

**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 VAG Baden-Württemberg

Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim
vertreten durch die Vorsitzende des Vertragsausschusses

IKK classic
Tannenstr. 4b, 01099 Dresden

Den nachfolgend benannten Ersatzkassen

Techniker Krankenkasse (TK)
BARMER GEK
DAK-Gesundheit
Kaufmännische Krankenkasse - KKH
HEK - Hanseatische Krankenkasse
Handelskrankenkasse (hkk)
gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Stuttgart

Knappschaft, Regionaldirektion München

(nachfolgend Krankenkasse genannt)

Inhaltsverzeichnis:	Seitenzahl
Präambel	Seite 3
§ 1 Ziel und Gegenstand	Seite 3
§ 2 Anspruchsvoraussetzungen des Versicherten	Seite 4
§ 3 Grundsätze der Leistungserbringung	Seite 5
§ 4 Verordnung und Genehmigung, vorl. Kostenzusage	Seite 6
§ 5 Strukturanforderungen an das PCT	Seite 8
§ 6 Versorgungsregion	Seite 8
§ 7 Personelle Anforderungen	Seite 8
§ 8 Sächliche Anforderungen	Seite 11
§ 9 Aufgaben des PCT	Seite 12
§ 10 Qualitätssicherung	Seite 13
§ 11 Vergütung und Abrechnung	Seite 14
§ 12 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	Seite 16
§ 13 Datenschutz / Schweigepflicht	Seite 16
§ 14 Vertragsverstöße	Seite 17
§ 15 Sonstige Bestimmungen	Seite 17
§ 16 Inkrafttreten und Kündigung	Seite 17
§ 17 Schriftformerfordernis	Seite 18
§ 18 Salvatorische Klausel	Seite 18

Anlagen:

Anlage 1	Strukturerhebungsbogen (mit Merkblatt), Konzeptanforderungen	Seite 21
Anlage 2	Vergütungsvereinbarung	Seite 35
Anlage 3	Statistische Angaben	Seite 41
Anlage 4	Leistungsnachweis	Seite 42
Anlage 5	Mustervordruck zur Beantragung der Vergabe der Betriebsstättennummer (BSNR) bei der KBV	Seite 43
Anlage 6	Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen	Seite 44

Präambel

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.

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. 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. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche dieser Menschen sowie die Belange ihrer vertrauten Personen stehen dabei im Mittelpunkt der Versorgung. Die Leistungserbringung soll ausreichend und wirtschaftlich sein und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.
- (2) Grundlagen 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, zuletzt geändert am 05.11.2012, in ihrer jeweils gültigen Fassung.

(3) Dieser Vertrag regelt

- Die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten mit Leistungen der SAPV. Aufgrund dieses Vertrags erhalten SAPV-Leistungen die nach § 2 Abs. 2 berechtigten Versicherten der AOK Baden-Württemberg, der IKK classic sowie weiterer Innungskrankenkassen, die diesem Vertrag beigetreten sind, der Knappschaft Regionaldirektion München, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), 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 Süd.
- Die Vergütung der Leistungen und deren Abrechnung,
- Die Rechte und Pflichten der Vertragspartner sowie
- Die Folgen von Vertragsverstößen

(4) Anlage 1: SAPV-Strukturerhebungsbogen,

Anlage 2: Vergütungsvereinbarung,

Anlage 3: Statistische Angaben

Anlage 4: Leistungsnachweis,

Anlage 5: Antrag auf Vergabe einer SAPV-spezifischen Betriebsstättennummer für Leistungserbringer nach § 132d Abs. 1 SGB V sowie

Anlage 6: Liste der Betriebskrankenkassen,

sind unabdingbare Bestandteile dieses Vertrages.

§ 2

Anspruchsvoraussetzungen der Versicherten

(1) Der Anspruch der Versicherten wird durch § 37 b SGB V und die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter 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) Sofern Kinder und Jugendliche versorgt werden, sind deren Belange besonders zu berücksichtigen. Bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen gilt Absatz 2.

§ 3

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 (Versicherten und/oder deren vertrauten Personen)
 - Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit einem/einer oder mehreren der Leistungserbringer der Primärversorgung
 - Koordination der Versorgung
 - Persönlicher, schriftlicher oder telefonischer Kontakt mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und ehrenamtlichen Mitarbeitern beispielsweise von Hospizgruppen
 - Ressourcenfokussierte Versorgungsplanung
 - Vernetzung mit ambulanten und/oder stationären Leistungserbringern
 - Additiv unterstützende Teilversorgung oder 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.

Die SAPV ergänzt die Regelversorgung und das bestehende ambulante und stationäre Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und Hospize und ersetzt diese nicht.

- (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. § 7 Abs. 4 bis 6 bleiben unberührt.

§ 4

Verordnung und Genehmigung, vorläufige Kostenzusage

- (1) Art, Umfang, Inhalt und Dauer der vom PCT zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der Verordnung (Muster 63) der/des behandelnden Vertragsärztin/-arztes sowie ggf. der/des Krankenhausärztin/-arztes. Bei Verordnung durch eine/einen Krankenhausärztin/-arztes ist die Dauer der Verordnung in der Regel auf sieben Tage begrenzt. Auf Grundlage der Verordnung und ggf. ergänzender Unterlagen zur ärztlichen Verordnung leitet das PCT das Genehmigungsverfahren ein.
- (2) Verordnungen müssen folgende Angaben enthalten :
 - Den Verordnungszeitraum
 - Die verordnungsrelevante(n)/leistungsbegründende(n) Diagnose(n) als medizinische Begründung für die SAPV
 - Das komplexe Symptomgeschehen mit einer näheren Beschreibung dieses Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs,
 - Die aktuelle Medikation mit Angaben zur Dosierung sowie
 - die erforderlichen Maßnahmen der SAPV einschließlich deren inhaltlichen Ausrichtung. Die Maßnahmen können dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend sein:
 - Beratung
 - Koordination der Palliativversorgung
 - Additiv unterstützende Teilversorgung
 - Vollständige Versorgung

- (3) 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
- (4) 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.
- (5) Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig. Ausnahmefälle sind besonders zu begründen und können im Einzelfall genehmigt werden.
- (6) 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.
- (7) Die Krankenkasse übernimmt vom Zeitpunkt der Übernahme der Versorgungsverantwortung durch das PCT an, frühestens ab dem auf dem Formular 63 ärztlich festgelegten Leistungsbeginn, bis zur Bekanntgabe der Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der /dem Vertragsärztin/-arzt verordneten und vom PCT erbrachten Leistungen, wenn die vollständig ausgefüllte Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der zuständigen Krankenkasse vorliegt; Telefax genügt. Sofern die Verordnung verspätet eingereicht wird, werden die Kosten ab Eingangsdatum übernommen. Satz 1 und 2 gelten auch im Falle einer Ablehnung der Leistung durch die zuständige Krankenkasse. Näheres zur Vergütung der Kosten ist in § 11 dieses Vertrages und der dazugehörigen Anlage 2 geregelt. Die Originalverordnung ist spätestens mit der Rechnung einzureichen.
- (8) 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 zu informieren.

§ 5

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) Durch Kooperation aller am Versorgungsprozess Beteiligten ist auf eine effiziente Leistungserbringung und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Versicherten und seinen Bezugspersonen hinzuwirken.
- (4) 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. Die im Strukturhebungsbogen genannten Präsenzzeiten sind einzuhalten.

§ 6

Versorgungsregion

- (1) Das Versorgungsgebiet umfasst XXX.
- (2) Das PCT stellt im Rahmen seiner Kapazitäten die Versorgung der Versicherten in seinem Versorgungsraum mit Leistungen der SAPV sicher.
- (3) Die Festlegung des Einzugsbereiches schließt den Abschluss von Verträgen mit anderen Leistungserbringern zur Versorgung der Versicherten mit SAPV im selben Einzugsbereich nicht aus.
- (4) Der Versicherte ist in der Wahl des PCT frei.

§ 7

Personelle Anforderungen

- (1) Die Teamgröße eines PCT beträgt mindestens 4 VK, davon mindestens 2 VK voll qualifizierte Mitarbeiter gemäß § 7 Abs. 2 a), b) oder d) mit einem Mindestbeschäftigungsumfang von jeweils 25% eines Vollzeitbeschäftigten.

- (2) Die Leistungen der SAPV werden durch Personen erbracht, die folgende Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen:

a) Ärzte/Ärztinnen

- eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer
und
- Palliativmedizinische 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 Vollzeittätigkeit, bei Teilzeitbeschäftigung aus einer entsprechend längeren Tätigkeit, in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre.
- Ab Vertragsabschluss müssen ein Arzt / eine Ärztin die volle Qualifikation nach § 7 Abs. 2 Buchstabe a des Vertrages nach § 132d Abs. 1 i. V. m. § 37b SGB V erfüllen. Abwesenheitszeiten sind durch gleichwertig qualifizierte Ärzte/Ärztinnen abzudecken.
- Einem Arzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin gleichgestellt wird ein Arzt, der in den letzten 5 Jahren mindestens 3 Jahre eine palliativmedizinische Vollzeittätigkeit, 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 aber wegen des Fehlens einer Facharztanerkennung nicht die Zusatzbezeichnung erwerben kann.

b) Pflegefachkräfte

- Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin/Altenpfleger (dreijährige Ausbildung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung,
und
- den Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder den Abschluss eines vergleichbaren Studiums
und

- Palliativpflegerische Erfahrung
aus der ambulanten palliativen Pflege 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 palliativpflegerischen Vollzeittätigkeit, bei Teilzeitbeschäftigung aus einer entsprechend längeren Tätigkeit, in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre.
- Ab Vertragsabschluss müssen mindestens zwei Pflegefachkräfte mit einem Beschäftigungsumfang von insgesamt 150 % VK alle Voraussetzungen gemäß § 7 Abs. 2 Buchstabe b des Vertrages nach § 132d Abs. 1 i. V. m. § 37b SGB V erfüllen. Abwesenheitszeiten sind durch gleichwertig qualifizierte Pflegefachkräfte abzudecken.

c) Erwerb der vollen Qualifikation:

- Qualifizierungsmaßnahmen zur Erreichung der Qualifikationsvoraussetzungen nach § 7 Abs. 2 des Vertrages nach § 132 Abs. 1 i. V. m. § 37b SGB V (Palliativ-Weiterbildungsmaßnahme für Pflegekräfte bzw. Zusatzweiterbildung Palliativmedizin) müssen bei Beginn der Beschäftigung im PCT nachweislich begonnen sein oder nachweislich begonnen werden und innerhalb von zwei Jahren nach Beginn der Beschäftigung abgeschlossen sein.
- Sofern die berufspraktische Erfahrung (nach § 7 Abs. 2 des Vertrages nach § 132d Abs. 1 i. V. m. § 37b SGB V) noch nicht vollständig erfüllt ist, kann die noch fehlende berufspraktische Erfahrung im Rahmen der Arbeit im PCT innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Tätigkeit erworben werden. Voraussetzung ist, dass im Team insgesamt ausreichende (Erfahrung) Qualifikation zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung vorliegt und das Tätigwerden unter der fachlichen Verantwortung eines voll ausgebildeten Mitarbeiters der entsprechenden Berufsgruppe des PCT steht.

Mitarbeiter, die unter der fachlichen Verantwortung eines voll ausgebildeten Mitarbeiters der entsprechenden Berufsgruppe des PCT tätig werden, sind leistungsberechtigt.

d) Koordinator/Koordinatorin

- 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 Zusatz-Weiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder eine nachweisbare mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung.
- (3) Änderungen des Personaleinsatzes durch Einstellung, Entlassung oder wesentliche Änderungen des vertraglich vereinbarten Arbeitsumfanges oder wenn die personellen Mindestanforderungen gem. § 7 Abs. 1 unterschritten werden sind der Krankenkasse innerhalb eines Monats anzuzeigen.
- (4) Zur Sicherstellung der SAPV im definierten Versorgungsraum können durch das PCT weitere Leistungserbringer über Kooperationen vertraglich eingebunden werden:
- Ärztinnen/Ärzte, die die Voraussetzungen gemäß § 7 Abs. 2 Buchstabe 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. 2 Buchstabe b erfüllen. Diese Pflegedienste haben zu garantieren, dass die Leistungen im Rahmen der SAPV ausschließlich durch diese qualifizierten Pflegefachkräfte erbracht werden.
- (5) 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 berufspraktische Erfahrung in der Palliativversorgung nachzuweisen.
- (6) 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.
- (7) Die Kooperationsverträge nach Absatz 4 und 5 sind schriftlich, Kooperationsverträge nach Absatz 6 schriftlich oder mündlich, abzuschließen und der Krankenkasse anzuzeigen.

§ 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 Dokumentation
 - eine ausreichende und geeignete Mobilität zur zeitnahen häuslichen Versorgung der Patienten

- Notfallvorrat an Betäubungsmitteln für den unvorhersehbaren, dringenden und kurzfristigen Bedarf des Patienten nach § 5c BtMVV
 - Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (ausreichende Ausstattung für die Notfall- und Krisenintervention unter 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-G fallen, ist ein BtM-Schrank (§ 15 BTM-G) erforderlich.
- (4) Das PCT hat ein geeignetes, dem aktuellen Standard entsprechendes Dokumentationssystem anzuwenden, das die übersichtliche und jederzeit nachvollziehbare Dokumentation der Stammdaten und des Betreuungsprozesses in all seinen Schritten sowie eine Evaluation ermöglicht. Die Dokumentation muss schlüssig und aussagekräftig sein. Es gelten die Grundsätze des § 630f BGB.

§ 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 ambulantem Sektor darstellen.
- (5) Die Koordinationsstelle übernimmt sowohl eine koordinierende als auch beratende Funktion. Sie ist erste Ansprechpartnerin und 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 Informationen auf der Grundlage der Dokumentation (Überleitungsbogen) 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 Leitungs-

ebene des PCT, 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 aller Mitarbeiter an der Supervision zu ermöglichen und regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen durchzuführen.
- (5) Im Rahmen der Verhandlungen über einen Mustervertrag gem. § 132d SGB V i. V. m. § 37b SGB V zur Erbringung von Leistungen der spezialisierten ambulante Palliativversorgung (SAPV) haben die Landesarbeitsgemeinschaft SAPV Baden-Württemberg und die vertragsschließenden Krankenkassen vereinbart, zur Verbesserung und Weiterentwicklung der SAPV Versorgung in Baden-Württemberg unter Beachtung datenschutzrechtlicher Grundsätze eine landesweite statistische Erhebung durchzuführen. Die nähere Ausgestaltung und die zu erhebenden Daten sollen in einer noch zu definierenden Anlage 3 zu diesem Vertrag vereinbart werden. Das PCT verpflichtet sich bereits jetzt, an dieser Datenerhebung künftig aktiv mitzuwirken.
- (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 überprüfen zu lassen. Die hierzu erforderlichen Unterlagen sind vom PCT ohne Verzögerung direkt dem MDK zur Verfügung zu stellen.

§ 11

Vergütung und Abrechnung

- (1) Die Vergütung der vertraglich vereinbarten Leistungen erfolgt nach der Vergütungsvereinbarung (Anlage 2) in der jeweils geltenden Fassung. Für diese Leistungen kann daneben keine anderweitige Vergütung in Ansatz gebracht werden.
- (2) Das PCT stellt den Krankenkassen die erbrachten Leistungen versichertenbezogen in Rechnung. Leistungsbegründende Unterlagen sind nach Anlage 4 (Leistungsnachweis) im Original beizufügen.

- (3) Die Krankenkassen vergüten die Leistungen innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen im Sinne von § 302 SGB V, Abs. 2 bei der Krankenkasse und befinden sich danach in Verzug.
- (4) Wird von der Krankenkasse die Notwendigkeit einer anlassbezogenen Überprüfung einer durchgeführten SAPV-Leistung als gegeben angesehen, ist sie berechtigt die Abrechnung des PCT durch den MDK überprüfen zu lassen.
- (5) Für das Abrechnungsverfahren gilt § 302 SGB V unter Berücksichtigung der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ in der jeweils gültigen Fassung.
- (6) Erfolgt keine Aufforderung durch die Krankenkasse, ist die Abrechnung in Papierform zu liefern und enthält folgende Angaben:
 - Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers
 - Name, Vorname, Versichertennummer und Geburtsdatum des Versicherten
 - Verordnungsblätter im Original
 - Leistungsnachweis (gemäß Anlage 4) im Original
 - Ggf. Leistungszusagen der Krankenkasse im Original
 - Angabe des Versorgungszeitraums, Versorgungsortes sowie der dafür anzusetzenden Komplexpauschalen
 - Rechnungsbetrag und Bankverbindung.
- (7) Der Leistungserbringer benötigt für die Abrechnung ein Institutionskennzeichen (IK). Für jede weitere Niederlassung ist ein gesondertes IK zu beantragen und zu verwenden.
- (8) Eine Abtretung oder Verpfändung von Forderungen des Leistungserbringers gegen die Krankenkasse ist unzulässig. Ausgenommen davon sind Abtretungen an Abrechnungsstellen.
- (9) Alle Zahlungen erfolgen unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Gemäß § 45 SGB I gilt für den Vergütungsanspruch eine Verjährungsfrist von 4 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres in dem die Behandlungsserie beendet wurde. Für die Rückforderung von Zahlungen beginnt die 4-Jahres-Frist ebenfalls mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Vergütungsanspruch fällig wurde.
- (10) Im Falle einer Rückforderung verzichten die Krankenkassen bis zu einer schriftlichen Anerkennung durch den Leistungserbringer oder einer rechtskräftigen Klärung des Vergütungsanspruchs auf eine Aufrechnung mit anderweitigen Vergütungsansprüchen des Leistungsempfängers.

§ 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.

Für die Verordnung von Sprechstundenbedarf gelten die Regelungen der Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf (Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung) 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-Arztnummer 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 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

Vertragsverstöße

Erfüllt das PCT die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, kann es von den Krankenkassen nach Anhörung schriftlich verwarnet werden. Die Krankenkassen setzen eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch das PCT fest.

§ 15

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.

§ 16

Inkrafttreten und Beendigung

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.04.2015 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.
Ein wichtiger Grund, der die Vertragsparteien zur Kündigung berechtigt, liegt insbesondere vor,
 - a) wenn in erheblichem Umfang nicht erbrachte Leistungen abgerechnet werden,
 - b) wenn die Unterschreitung der personellen Mindestvoraussetzungen nach § 7 Abs. 1 nicht gemäß § 7 Abs. 3 gemeldet wurden,
 - c) wenn zur Leistungserbringung Personal eingesetzt wird, das den Regelungen des § 7 nicht entspricht
- (4) Eine Kündigung aus wichtigem Grund setzt eine zuvor erfolgte schriftliche Verwarnung gemäß § 14 des Vertrages und eine Anhörung i. S. v. § 24 SGB X voraus, es sei denn, der anderen Partei ist aufgrund der Schwere des Verstoßes ein Festhalten am Vertrag nicht zumutbar.

- (5) Sofern die Unterschreitung der personellen Mindestvoraussetzungen nach § 7 Abs. 1 durch das PCT gem. § 7 Abs. 3 angezeigt oder durch den MDK gem. § 10 Abs. 6 festgestellt wird, endet der Vertrag automatisch mit Ablauf des 5. Kalendermonats, wenn die Unterschreitung der personellen Mindestvoraussetzungen über diesen Zeitpunkt hinaus fortbesteht.
- (6) Wirken Rechtsänderungen auf die Inhalte dieses Vertrages, treten die Vertragsparteien unverzüglich in Verhandlungen, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 17

Schriftformerfordernis

- (1) Alle Nebenabreden, Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer rechtlichen Wirksamkeit der Schriftform, dies gilt auch für die Aufhebung dieses Schriftformerfordernisses.

§ 18

Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, bleiben sie im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der 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

BKK VAG Baden-Württemberg

IKK classic

SVLFG als Landwirtschaftliche Kranken-
kasse

Knappschaft
Regionaldirektion München