

**Vertrag gemäß § 132d Abs. 1 i. V. m. § 37b SGB V  
über die  
spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)**

zwischen der  
vertreten durch  
für das

**Palliative-Care-Team in XXXXXXXX**

(nachfolgend PCT genannt)

und

AOK Baden-Württemberg, Stuttgart

BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg  
Geschäftsstelle beim BKK Landesverband Baden-Württemberg  
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim  
vertreten durch die Vorsitzenden der Mitgliederversammlung

IKK classic  
Tannenstr. 4b, 01099 Dresden

Den Ersatzkassen  
Barmer GEK  
Techniker Krankenkasse (TK)  
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)  
KKH-Allianz (Ersatzkasse)  
HEK - Hanseatische Krankenkasse  
hkk  
gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 (5) S.6 SGB V  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg, Stuttgart,

Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg, Stuttgart

Knappschaft, Regionaldirektion München

(nachfolgend Krankenkasse genannt)

<b>Inhaltsverzeichnis:</b>		<b>Seitenzahl</b>
	Präambel	Seite 3
§ 1	Ziel und Gegenstand	Seite 3
§ 2	Anspruchsvoraussetzungen des Versicherten	Seite 4
§ 3	Leistungsempfänger	Seite 4
§ 4	Grundsätze der Leistungserbringung	Seite 5
§ 5	Verordnung und Genehmigung, vorl. Kostenzusage	Seite 6
§ 6	Strukturanforderungen an das PCT	Seite 8
§ 7	Personelle Anforderungen	Seite 8
§ 8	Sächliche Anforderungen	Seite 10
§ 9	Aufgaben des PCT	Seite 11
§ 10	Qualitätssicherung	Seite 12
§ 11	Vergütung und Abrechnung	Seite 13
§ 12	Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	Seite 13
§ 13	Datenschutz / Schweigepflicht	Seite 14
§ 14	Sonstige Bestimmungen	Seite 14
§ 15	Inkrafttreten/Kündigung	Seite 15
§ 16	Salvatorische Klausel	Seite 15
<b>Anlagen:</b>		
Anlage 1	Strukturerhebungsbogen, Konzeptanforderungen	Seite 20
Anlage 2	Vergütungsvereinbarung	Seite 32
Anlage 3	Rechnungsblatt	Seite 36
Anlage 4	Leistungsnachweis	Seite 37
Anlage 5	Mustervordruck zur Beantragung der Vergabe der Betriebsstättennummer (BSNR) bei der KBV	Seite 38
Anlage 6	Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen	Seite 39

## **Präambel**

Die spezialisierte ambulante palliative Versorgung 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 zu ermöglichen. Das Sterben zu Hause stellt heute noch eine Ausnahme dar, obwohl 70 % der Betroffenen diesen Wunsch haben. Die Vertragspartner stimmen in der Einschätzung überein, dass die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in der häuslichen Umgebung durch zielgerichtetes Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten (nachfolgend Vertragsärzte genannt), Leistungserbringern der SAPV, ambulanten Pflege- und Hospizdiensten sowie psychoonkologischen Betreuungsdiensten verbessert werden können und müssen. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche dieser Menschen sowie die Belange ihrer Angehörigen oder vertrauten Personen stehen dabei im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.

## **§ 1**

### **Ziel und Gegenstand**

- (1) Ziel der Vereinbarung ist es, eine ambulante Versorgung unheilbar kranker Menschen in der letzten Phase ihres Lebens in häuslicher Umgebung zu sichern, ihre Lebensqualität unter Berücksichtigung des Krankheitsstadiums zu verbessern bzw. zu erhalten und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder einem Hospiz zu ermöglichen. Weitere Ziele sind die Strukturierung der Behandlungsabläufe und deren Anpassung an den besonderen Bedarf der betroffenen Versicherten im ambulanten Bereich. Die Leistungserbringung soll ausreichend und wirtschaftlich sein und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.
- (2) Gegenstand des Vertrages sind
  - die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007 in ihrer jeweils gültigen Fassung.
  - die „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ vom 23.06.2008.

## **§ 2**

### **Anspruchsvoraussetzungen des Versicherten**

- (1) Der Anspruch des Versicherten wird durch § 37 b SGB V und die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von ambulanter und spezialisierter Palliativversorgung“ (SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007 in ihrer jeweils gültigen Fassung definiert.
- (2) Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn
  - sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist (§ 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von SAPV) und
  - sie (unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele) eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von SAPV) benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI) erbracht werden kann.

Anhaltspunkt für eine besonders aufwändige Versorgung ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens mit ausgeprägter Symptomatik, bei dem kurzfristig notwendige Anpassungen der Therapie durch kompetente Palliativfachkräfte erforderlich werden können.
- (3) Das PCT hat nach Erhalt der Verordnung zu prüfen, ob bereits aus der Verordnung selbst hervorgeht, dass die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme gemäß der in Absatz 2 genannten Definition offensichtlich nicht vorliegen.
- (4) Die allgemeine ambulante Palliativ-Versorgung obliegt grundsätzlich den die Versicherten betreuenden Vertragspartnern und Leistungserbringern im Rahmen der ambulanten Versorgung und ist nicht Gegenstand dieses Vertrages.
- (5) Sofern Kinder und Jugendliche versorgt werden, sind deren Belange besonders zu berücksichtigen. Bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen gilt Absatz 2.

## **§ 3**

### **Leistungsempfänger**

Aufgrund dieses Vertrags erhalten SAPV-Leistungen die nach § 2 Abs. 2 (ggf. § 2 Abs. 5) berechtigten Versicherten der AOK Baden-Württemberg, der IKK classic sowie weiterer Innungskrankenkassen, die diesem Vertrag beigetreten sind, der Knappschaft Regionaldi-

reaktion München, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg, der Krankenkasse für den Gartenbau, der im Rubrum genannten Ersatzkassen sowie der in der Anlage 6 aufgeführten Betriebskrankenkassen. Eine Veröffentlichung der jeweils aktuellen Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen erfolgt im Internet auf der Homepage des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg.

## **§ 4**

### **Grundsätze der Leistungserbringung**

- (1) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird dem Versicherten als Sachleistung zur Verfügung gestellt und wird vom PCT intermittierend oder durchgängig nach Bedarf erbracht als
- Beratungsleistung
    - Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit Betroffenen
    - Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit einem/einer der Leistungserbringer der Primärversorgung
    - Dokumentation
  - Koordination der Versorgung
    - Persönlicher oder telefonischer Kontakt mit den an der Versorgung Beteiligten
    - Ressourcenfokussierte Versorgungsplanung
    - Vernetzung mit ambulanten und/oder stationären Leistungserbringern
    - Dokumentation
  - Additiv unterstützende Teilversorgung/vollständige Versorgung
    - Beratungs- und Koordinationsleistung
    - Hausbesuche zu Tages- und zu Nachtzeit
    - Einzelne bzw. alle Leistungen der in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie aufgeführten Leistungen
    - Für die verordnete Teilversorgung/vollständige Versorgung besteht eine 24-Stunden-Rufbereitschaft und Einsatzbereitschaft.  
Die Rufbereitschaft kann nicht als alleinige Teilleistung verordnet werden.
    - Dokumentation und Evaluation

Sie ergänzt die allgemeine Palliativversorgung und das bestehende ambulante und stationäre Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und Hospize.

- (2) Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie orientiert sich am individuellen Hilfebedarf des Versicherten, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.
- (3) Beratungsleistungen können nur in engem Zusammenhang mit dem die SAPV begründenden Krankheitsbild erbracht werden. Sie ergänzen die palliativpflegerische Beratung der ambulanten Hospizdienste sowie die Beratungspflichten des behandelnden Arztes bzw. Pflegedienstes und ersetzen diese nicht.
- (4) Die Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe durch Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die regelmäßige Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.
- (5) Der Versicherte ist in der Wahl des PCT frei.

## **§ 5**

### **Verordnung und Genehmigung, vorläufige Kostenzusage**

- (1) Art, Umfang, Inhalt und Dauer der vom PCT zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der Verordnung der/des behandelnden Vertragsärztin/-arztes sowie ggf. der/des Krankenhausärztin/-arztes. Bei Verordnung durch eine/einen Krankenhausärztin/-arztes ist die Dauer der Verordnung auf längstens sieben Tage begrenzt. Auf Grundlage der Verordnung und ggf. des Ergänzungsfragebogens zur ärztlichen Verordnung leitet das PCT das Genehmigungsverfahren ein.
- (2) Solange die Genehmigung als Grundlage der weiteren Leistungserbringung nicht vorliegt, erfolgt die Leistungserbringung im Rahmen der vorläufigen Kostenübernahme. Rechtzeitig vor Ablauf der Erstverordnung ist ggf. eine notwendige Folgeverordnung einzureichen und zur Genehmigung der Krankenkasse vorzulegen.
- (3) Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig. Ausnahmefälle sind besonders zu begründen und können im Einzelfall genehmigt werden.
- (4) Die Krankenkasse übernimmt vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der /dem Vertragsärztin/-arzt verordneten und vom PCT erbrachten Leistungen, wenn die vollständig ausgefüllte Verordnung (insbesondere die verordnungsrelevanten Diagnosen als medizinische Begründung, der Behandlungs-, Betreuungs- und/oder Hilfebedarf des Versicherten, der Beginn und die Dauer der zu erbringenden Leistungen sowie das Ausstellungsdatum) der zu-

ständigen Krankenkasse vorliegt. Näheres zur Vergütung der Kosten ist in § 11 dieses Vertrages und der dazugehörigen Anlage 2 geregelt. Ggf. sollte die Verordnung und sofern vorhanden der Ergänzungsfragebogen vorab per Telefax (Empfangsbereitschaft wird seitens der Krankenkassen jederzeit sichergestellt) vollständig übersandt werden (Original ist dann unverzüglich nachzureichen).

- (5) Über die Leistungserbringung entscheidet die jeweils zuständige Krankenkasse grundsätzlich innerhalb einer Woche. Wird von der Krankenkasse eine Ablehnung der ärztlich verordneten Leistung für erforderlich gehalten oder genehmigt sie Leistungen nicht im vollen ärztlich verordneten Umfang, wird diese Entscheidung der/dem Versicherten und dem PCT schriftlich bekannt gegeben.
- (6) Bei Ablehnung der Leistung durch die zuständige Krankenkasse übernimmt die Krankenkasse vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zum Tag der Ablehnung der Kostenübernahme die Kosten für die vom Vertragsarzt/Krankenhausarzt verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung am dritten der auf die Ausstellung folgenden Arbeitstag der zuständigen Krankenkasse vorliegt. Näheres zur Vergütung der Kosten ist in § 11 dieses Vertrages und der dazugehörigen Anlage 2 geregelt. Sofern die Verordnung verspätet eingereicht wird, werden die Kosten ab Eingangsdatum übernommen.
- (7) Kann die Durchführung der verordneten Leistung nicht oder nicht mehr erfolgen, z.B. weil der/die Versicherte in ein Krankenhaus eingewiesen wurde, informiert der Leistungserbringer die zuständige Krankenkasse und den behandelnden Arzt.  
Im Falle der Besserung bzw. einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf ist der Versorgungsumfang der SAPV so weit wie möglich zu reduzieren und eine Weiterversorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung anzustreben. Das PCT hat den verordnenden Arzt und die Krankenkasse hierüber unverzüglich zu informieren.
- (8) Änderungen oder Ergänzungen der Verordnung im Rahmen der Anpassung des bereits genehmigten Versorgungsumfangs obliegen dem behandelnden Vertragsarzt bzw. dem Krankenhausarzt in Abstimmung mit dem PCT und bedürfen einer erneuten Bestätigung mit Arztunterschrift, Stempel und Datum sowie der Genehmigung durch die Krankenkasse.
- (9) Im Sinne der Wirtschaftlichkeit sind verordnete Leistungen der SAPV und der Häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen der Pflegeversicherung, soweit möglich und sinnvoll, innerhalb eines Einsatzes zu erbringen.

## § 6

### Strukturanforderungen an das PCT

- (1) Grundlage für den Vertragsabschluss bildet der Strukturhebungsbogen nach Anlage 1 und ein verbindliches, strukturiertes, schriftliches Konzept, in dem der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung (inkl. den personellen und sächlichen Anforderungen), das Versorgungsgebiet sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben sind. Bestehende Strukturen sind zu berücksichtigen und einzubinden. Regionale Gebietsgrenzen sind ggf. zu überbrücken.
- (2) Das Konzept ist den Krankenkassen vor Vertragsabschluss einzureichen.
- (3) Das PCT stellt im Rahmen seiner Kapazitäten die Versorgung der Versicherten in seinem Versorgungsraum mit Leistungen der SAPV sicher.
- (4) Die Festlegung des Einzugsbereiches schließt den Abschluss von Verträgen mit anderen Leistungserbringern zur Versorgung der Versicherten mit SAPV im selben Einzugsbereich nicht aus.
- (5) Durch Kooperation aller am Versorgungsprozess Beteiligten ist auf eine effiziente Leistungserbringung und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Versicherten und seinen Bezugspersonen hinzuwirken.
- (6) Für die Erfüllung der Leistungen ist in einem PCT eine Koordinationsstelle erforderlich, die im Sinne einer Leitstelle als Ansprechpartner für die verschiedenen Leistungserbringer und für alle Beteiligten als Schnittstelle tätig ist.

## § 7

### Personelle Anforderungen

- (1) Die Leistungen der SAPV werden durch Personen erbracht, die folgende Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen:
  - a) Ärzte
    - eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer und Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre.



b) Pflegefachkräfte

- Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin/Altenpfleger,
- Abschluss einer Palliativ-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden, die vergleichbar mit dem Basis-Curriculum von Kern/Müller/Aurnhammer ist  
und
- eine nachweisbare mindestens zweijährige berufspraktische Tätigkeit innerhalb der letzten drei Jahre in der Palliativversorgung, davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung.

c) Koordinator/Koordinatorinnen (§ 6 Abs. 6 und § 9 Abs. 5)

- soweit es sich um einen Arzt oder eine Pflegefachkraft handelt, eine Qualifikation nach den Buchstaben a oder b oder eine nachweisbare mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung
- soweit es sich um einen Angehörigen einer anderen geeigneten Berufsgruppe wie z.B. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Psychologinnen/Psychologen, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen handelt, eine für diese Berufsgruppe geeignete Zusatz-Weiterbildung Palliative Care oder eine nachweisbare mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung.

(2) Zur Sicherstellung der SAPV im Versorgungsraum XXXXXXXXX können durch das PCT weitere Leistungserbringer vertraglich eingebunden werden.

- Ärztinnen/Ärzte, die die Voraussetzungen gemäß § 7 Abs. 1 Buchst. a erfüllen
- zugelassene Pflegedienste mit Vertrag nach § 132 a SGB V zur Häuslichen Krankenpflege bzw. mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur ambulanten Pflege, die Pflegefachkräfte in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis angestellt haben, die die Voraussetzungen gemäß § 7 Abs. 1 Buchst. b erfüllen. Diese Pflegedienste haben zu garantieren, dass die Leistungen im Rahmen der SAPV ausschließlich durch diese qualifizierten Pflegefachkräfte erbracht werden.

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

(4) Zur Sicherstellung der psychosozialen Unterstützung und zur allgemeinen palliativpflegerischen Beratung sind soweit möglich ambulante Hospizdienste gemäß § 39 a Abs. 2 SGB V im Versorgungsgebiet kooperativ einzubinden.

## § 8

### Sächliche Anforderungen

- (1) Das PCT hat als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicher zu stellen:
  - eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation
  - eine ausreichende und geeignete Mobilität zur zeitnahen häuslichen Versorgung der Patienten
  - Arzneimittel (inkl. Betäubungsmittelgesetz – BtM –) für die Notfall/Krisenintervention
  - Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z. B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen)
  - eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik
- (2) Das PCT muss über eine eigenständige Adresse mit eigener Telefonnummer und geeignete Räumlichkeiten für
  - die Beratung von Patienten und Angehörigen,
  - Teamsitzungen und Besprechungen,
  - die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall-/Krisenintervention und Hilfsmitteln verfügen.
- (3) Sofern eine Aufbewahrung von Medikamenten erfolgt, die unter das BtM fallen, ist ein BtM-Schrank erforderlich.
- (4) Das PCT hat ein geeignetes, dem aktuellen Standard entsprechendes Pflegedokumentationssystem anzuwenden, das die übersichtliche und jederzeit nachvollziehbare Dokumentation der Stammdaten und des Pflegeprozesses in all seinen Schritten sowie eine Evaluation ermöglicht. Alle Eintragungen sind nachvollziehbar und eindeutig mit Handzeichen abzuzeichnen. Die Pflegedokumentation ist, von begründeten Ausnahmefällen abgesehen, beim Versicherten aufzubewahren.

## § 9

### Aufgaben des PCT

- (1) Das PCT wird beratend, koordinierend und behandelnd tätig, wenn spezielle palliativmedizinische Kenntnisse bzw. spezielle palliativpflegerische Kenntnisse für die Versorgung erforderlich sind. Das PCT arbeitet eng mit den die betreffenden Versicherten im Rahmen der Regelversorgung betreuenden Vertragsärzten, den Pflegediensten und weiteren Kooperationspartnern zusammen.
- (2) Das PCT erstellt für jeden zu versorgenden Versicherten einen individuellen Behandlungsplan, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist.
- (3) Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Palliativärztin/eines Palliativarztes und einer Palliativpflegefachkraft ist zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit umfasst erforderlichenfalls auch das umgehende Aufsuchen des Versicherten. Eine Hilfsfrist von maximal 120 Minuten ist anzustreben.
- (4) Durch den hohen Grad der Erreichbarkeit und fachlicher Kompetenz muss das PCT in dem Versorgungsraum eine reibungslos funktionierende Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantes Sektor darstellen.
- (5) Die Koordinationsstelle übernimmt sowohl eine koordinierende als auch beratende Funktion. Sie ist erste Ansprechpartnerin. Es wird gewährleistet, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen und dass zwischen den an der Versorgung des Versicherten beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle wichtigen Informationen über die vorhergehende Behandlung unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Regelungen ausgetauscht werden.
- (6) Die Dokumentation der versichertenbezogenen Leistungen durch die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer/Personen ist entsprechend der jeweiligen Berufsordnung sicherzustellen. Das PCT verfügt aufgrund eines einheitlichen Patientendokumentationssystems zu jeder Zeit über die notwendigen Informationen zum Versicherten.
- (7) Die im PCT mitwirkenden Ärzte und Pflegefachkräfte nehmen an palliativmedizinischen bzw. palliativpflegerischen Fortbildungen in einem Umfang von 20 Zeitstunden (entsprechend 20 Punkten im Rahmen der ärztlichen Fortbildung) innerhalb von zwei Kalenderjahren teil.
- (8) Das PCT stellt sicher, dass die notwendigen krankenpflegerischen Informationen auf der Grundlage der Pflegedokumentation (Pflegeüberleitungsbogen) bei Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung diesen sowie dem Vertragsarzt zur Verfügung gestellt werden.

- (9) Das PCT berücksichtigt bei der Planung und Durchführung der spezialisierten Palliativversorgung den vom Krankenhaus bei der Entlassung des Versicherten erstellten Bericht oder Überleitungsbogen.
- (10) Ist nach Auffassung des PCT der Versicherte erheblich pflegebedürftig, hat aber noch keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt, wirkt das PCT auf die erforderliche Antragstellung hin.

## **§ 10**

### **Qualitätssicherung**

- (1) Das PCT verpflichtet sich interne Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen. Das PCT ist für die Qualität seiner Leistungen verantwortlich.
- (2) Das interne Qualitätsmanagement umfasst alle Managementprozesse (Verantwortung der Leitung, Ressourcenmanagement, Leistungserstellung, Analyse/Verbesserung), die Qualität entwickeln, festlegen und sichern. Es bezieht sich auf alle Handlungen und Leistungen, die einer zielorientierten, fachgerechten und effektiven Leistungserbringung dienen. Die Verantwortlichkeit für das PCT-interne Qualitätsmanagement liegt auf der Leitungsebene des PCT's, und zwar auch dann, wenn ein Qualitätsmanagementbeauftragter benannt ist.
- (3) Das PCT ist bereit, das Dokumentationssystem daraufhin auszulegen, dass patientenbezogene Daten und – soweit vorhanden – allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung berücksichtigt werden.
- (4) Maßnahmen des PCT zur internen Qualitätssicherung:
  - a) Das PCT ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden.
  - b) Die Durchführung der Qualitätssicherung wird vom PCT dokumentiert und aufbewahrt.
  - c) Das PCT hat die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Anforderung der Krankenkasse nachzuweisen.
  - d) Das PCT hat die Teilnahme an der Supervision zu ermöglichen und regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen durchzuführen.
- (5) Das PCT soll sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.
- (6) Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen:

Wird von der Krankenkasse die Notwendigkeit einer anlassbezogenen Qualitätsprüfung als gegeben angesehen ist sie berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung des PCT durch den MDK oder andere Sachverständige überprüfen zu lassen.

## **§ 11**

### **Vergütung und Abrechnung**

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren für Leistungen der SAPV eine pauschalisierte Vergütungsregelung. Für diese Leistungen kann daneben keine anderweitige Vergütung in Ansatz gebracht werden.  
Näheres dazu wird in Anlage 2 bestimmt.
- (2) Das PCT stellt den Krankenkassen versichertenbezogen die erbrachten Leistungen gemäß Anlage 3 in Rechnung. Leistungsbegründende Unterlagen sind nach Anlage 4 beizufügen.
- (3) Die Krankenkassen vergüten die Leistungen innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang bei der Krankenkasse.
- (4) 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 aktualisierten Fassung angestrebt. Näheres wird zu gegebener Zeit zwischen PCT und Krankenkassen vereinbart.

## **§ 12**

### **Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln**

- (1) Die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV erfolgt unter Verwendung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Vordrucke (Muster 13, 14, 16 und 18). Bei der (zeitgleichen) Verordnung von Arzneimitteln einerseits und Hilfsmitteln andererseits sind jeweils getrennte Vordrucke nach Muster 16 zu verwenden. Die Verordnungen sind auf Basis der geltenden Richtlinien des G-BA auszuführen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach SGB V ist zu beachten. Für die verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel gelten die nach §§ 300, 302 SGB V vereinbarten Abrechnungsverfahren entsprechend.
- (2) Jeder Vertragspartner einer Krankenkasse nach § 132 d Abs. 1 SGB V (PCT) erhält eine Betriebsstätten-Nummer, die die Zuordnung von Verordnungen zu diesem gewährleistet. Die Betriebsstätten-Nummer ist bei Verordnungen immer in das vorgesehene Feld auf den Vordrucken einzutragen. Die Vergabe der Betriebsstätten-Nummer erfolgt durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf Antrag des PCT. Der Antrag ist mit dem beigefügten Mustervordruck (Anlage 5) zu stellen. Der Leistungserbringer hat die Krankenkassen über die von der KBV vergebene Betriebsstätten-Nummer zu informieren.

- (3) Bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV wird auf den zu verwendenden Vordrucken im entsprechenden Feld einheitlich die Pseudo-Arzt-Nummer 333 333 300 eingetragen.  
Auf jeder Verordnung im Rahmen dieser Vereinbarung sind die Betriebsstätten-Nummer und die Pseudo-Arzt Nummer anzugeben.
- (4) Die Krankenkassen teilen dem PCT mit, wo die Vordrucke bezogen werden können.

### **§ 13**

#### **Datenschutz / Schweigepflicht**

- (1) Die Vertragspartner sind verpflichtet, die gesetzlichen Bestimmungen zur ärztlichen Schweigepflicht und zum Datenschutz, insbesondere den Schutz der Sozialdaten (SGB X 2. Kapitel) zu beachten. Personenbezogene Daten sind 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 hat die im Team tätigen Mitarbeiter zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht zu verpflichten. Die Verpflichtung ist zu dokumentieren.

### **§ 14**

#### **Sonstige Bestimmungen**

- (1) Die Vertragspartner werden die Versorgungsabläufe nach diesem Vertrag konstruktiv beobachten und sind bereit, erforderliche Anpassungen aufgrund der Praxiserfahrungen bei neuen Vertragsverhandlungen vorzunehmen.
- (2) Die Vertragspartner werden gemeinsam prüfen, inwieweit die Ziele nach § 1 Abs. 1 erreicht worden sind.

## **§ 15**

### **Inkrafttreten/Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt zum XX.XX.XXXX in Kraft.
- (2) Er kann ordentlich von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Die Mindestlaufzeit des Vertrags beträgt ein Jahr.
- (3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (4) Wirken Rechtsänderungen auf die Inhalte dieses Vertrages, treten die Vertragsparteien unverzüglich in Verhandlungen, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

## **§ 16**

### **Salvatorische Klausel**

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, bleibt er im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung sonstiger rechtlicher Vorgaben am nächsten kommt.
- (2) Erweist sich der Vertrag als lückenhaft, sind die Vertragsparteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung und der sonstigen rechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Stuttgart, Kornwestheim, Dresden, München, XXX, den XX.XX.XXXX

---

Verantwortlicher PCT

---

AOK Baden-Württemberg

---

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
der Leiter der vdek-Landesvertretung  
Baden-Württemberg

---

Vorsitzender / Stv. Vorsitzender  
BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft  
Baden-Württemberg,  
vertreten durch die Vorsitzenden  
der Mitgliederversammlung

---

IKK classic

---

Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Baden-Württemberg

---

Knappschaft  
Regionaldirektion München



## Protokollnotiz

### 1. Übergangsregelungen für Qualifikationsvoraussetzungen nach § 7 Abs. 1 des Vertrages nach § 132d Abs. 1 i.V.m. § 37b SGB V der Leistungserbringer SAPV / Mitarbeiter PCT

Gültig für neu gegründete Palliative-Care-Teams in den ersten drei Jahren nach Abschluss eines Vertrages nach § 132d Abs. 1 i.V.m. § 37b SGB V.

Nach Ablauf der Übergangsregelung müssen Mitarbeiter des Palliative-Care-Teams, die SAPV-Leistungen erbringen, grundsätzlich alle Qualifikationsvoraussetzungen nach § 7 Abs. 1 des Vertrages nach § 132d Abs. 1 i.V.m. § 37b SGB V erfüllen.

Ab Vertragsabschluss

- muss mindestens eine vollbeschäftigte Pflegefachkraft oder zwei teilzeitbeschäftigte Pflegefachkräfte mit einem Beschäftigungsumfang von insgesamt 100 % alle Voraussetzungen gemäß § 7 Abs. 1 Buchst. b des Vertrages nach § 132d Abs. 1 i.V.m. § 37b SGB V erfüllen
- muss mindestens ein Arzt/eine Ärztin alle Voraussetzungen gemäß § 7 Abs. 1 Buchst. a des Vertrages nach § 132d Abs. 1 i.V.m. § 37b SGB V erfüllen
- sind Abwesenheitszeiten wie Urlaub, Tagungsteilnahme oder Krankheit durch qualitativ gleichwertige Ärzte / Pflegefachkräfte abzudecken.

Für die übrigen Mitarbeiter gilt:

Weiterbildungsmaßnahmen:

Qualifizierungsmaßnahmen zur Erreichung der Qualifikationsvoraussetzungen nach § 7 Abs. 1 des Vertrages nach § 132d Abs. 1 i.V.m. § 37b SGB V (Palliativ-Weiterbildungsmaßnahme für Pflegekräfte bzw. Zusatzweiterbildung Palliativmedizin) müssen bei Vertragsabschluss nachweislich begonnen sein. Das voraussichtliche Datum des Abschlusses der Weiterbildung muss benannt werden.

Es sind folgende berufspraktische Erfahrungen in der Palliativversorgung nachzuweisen:

- Pflegefachkräfte:  
Eine Vollzeit-Tätigkeit im Umfang von mindestens 5 Wochen in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung (Palliativstation, stationäres Hospiz, spezieller Palliativpflegedienst) innerhalb der letzten fünf Jahre vor Vertragsabschluss.

- **Ärzte/Ärztinnen:**  
Die Behandlung von mindestens 40 Palliativpatienten/innen ambulant oder stationär oder alternativ eine klinische palliativmedizinische Vollzeit-Tätigkeit im Umfang von mindestens 10 Wochen innerhalb der letzten fünf Jahre vor Vertragsabschluss.

Bei Teilzeitbeschäftigung verlängert sich die qualifizierende Beschäftigungszeit entsprechend.

Sofern die oben genannten Mindestvoraussetzungen für die berufspraktische Erfahrung erfüllt sind, kann die zur Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 7 Abs. 1 des Vertrages nach § 132d Abs. 1 i.V.m. § 37b SGB V noch fehlende berufspraktische Erfahrung im Rahmen der Arbeit im PCT erworben werden. Dabei muss das Tätigwerden unter der fachlichen Verantwortung eines voll ausgebildeten Mitarbeiters der entsprechenden Berufsgruppe des PCT stehen.

Unter Berücksichtigung dieser Rahmenbedingungen wird für jedes PCT eine individuelle Übergangsregelung angestrebt.

Die Vertragspartner erklären einvernehmlich, spätestens nach Ablauf von 2 ½ Jahren nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung Gespräche auf der Landesebene aufzunehmen, um gemeinsam die Notwendigkeit ggf. erforderlicher Anpassungen der Übergangsregelung zu prüfen.

## **2. Erfüllung der Qualifikation nach § 7 Abs. 1 Buchst. a des Vertrages nach § 132d Abs. 1 i.V.m. § 37b SGB V**

Einem Arzt/einer Ärztin mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin gleichgestellt wird ein Arzt/eine Ärztin, der/die in den letzten 5 Jahren mindestens 3 Jahre eine palliativmedizinische Tätigkeit ausgeübt hat und an der Weiterbildung Palliativmedizin (40 Stunden Kurs-Weiterbildung in Palliativmedizin und 120 Stunden Fallseminar einschl. Supervision, letzteres ersetzbar durch 12 Monate Weiterbildungszeit in einer ausbildungsberechtigten Weiterbildungsstätte) nachweislich vollständig und erfolgreich teilgenommen hat, der/die aber wegen des Fehlens einer Facharztanerkennung nicht die Zusatzbezeichnung erwerben kann.

Stuttgart, Kornwestheim, Dresden, München, XXX, den XX.XX.XXXX  
Unterschriftenblatt zur Protokollnotiz  
Übergangsregelungen für Qualifikationsvoraussetzungen nach § 7 Abs. 1 gemäß Ziffer 1 und  
Erfüllung der Qualifikation nach § 7 Abs. 1 Buchst. a gemäß Ziffer 2  
zum SAPV-Vertrag mit XXX

---

Verantwortlicher PCT

---

AOK Baden-Württemberg

---

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
der Leiter der vdek-Landesvertretung  
Baden-Württemberg

---

Vorsitzender / Stv. Vorsitzender  
BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft  
Baden-Württemberg,  
vertreten durch die Vorsitzenden  
der Mitgliederversammlung

---

IKK classic

---

Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Baden-Württemberg

---

Knappschaft  
Regionaldirektion München

## Anlage 1

### **SAPV-Strukturerhebungsbogen**

Voraussetzung für einen Vertragsabschluss ist die Vorlage eines verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzeptes, in dem der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben sind. Das Konzept und der Strukturerhebungsbogen ist den Krankenkassen vor Vertragsabschluss einzureichen.

Es muss eine Beschreibung folgender Inhalte vorliegen:

- Bevölkerungsbezogene Aussagen zum Versorgungsraum
- Aufbauorganisation des Palliative-Care-Teams.  
Die eigenständige inhaltliche und organisatorische Struktur des PCT muss ersichtlich sein, ebenso das Verhältnis zu den vertraglich eingebundenen Kooperationspartnern
- Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten innerhalb des PCT und zwischen PCT und Kooperationspartnern
- Ablauforganisation / Versorgungsprozess, Sicherstellung der Kommunikation innerhalb des Teams und mit den Kooperationspartnern zur Abstimmung von Behandlungsplänen, Team- und Fallbesprechungen
- Präsenzzeiten der Koordinationsstelle
- Sicherstellung der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- Personelle Ausstattung, Qualifikationsnachweise
- Sächliche und räumliche Ausstattung (gemäß der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die SAPV – 23.06.2008)
- Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Einarbeitungs- und Fortbildungskonzepte, Supervision, Dokumentationssystem

In Ihrem Konzept sind die Schnittstellen zwischen den ggf. vertraglich eingebundenen Kooperationspartnern nach § 7 Abs. 2 und 3 des Vertrages nach § 132d Abs. 1 i.V.m. § 37b SGB V und dem PCT zu beschreiben.

Bitte legen Sie Qualifikationsnachweise für die im Palliative-Care-Team vorgesehenen Fachkräfte und Teammitglieder vor.

Die nachfolgenden Ausführungen und Fragestellungen sollen die Erstellung bzw. die Bewertung eines Konzeptes vereinfachen. Bitte übersenden Sie daher den Vertragspartnern auf Krankenkassenseite eine ausführliche Konzeption und den nachfolgenden SAPV-Strukturerhebungsbogen ausgefüllt zurück.

## 1. Anbieter der SAPV

Name des Dienstes:

---

Straße, Hausnummer:

---

PLZ, Ort:

---

Ansprechpartner:

---

Emailadresse:

---

Telefonnummer:

---

Faxnummer:

---

Name des Trägers:

---

Straße, Hausnummer:

---

PLZ, Ort:

---

Ansprechpartner:

---

Emailadresse:

---

Telefonnummer:

---

Faxnummer:

---

## 2. Versorgungsbedarf

2.1 Welche Versorgungsregion wollen Sie versorgen?

---

---

---

---

2.2 Wie hoch ist die Einwohnerzahl Ihrer potentiellen Versorgungsregion?

---

---

2.3 Gibt es Besonderheiten in Ihrer Region?

---

---

---

---

---

## 3. Personelle Anforderungen

Das PCT verfügt über das für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erforderliche und geeignete Personal. Dabei wird berücksichtigt, dass durch das PCT eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Patienten, deren Angehörigen und die an der Versorgung Beteiligten sichergestellt wird. Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Palliativärztin/eines Palliativarztes und einer Palliativpflegefachkraft wird gewährleistet. Die Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein.

### 3.1 Ärztinnen und Ärzte

Über welche Qualifikationen gemäß § 7 Abs. 1 Buchst. a verfügen die Ärzte für das geplante PCT?

<b>Name</b>				
<b>Vorname</b>				
<b>Anteil einer Vollzeitstelle</b>	%	%	%	%
<b>Andere Beschäftigung, Wo</b>				
<b>Zusatzbezeichnung Palliativmedizin ja/nein</b>				
<b>Nachweis mind. 75 Palliativpatienten in letzten drei Jahren ja/nein</b>				
<b>Mind. 1 Jahr Tätigkeit Palliativabteilung ja/nein</b>				
<b>Gesamtvoraussetzungen erfüllt ja/nein</b>				
<b>Voraussetzungen voraussichtlich erfüllt bis</b>				
<b>Bemerkungen</b>				



### 3.2 Pflegefachkräfte

Über welche Qualifikationen gemäß § 7 Abs. 1 Buchst. b verfügen die Pflegekräfte für das geplante PCT?

<b>Name</b>				
<b>Vorname</b>				
<b>Anteil einer Vollzeitstelle</b>	%	%	%	%
<b>Andere Beschäftigung, Wo?</b>				
<b>Weiterbildung Palliative Care ja/nein</b>				
<b>2-jährige Tätigkeit in Palliativversorgung in letzten drei Jahren ja/nein</b>				
<b>Mind. 6 Monate Tätigkeit in spez. Palliativeinrichtung ja/nein</b>				
<b>Gesamtvoraussetzungen erfüllt Ja/nein</b>				
<b>Voraussetzungen erfüllt bis</b>				
<b>Bemerkungen</b>				

Über welche Qualifikationen gemäß § 7 Abs. 1 Buchst. b verfügen die Pflegekräfte für das geplante PCT?

<b>Name</b>				
<b>Vorname</b>				
<b>Anteil einer Vollzeitstelle</b>	%	%	%	%
<b>Andere Beschäftigung, Wo?</b>				
<b>Weiterbildung Palliative Care ja/nein</b>				
<b>2-jährige Tätigkeit in Palliativversorgung in letzten drei Jahren ja/nein</b>				
<b>Mind. 6 Monate Tätigkeit in spez. Palliativeinrichtung ja/nein</b>				
<b>Gesamtvoraussetzungen erfüllt ja/nein</b>				
<b>Voraussetzungen erfüllt bis</b>				
<b>Bemerkungen</b>				

### 3.3 Koordinatorin/Koordination

Über welche Qualifikationen gemäß § 7 Abs. 1 Buchst. c verfügen die im geplanten PCT tätige/n Koordinatorin/Koordinator/en?

<b>Name</b>		
<b>Vorname</b>		
<b>Berufsbezeichnung</b>		
<b>Anteil einer Vollzeitstelle</b>	%	%
<b>Andere Beschäftigung, Wo?</b>		
<b>Weiterbildung Palliative Care ja/nein</b>		
<b>2-jährige Tätigkeit in Palliativbetreuung in letzten drei Jahren ja/nein</b>		
<b>Mind. 6 Monate Tätigkeit in spez. Palliativeinrichtung ja/nein</b>		
<b>Mehrjährige Erfahrung in Palliativversorgung ja/nein</b>		
<b>Gesamtvoraussetzungen erfüllt ja/nein</b>		
<b>Voraussetzungen erfüllt bis</b>		
<b>Bemerkungen</b>		

#### 4. 1 Kooperationspartner gemäß § 7 Abs. 2

Zur Sicherstellung der SAPV können durch das PCT weitere Leistungserbringer bzw. Fachkräfte mit entsprechender fachlicher Qualifikation eingebunden werden.

Name der Einrichtung	Ansprechpartner	Pflegedienst / Arzt/Ärztin

#### 4. 2 Kooperationspartner gemäß § 7 Abs. 3 und 4

Weitere Leistungserbringer, Fachkräfte oder sonstige Dienste können vertraglich eingebunden werden.

Name der Einrichtung	Ansprechpartner	Psychologinnen / Psychologe, Sozialarbeiterinnen / -arbeiter, Sozialpädagoginnen / -pädagoge, ambulanter Hospizdienst

## 5. Sächliche Ausstattung

5.1 Welche Räumlichkeiten stehen zur Verfügung?

---

---

---

---

---

5.2 Welche administrative Infrastruktur steht zur Verfügung?

---

---

---

---

5.3 Anzahl der Dienstfahrzeuge?

---

5.4 Stehen Arzneimittel für die Notfall/Krisenintervention zur Verfügung?

---

5.5 Steht ein BTM-Schrank zur Verfügung?

---

5.6 Steht ein Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche zur Verfügung?

---

## 6. Qualitätssicherung

- 6.1 Wie wird die interne Qualitätssicherung (Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität) umgesetzt?  
Beschreibung der Maßnahmen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- 6.2 Bitte nennen bzw. beschreiben Sie Ihr Dokumentationssystem

---

---

---

---

---

---

- 6.3 Wie oft finden Teambesprechungen statt?

---

---

- 6.4 Wie oft findet Supervision statt?

---

---

6.5 Wie oft finden multiprofessionelle Fallbesprechungen / Qualitätszirkel statt?

---

---

6.6 Liegt ein Einarbeitungskonzept vor?

---

6.7 Liegt ein Fortbildungskonzept vor?

---

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.

---

Ort, Datum

Unterschrift des verantwortlichen Vertreters des PCT

## Anlage 2

### Vergütungsvereinbarung

#### 1. Allgemeines

Für die Leistungen im Rahmen der SAPV können ausschließlich die in dieser Vergütungsvereinbarung ausgewiesenen Pauschalen abgerechnet werden. Für die SAPV-Leistungen können dann daneben keine anderweitigen Vergütungen in Ansatz gebracht werden.

#### 2. Vollständige Versorgung / additiv unterstützende Versorgung

2.1 für SAPV-Leistungen außerhalb eines stationären Hospizes:

- |   |                    |
|---|--------------------|
| a) Festbetrag bei einer Versorgungsdauer bis zu 7 Tagen, auch wenn die Versorgungsdauer weniger als 7 Tage beträgt: | <b>1260,00 EUR</b> |
| b) Tagespauschale ab dem 8. Versorgungstag, abrechenbar an Tagen, an denen ein Hausbesuch stattfindet:              | <b>150,00 EUR</b>  |

2.2 für SAPV-Leistungen innerhalb eines stationären Hospizes:

- |   |                   |
|---|-------------------|
| a) Festbetrag bei einer Versorgungsdauer bis zu 7 Tagen, auch wenn die Versorgungsdauer weniger als 7 Tage beträgt: | <b>560,00 EUR</b> |
| b) Tagespauschale ab dem 8. Versorgungstag, abrechenbar an Tagen, an denen ein Einsatz im Hospiz stattfindet:       | <b>80,00 EUR</b>  |

2.3 Während einer „vollständigen Versorgung“ oder einer „additiv unterstützenden Versorgung“ ist eine Erstkoordinationspauschale bzw. Erstberatungspauschale nicht abrechenbar. An Tagen, an denen kein Festbetrag oder keine Tagespauschale abgerechnet werden kann, aber eine Beratung oder Koordination stattgefunden hat, ist die Folgeberatungspauschale bzw. Folgekoordinationspauschale abrechenbar.

2.4 Hinweis: In stationären Hospizen kann im Rahmen der SAPV nur die ärztliche Versorgung vergütet werden.

2.5 Die medizinisch/pflegerischen Regelleistungen nach SGB V werden separat vergütet. Dies betrifft beispielsweise die Leistungen nach §§ 37 und 38 SGB V sowie vertragsärztliche Leistungen.

2.6 Bei mehr als vier Wochen Unterbrechung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung des Versicherten kann bei erneutem Beginn einer vollständigen Versorgung/additiv unterstützenden Versorgung wiederum der unter 2.1 a) bzw. 2.2 a) angegebene Festbetrag abgerechnet werden. Dies gilt nicht bei Unterbrechung aufgrund stationären Krankenhaus- und stationären Reha-Aufenthalten.



### 3. Beratung

- a) Erstberatungspauschale **200,00 EUR**  
als Eingangsberatung/Bestandsaufnahme

Neben der Erstberatungspauschale kann eine Erstkoordinationspauschale nach Ziffer 4 a) nicht abgerechnet werden.

- b) Folgeberatungspauschale **25,00 EUR**  
pro Beratung **50,00 EUR**  
maximal pro Kal.Tag

Neben der Folgeberatungspauschale ist ggf. auch eine Folgekoordinationspauschale nach Ziffer 4 b) abrechenbar.

### 4. Koordination

- a) Erstkoordinationspauschale **200,00 EUR**  
als Eingangskoordination/Bestandsaufnahme

kann nur abgerechnet werden, wenn keine Erstberatungspauschale nach Ziffer 3 a) in Ansatz gebracht wird.

- b) Folgekoordinationspauschale **100,00 EUR**

abrechenbar einmal pro Kalenderwoche.

Neben der Folgekoordinationspauschale ist ggf. auch eine Folgeberatungspauschale nach Ziffer 3 b) abrechenbar.

### 5. Sonstiges

- a) Arzneimittel, Heilmittel und Hilfsmittel sind mit der Vergütung der Leistung der SAPV nicht abgegolten und werden gesondert abgerechnet.

- b) Mit diesen Preisen sind auch Fahrtkosten abgegolten.

- c) Wird eine Verordnung zu SAPV von der Krankenkasse nicht genehmigt, kann ein Festbetrag nach Ziffer 2.1 a) bzw. 2.2 a), eine Erstberatungspauschale nach Ziffer 3 a) und eine Erstkoordinationspauschale nach Ziffer 4 a) nicht abgerechnet werden.

In solchen Fällen sind vom 1. Tag bis zum Tag der Ablehnung lediglich die einsatzbezogenen Pauschalen nach Ziffer 2.1 b) bzw. 2.2 b) und ggf. die Folgeberatungspauschale nach Ziffer 3 b) und die Folgekoordinationspauschale nach Ziffer 4 b) abrechenbar.

- d) Eine Erstberatungspauschale nach Ziffer 3 a) bzw. eine Erstkoordinationspauschale nach Ziffer 4 a) kann abgerechnet werden, wenn sich im Rahmen der Bestandsaufnahme herausstellt, dass eine vollständige Versorgung oder additiv unterstützende Versorgung nicht erforderlich ist.

Die Vertragspartner werden die Vergütungsvereinbarung nach einer Laufzeit von einem Jahr gemeinsam überprüfen und erklären ihre Bereitschaft, erforderliche Anpassungen aufgrund der Praxiserfahrung vorzunehmen.

Diese Vereinbarung tritt ab xx.xx.xxxx in Kraft und gilt für mindestens ein Jahr. Sie kann ordentlich von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

Wird die Vereinbarung gekündigt, gelten die Preise dieser Vereinbarung bis zu einer Neuregelung weiter.

Stuttgart, Kornwestheim, Dresden, München, XXX, den XX.XX.XXXX  
Unterschriftenblatt zur Vergütungsvereinbarung zum SAPV-Vertrag mit XXX

---

Verantwortlicher PCT

---

AOK Baden-Württemberg

---

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
der Leiter der vdek-Landesvertretung  
Baden-Württemberg

---

Vorsitzender / Stv. Vorsitzender  
BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft  
Baden-Württemberg,  
vertreten durch die Vorsitzenden  
der Mitgliederversammlung

---

IKK classic

---

Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Baden-Württemberg

---

Knappschaft  
Regionaldirektion München

### Anlage 3

## Rechnungsblatt

Mit der Rechnungsstellung müssen folgende Inhalte übermittelt werden:

- a) die Summe der im Abrechnungszeitraum erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis,
- b) die IK des Leistungserbringers, ggf. die Betriebsstättennummer sowie die IK des Zahlungsempfängers,
- c) den Namen und die Versichertennummer des Leistungsempfängers.

Ferner die im allgemeinen Zahlungsverkehr darüber hinaus erforderlichen Angaben (Name und Anschrift des Leistungserbringers, Rechnungsdatum und -nummer sowie Angaben zur Umsatzsteuer, Bankverbindung).

Als Anlage ist der Leistungsnachweis gemäß Anlage 4 beizufügen.

### - Muster (Beispiel) -

Rechnungsnummer:  
IK Leistungserbringer:

Datum:  
IK Zahlungsempfänger  
(sofern abweichend):

Betriebsstättennummer:  
Bankverbindung:

Erstabrechnung

Zwischenabrechnung

Endabrechnung

Name, Vorname:  
KV-Nummer:

Geb.datum:

Leistungszeitraum:

Folgende Pauschalen werden für den oben genannten Leistungszeitraum abgerechnet:

erbrachte Leistung, Ziffer	Anzahl	Gesamtpreis
Festbetrag 2.1 a		
Festbetrag 2.2 a		
Tagespauschale 2.1 b		
Tagespauschale 2.2 b		
Erstberatungspauschale 3 a		
Folgeberatungspauschale 3 b		
Erstkoordinationspauschale 4 a		
Folgekoordinationspauschale 4 b		
<b>Gesamt</b>		

Ein Leistungsnachweis für diesen Zeitraum liegt dieser Abrechnung bei.

## Anlage 4

### Leistungsnachweis (SAPV)

Die erbrachten Leistungen sind vom PCT jeweils mit der Rechnungsstellung zu bestätigen.

Der Leistungsnachweis muss folgende Mindestinhalte aufweisen:

- Zeitraum
- Krankenkasse des Leistungsempfängers
- Name, Vorname des Leistungsempfängers
- KV-Nummer des Leistungsempfängers
- Geburtsdatum des Leistungsempfängers
- IK des Leistungserbringers
- Betriebsstättennummer des Leistungserbringers
- Tabellarische Übersicht der erbrachten Leistungen je Kalendertag

Beispiel:

Datum	Hausbesuch	Beratung	Koordination

- Unterschriftenzeile PCT:  
„Ich bestätige die vertragsgemäße Ausführung der oben angegebenen Leistungen“
  - Datum
  - Unterschrift Verantwortlicher Leistungserbringer PCT
- Unterschriftenzeile Versicherter / Bezugsperson:  
„Ich bestätige die Durchführung der oben angegebenen Hausbesuche“
  - Datum
  - Unterschrift Versicherter / Bezugsperson

Anlage 5

**Antrag auf Vergabe einer SAPV-spezifischen Betriebsstättennummer für Leistungserbringer nach § 132 d Abs. 1 SGB V**

**Leistungserbringer nach § 132 d Abs. 1 SGB V**

Name: .....

Ansprechpartner: .....

Anschrift: .....

.....

Telefon: .....

Fax: .....

E-Mail: .....

Vertragsbeginn: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Leistungserbringers

**Bescheinigung der Antragsberechtigung**

Krankenkasse: .....

Name des Ansprechpartners: .....

Anschrift: .....

.....

Telefon: .....

Fax: .....

E-Mail: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Krankenkasse

.....  
Stempel der Krankenkasse

Anlage 6

**Liste der Betriebskrankenkassen,  
die Mitglieder der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg sind  
und einer Teilnahme nicht widersprochen haben**

Wird noch erstellt