnen/Ärzte sowie mindestens vier geeignete Pflegefachkräfte nach.
- a. Ärztinnen und Ärzte nach Absatz 1 verfügen über:
- eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung) und
 - die Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten nachweisen können, 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.
- b. Pflegefachkräfte nach Absatz 1 verfügen über:
- die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkranken-

pflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin / Altenpfleger entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung und

- den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden vorweisen und
 - die 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, nachweisen können.
- c. 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.
- (2) Die Personalstärke des Teams bestimmt sich durch die Anforderungen zur Erbringung ärztlicher und pflegerischer Leistungen, der 24-Stunden-Erreichbarkeit für betreute Versicherte, der qualifizierten Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten. Werden weitere Personen, als die in Absatz 1 genannten, eingestellt, sind für diese die Qualitätsanforderungen nach Absatz 1 und Absatz 4 (Punkte 1-4) den Verbänden nachzuweisen.
- (3) 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.
- (4) Der Leistungserbringer hat vor Vertragsabschluss zusätzlich zu den Voraussetzungen gemäß Abs.1 Folgendes unter Verwendung der Anlagen 5 und 6 vorzulegen bzw. nachzuweisen. Auf Anforderung der Verbände sowie unverzüglich bei Personalwechsel sind die Voraussetzungen erneut den Verbänden vorzulegen bzw. nachzuweisen (mittels Anlage 6).
- amtlich beglaubigte Kopien der Auszüge vom Bundesamt für Justiz (nicht älter als drei Monate) für die Pflegefachkräfte und deren Vertretung sowie für die Ärzte des SAPV-Teams,
 - aktuelle ärztliche Gesundheitszeugnisse der Pflegefachkräfte,
 - amtlich beglaubigte Kopien der Qualifikationsnachweise der eingesetzten Pflegefachkräfte,
 - Kopien der Arbeitsverträge mit den eingesetzten Pflegefachkräften aus denen mindestens Name, Geburtsdatum, Funktion sowie zeitlicher Umfang und Beginn der Tätigkeit ersichtlich sein müssen,
 - Beitritt zur Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege,
 - Abschluss einer ausreichenden Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung für Personen- Sach- und Vermögensschäden, die jährlich an die Betriebsgröße (Durchschnittszahl der Mitarbeiter und Jahreslohn- und -gehaltssummen) angepasst wird,
 - Handzeichenliste (Anlage 6)

§ 11

Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV

- (1) Für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln durch Ärzte im SAPV-Team sind ausschließlich die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vereinbarten Muster 13, 14, 16 und 18 zu verwenden.
- (2) Die Verordnungen sind auf der Basis der geltenden Richtlinien des G-BA auszuführen. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten.
- (3) Für die im Rahmen der SAPV verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel gelten die nach §§ 300, 302 SGB V vereinbarten Abrechnungsverfahren entsprechend.
- (4) Auf den Verordnungen sind die - von der KBV vergebene - SAPV - spezifische Betriebsstätten-Nummer sowie die Pseudo-Arztnummer 333333300 anzugeben. Diese Nummern dürfen nur für Verordnungen im Rahmen der SAPV auf der Basis einer gültigen SAPV-Verordnung verwendet werden.
- (5) Bei der zeitgleichen Verordnung von Arzneimitteln einerseits und Hilfsmitteln andererseits sind jeweils getrennte Vordrucke nach Muster 16 zu verwenden.
- (6) Damit eine schnelle Sicherstellung der Belieferung von verordneten Hilfsmitteln realisiert werden kann, sollte die leistungspflichtige Krankenkasse über die Notwendigkeit der Hilfsmittelverordnung sofort informiert werden. Die Belieferung von verordneten Hilfsmitteln erfolgt grundsätzlich im Rahmen des jeweiligen Hilfsmittelverfahrens der einzelnen Krankenkasse.
- (7) Auch auf Betäubungsmittel-Rezepten sind die SAPV-Betriebsstätten-Nummer sowie die Pseudo-Arztnummer anzugeben. Solange das BtM-Muster noch nicht angepasst ist, ist die Betriebsstätten-Nummer in das Feld "Vertragsarztnummer" und die Pseudo-Arztnummer in das Feld "VK gültig bis" einzutragen.
- (8) Der Leistungserbringer informiert die Verbände über die von der KBV vergebene Betriebsstätten-Nummer.

§ 12

Sächliche Ausstattung

- (1) Eine Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln im Notfall (Notfallversorgung) ist durch geeignete Maßnahmen z. B. durch eine Kooperation mit einer Apotheke bzw. einem Sanitätshaus sicherzustellen. Von besonderer Bedeutung ist die Vorhaltung ausreichender und geeigneter Arzneimittel/BtM für die Versorgung im Not- und Kriseninterventionsfall im Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche.
- (2) Die an die Aufbewahrung von BtM gestellten Voraussetzungen nach dem BtMG sind zu berücksichtigen.
- (3) Der Leistungserbringer hat die Mindestanforderungen an die Ausstattung seiner Räumlichkeiten gemäß Ziffer 4.4 und 4.5 der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132 d Abs. 2 SGB V vom 23.06.2008 nachzuweisen (siehe Anlage 2).
- (4) Die Verbände haben das Recht, jederzeit selbst und /oder durch Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275 SGB V vor Ort die Erfüllung der Mindestanforderungen an die sächliche Ausstattung zu überprüfen.

§ 13 Organisation

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich zu einer 24-Stunden-Rufbereitschaft/Einsatzbereitschaft. Die ständige Verfügbarkeit eines qualifizierten Palliativarztes/der qualifizierten Palliativärztin und qualifizierter Pflegefachkräfte gemäß § 10 dieser Vereinbarung ist auch für notwendige Hausbesuche zu gewährleisten.
- (2) Zur Gewährleistung eines zeitnahen und systematischen Informationstransfers bei Überleitung in eine stationäre Einrichtung (z. B. Krankenhaus, stationäre Pflegeeinrichtung) ist ein geeignetes Überleitungsmanagement sicherzustellen.
- (3) Mit den Partnern (z. B. Sanitätshäuser, Apotheken), mit denen regelmäßig zusammengearbeitet wird, sind schriftliche Kooperationsvereinbarungen zu schließen. Um Struktur und Abläufe zu regeln und für alle Beteiligten transparent zu machen, ist ein Konzept gemäß § 3 dieses Vertrages vorzulegen.
- (4) Es erfolgt eine enge Kooperation des Leistungserbringers mit dem behandelnden Haus- oder Facharzt hinsichtlich der Therapieplanung. Insbesondere erfolgt vor einer stationären Krankenhauseinweisung eine Abstimmung zwischen dem qualifizierten Palliativarzt/der qualifizierten Palliativärztin des Leistungserbringers und dem/der behandelnden Haus- oder Facharzt/-ärztin.
- (5) Der Leistungserbringer stellt durch eine geeignete Infrastruktur sicher, dass die ständige Kommunikation innerhalb des Teams und zu allen an der Versorgung des jeweiligen Versicherten Beteiligten gewährleistet ist.

§ 14 Patientendokumentation

- (1) Der Leistungserbringer hat eine Patientendokumentation zu führen, aus der zu jeder Zeit die notwendigen Informationen über den Versicherten und die erbrachten Leistungen (Behandlungsverlauf) hervorgehen. Die Patientendokumentation wird regelmäßig von dem SAPV-Team aktualisiert.
- (2) Das Dokumentationssystem hat den jeweils aktuellen Standards zu entsprechen und allgemein anerkannte Kriterien für eine externe Qualitätssicherung zu enthalten. Es muss eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Einzelheiten der Dokumentation ergeben sich aus der Anlage 7 (Kerndatensatz) dieses Vertrages.
- (3) Weiterhin hat der Leistungserbringer zu gewährleisten, dass die von ihm angewandte Dokumentation kompatibel zu bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer ist.
- (4) Die Dokumentation beinhaltet insbesondere:
 - a. ein Versichertenstammblatt (z. B. mit Angaben zum/zur Versicherten und Angehörigen, Hausarzt/-ärztin, Pflegedienst, Diagnosen, Absprachen, Behandlungsort, Medikation, Maßnahmen, u. w.),
 - b. ein Assessment mit folgenden Inhalten:
 - Aufklärung des/der Versicherten / der Angehörigen,
 - Therapieverzicht,

- Palliative Sedierung,
 - Ethische Konflikte,
 - Funktionale Selbstständigkeit,
 - Familiäre Belastungssituation,
 - Einschätzung Symptomkontrolle,
 - Medikation,
 - Bedarfsmedikation,
 - Hilfsmittel,
 - Physikalische und andere Therapien (z. B. Lymphdrainage),
 - Beratungsbedarf
- c. einen Maßnahmen-Plan / Durchführungsnachweis
- d. Nachweise über die durchgeführten Maßnahmen in den Bereichen Beratung, Koordination, Pflege, Medizin, psychosoziale Unterstützung (Datum, Uhrzeit, Dauer)
- e. einen Notfallplan / vorausschauender Behandlungsplan
- f. Untersuchungsbefunde
- g. das vertragsärztliche Verordnungsblatt für die Dokumentation der medizinischen Diagnostik und Therapie
- h. eine Pflege- und Therapieplanung (Therapiebeginn, medizinische / pflegerische / psychosoziale Versorgungssituation, Therapie- und Pflegeziele,)
- i. einen Bericht zur Beurteilung der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Maßnahmen.
- (5) Jede an dem/der Versicherten bzw. für dessen/deren Angehörige erbrachte Leistung wird durch die nach § 10 behandelnde qualifizierte Person am Tag der Leistungserbringung dokumentiert und durch Handzeichen auf dem Leistungsnachweis gegengezeichnet. Der/die Versicherte, sein/ihr gesetzlicher Vertreter oder die Angehörigen und der qualifizierte Arzt/die qualifizierte Ärztin bestätigen ebenfalls nach erfolgter Leistungserbringung einmal monatlich durch Unterschrift und Datum die Richtigkeit und Vollständigkeit der dokumentierten Leistungen (Leistungsnachweis).
- (6) Sämtliche zur Versorgung gehörende Dokumente verbleiben beim Versicherten.
- (7) Die Dokumentation ist dem MDK und (- soweit der Versicherte eingewilligt hat (§ 67 b Abs. 1 SGB X -) im Einzelfall der Krankenkasse auf Anforderung zugänglich zu machen.
- (8) Die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation beträgt 10 Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

§ 15

Datenschutz, Schweigepflicht

- (1) Der Leistungserbringer 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 verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.

- (2) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse und/oder dem MDK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind.
- (3) Der Leistungserbringer hat die im Team tätigen Mitarbeiter zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht zu verpflichten. Die Verpflichtung ist zu dokumentieren.

§ 16 Vergütung

- (1) Die palliativärztlichen und palliativpflegerischen bzw. kombinierten Leistungen im Rahmen der SAPV werden als Komplexpauschalen vergütet. Die Höhe der Vergütung richtet sich nach den in der Anlage 8 aufgeführten Pauschalen.
- (2) Einsätze, die wegen fehlender Mitwirkung des Versicherten nicht erbracht werden können, sind nicht abrechnungsfähig.
- (3) Mit den Komplexpauschalen nach Anlage 8 sind alle Aufwendungen abgegolten, die im Zusammenhang mit der SAPV-Leistung stehen. Eine zeitgleiche Abrechnung von Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) über die Kassenärztliche Vereinigung ist daneben ausgeschlossen.
- (4) Die Vergütung erfolgt ausschließlich gegenüber dem Leistungserbringer.

§ 17 Qualitätssicherungsmaßnahmen

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das im Versorgungskonzept darzustellen ist. Er soll sich an externen Maßnahmen der Qualitätssicherung beteiligen.
- (2) Zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen gehören insbesondere:
 1. interdisziplinär abgestimmter individueller Behandlungsplan,
 2. regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen,
 3. sachgerechte und kontinuierliche Führung eines geeigneten Dokumentationssystems,
 4. Supervision,
 5. halbjährliche multidisziplinäre Qualitätszirkel,
 6. Fort- und Weiterbildungskonzept,
 7. Abrechnungsstatistik,
 8. Statistik über Sterbeorte (gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 2, Krankenhäuser).
- (3) Die Verbände haben das Recht, jederzeit selbst und/oder durch Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nach § 275 SGB V vor Ort die Erfüllung der Mindestanforderungen an die sächliche Ausstattung gem. § 12, die Dokumentation gem. § 14 und Leistungserbringung nach diesem Vertrag zu überprüfen.

- (4) Die Qualität der Leistungen kann durch die Verbände auch unangekündigt, ggf. unter Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung geprüft werden, Hierzu hat der Leistungserbringer alle erforderlichen Unterlagen zur Bewertung der Struktur- und Prozessqualität vorzulegen.

§ 18 Abrechnung

- (1) Die Abrechnung der in der Anlage 8 aufgeführten Komplexpauschalen erfolgt direkt mit den Krankenkassen.
- (2) Der Leistungserbringer kann seine Leistungen nur abrechnen, wenn er über ein IK gemäß § 19 verfügt.
- (3) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
- Abrechnungsdaten,
 - Urbelege (Verordnungsblätter, im Original),
 - ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original,
 - Leistungsnachweis im Original (Anlage 9),
 - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung)

Nach § 303 Abs. 3 SGB V dürfen die Krankenkassen Abrechnungen der Leistungserbringer nur vergüten, wenn die jeweils gesetzlich vorgeschriebenen Daten nach § 2 Abs. 1 Buchstabe a) (Abrechnungsdaten) und d) (Gesamtaufstellung der Abrechnung) der Richtlinien im zugelassenen Umfang maschinenlesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern angegeben oder übermittelt und die Daten nach Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) sowie Leistungsnachweise in der dem Leistungserbringer vorliegenden Form vorgelegt worden sind.

Über den Einführungstermin des maschinellen Abrechnungsverfahrens entscheidet die jeweilige Krankenkasse. Ab dem Zeitpunkt der Einführung sind die folgenden Abrechnungsanforderungen zu beachten. Abrechnungen, die nicht den Richtlinien nach § 302 SGB V entsprechen, werden ab diesem Zeitpunkt von den Ersatzkassen abgewiesen.

- (4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Abs. 1 bei der zuständigen Institution bzw. den Krankenkassen anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde.

Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom Leistungserbringer zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Krankenkassen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten mit der Kennung "TSOL" als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

Der Leistungserbringer kann die Erprobungsphase mit einer Krankenkasse beenden, wenn er der Daten annehmenden Stelle der Ersatzkassen dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Ersatzkasse dem Leistungserbringer keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom Leistungserbringer ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Daten sind durch die Kennung "ESOL" als "Echtdaten" zu kennzeichnen.

Die Rechnungslegung erfolgt für alle Versorgungs-/Abrechnungsfälle monatlich. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern.

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom Leistungserbringer ausgefüllte Urbelege werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.

- (5) Sofern noch Papierrechnungen akzeptiert werden oder eine Parallelphase vereinbart ist, gelten als maschinell verwertbar ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen.
- (6) Die Rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs.1 Buchstabe b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinie sowie Leistungsnachweise sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstabe a) und e) der Richtlinie) einmal im Monat an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Die Leistungsnachweise sind den zugrunde liegenden Verordnungen zuzuordnen. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen führen zur Abweisung der Rechnung.

Den Rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinie beizufügen.

- (7) Der Versicherte, ggf. der gesetzliche Vertreter, hat die Abgabe der verordneten Leistungen einmal monatlich durch Unterschrift und Datum auf dem Leistungsnachweis zu bestätigen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig.
Der Leistungsnachweis (Muster gemäß Anlage 9) enthält folgende Angaben:

- Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers
- Name und Vorname, Versichertennummer und Geburtsdatum des Versicherten
- Positionsnummer, Art und Anzahl der erbrachten Leistungen (Positionsnummern gemäß der Richtlinien nach § 302 SGB V)
- Datum und Uhrzeit des Einsatzes (Ende und Beginn)
- monatlich eine Bestätigung der durchgeführten Leistungen durch Unterschrift und Datum eines Verantwortlichen des SAPV-Teams.

Ist der Versicherte nicht in der Lage, den Leistungsnachweis selbst zu unterschreiben, kann die Unterschrift durch einen Vertretungsberechtigten erfolgen. Hierüber ist die Krankenkasse in der Abrechnung schriftlich zu unterrichten. Kann die Unterschrift im Ausnahmefall weder durch den Versicherten noch durch einen Vertretungsberechtigten erbracht werden, bleibt das Unterschriftsfeld auf dem Leistungsnachweis frei. Der Leistungserbringer gibt auf dem Leistungsnachweis, ggf. auf einer Anlage zum Leistungsnachweis, die Gründe hierfür an. Eine Unterschrift für den Versicherten durch den Leistungserbringer oder seine Mitarbeiter ist ausgeschlossen.

- (8) In der Abrechnung ist der Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS) gemäß der Richtlinien nach § 302 SGB V anzugeben.

- (9) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Krankenkasse dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben.

Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Zugelassenen - mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor.

Die Rechnungen sind - vorbehaltlich einer abschließenden Rechnungsprüfung - grundsätzlich innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang bei der zuständigen Ersatzkasse/Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle zu bezahlen. Bei Rechnungskürzung gilt dies auch für den unstreitigen Rechnungsbetrag. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.

Die Bezahlung der Rechnungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen bzw. Datenträgern dürfen die Krankenkassen zurückweisen.

Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer den zuständige Verband und die Krankenkassen unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, ist mitzuteilen. Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 2 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 1.

Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist der Leistungserbringer für die Einhaltung des Entzugs der Vollmacht verantwortlich.

Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist den Verbänden/ Krankenkassen vorzulegen.

- (10) Die Abrechnung von Arzneimitteln erfolgt nach der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung gemäß § 300 SGB V und dessen technische Anlagen.

§ 19 Institutionskennzeichen

- (1) Der Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet.

Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

- (2) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK sind den Verbänden sowohl bei Vertragsabschluss als auch bei Änderungen mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkassen unbekanntem IK.

Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

§ 20 Statistik

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, an Auswertungen mitzuwirken. Hierzu übermittelt er halbjährlich (30.06., 31.12. d. J.) folgende Daten dem Beirat (vgl. § 21).

- (2) Die zu übermittelnden Daten beziehen sich auf folgende Bereiche:

- Fallzahlen (Anzahl der behandelten Patienten mit Angabe der Leistungsarten (gemäß Anlage 8), davon die Anzahl der Krankenhauseinweisungen,
- SAPV leistungsbegründende Diagnosen aufgrund vorliegender ärztlicher Verordnung,
- Versorgungsbereich,
- Zahl der beteiligten Vertragsärzte,
- Zahl der an der SAPV-Versorgung beteiligten Ehrenamtlichen,
- Anzahl der Patienten, die in der Häuslichkeit verstorben sind,
- durchschnittliche Betreuungsdauer,
- Einstufungen der Patienten in Pflegestufen nach dem SGB XI,
- Ort der Leistungserbringung, differenziert nach § 2 Abs. 1, Ziffer 2, Krankenhäuser

§ 21 Beirat, Aufgaben

- (1) Es wird ein Beirat gebildet.
- (2) Der Beirat wird mit jeweils 4 Mitgliedern des Leistungserbringers und der Kassenseite besetzt.
- (3) Zu den Aufgaben des Beirates gehören u.a. die Begleitung dieser Vereinbarung und Abgabe von Empfehlungen insbesondere hinsichtlich der Qualität der Versorgungsprozesse.
- (4) Der Beirat tagt grundsätzlich zweimal jährlich. Die Organisation und Versendung der Einladung zur Sitzung erfolgt durch die Verbände.
- (5) Die Aufwendungen für die Teilnahme an den Beiratssitzungen werden durch die jeweiligen Vertragspartner selbst getragen.

§ 22 Maßnahmen bei Gesetzes- bzw. Vertragsverstößen,

- (1) Vertragsverstöße und/oder Schäden sind dem Leistungserbringer durch die Verbände in schriftlicher Form mitzuteilen. Hierbei ist dem Vertragspartner Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb von 14 Tagen nach Zugang des Schreibens zu geben (Anhörung).
- (2) Die Verbände entscheiden nach Prüfung der Stellungnahme, welche geeignete Maßnahmen festzulegen sind. Diese könnten sein:
 - Verwarnung
 - Vertragsstrafe bis zu 10.000 Euro
 - außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund, z. B. bei wiederholten oder schwerwiegenden bzw. gröblichen Verstößen.
- (4) Die Entscheidung wird dem Leistungserbringer schriftlich mitgeteilt.

§ 23 Ordentliche / außerordentliche Kündigung

- (1) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner unter Angabe des Grundes mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres ganz oder teilweise gekündigt werden (ordentliche Kündigung). Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- (2) Für die Anlagen gelten die dort ggf. gesonderte festgelegten Laufzeiten und Kündigungsfristen.
- (3) Eine außerordentliche Kündigung des Vertrages ist nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund, der die Vertragsparteien zur Kündigung berechtigen, liegt insbesondere vor;
 - a) wenn die Voraussetzungen dieses Vertrages aus Gründen der Rechtsentwicklung, wesentlicher medizinisch-wissenschaftlicher oder tatsächlicher Gründe entfallen,

- b) wenn die Leistungen, die Gegenstand dieser Vertrages sind, nicht erbracht oder in erheblichem Umfang mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden,
 - c) bei schwerem Verstoß gegen die Inhalte dieses Vertrages.
- (4) Eine außerordentliche Kündigung kann ohne Einhaltung von Kündigungsfristen erfolgen, wenn der Leistungserbringer seinen vertraglichen Pflichten gegenüber den Verbänden/der Krankenkasse derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zumutbar ist.

§ 24
Inkrafttreten/Laufzeit

- (1) Dieser Vertrag tritt am 15.09.2009 in Kraft und kann unter Einhaltung der Kündigungsfrist gemäß § 23 Absatz 1 frühestens zum 30.09.2010 gekündigt werden.

§ 25
Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt.
- (2) An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der Zielsetzung zur Erbringung von SAPV am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.
- (3) Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.
- (4) Die Vertragspartner verständigen sich dazu unverzüglich über notwendige neue Regelungen.

Bremen, 25.08.2009

Leistungserbringer

AOK Bremen/Bremerhaven

BKK-Landesverband Niedersachsen-
Bremen, zugleich für die Knappschaft,
Fachbereich Seekrankenvers.

IKK-gesundplus Bremen (ggf. LV)
zugleich für die Krankenkasse für den
Gartenbau, handelnd als Landesver-
band für die landwirtschaftliche Kran-
kenversicherung in Bremen

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der Landesvertretung Bremen

Anlagen zum Vertrag nach § 132 d SGB V über die Versorgung mit SAPV im Land Bremen vom 25.08.2009

Protokollnotiz

- Anlage 1 - "Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gemäß § 37 b SGB V i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V"
- Anlage 2 - "Gemeinsame Empfehlung nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung"
- Anlage 3 - Übersicht Kooperationsvereinbarungen
- Anlage 4 - Muster Eingangsassessment
- Anlage 5 - Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen
- Anlage 6 - Meldung Personalwechsel/Handzeichenliste
- Anlage 7 - Kerndatensatz
- Anlage 8 - Vergütungsvereinbarung
- Anlage 9 - Muster Leistungsnachweis