

Vertrag über die Erbringung

**Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
gemäß § 132 d i. V. m. § 37 b SGB V**

zwischen

den Ersatzkassen

**Barmer Ersatzkasse
Techniker Krankenkasse
Deutsche Angestellten-Krankenkasse
KKH-Allianz
Gmünder ErsatzKasse – GEK
HEK – Hanseatische Krankenkasse
Hamburg Münchener Krankenkasse
hkk**

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Hessen**

im Folgenden der „vdek“ genannt

und

***Name des Palliative Care Teams, Rechtsform, Sitz
vertreten durch ...***

im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt

Institutionskennzeichen:

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 Krankenseinweisungen führen, sollen durch die in der SAPV vorgehaltenen besonderen Fachkenntnisse vermieden werden. Symptome und Leiden sollen durch SAPV einzelfallgerecht und nach den Wünschen der Versicherten durch palliativmedizinisch-palliativpflegerische Maßnahmen gelindert oder behoben werden.

Die Versorgung des Versicherten / der Versicherten bedarf einer besonderen, multiprofessionellen SAPV-Fachkompetenz, erbracht durch ein Palliative-Care-Team (PCT). Die SAPV muss ausreichend und zweckmäßig sein. Sie orientiert sich jederzeit flexibel an dem individuellen Hilfebedarf des Versicherten, darf allerdings das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.

Der Versicherte / die Versicherte und auch sein / ihr soziales Umfeld (seine / ihre vertrauten Personen) sollen in die Versorgung mit einbezogen und über die Krankheit und den Krankheitsverlauf aufgeklärt werden. Die Arbeit des PCT integriert dabei auch die ehrenamtlichen Kräfte der ambulanten Hospizdienste.

Anspruch auf die Leistung der SAPV und damit einer besonderen (aufwändigen) Versorgung besteht, wenn die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen nicht ausreichen. Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste.

Die Vertragsparteien stimmen darin überein, dass die SAPV für Kinder und Jugendliche einer weiteren ergänzenden Vereinbarung bedarf.

§ 1

Vertragsziele und Vertragsgrundlagen

(1) Dieser Vertrag dient der Sicherstellung der bedarfsgerechten individuellen Versorgung des/der anspruchsberechtigten Versicherten mit SAPV in dem im

auf der Grundlage des vdek-Mustervertrages vom 13.02.2009

Versorgungskonzept ausgewiesenen Versorgungsgebiet durch den Leistungserbringer.

Die Bedarfsgerechtigkeit einer Region bedeutet u. a., dass eine SAPV-Versorgung qualitativ gleichwertig bei unterschiedlichen Bevölkerungsdichten zu erfolgen hat.

(2) Bei der SAPV handelt es sich um eine Versorgungsleistung, die von multiprofessionellen Palliative Care Teams (PCT) erbracht wird. Es handelt sich um eine Aufgabe, die nur dann bedarfsgerecht erbracht werden kann, wenn der Leistungserbringer Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem ist. Das PCT arbeitet mit den an der Regelversorgung beteiligten Leistungserbringern unterschiedlicher Berufsgruppen (z. B. Haus-/Fachärzten, Pflegediensten, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Psychologen und Ehrenamtlichen sowie ambulanten Hospizdiensten, insbesondere den gem. § 39a Abs.2 SGB V geförderten) in Form einer Netzwerkfunktion (vgl. § 3 Abs. 3) zusammen.

(3) Die palliativmedizinisch-palliativpflegerische Versorgung soll durch abgestimmte Behandlungs- und Kommunikationsstrukturen des PCT mit seinen Netzwerkpartnern erfolgen.

(4) Grundlagen dieses Vertrages sind:

- die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007 und
- die „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ vom 23.06.2008

in ihrer jeweiligen 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 so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch seine/ihre Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate begrenzt 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 in der häuslichen Umgebung (ambulant), in stationären Einrichtungen gemäß § 43 SGB XI i.V.m. § 72 SGB XI, sowie in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht werden kann.
 3. 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 im stationären Hospiz erbracht werden kann. Diese Leistungserbringung der spezialisierten Palliativversorgung im stationären Hospiz mittels der SAPV gilt vorbehaltlich einer dazu auf Bundesebene anstehenden abschließenden Entscheidung.
- (2) Liegt ein besonders aufwändiger Versorgungsbedarf nicht vor, besteht kein Anspruch auf SAPV.
- (3) Die individuelle Versorgung des/der Versicherten gem. SAPV-RL 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 Palliative-Care-Team (PCT) und versorgt auf der Grundlage eines verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Versorgungskonzeptes.
- (2) Das Versorgungskonzept formuliert alle palliativmedizinisch-palliativ-pflegerischen 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.

auf der Grundlage des vdek–Mustervertrages vom 13.02.2009

- (3) Die regionalen Netzwerkstrukturen sind zu beschreiben, in die sich der Leistungserbringer als PCT im Rahmen der Vernetzung integriert.
- (4) Das Versorgungskonzept ist dem vdek über die Landesarbeitsgemeinschaft für Palliativversorgung Hessen (LAPH) 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. Teammitglieder des PCT,
 5. Personelle Zuständig- und Verantwortlichkeiten im PCT (u. a. Weisungs- befugnisse, Weisungsgebundenheit, u. a.),
 6. Qualifikationsnachweise der Mitarbeiter im PCT gemäß § 10,
 7. sächliche Ausstattung gemäß § 12,
 8. Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 17,
 9. Konzept zur Sicherstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, unter Maßgabe der regulären Verfügbarkeit von Verordnungsblättern (Rezepten)
 10. Konzept zur Sicherstellung der 24–Stunden–Rufbereitschaft/Einsatzbereit- schaft,
 11. Fallzahleinschätzung.
 12. Kooperationsvereinbarungen des PCT 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,
- (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 Ersatzkassen sind umgehend zu informieren, wenn die Funktionsfähigkeit des Leistungserbringers nicht mehr besteht.
- (7) Der Leistungserbringer ist weisungsunabhängig.

- (8) Die Personalstärke eines Teams bestimmt sich u. a. durch die Anforderungen zur Erbringung ärztlicher und pflegerischer Leistungen, der 24-Stunden-Erreichbarkeit für betreute Versicherte, der qualifizierten Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten und der regionalen strukturellen Gegebenheiten.
- (9) Der Leistungserbringer trägt die alleinige Verantwortung für das Versorgungskonzept.

§ 4

Anzeigepflichten / Mitteilungspflichten

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, dem vdek 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 des PCT mit Netzwerkpartnern (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) Der vdek ist berechtigt, bei begründetem Anlass 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 Ersatzkasse 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 Ersatzkasse nur genehmigt, wenn eine ordnungsgemäß ausgefüllte ärztliche Verordnung gemäß der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossenen Vereinbarung (Anlage 3) per Telefax vorgelegt wird. Der/die Versicherte oder sein/ihr gesetzlicher Vertreter hat die Genehmigung der Verordnung schriftlich auf einem gesonderten Formular der Vereinbarung 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 (z.B. Unzumutbarkeit) an.
- (5) Die SAPV-RL ist für die Verordnung sowie für die Genehmigung durch die Ersatzkasse maßgeblich. Dort nicht aufgeführte Inhalte bedürfen einer nachvollziehbaren Begründung, damit sie von den Ersatzkassen genehmigt werden können.
- (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 durch das PCT 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 3 Arbeitstagen nach Erhalt der Verordnung die Notwendigkeit und Eignung der besonderen Mittel der SAPV. Sofern für eine bedarfsgerechte Versorgung die Mittel der Regelversorgung ausreichen, ist die Ersatzkasse hierüber innerhalb

von 2 Werktagen zu informieren. Neben der Ersatzkasse 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 Ersatzkasse und den behandelnden Arzt innerhalb von 2 Werktagen. 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 Ersatzkasse 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 Ersatzkasse vorliegt. Sie informiert hierüber den Leistungserbringer.
- (2) Soweit die verordneten Leistungen nicht übernommen werden, informiert die Ersatzkasse zeitgleich den/die Versicherte/n, ggf. gesetzlichen Vertreter, den Leistungserbringer und den verordnenden Arzt.
- (3) Sofern die Verordnung verspätet eingereicht wird, werden die Kosten erst ab Eingangsdatum übernommen.
- (4) Liegt der Ersatzkasse innerhalb von 7 Werktagen ab Verordnungsbeginn zusätzlich zur Erstverordnung kein Ergebnis über das SAPV-Eingangsassessment des Palliativmediziners vor, endet die Kostenzusage mit Ablauf dieses Tages. Die Ersatzkasse informiert zeitgleich den/die Versicherte/n, ggf. gesetzlichen Vertreter, den Leistungserbringer und den verordnenden Arzt.

§ 7

Inhalt der Leistung

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

1. Beratungsleistung:

- 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:

- a. Persönlicher, ggf. ergänzender 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 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

3. Additiv unterstützende Teilversorgung:

- a. Beratungs- und Koordinationsleistung
- b. Hausbesuche zur Tages- und Nachtzeit

- c. Einzelne Leistungen der in § 5 Abs. 3 der SAPV-RL 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 :

- a. Beratungs- und Koordinationsleistung
- b. Hausbesuche zur Tages- und Nachtzeit
- c. Alle Leistungen der in § 5 Abs. 3 der SAPV-RL 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 vom/von der Versicherten im Rahmen der Vertragsleistungen dürfen weder gefordert noch angenommen werden.
- (2) Zuzahlungen dürfen auch in dem Fall nicht verlangt werden, wenn die Verordnung bei der Ersatzkasse verspätet eingereicht wird, da Kosten erst ab

Eingang der Verordnung bei der Ersatzkasse gemäß § 6 dieses Vertrages übernommen werden.

(3) Zuwiderhandlungen stellen einen schweren Vertragsverstoß dar

§ 9

Vermittlungsverbot

- (1) Die Annahme von Aufträgen zur Versorgung anspruchsberechtigter Personen dieses Vertrages und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte, die nicht Teammitglieder des PCT sind, gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) stellt einen schweren Vertragsverstoß 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, die nicht Teammitglieder des PCT sind, gegen Kostenerstattung.

§ 10

Qualifikationsvoraussetzungen

- (1) Die Leistungen der SAPV werden ausschließlich durch Personen erbracht, die folgende Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen:
 - a. Ärztinnen und Ärzte, die
 - über eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung) verfügen 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, die

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

d. Ärzte, Pflegefachkräfte und weitere Fachkräfte, die

- sich in Palliative-Care-Weiterbildung gemäß der jeweils zutreffenden Ziffer (1) a - c befinden und
- ambulante Palliativleistungen unter Supervision eines Mitarbeiters der entsprechenden Berufsgruppe des PCT erbringen, der die Palliative-Care-Weiterbildung gemäß Ziffer (1) a - c abgeschlossen hat und darüber hinaus über eine weitere 1-jährige Erfahrung in der Palliativversorgung verfügt. Berufsgruppen der weiteren Fachkräfte unter Ziffer (1) c können ihre Leistungen auch unter Supervision eines Arztes des PCT mit dieser Qualifikation erbringen.

(2) 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.

§ 11

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

- (1) Der Palliativarzt/die Palliativärztin des PCT verordnet die notwendigen Arzneimittel unter Verwendung des Musters 16 auf den Namen des/der Versicherten.
- (2) Der Palliativarzt/die Palliativärztin des PCT benötigt für die Abrechnung der auf Muster 16 verordneten Arzneimittel eine Betriebsstättennummer. Diese wird von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vergeben.
- (3) Verfügt der Palliativarzt/die Palliativärztin des PCT über keine Vertragsarzt Nummer, die auf dem Muster 16 neben der Betriebsstättennummer anzugeben ist, erteilt die Kassenärztliche Vereinigung eine Dummy-Nummer.
- (4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Betriebsstättennummer sowie ggf. für Nicht-Vertragsärzte eine Dummy-Nummer zu beantragen.
- (5) Heilmittel: Die Verordnung von Heilmitteln erfolgt gem. Heilmittelrichtlinie
- (6) Hilfsmittel: Für die Versorgung mit Hilfsmitteln ist das Versorgungsmanagement (Pflegeberater) zu nutzen. Für Fälle, in denen eine Hilfsmittelversorgung notfällig indiziert und die Bereitstellung über das Versorgungsmanagement des zuständigen Kostenträgers nicht möglich ist, treffen die Vertragsparteien noch gesonderte Absprachen.

§ 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.
- (4) Der vdek hat 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 zu überprüfen.

§ 13

Organisation

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich zu einer 24-Stunden-Rufbereitschaft und Einsatzbereitschaft durch das PCT. Die ständige Verfügbarkeit eines Arztes/Ärztin und einer Pflegefachkräfte gemäß § 10 dieser Vereinbarung ist auch für notwendige Hausbesuche zu gewährleisten.
- (2) Zur Gewährleistung eines zeitnahen und systematischen Informationstransfers bei Überleitung aus/in stationäre Einrichtungen (z. B. Krankenhaus, stationäre Pflegeeinrichtung) ist ein geeignetes Überleitungsmanagement sicherzustellen.
- (3) 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 PCT und dem/der behandelnden Haus- oder Facharzt/ärztin.
- (4) Der Leistungserbringer stellt durch eine geeignete Infrastruktur sicher, dass die ständige Kommunikation innerhalb des PCT 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 der Behandlungsverlauf hervorgeht. Die Patientendokumentation wird regelmäßig von dem PCT aktualisiert.

auf der Grundlage des vdek–Mustervertrages vom 13.02.2009

- (2) Das Dokumentationssystem hat allgemein anerkannte Kriterien für eine externe Qualitätssicherung zu berücksichtigen, um eine bundesweite Evaluation zu ermöglichen. Einzelheiten der Dokumentation ergeben sich aus der **Anlage 2** dieser Vereinbarung.
- (3) Weiterhin hat der Leistungserbringer anzustreben, dass die von ihm angewandte Dokumentation kompatibel zu bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer ist.
- (4) Einzelheiten zur Dokumentation und ihrer Weiterentwicklung sind in Anlage 2 ausgeführt
- (5) Die versorgungsrelevante Dokumentation verbleibt beim Patienten.
- (6) Die Dokumentation ist dem MDK und – soweit der Versicherte eingewilligt hat (§ 67 b Abs. 1 SGB X) – der Ersatzkasse auf Anforderung zugänglich zu machen.
- (7) 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 Ersatzkasse und/oder dem MDK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Ersatzkasse 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 SAPV-Leistungen des PCT werden als Komplexpauschalen vergütet. Die Höhe der Vergütung richtet sich nach den in der Anlage 1 aufgeführten Pauschalen.
- (2) Mit den Komplexpauschalen nach Anlage 1 sind alle Aufwendungen des Leistungserbringers 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.
- (3) Die Vergütung erfolgt ausschließlich gegenüber dem Leistungserbringer.
- (4) Wird mit einer anderen Krankenkasse oder einem anderen Krankenkassen-Verband eine Vereinbarung abgeschlossen, welche die gleichen Leistungen zur Geschäftsgrundlage hat und für die günstigeren Preise oder eine alternative Vergütungssystematik zur Anwendung kommen, so gilt diese auch optional für die an diesem Vertrag teilnehmenden Ersatzkassen. Über den Abschluss einer günstigeren oder alternativen Vergütungsvereinbarung ist die vdek-Landesvertretung unverzüglich zu informieren

§ 17

Qualitätssicherungsmaßnahmen

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, ein Qualitätsmanagement durchzuführen, das im Versorgungskonzept darzustellen ist. Zur Qualitätssicherung zählen interne und externe Maßnahmen.
- (2) Die Einzelheiten zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in Anlage 4 geregelt.

§ 18

Abrechnung

- (1) Die Abrechnung der in der Anlage 1 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 wird mittelfristig die Anwendung der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen, jetzt Spitzenverband Bund, über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung angestrebt.
- (4) Bis dahin erfolgt die Abrechnung in Papierform und enthält folgende Angaben:
- Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers
 - Name, Vorname, Versichertennummer und Geburtsdatum des Versicherten
 - Verordnungsblätter im Original
 - Ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original,
 - Angabe des Versorgungszeitraums, Versorgungsortes sowie der dafür anzusetzenden Kompletpauschalen gem. Anlage 1.
 - Rechnungsbetrag und Bankverbindung

Die Rechnungslegung erfolgt auf einem Formular gem. Anlage 5 jeweils nach Fallabschluss. Nach Überschreiten eines dreimonatigen Versorgungszeitraums erfolgt eine Zwischenabrechnung.

- (5) In der Abrechnung ist der Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS), soweit eingeführt, gemäß der Richtlinien nach § 302 SGB V anzugeben.
- (6) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Ersatzkasse dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben.

Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von maximal 30 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.

Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die zuständige vdek–Landesvertretung und die Ersatzkassen 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 § 302 Abs. 2 SGB V zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach § 302 Abs. 1 SGB V.

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 Ersatzkassen 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 der zuständigen vdek-Landesvertretung vorzulegen.

- (7) 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 Ersatzkassen verwendet.

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

auf der Grundlage des vdek-Mustervertrages vom 13.02.2009

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

(2) Das gegenüber den Ersatzkassen eingesetzte IK ist der zuständigen vdek-Landesverhandlungskommission, der Landesvertretung sowohl bei Vertragsabschluss als auch bei Änderungen mitzuteilen. Abrechnungen mit den Ersatzkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK.

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

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

§ 20

Statistik

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, an Auswertungen mitzuwirken. Hierzu übermittelt er halbjährlich (30.06., 31.12. d. J.) folgende Leistungsdaten über die LAPH an den Beirat (vgl. § 22).

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

- Fallzahlen (Anzahl der behandelten Patienten),
- SAPV leistungsbegründende Diagnosen aufgrund vorliegender ärztlicher Verordnung,
- Versorgungsbereich gemäß Versorgungskonzept,
- Anzahl der Krankenhauseinweisungen,
- Anzahl der Patienten, die in der Häuslichkeit verstorben sind,
- Versichertenbezogene Versorgungstage in Mittelwert und Median,
- Einstufungen der Patienten in Pflegestufen nach dem SGB XI

§ 21

Beirat, Aufgaben

- (1) Es wird ein landesweiter Beirat gebildet.
- (2) Der Beirat wird mit Mitgliedern der Leistungserbringer und der Kassenseite besetzt.
- (3) Zu den Aufgaben des Beirates gehören die Begleitung dieser Vereinbarung und das Aussprechen von Empfehlungen insbesondere hinsichtlich der Qualität der Versorgungsprozesse sowie zur Anpassung an regionale Versorgungsbedürfnisse.
- (4) Der Beirat tagt grundsätzlich einmal im Jahr, auf Verlangen jeweils eines Vertragspartners auch ein weiteres mal. Die Organisation und Versendung der Einladung zur Sitzung erfolgt durch die LAPH.
- (5) Die Aufwendungen für die Teilnahme an den Beiratssitzungen werden durch die Vertragspartner jeweils selbst getragen.

§ 22

Maßnahmen bei Vertragsverstößen

- (1) Vertragsverstöße und/oder Schäden sind dem Leistungserbringer durch die Ersatzkassen in schriftlicher Form mitzuteilen. Hierbei ist dem Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb einer angemessenen Frist zu geben (Anhörung).

§ 23

Ordentliche / außerordentliche Kündigung

- (1) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner unter Angabe des Grundes mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres ganz oder teilweise gekündigt werden (ordentliche Kündigung). Die Kündigung bedarf der Schriftform. Die Vergütungsvereinbarung gem. Anlage 1 erhält eine gesonderte Laufzeit und Kündigungsfrist.

auf der Grundlage des vdek-Mustervertrages vom 13.02.2009

- (2) Eine außerordentliche Kündigung dieses Vertrages ist nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund, der die Vertragsparteien zur Kündigung berechtigt, 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 dieses Vertrages sind, nicht erbracht oder in erheblichem Umfang mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden,
 - c. bei schwerem Verstoß gegen die Inhalte dieses Vertrages,
 - d. wenn auf Grund einer Weisung der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde eine Fortsetzung des Vertrages untersagt wird.

§ 24

Inkrafttreten, Vertragslaufzeit

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01. April 2009 in Kraft.
- (2) Die Laufzeit dieser Vereinbarung erstreckt sich bis zum 31.12.2009 und verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern sie nicht von einer der Vertragsparteien gem. § 23 gekündigt wird.

§ 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 Vertragsparteien verständigen sich dazu unverzüglich über notwendige neue Regelungen.

Datum, Unterschrift
Der Leiter der
Landesvertretung Hessen

Datum, Unterschrift
Leistungserbringer

Anlage 1

Vergütungsvereinbarung

Komplexpauschalen gemäß § 7 i.V.m. § 16 und § 18 dieser Vereinbarung

(1) Für die SAPV-Leistungen Koordination, Teilversorgung und Vollversorgung inklusive Eingangsassessment (siehe § 5 (8)) wird eine einheitliche Pauschalierung (P1–P3) vereinbart. Die Versorgung wird im stationären Hospiz mit den Pauschalen H1–H2, die Beratungsleistung mit den Pauschalen B1–B2 vergütet.

Die Anwendung von Komplexpauschalen ermöglicht eine flexible Anpassung des Leistungsumfangs an den individuellen Versorgungsbedarf und zugleich Erfüllung des Versorgungsanspruchs des Versicherten gem. SAPV-RL.

(2) Die Höhe der SAPV-Komplexpauschale für Koordination, Teilversorgung und Vollversorgung wird abhängig von der SAPV-Versorgungsdauer degressiv gestaffelt. Für die Anwendung der Degressionsstufen sind ausschließlich SAPV-Versorgungstage zu berücksichtigen.

(3) Wird die SAPV unterbrochen, dann entspricht die SAPV-Versorgungsdauer der Summe aller SAPV-Versorgungstage des betreffenden Patienten.

(4) Werden die SAPV-Leistungen im Versorgungsverlauf vollständig außerhalb eines stationären Hospizes erbracht, erhält der Leistungserbringer für Koordination, Teilversorgung und Vollversorgung

- a. **P1:** 1500 € als Festbetrag bei einer Versorgungsdauer bis zu 10 Tagen, auch wenn die Versorgungsdauer weniger als 10 Tage beträgt,
- b. **P2:** 120 € pro Versorgungstag bei einer Versorgungsdauer bis zu 56 Tagen ab dem 11. Versorgungstag zusätzlich zur Vergütung aus (4a),
- c. **P3:** 80 € pro Versorgungstag bei einer Versorgungsdauer von mehr als 56 Tagen ab dem 57. Versorgungstag zusätzlich zur Vergütung aus (4a) und (4b)

auf der Grundlage des vdek-Mustervertrages vom 13.02.2009

- (5) Werden die SAPV-Leistungen im Versorgungsverlauf vollständig innerhalb eines stationären Hospizes erbracht, erhält der Leistungserbringer für Koordination, Teilversorgung und Vollversorgung
- a. **H1:** 750 € als Festbetrag bei einer Versorgungsdauer bis zu 10 Tagen, auch wenn die Versorgungsdauer weniger als 10 Tage beträgt,
 - b. **H2:** 60 € pro Versorgungstag bei einer Versorgungsdauer von mehr als 10 Tagen ab dem 11. Versorgungstag zusätzlich zur Vergütung aus (5a)
- (6) Werden die SAPV-Leistungen im Versorgungsverlauf wechselnd inner- und außerhalb eines stationären Hospizes erbracht, erhält der Leistungserbringer für Koordination, Teilversorgung und Vollversorgung
- a. **P1:** 1500 € als Festbetrag bei einer Versorgungsdauer bis zu 10 Tagen, auch wenn die Versorgungsdauer weniger als 10 Tage beträgt,
 - b. bei einer Versorgungsdauer von mehr als 10 Tagen: ab dem 11. Versorgungstag die für den Versorgungsort nach Ziffer (4) bzw. (5) zutreffende Vergütung des jeweiligen Versorgungstages. Für den Tag des Wechsels in das bzw. aus dem Hospiz gilt die Vergütung nach Ziffer (4).
- (7) Für die SAPV-Leistung Beratung erhält der Leistungserbringer
- a. **B1:** 170 € bei der ersten Beratung
 - b. **B2:** 75 € bei jeder weiteren Beratung
- (8) Diese Vergütungsvereinbarung tritt zum 01.04.2009 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von 3 Monaten zum 30. Juni oder 31. Dezember eines jeden Jahres gekündigt werden. Wird die Vereinbarung gekündigt, gelten die Preise dieser Vereinbarung bis zu einer Neuregelung weiter.

Anlage 2

Dokumentation

(1) Für sämtliche SAPV-Leistungen (Beratung, Koordination, Teilversorgung und Vollversorgung) wird eine einheitliche Dokumentationsgrundlage vereinbart.

(2) Zugrundeliegende Kategorien der Dokumentation sind

- a. Verlaufsstabile Grund- und Stammdaten
- b. Prozessbezogene inhaltliche Verlaufsdocumentation
- c. Beim Leistungsempfänger zu verbleibende Unterlagen
- d. Dokumentation von Kennzahlen zur Beurteilung der Prozess-, Ergebnis- und Strukturqualität.

(3) Die Grund- und Stammdaten gemäß 2a schließen folgende Punkte ein

- a. Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, telefonische Erreichbarkeit des Leistungsempfängers
- b. Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, telefonische Erreichbarkeit des gesetzlichen Vertreters und/oder Bevollmächtigten und/oder wichtiger Bezugspersonen des Leistungsempfängers
- c. Name, Adresse, telefonische Erreichbarkeit der mit dem PCT kooperierenden Leistungserbringer der Regelversorgung, z.B. Hausärzte, Fachärzte, Pflegedienste, Hospizdienste u.a.
- d. Patientenbezogene Daten zur Beschreibung der Ausgangssituation zum Versorgungsbeginn gemäß „Gemeinsamer Datensatz zur SAPV-Dokumentation: von DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) und DHPV (Deutscher Hospiz und Palliativverband) Teil 1: Kerndatensatz für Palliativpatienten in ihrer jeweils aktuellen Fassung (aktuell: Version 1; 15.01.2009)
- e. Angaben zur Palliativfall begründenden Diagnose

auf der Grundlage des vdek-Mustervertrages vom 13.02.2009

- f. Angaben zur besonderen Komplexität und/oder besonderen Aufwand gemäß §37b SGB V und SAPV-RL

(4) Prozessbezogene inhaltliche Verlaufsdokumentation gemäß 2b schließt ein

- a. Ergebnisse der Erhebung des Ganzkörperstatus mittels körperlicher Untersuchung zum Zeitpunkt der SAPV Erstverordnung
- b. Ergebnisse der Erhebung der Pflegeanamnese zum Zeitpunkt der SAPV Erstverordnung
- c. Ergebnisse der Analyse der Selbsthilfefähigkeit zum Zeitpunkt der SAPV Erstverordnung
- d. Ergebnisse der Umfeldanalyse des privaten häuslichen Betreuungsumfeldes zum Zeitpunkt der SAPV Erstverordnung
- e. Ergebnisse der ausführlichen Anamnese inklusive ergänzender fremdanamnestischer Auskünfte bzgl. der Dimensionen medizinische, pflegerische und psychosoziale krankheitsassoziierte Belastetheit zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung
- f. Ergebnisse der multiprofessionellen Teambesprechung und Fallanalyse mit Formulierung eines Behandlungsplanes.
- g. Bericht über die Ergebnisse der Ersterhebung und konsekutive Behandlungsmaßnahmen /-empfehlungen an die Kooperationspartner des PCT.
- h. Ergebnisse des fortlaufenden Monitorings der Belastetheit des Patienten im Behandlungsverlauf bei SAPV Komplexleistung
- i. Ergebnisse der fortlaufenden multiprofessionellen Teambesprechungen bei SAPV Komplexleistung
- j. Adaption und Fortschreibung des individuellen Therapieplanes bei SAPV Komplexleistung
- k. Adaption und Fortschreibung des individuellen Notfallplanes bei SAPV Komplexleistung

auf der Grundlage des vdek-Mustervertrages vom 13.02.2009

(5) Beim Leistungsempfänger zu verbleibende Unterlagen gemäß 2c sind insbesondere

- a. Bericht über die Ergebnisse der Ersterhebung und konsekutive Behandlungsmaßnahmen /-empfehlungen
- b. Aktueller Behandlungsplan
- c. Aktueller Notfallplan
- d. Unterlagen mit eindeutiger Nennung der Erreichbarkeitsdaten des PCT bei SAPV Komplexleistung

(6) Dokumentation von Kennzahlen zur Beurteilung der Prozess-, Ergebnis- und Strukturqualität gemäß 2d umfasst insbesondere

- a. Alle in Anlage 4 (Qualitätssicherung) festgeschriebenen Kennzahlen zur der Prozess-, Ergebnis- und Strukturqualität
- b. Alle Items des „Gemeinsamen Datensatzes zur SAPV-Dokumentation: von DGP und DHPV in der jeweils gültigen Fassung.
 - Teil 1: Kerndatensatz für Palliativpatienten in ihrer jeweils aktuellen Fassung (aktuell: Version 1; 15.01.2009) zu Beginn und Abschluss der Versorgung
 - Angaben zum weiteren Verlauf / Abschluss (Ergebnisqualität) zum Ende der SAPV Versorgung
 - Teil 2: SAPV Struktur Modul in jeweils aktueller Fassung (aktuell: Version 1; 15.01.2009) bei jeder Verordnung
- c. Der „Gemeinsame Datensatz zur SAPV-Dokumentation von DGP und DHPV“ wird gemäß der „Einführung von DHPV und DGP zu den Dokumentationsgrundlagen für die SAPV“ in Ihrer jeweils gültigen Fassung verwendet (Stand: 15.01.2009)

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

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

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

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

Anlage 3

Verordnungsformular für die SAPV

Der Vordruck wird gem. Rundschreiben GKV-Spitzenverband RS 2009/164 vom 06.04.2009 erst zum 3. Quartal 2009 in die Anlage 2/2a der Bundesmantelverträge aufgenommen. Für das 2. Quartal 2009 haben sich KBV und SpiBund darauf verständigt, dass der Verordnungsvordruck für den Arzt zum Download in dem geschützten Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung bereit steht.

Anlage 4

Qualitätssicherung

(1) Ziel der Qualitätssicherung ist die analytische Bewertung und Einordnung der Struktur, Prozesse und Ergebnisse eines PCT in der Einzelbetrachtung und im Vergleich mit anderen PCTs. Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind gem. § 132d (2)2. SGB V zu entwickeln und umzusetzen. An den dazu erforderlichen Datenerhebungen und -lieferungen werden sich die Leistungserbringer beteiligen.

(2) Geforderte Kennzahlen bzgl. der Qualitätssicherung sind im einzelnen

- Komplette Erfassung der fallbezogenen Daten gemäß Kerndatensatz für Palliativpatienten der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV) in seiner jeweils gültigen Fassung bestehend aus Teil 1 Kerndatensatz für Palliativpatienten und Teil 2 Modul SAPV Struktur.
- Der Nachweis (Verlaufsdokumentation) regelmäßiger multiprofessioneller Fallbesprechungen
- Die regelmäßige Supervision des multiprofessionellen PCT
- Die Teilnahme der PCT Mitglieder mindestens halbjährlich an regionalen multiprofessionellen Qualitätszirkeln
- Das Vorliegen eines Fort- und Weiterbildungskonzeptes für die Mitglieder des PCT
- Das Vorliegen einer kompletten Dokumentation gemäß den Ausführungen unter Anlage 2.