Muster-Vertrag über die Erbringung

Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV) gemäß §§ 132 d i. V. m. 37 b SGB V im Freistaat Bayern

zwischen

den Landesverbänden der Krankenkassen

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse,
dem BKK Landesverband Bayern
handelnd für die dem Vertrag beitretenden Betriebskrankenkassen,
der SIGNAL IDUNA IKK,
dem Funktionellen Landesverband der landwirtschaftlichen Kranken- und Pflegekassen in Bayern,
der Knappschaft - Regionaldirektion München,

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/die Leiter/in der Landesvertretung Bayern

im Folgenden Krankenkassen genannt

und

Name, Rechtsform,
Sitz, vertreten durch .....

im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt

Präambel 3
§ 1 Vertragsziel 4
§ 2 Versorgungskonzept 4
§ 3 Versorgungsgebiet 5
§ 4 Qualifikationsvoraussetzungen 6
§ 5 Zulassungsvoraussetzung 6
§ 6 Sächliche und räumliche Ausstattung 7
§ 7 Anzeigepflichten / Mitteilungspflichten 7
§ 8 Patientendokumentation 8
§ 9 Qualitätssicherungsmaßnahmen 9
§ 10 Fortbildung 9
§ 11 Qualitätsprüfung 10
§ 12 Grundsätze der Leistungserbringung 10
§ 13 Inhalt der Leistung / Leistungskategorien 11
§ 14 Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln 12
§ 15 Anspruchsvoraussetzungen 12
§ 16 Verordnung / Genehmigung / Beginn der SAPV 13
§ 17 Kostenübernahme 13
§ 18 Dauer der Versorgung 14
§ 19 Zuzahlungen 14
§ 20 Vermittlungsverbot, Werbung und Einflussnahme 14
§ 21 Institutionskennzeichen 15
§ 22 Leistungsnachweis 15
§ 23 Abrechnung 15
§ 24 Statistik 17
§ 25 Datenschutz, Schweigepflicht 17
§ 26 Maßnahmen bei Vertragsverstößen des Leistungserbringers 17
§ 27 Vergütung 18
§ 28 Inkrafttreten / Kündigung 18
§ 29 Salvatorische Klausel 19
Anlage 1 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 21
Anlage 2 Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 d Abs. 2 SGB V 24
Anlage 3 Versorgungsgebiet 29
Anlage 4 Vorzulegende Unterlagen bei Zulassungsantrag 30
Anlage 5 Evaluation 32
Anlage 6 Formular für den Leistungsnachweis 35
Anlage 7 Vergütungsvereinbarung 36
Anlage 8 Übergangsregelung 37
Anlage 9 Statistik 38
Anlage 10 SAPV-BSNR-Vereinbarung 39

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 nach § 72 SGB XI, der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, der Kinder- und Jugendhilfe zu ermöglichen. Versorgungsunsicherheiten, die zu unnötigen und die Versicherten stark belastenden Krankenhauseinweisungen führen, sollen durch die in der SAPV vorgehaltenen besonderen Expertisen vermieden werden. Symptome und Leiden sollen einzelfallgerecht und gemäß dem Willen des Versicherten und gemäß den Grundsätzen von Palliative Care gelindert oder behoben werden.

Die Versorgung des Versicherten bedarf einer besonderen Fachkompetenz in der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender. Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, sie orientieren sich an dem individuellen Hilfebedarf des Versicherten, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und müssen wirtschaftlich erbracht werden.
Das soziale Umfeld wird als wesentlicher Faktor für das Verbleiben im gewohnten Umfeld in die Versorgung mit einbezogen.

Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste einschließlich der Versorgungsangebote der allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung (AAPV). Je nach Umfang der Patientenversorgung, vor allem aber bei der Vollversorgung i.R. der SAPV, kann die SAPV im Einzelfall die Regelversorgung nach dem SGB V ersetzen.

§ 1 Vertragsziel

(1) Dieser Vertrag dient der Sicherstellung der bedarfsgerechten individuellen Versorgung der anspruchsberechtigten Versicherten mit SAPV gemäß § 37 b SGB V in dem vertraglich vereinbarten Versorgungsgebiet nach § 3 durch den Leistungserbringer.

(2) 1Die SAPV umfasst die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung und einem ausgeprägten Symptomgeschehen, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. 2Sie soll erträgliche Lebenszeit trotz schwerster Krankheit und drohendem Tod im ambulanten Bereich, insbesondere auch das Sterben zu Hause, ermöglichen.

(3) 1Bei der SAPV handelt es sich um eine interdisziplinäre Aufgabe. Sie wird durch ein Team mit mindestens palliativpflegerischer und palliativmedizinischer Fachkompetenz erbracht. 2Dieser Leistungserbringer nach § 132d SGB V (im Folgenden Palliative-Care-Team (PCT) genannt) ist Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem 3Das PCT arbeitet gemeinsam mit den je nach Bedarf an der Versorgung beteiligten Personen unterschiedlicher Berufsgruppen, wie z. B. Haus-/Fachärzten, Pflegediensten, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Psychologen, Ehrenamtlichen und ambulanten Hospizdiensten gemäß § 39 a Abs. 2 SGB V, ggf. in Form von Kooperationen eng zusammen.

(4) Bestandteil dieses Vertrages sind:

- die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL – **Anlage 1**) und

- die „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (**Anlage 2**)

in ihrer jeweils aktuellen Fassung.

§ 2 Versorgungskonzept

(1) 1Das PCT handelt nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Versorgungskonzept. 2Dieses beschreibt den inhaltlichen und organisatorischen Rahmen der Leistungserbringung (inklusive der personellen und sächlichen Ausstattung) sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur. 3Weitere Bestandteile sind die Beschreibung der Erbringung von Beratungs- und Koordinationsleistung, Teil- und Vollversorgung. 4Das Versorgungskonzept verdeutlicht, wie die qualifizierte Leistungserbringung erfolgt, so dass die in § 1 dieses Vertrages genannten Vertragsziele erreicht werden. 5Das Versorgungskonzept ist Grundlage des Versorgungsvertrages.

(2) Die regionalen Netzwerkstrukturen und deren Besonderheiten sind zu beschreiben, in die sich der Leistungserbringer im Rahmen der Vernetzung integriert.

(3) Das Versorgungskonzept beinhaltet folgende Aspekte:

a) Standort des Leistungserbringers,
b) Versorgungsgebiet,
c) Versorgungsprozess,
d) Kooperationspartner,
e) Mitarbeiterkapazität,
f) Personelle Zuständig- und Verantwortlichkeiten,
g) Qualifikationsnachweise der Mitarbeiter des PCT gemäß § 4,
h) Sächliche Ausstattung gemäß § 6,
i) Dokumentationssystem,
j) Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 9,
k) Konzept zur Sicherstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,
l) Konzept zur ganzjährigen Sicherstellung der 24-Stunden-Einsatzbereitschaft für die in der Versorgung befindlichen Patienten und Angehörigen inklusive Notfallmanagement in Absprache mit der Primärversorgung,
m) Überleitungsmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung,
n) Fallzahleinschätzung pro Kategorie,
o) Beschreibung der Infrastruktur zur Sicherstellung der ständigen Kommunikation innerhalb des PCT und zu allen an der Versorgung des jeweiligen Versicherten Beteiligten.

(4) Der Leistungserbringer ist in der Ausführung der verordneten Leistung weisungsunabhängig und trägt die alleinige Verantwortung für das Versorgungskonzept.

§ 3 Versorgungsgebiet

(1) Das Versorgungsgebiet umfasst den in der **Anlage 3** beschriebenen Einzugsbereich.

(2) Der Leistungserbringer stellt im Rahmen seiner Kapazitäten die Versorgung der Versicherten in seinem Versorgungsgebiet mit Leistungen der SAPV sicher.

(3) 1Der Versicherte ist in der Wahl des Leistungserbringers frei, soweit dieser zur Erbringung der SAPV im Versorgungsgebiet gemäß Abs. 1 berechtigt ist. 2Auf diese Wahlfreiheit darf der Leistungserbringer keinen Einfluss nehmen. 3Wählt er einen anderen Leistungserbringer , kann die Krankenkasse die Übernahme der hierdurch entstehenden Mehrkosten ablehnen. 4Über etwaige Mehrkosten hat der Leistungserbringer den Versicherten und die Krankenkasse vor Beginn der Leistungserbringung zu informieren.

§ 4 Qualifikationsvoraussetzungen

Die Leistungen der SAPV werden durch Personen erbracht, die folgende Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen:

a) Ärztinnen und Ärzte,

   I. die über eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer verfügen und

   II. die Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten haben, 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,

   I. die über die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin / Altenpfleger (dreijährige Ausbildung aufgrund einer landesrechtlichen Regelung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung verfügen und

   II. die den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden vorweisen können und

   III. die Erfahrung durch mindestens eine zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren, davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung, nachweisen können.

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

§ 5 Zulassungsvoraussetzung

(1) 1Das PCT ist eine räumlich getrennte, personell und finanziell eigenständige Organisationseinheit. 2Der Leistungserbringer stellt sicher, dass das für die SAPV erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht.

(2) Das PCT übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden, welche die Mitarbeiter des PCT in Ausübung ihrer Tätigkeit verursachen.

(3) Die Nachweise nach **Anlage 4** sind bei Beantragung der Zulassung bei der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern c/o AOK Bayern die Gesundheitskasse, Carl-Wery-Straße 28, 81739 München vorzulegen.

(4) 1Die Leistungserbringung ist durch den Leistungserbringer in Form geeigneter Maßnahmen unter Einsatz entsprechender personeller und sächlicher Mittel für die Dauer des Vertrages sicherzustellen. 2Die Mitarbeiter des PCTs sind in allen medizinischen und pflegerischen Fragen nur gegenüber dem jeweils leitenden Arzt bzw. der leitenden Pflegefachkraft weisungsgebunden.

(5) Das PCT besteht regelhaft aus mindestens 4 Planstellen.

§ 6 Sächliche und räumliche Ausstattung

(1) 1Eine Versorgung mit Arznei, Heil- und Hilfsmitteln im Notfall (Notfallversorgung) ist selbst oder durch geeignete Maßnahmen, z. B. durch eine Kooperation mit einem Sanitätshaus, sicherzustellen. 2Von besonderer Bedeutung ist die Vorhaltung ausreichender und geeigneter Arzneimittel/BtM für die Versorgung im Not- und Kriseninterventionsfall. 3Das PCT muss jederzeit auf die Mittel der Notfallversorgung zurückgreifen können.

(2) Die an die Aufbewahrung von BtM gestellten Voraussetzungen nach dem BtMG sind zu berücksichtigen.

(3) Der Leistungserbringer hat darüber hinaus als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:

a) eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation,
b) eine ausreichende und geeignete Mobilität zur zeitnahen häuslichen Versorgung der Patienten,
c) Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche,
d) eine geeignete administrative Infrastruktur, u.a. Büro, Kommunikationstechnik.

(4) Der Leistungserbringer muss über eine eigene Postadresse und geeignete Räumlichkeiten für

e) die Beratung von Patienten und Angehörigen,
f) Teamsitzungen und Besprechungen,
g) die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und von Hilfsmitteln

verfügen.

§ 7 Anzeigepflichten / Mitteilungspflichten

(1) 1Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern innerhalb von vier Wochen Änderungen wesentlicher Umstände im Versorgungskonzept schriftlich mitzuteilen. 2Dies sind insbesondere:

a) Änderungen der betrieblichen/organisatorischen Gegebenheiten, insbesondere Personaländerungen, soweit die Qualifikation von den Vorgaben des §4 (Qualifikationsvoraussetzungen) abweicht,

b) Änderungen von Kooperationsvereinbarungen (Neuabschlüsse, Kündigung, inhaltliche Änderungen),

c) Eingeleitete staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren gegen Mitarbeiter des PCT,

d) Bestehen oder Übernahme einer Betreuerstellung im Sinne des BGB eines Mitarbeiters im PCT zum Patienten.

(2) Die Krankenkasse ist berechtigt, bei begründetem Anlass zum Nachweis der organisatorischen und/oder personellen Voraussetzungen weitere Unterlagen zu verlangen.

§ 8 Patientendokumentation

(1) 1Der Leistungserbringer hat eine Patientendokumentation zu führen, aus der zu jeder Zeit alle notwendigen Informationen über den Versicherten und die erbrachten Leistungen hervorgehen. 2Das PCT aktualisiert regelmäßig die Patientendokumentation.

(2) Im kooperativen Netzwerk hat der Leistungserbringer zu gewährleisten, dass die von ihm angewandte Dokumentation kompatibel zu bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer ist.

(3) Die Dokumentation durch das PCT beinhaltet in Abhängigkeit der Leistungskategorie insbesondere:

a) ein Versichertenstammblatt (z. B. mit Angaben zum Versicherten und zu Angehörigen, Hausarzt, Pflegedienst und weiteren involvierten Diensten, Diagnosen, Absprachen, Behandlungsort, Medikation, Maßnahmen, u. w.),

b) ein Assessment mit in der Regel folgenden Inhalten – unabhängig vom Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse:

i. Körperlicher und psychischer Zustand des Versicherten,
ii. Wünsche des Versicherten / der Angehörigen,
iii. Familiäre Belastungssituation,
iv. Stand der Aufklärung des Versicherten / der Angehörigen,
v. Medikation,
vi. Hilfsmittel,
vii. Physikalische und andere Therapien,
viii. Beratungs- und/oder Behandlungsbedarf,

c) einen vorausschauenden Behandlungsplan einschließlich Notfallplan,

d) einen Nachweis über durchgeführte Maßnahmen (Datum, Dauer, Handzeichen),

e) einen aktuellen Medikamentenplan,

f) Untersuchungsbefunde,

g) Verlaufsbögen zur Erfassung aktueller Probleme und deren Lösung.

(4) Die versorgungsrelevante Dokumentation verbleibt beim Patienten.

(5) Die Dokumentation ist dem MDK und – soweit der Versicherte oder sein Vertreter schriftlich eingewilligt hat (§67 b Abs. 1 SGB X) – der Krankenkasse auf Anforderung zugänglich zu machen.

(6) Ist ein SAPV-Fall beendet, wird eine anonymisierte Erfassung zur bundesweiten Evaluation durchgeführt (siehe **Anlage 5**).

(7) Die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation beträgt 10 Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

§ 9 Qualitätssicherungsmaßnahmen

(1) 1Der Leistungserbringer ist verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das im Versorgungskonzept darzustellen ist. 2Zur Qualitätssicherung zählen interne und externe Maßnahmen.

(2) Zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen gehören insbesondere:

a) ein interdisziplinär abgestimmter individueller Behandlungsplan,

b) regelmäßige, mindestens einmal wöchentlich stattfindende interdisziplinäre Fallbesprechungen (gemeinsame Dienstbesprechungen),

c) ein geeignetes Dokumentationssystem,

d) regelmäßige gemeinsame externe Supervisionen,

e) die Teilnahme an halbjährlichen multidisziplinären Qualitätszirkeln,

f) ein Fortbildungskonzept.

(3) Die Kooperationspartner des Leistungserbringers werden in Maßnahmen zur Qualitätssicherung eingebunden.

§ 10 Fortbildung

(1) 1Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Fachlichkeit aller Mitarbeiter des PCT, die länger als ein Jahr beim Leistungserbringer tätig sind, durch regelmäßige Teilnahme an berufs- bzw. aufgabenbezogenen, internen und externen Fortbildungsmaßnahmen sicherzustellen. 2Die Maßnahmen sollen insbesondere den aktuellen palliativ-medizinischen/ -pflegerischen Stand vermitteln und nicht ausschließlich als interne Schulungen aller Beschäftigten durchgeführt werden. 3Fachbezogene Literatur ist vorzuhalten.

(2) 1Der Umfang der Fortbildungen beträgt mindestens 20 Unterrichtsstunden pro Vollzeitstelle innerhalb von zwei Kalenderjahren. 2Im Einzelfall können fachbezogene Weiterbildungen als Fortbildung anerkannt werden.

(3) 1Der Nachweis hierüber hat bei Aufforderung durch eine vertragschließende Krankenkasse oder der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände innerhalb eines Monats für die zurückliegenden zwei Kalenderjahre zu erfolgen. 2Art, Inhalt und

Umfang sowie die namentliche Auflistung der teilnehmenden Mitarbeiter der einzelnen Fortbildungsmaßnahmen sind nachvollziehbar zu dokumentieren.

(4) Kommt der Leistungserbringer seiner Nachweispflicht nicht oder nicht vollständig innerhalb eines Monats nach, wird eine Nachfrist von einem weiteren Monat gesetzt.

(5) Weist der Leistungserbringer die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung nach Absatz 1 und 2 nicht oder nicht vollständig nach, sind die Krankenkassen berechtigt, für alle Leistungen, die in den ersten 4 Kalendermonaten nach Mitteilung des Prüfungsergebnisses durch das PCT erbracht werden, die Abrechnungen um 5 %, ab dem folgenden Kalendermonat um 25 % zu kürzen.

(6) 1Fehlende Fortbildungszeiten sind nach Aufforderung nachzuholen; die nachgeholte Fortbildung wird auf den folgenden Zweijahreszeitraum nicht angerechnet. 2Die Vergütungskürzung gilt längstens für die Leistungen, die in dem Monat erbracht werden, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis der auffordernden Krankenkasse oder der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände vorgelegt wird.

(7) Erbringt der Leistungserbringer den Fortbildungsnachweis nicht spätestens ein halbes Jahr, nachdem er durch die Krankenkasse oder die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern auf Defizite bei der Fortbildung hingewiesen wurde, kann der Vertrag gekündigt werden.

§ 11 Qualitätsprüfung

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände sind berechtigt, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungserbringer mit Hilfe des MDK auch unangemeldet zu prüfen, ggf. auch in den Räumlichkeiten des Leistungserbringers.

(2) Die Kooperationspartner nach § 2 Abs. 3des Vertrages können in alle Maßnahmen zur Qualitätsprüfung eingebunden werden.

(3) Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines PCT und die Qualität der Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V in Verbindung mit § 37 b Abs. 3 SGB V und in den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 d Abs. 2 SGB V.

(4) Die anlässlich der Prüfung gewonnenen Daten dürfen nur im Rahmen des Prüfungszweckes und der gesetzlichen Aufgabenerfüllung verwendet werden.

§ 12 Grundsätze der Leistungserbringung

(1) 1Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Leistungen nach diesem Vertrag nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen und ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden. 2Er gewährleistet, dass die Weiterführung der SAPV rund um die Uhr sicher gestellt ist.

(2) 1Der Leistungserbringer haftet gegenüber dem Versicherten und der Krankenkasse nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 61 SGB X). 2Er stellt sicher, dass erforderliche Versicherungen in ausreichender Höhe abgeschlossen sind und stellt die Krankenkasse von Ansprüchen frei, die gegenüber dieser im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag von Dritten geltend gemacht werden.

(3) 1Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot. 2Die AAPV hat Vorrang vor der SAPV.

(4) Die vorzeitige Beendigung der Leistung wird innerhalb von drei Arbeitstagen angezeigt.

§ 13 Inhalt der Leistung / Leistungskategorien

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

a) Beratungsleistung,
b) Koordination der Versorgung,
c) additiv unterstützende Teilversorgung,
d) Vollversorgung.

(2) Zur Beratungsleistung gehören:

I. Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit Betroffenen (Kranken oder deren Angehörige) und/oder,
II. Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit einem der Leistungserbringer der Primärversorgung und,
III. Dokumentation und Evaluation.

(3) Die Koordination der Versorgung umfasst:

I. den direkten persönlichen Kontakt zum Betroffenen (Kranken oder deren Angehörige),
II. die ressourcenfokussierte Versorgungsplanung des PCT,
III. das Assessment, die Beratung für Therapie und das Vorgehen im Notfall,
IV. eine Vernetzung mit ambulant tätigen und/oder stationären Leistungserbringern,
V. die Dokumentation und Evaluation.

(4) 1Zur additiv unterstützenden Teilversorgung gehören:

I. Beratungs- und Koordinationsleistungen,
II. Hausbesuche,
III. bei Bedarf einzelne Leistungen des in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskatalogs,
IV. 24-Stunden-Bereitschaft für die verordnete Leistung,
V. die Dokumentation und Evaluation.

2Die 24-Stunden-Bereitschaft kann nicht als alleinige Teilleistung verordnet werden.

(5) Zur Vollversorgung gehören:

I. Beratung und Koordination sowie 24-Stunden-Bereitschaft,
II. Hausbesuche,
III. bei Bedarf alle Leistungen des in § 5 Abs.3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskatalogs ergänzend zu den ambulanten Leistungserbringern,
IV. die Dokumentation und Evaluation.

(6) Angehörige und dem Versicherten nahestehende Personen werden in die Pflege sowie in die psychosoziale Unterstützung und Sterbebegleitung mit einbezogen.

§ 14 Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln

(1) Die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln erfolgt unter Verwendung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Vordrucke (Muster 13, 14, 16 und 18). Details zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel können der jeweils aktuellen Fassung der „Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KVB über die Vergabe von Betriebsstättennummern und einer Pseudo-Arzt-Nummer an Leistungserbringer der SAPV gemäß § 132 d Abs. 1 SGB V zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV“ (SAPV-BSNR-Vereinbarung) in der jeweils geltenden Fassung (Fassung vom Mai 2009 siehe Anlage 10) entnommen werden.

(2) 1Die Vordrucke nach Abs. 1 dürfen im Rahmen der SAPV nur von Ärzten verwendet werden, die für ein PCT mit rechtsgültigem Vertrag nach § 132 d SGB V tätig sind. 2Auf jeder Verordnung im Rahmen dieser Vereinbarung sind die Betriebsstättennummer und die Arztnummer anzugeben. 3Diese wird von der Kassenärztliche Bundesvereinigung auf Antrag des Leistungserbringers vergeben. Details zur Antragsstellung der Betriebsstättennummer und der Arztnummer können der jeweils aktuellen Fassung der SAPV-BSNR-Vereinbarung (Fassung vom Mai 2009 siehe Anlage 10) entnommen werden.

§ 15 Anspruchsvoraussetzungen

Der Versicherte hat gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung und den gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 d Abs.2 SGB V für die spezialisierte Palliativversorgung Anspruch auf SAPV,

a) wenn er an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass sich dadurch das Lebensende abzeichnet sowie

b) wenn er unter Berücksichtigung der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung und in den gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 d Abs.2 SGB V für die spezialisierte Palliativversorgung genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4 SAPV-RL) benötigt, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Behinderteneinrichtung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung erbracht werden kann.

§ 16 Verordnung / Genehmigung / Beginn der SAPV

(1) Art, Umfang und Dauer der vom Leistungserbringer zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der von der Krankenkasse genehmigten Verordnung (Muster 63) der behandelnden Vertragsärztin/des behandelnden Vertragsarztes oder der Krankenhausärztin/des Krankenhausarztes.

(2) 1Der Versicherte bestätigt mit Unterschrift, dass er mit SAPV einverstanden ist. 2Kann die Unterschrift des Versicherten nicht erbracht werden, weil dieser bzw. sein Vertreter nicht in der Lage ist zu unterschreiben, bleibt das Unterschriftsfeld auf der Verordnung frei. 3Der Leistungserbringer gibt zur Verordnung die Gründe hierfür an.

(3) 1Die SAPV-RL ist für die Verordnung sowie für die Genehmigung durch die Krankenkassen maßgeblich. 2Dort nicht aufgeführte Inhalte bedürfen einer nachvollziehbaren Begründung, damit sie von den Krankenkassen genehmigt werden können.

(4) 1Der verordnende Arzt/ die verordnende Ärztin legt nach aktuellem Versorgungsbedarf die Dauer der Verordnung fest. 2Der Krankenhausarzt / die Krankenhausärztin kann Leistungen in der Regel jedoch längstens für 7 Tage verordnen. 3Sollte eine Versorgung für einen längeren Zeitraum als angegeben erforderlich sein, ist rechtzeitig eine Folgeverordnung bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen.

(5) 1Der PC-Arzt nimmt die Verordnung entgegen. 2Er überzeugt sich davon, dass eine palliative Situation vorliegt und überprüft Indikation und Umfang der verordneten Leistung (Assessment). 3Sollte sich herausstellen, dass der Patient für SAPV nicht geeignet ist oder die definierten Versorgungsziele auch durch die allgemeine ambulante Palliativversorgung sicher gestellt werden können, ist nach unverzüglicher Koordination einer geeigneten Anschlussversorgung die weitere Behandlung durch die spezialisierte ambulanten Palliativversorgung nicht zu beginnen bzw. zu beenden. 4Leistungsausweitungen bedürfen der Unterschrift der/des verordnenden Ärztin/Arztes. 5Bei Leistungseinschränkungen hat das PCT den/die verordnenden/verordnende Arzt/Ärztin zu informieren.

§ 17 Kostenübernahme

(1) 1Die Krankenkasse übernimmt vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zu einer Entscheidung über die weitere Kostenübernahme, die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütung gemäß diesem Vertrag, wenn die ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorliegt (vorläufige Kostenübernahme). 2Sofern eine Verordnung verspätet eingereicht wird, werden die Kosten frühestens ab Eingangsdatum übernommen.

(2) 1Ergibt die interne Prüfung durch die Krankenkasse, dass Zweifel an der Indikation zur Verordnung oder an deren Umfang bestehen, wird umgehend der MDK eingeschaltet. 2Bei Unklarheiten ist ein Kontakt zwischen MDK und PCT wünschenswert.

(3) Über die endgültige Kostenübernahme oder (Teil-)Ablehnung informiert die Krankenkasse den Versicherten und den Leistungserbringer; bei (Teil-) Ablehnung auch den verordnenden Arzt.

§ 18 Dauer der Versorgung

(1) SAPV wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot, insbesondere die allgemeine Palliativversorgung, aus palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Gründen nicht ausreicht.

(2) Bestehen nach Einschätzung des Leistungserbringers im individuellen Fall nicht oder nicht mehr die Voraussetzungen zur Erbringung von SAPV, wird der Patient in die passende Versorgungsstruktur übergeleitet.

(3) Bestehen nach Einschätzung des Leistungserbringers im individuellen Fall nicht mehr die Voraussetzungen zur Erbringung der verordneten Leistungskategorie von SAPV, wird der Patient durch eine dann niedrigere Leistungskategorie der SAPV versorgt.

(4) Handelt es sich um eine intermittierende Leistungserbringung, werden in Abhängigkeit der Vergütungsgestaltung nur diejenigen Tage als SAPV-Leistungstage vergütet, an denen SAPV erbracht wurde.

§ 19 Zuzahlungen

(1) 1SAPV wird als Sachleistung zur Verfügung gestellt. 2Zuzahlungen vom Versicherten im Rahmen der Vertragsleistungen dürfen weder gefordert noch angenommen werden.

(2) 1Zuzahlungen dürfen auch nicht verlangt werden, wenn die Verordnung bei der Krankenkasse verspätet eingereicht wird, da Kosten erst ab Eingang der Verordnung bei der Krankenkasse gemäß § 6 dieses Vertrages übernommen werden und deshalb die vorläufige Kostenzusage entfällt (§ 17 Abs. 1).

(3) Verstöße berechtigen zu Maßnahmen gemäß § 26.

§ 20 Vermittlungsverbot, Werbung und Einflussnahme

(1) Die Veranlassung einer Verordnung gegen Entgelt ist ein Vertragsverstoß.

(2) Die Weitergabe von angenommenen Verordnungen zur Versorgung anspruchsberechtigter Personen dieses Vertrages an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile, ist ein Vertragsverstoß.

(3) Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen zur Versorgung anspruchsberechtigter Personen dieses Vertrages über das PCT hinaus an dritte Nicht-Kooperationspartner gegen Kostenerstattung.

(4) Der Leistungserbringer darf nicht mit der Leistungspflicht der Krankenkasse werben.

§ 21 Institutionskennzeichen

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

(2) 1Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. 2Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich mitzuteilen. 3Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

(3) 1Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist sowohl bei Vertragsabschluss als auch bei Änderungen mitzuteilen. 2Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK. 3Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. 4Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. 5Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekannten IK.

(4) 1Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwendeten IK bei der SVI gespeicherten Angaben einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen verbindlich. 2Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

§ 22 Leistungsnachweis

(1) Der Leistungsnachweis enthält folgende Angaben:

a) Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,

b) Name und Vorname, Versichertennummer, Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten,

c) Positionsnummer, Art und Anzahl der erbrachten Leistungen (Positionsnummernverzeichnis der Richtlinien nach § 302 SGB V soweit festgelegt und relevant),

d) Angabe der beteiligten Kooperationspartner,

e) die nach der Vergütungsregelung notwendigen Angaben.

(2) Der leitende Arzt des PCT oder sein ärztlicher Vertreter bestätigt durch seine Unterschrift die Richtigkeit der Angaben im Leistungsnachweis.

§ 23 Abrechnung

(1) Für die Abrechung wird 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.

(2) Die Umsetzung der Abrechung nach § 302 Abs. 2 SGB V kann abhängig von den einzelnen Krankenkassen zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgen.

(3) Die Rechnung muss folgende Mindestangaben enthalten:
a) Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungsnummer des Leistungsbeziehers,
b) Angabe des Versorgungszeitraumes (in Abhängigkeit von der Vergütungsgestaltung), des Versorgungsortes sowie der dafür anzusetzenden Vergütung gemäß **Anlage 7**,
c) die Verordnungsblätter,
d) den Leistungsnachweis als **Anlage 6**,
e) Name, Anschrift, Unterschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,
f) Rechnungsbetrag,
g) Betriebsstättennummer,
h) Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS).

(4) 1Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einerAbrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die zuständige Krankenkasse unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. 2Der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, ist mitzuteilen.

(5) 1Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. 2Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist der Leistungserbringer für die Einhaltung des Entzuges der Vollmacht verantwortlich.

(6) 1Sofern 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. 2Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist den Krankenkassen bzw. deren Verband vorzulegen.

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

(8) 1Die Rechnung erfolgt versichertenbezogen in der Regel einmal im Monat und ist bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen einzureichen. 2Die Krankenkassen sind zur Rechnungsbegleichung nur verpflichtet, sofern eine versicherungs-, leistungs- und vertragsrechtliche Anspruchsberechtigung gegeben ist.

(9) 1Werden Nachberechnungen gestellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen. 2Darauf ist "Nachberechnung" zu vermerken.

(10) 1Maßgeblich für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen bei der Krankenkasse vorliegen. 2Zusammengehörige Rechnungsunterlagen müssen in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang angeliefert werden. 3Die Krankenkasse behält sich vor, nicht korrekt gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen. In diesem Fall beginnt die Zahlungsfrist ab Eingang einer korrekten Rechnung erneut zu laufen.

(11) 1Die Bezahlung der Rechnung erfolgt spätestens innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang der Rechnung bei der zuständigen Krankenkasse bzw. bei der von ihr benannten Abrechnungsstelle. 2Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.

(12) 1Von den SAPV-Leistungserbringern und deren Kooperationspartnern dürfen nicht parallel die zur gleichen Einsatzzeit erbrachten Leistungen abgerechnet werden. 2Die zusätzliche Abrechnung von deckungsgleichen Leistungen nach SGB V (z.B. §§ 27, 37, 37a, 43 Abs. 2 SGB V) sowie SGB XI (z.B. §§ 36, 39) ist demnach ausgeschlossen.

(13) Nicht erbrachte Leistungen können nicht abgerechnet werden.

(14) Bis zur Einführung des DTA gilt die übliche Papierrechnung. Die Rechnung muss dabei die Mindestangaben des Absatzes 3 dieses § enthalten.

§ 24 Statistik

(1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, an Auswertungen mitzuwirken.

(2) 1Die Auswertungen beziehen sich in der Regel auf die in der **Anlage 9** aufgezählten Inhalte. 2Die Meldung hat bis spätestens zum 30. April für das abgelaufene Kalenderjahr an die von den Krankenkassen zu bestimmende Stelle zu erfolgen.

§ 25 Datenschutz, Schweigepflicht

(1) 1Der 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. 2Ausnahmen bedürfen der schriftlichen Einwilligung des Patienten oder seines Vertreters.

(2) 1Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. 2Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse und/oder dem MDK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind.

(3) 1Der Leistungserbringer hat die im PCT tätigen Mitarbeiter und die Kooperationspartner zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht zu verpflichten. 2Die Verpflichtung ist zu dokumentieren.

§ 26 Maßnahmen bei Vertragsverstößen des Leistungserbringers

(1) 1Vertragsverstöße sind dem Leistungserbringer durch die Verbände bzw. den jeweiligen Verband der Krankenkassen in schriftlicher Form mitzuteilen. 2Hierbei ist dem Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb von 28 Tagen zu geben (Anhörung).

(2) 1Die Verbände bzw. der jeweilige Verband der Krankenkassen entscheiden nach Prüfung der Stellungnahme, welche geeigneten Maßnahmen festzulegen sind. 2Diese sind:

a) Abmahnung,

b) Vertragsstrafe bis zu 10% des Jahresumsatzes des PCT.

(3) Über die Entscheidung ist dem Vertragspartner ein schriftlicher Bescheid zu erteilen.

§ 27 Vergütung

(1) Die Vergütung richtet sich nach **Anlage 7**.

(2) Eine im Rahmen der SAPV vergütete Leistung kann nicht anderweitig in Rechnung gestellt werden.

§ 28 Inkrafttreten / Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am ... 2009 in Kraft.

(2) 1Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden (ordentliche Kündigung). 2Eine teilweise Kündigung ist nur zulässig, soweit es in einzelnen Anlagen vorgesehen ist.3Die Kündigung bedarf der Schriftform.

(3) Die Kündigung durch einen Vertragspartner auf Krankenkassenseite berührt nicht die Gültigkeit des Vertrages zwischen den verbleibenden Vertragsbeteiligten.

(4) 1Eine außerordentliche Kündigung kann ohne Einhaltung von Kündigungsfristen erfolgen, wenn der Leistungserbringer seine vertraglichen Pflichten gegenüber einer Krankenkasse derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an diesem Vertrag nicht mehr zumutbar ist. 2Eine gröbliche Pflichtverletzung in diesem Sinn liegt insbesondere vor:

a) bei fortgesetzter Nichterfüllung wesentlicher fachlicher Voraussetzungen,

b) bei wiederholter Abrechnung von nicht oder teilweise nicht erbrachten Leistungen,

c) bei einer Pflichtverletzung durch den Leistungserbringer, bei der ein Versicherter zu Schaden kommt,

d) bei einer Forderung bzw. einer Annahme von unzulässigen Zahlungen oder Zuzahlungen vom Versicherten für von den Krankenkassen genehmigten Leistungen,

e) bei einer Zahlung oder einer Annahme von Vergütungen oder Provisionen für Zuweisungen von Versicherten oder Vermittlung von Aufträgen,

f) bei wiederholten oder schweren Verstößen gegen Datenschutzbestimmungen oder sonstige Vertragspflichten.

(5) Einvernehmlich vereinbarte Änderungen dieses Vertrages in schriftlicher Form sind möglich, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 29 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 eine Regelung treten, die der Zielsetzung zur Erbringung von SAPV am nächsten kommt.

Anlagenübersicht:

Anlage 1 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 1
Anlage 2 Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen
Anlage 3 Versorgungsgebiet
Anlage 4 Vorzulegende Unterlagen bei Zulassungsantrag
Anlage 5 Evaluation
Anlage 6 Formular für den Leistungsnachweis
Anlage 7 Vergütungsvereinbarung
Anlage 8 Übergangsregelung
Anlage 9 Statistik
Anlage 10 SAPV-BSNR-Vereinbarung

Ort, Datum
Leistungserbringer

Für die Krankenkassen
AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, Zentrale

BKK Landesverband Bayern

Knappschaft
-Regionaldirektion München-

SIGNAL IDUNA IKK in Bayern

Funktioneller Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern (LdL/LdLP)

Verband der Ersatzkassen e.V.
Der Leiter der Landesvertretung Bayern

Anlage 1 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie / SAPV-RL)

vom 20. Dezember 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008, S. 911, in Kraft getreten am 12. März 2008

§ 1 Grundlagen und Ziele

(1) 1Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu er-halten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch - SGB XI) zu ermöglichen. 2Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.

(2) Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.

(3) 1Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. 2Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.

(4) 1Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. 2Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. 3Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.

§ 2 Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn

1. sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist (§ 3) und
2. sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4) benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI) erbracht werden kann.

§ 3 Anforderungen an die Erkrankungen

(1) Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können.

(2) Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann.

(3) 1Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung ste-hen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. 2Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.

§ 4 Besonders aufwändige Versorgung

1Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen. 2Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und / oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. 3Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik

§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

(1) 1Die SAPV umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehand-lung soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen. 2Sie umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der verordnenden oder behandelnden Ärztin oder des verordnenden oder behandelnden Arztes sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132d SGB V.

(2) 1SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht. 2Sie wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. 4), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen. 3Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. 4Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

(3) Inhalte der SAPV sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnah-men
- apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiter-bildung Palliativmedizin entspricht
- spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care entspricht
- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen
- Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rah-men der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen

- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod
- spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung
- psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten
- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen
- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV

§ 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer

(1) 1Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen; die diesbezügliche Koordination ist sicherzustellen. 2Hierüber sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen schriftlich oder mündlich zu treffen. 3Kooperationspartner ist auch der ambulante Hospizdienst, der auf Wunsch der Patientin oder des Patienten an der Versorgung beteiligt wird. 4Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der dauerbehandelnde Arzt im Einzelfall Kooperationspartnerin oder Kooperationspartner werden. 5Das Nähere regeln die Verträge nach § 132d SGB V.

(2) Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten.

(3) Es ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Regelungen ausgetauscht werden.

(4) Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen.

(5) 1Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. 2Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.

§ 7 Verordnung von SAPV

(1) 1SAPV wird von der behandelnden Vertragsärztin oder von dem behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet. 2Satz 1 gilt für die Behandlung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt bei einer oder einem von ihr oder ihm ambulant versorgten Patientin oder Patienten entsprechend. 3Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht SAPV erforderlich, kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 7 Tage.

(2) Die ärztliche Verordnung erfolgt auf einem zu vereinbarenden Vordruck, der der Leistungserbringung nach dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf (§ 5 Abs. 2) Rechnung zu tragen hat und Angaben zur Dauer der Verordnung enthält.

§ 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse

1Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, wenn die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. 2Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132d SGB V.

Anlage 2 Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 d Abs. 2 SGB V

Gemeinsame Empfehlungen

des AOK-Bundesverbandes, Bonn,
des BKK Bundesverbandes, Essen,
des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel,
des IKK-Bundesverbandes, Bergisch Gladbach,
der Knappschaft, Bochum,
des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg,
des AEV Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

nach § 132d Abs.2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung

vom 23.06.2008

unter Beteiligung
des Arbeiterwohlfahrt Bundesverbandes e.V., Berlin,
des Arbeitgeber- und BerufsVerbandes Privater Pflege e.V., Hannover,
der Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V., Berlin,
der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, München,
des Bundesverbandes Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V., Essen,
der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V., Berlin,
des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. Berlin,
des Bundesverbandes Häusliche Kinderkrankenpflege e.V., Köln,
des Bundesverbandes Kinderhospiz e.V., Freiburg,
des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Berlin,
der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Gießen,
des Deutschen Bundesverbandes für Pflegeberufe, Berlin,
des Deutschen Caritasverbandes e.V., Freiburg,
der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Berlin,
der Deutschen Hospiz Stiftung, Dortmund,
des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes e.V., Berlin,
des Deutschen Kinderhospizvereines e.V., Olpe,
der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft, Berlin,
des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Gesamtverband e.V., Berlin,
des Deutschen Pflegerates, Berlin,
des Deutschen Roten Kreuzes, Generalsekretariat, Berlin,
des Diakonischen Werkes der EKD e.V., Berlin,
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin,
des Sozialverbandes VdK Deutschland e.V., Berlin,
des Verbandes Deutscher Alten- und Behinderten Hilfe e.V., Essen,
der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Berlin,
die Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden in Deutschland e.V., Frankfurt am Main

1. Zielsetzung

1.1 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 vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen.

1.2 Die SAPV ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung.

1.3 Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Empfehlungen fortlaufend auswerten und diese erforderlichenfalls weiterentwickeln.

2. Zulassungsvoraussetzungen

2.1 SAPV wird von Leistungserbringern erbracht, mit denen die Krankenkasse zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung einen Vertrag geschlossen hat. Sie wird intermittierend oder durchgängig nach Bedarf als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht. Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ist Rechnung zu tragen.

2.2 Bei der Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung sind die bereits bestehenden Strukturen so weit wie möglich einzubeziehen. Auf die bereits tätigen Leistungserbringer ist zurückzugreifen, soweit sie die erforderlichen Anforderungen erfüllen. Verträge sind nur in dem Umfang abzuschließen, wie sie für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind. Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht.

2.3 Eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV ist insbesondere dann gegeben, wenn sie wohnortnah ausgerichtet ist und die Palliativpatienten, die einen besonderen Versorgungsbedarf haben, der durch die allgemeine Palliativversorgung nicht gewährleistet werden kann, ausreichend und zweckmäßig mit der Leistung der SAPV versorgt werden können. Die bedarfsgerechte Versorgung zeigt sich auch darin, dass es mit der Leistung der SAPV mehr Menschen als bisher ermöglicht wird, in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu führen.

2.4 Der Versorgungsbedarf kann in einzelnen Regionen unterschiedlich sein. Indikatoren für die Bedarfslage können insbesondere sein,

- die regionale Siedlungsstruktur,
- die Altersstruktur,
- epidemiologisch relevante Erkrankungen sowie
- die demografische Entwicklung.

So ist zwischen Regionen geringer, mittlerer und hoher Bevölkerungsdichte zu unterscheiden. Die Unterscheidung ist ggf. nicht allein auf der Ebene der Bundesländer

durchzuführen, sondern kann bis auf die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte vollzogen werden, um dem erheblichen Unterschied in der Bevölkerungsdichte auch innerhalb der Bundesländer gerecht zu werden. Nach derzeit vorliegenden Schätzungen haben bis zu 10 Prozent aller Sterbenden einen solchen besonderen Versorgungsbedarf, der im Rahmen der SAPV abzudecken ist.

3. Inhalt und Umfang der Leistungen

3.1 Inhalt und Umfang der zu erbringenden SAPV-Leistungen ergeben sich aus der gemäß der SAPV-Richtlinie nach § 37b SGB V in Verbindung mit § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 14 SGB V ausgestellten und genehmigten Verordnung. Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, wenn die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 der SAPV-Richtlinie spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

3.2 Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen. Soweit die allgemeine Palliativversorgung ausreichend ist, darf SAPV nicht erbracht werden.

3.3 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.

3.4 In den Vereinbarungen über die SAPV sind Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass für den Palliativpatienten eine reibungslose Versorgung mit Arznei- Heil- und Hilfsmitteln auch weiterhin gewährleistet ist.

4. Organisatorische Voraussetzungen

4.1 Die Leistungen der SAPV werden durch spezialisierte Leistungserbringer erbracht. Spezialisierte Leistungserbringer sind nach Nr. 5.2 qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte und nach Nr. 5.3 qualifizierte Pflegefachkräfte, die orientiert an der Konzeption
eines Palliativ-Care-Teams fachübergreifend ggf. auch in Kooperation mit anderen Professionen (s. Nr. 5.4) eng zusammenarbeiten. Sie erfüllen ergänzend besondere sächliche Voraussetzungen nach Nr. 4.4 und Nr. 4.5, die für eine spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung erforderlich sind. Eine psychosoziale Unterstützung ist in enger Zusammenarbeit z.B. mit ambulanten Hospizdiensten nach § 39a Abs. 2 SGB V, Seelsorge und Sozialarbeit zu gewährleisten.

4.2 Die spezialisierten Leistungserbringer sind Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie arbeiten mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern, wie Hausärzten und ambulanten Hospizdiensten gemäß § 39a Abs. 2 SGB V eng zusammen (integrativer Ansatz). Mit den regelhaft an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern sind Kooperationsvereinbarungen schriftlich abzuschließen und der Krankenkasse vorzulegen.

4.3 Die spezialisierten Leistungserbringer arbeiten nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzept, in dem der inhaltliche und

organisatorische Rahmen der Leistungserbringung (inkl. der personellen und sächlichen Ausstattung) sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben sind. Das Konzept ist der Krankenkasse vorzulegen.

4.4 Die spezialisierten Leistungserbringer haben als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:

• eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation
• Arzneimittel (inkl. 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.

4.5 Die spezialisierten Leistungserbringer müssen über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für

• die Beratung von Patienten und Angehörigen
• Teamsitzungen und Besprechungen
• die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und Hilfsmitteln

verfügen. Sofern eine Aufbewahrung von Medikamenten erfolgt, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BtM-G) fallen, ist ein BtM-Schrank (§ 15 BtM-G) erforderlich.
.

5. Personelle Anforderungen

5.1 Die spezialisierten Leistungserbringer stellen sicher, dass das für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch den spezialisierten Leistungserbringer eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Patienten, deren Angehörigen und die an der Versorgung Beteiligten sicherzustellen ist. Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Ärztin/eines Arztes und/oder einer Pflegefachkraft ist zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein.

5.2 Die nach Nr. 4.1 tätigen Ärztinnen und Ärzte verfügen über

• eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung) 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.

5.3 Die nach Nr. 4.1 tätigen Pflegefachkräfte verfügen über:

• die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin / Altenpfleger
(dreijährige Ausbildung aufgrund einer landesrechtlichen Regelung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung und
• den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden
und
• 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 Hospizund Palliativversorgung.

5.4 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.

6. Qualitätssicherung

6.1 Die spezialisierten Leistungserbringer sind verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Sie nehmen regelmäßig an palliativmedizinischen/- pflegerischen Fortbildungen teil und führen möglichst halbjährlich multidisziplinäre Qualitätszirkel durch, an denen auch die übrigen in der Versorgung Tätigen teilnehmen. Die spezialisierten Leistungserbringer sollen sich außerdem an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

6.2 Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und auf Wunsch der Krankenkasse als Konzept vorzulegen. Das Dokumentatinssystem muss patientenbezogene Daten und - soweit vorhanden - allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Es soll kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sein.

6.3 Die Teilnahme an Supervision ist zu ermöglichen. Regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen sind in überschaubaren Intervallen durchzuführen; die inhaltliche und zeitliche Organisation ist den Beteiligten überlassen.

6.4 Die spezialisierten Leistungserbringer erstellen einen jeweils individuellen Behandlungsplan, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist.

Anlage 3 Versorgungsgebiet

Anmerkung: hier wird das konkrete Versorgungsgebiet für jedes PCT geregelt (konkrete Angabe der Kommunen mit Einwohnerzahl, Landkarte)

Anlage 4 Vorzulegende Unterlagen bei Zulassungsantrag

Mit dem Zulassungsantrag des Leistungserbringer für ein PCT sind folgende Unterlagen einzureichen:

Versorgungskonzept (Inhalte siehe § 2 des Vertrages zur Erbringung von SAPV im Freistaat Bayern)

Angaben zum Versorgungsgebiet (Kommunen mit Einwohnerzahl, Landkarte)

<u>für den verantwortlichen und den stellvertretenden verantwortlichen Palliativmediziner</u>

☐ Beglaubigte Abschrift/Kopie des Nachweises über eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer

☐ Nachweise zur 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 palliativmedizinsichen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre

☐ Behördliches Führungszeugnis gem. § 30 BZRG (nicht älter als 6 Monate) *)

☐ Arbeitsverträge *)

☐ Stellenbeschreibungen

<u>für die verantwortliche und die stellvertretende verantwortliche Palliativpflegefachkraft</u>

☐ Beglaubigte Abschrift/Kopie der Urkunde über die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin / Altenpfleger (dreijährige Ausbildung aufgrund einer landesrechtlichen Regelung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung

☐ Nachweis über den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden

☐ Nachweise über Erfahrung durch mindestens eine zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren, davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung

☐ Behördliches Führungszeugnis gem. § 30 BZRG (nicht älter als 6 Monate) *)

☐ Arbeitsverträge *)

☐ Stellenbeschreibungen

für das sonstige Personal

☐ Arbeitsverträge *)

☐ Stellenbeschreibungen

für den Dienst

☐ Schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den regelhaft an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern. *)

☐ Kooperationsvereinbarungen mit an der Versorgung beteiligten ambulanten Hospizdiensten

☐ Kostenkalkulation für die ersten drei Wirtschaftsjahre

☐ Abschluss einer ausreichenden Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden *)

☐ Meldung bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege *)

☐ Meldung beim Gesundheitsamt *)

☐ Meldung beim Finanzamt *)

*) Vorlage spätestens zum Vertragsschluss

Hinweis für den Antragsteller:
Die Bearbeitung des Antrages auf Zulassung als Leistungserbringer von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung nach dem SGB V benötigt etwas Zeit. Erfahrungsgemäß sind ca. 3 bis 6 Monate erforderlich. Wir bitten dies zu berücksichtigen, zumal die Zulassung erst ausgefertigt werden kann, wenn alle Voraussetzungen vorliegen und auch nachgewiesen sind. Eine rückwirkende Vertragsausfertigung sowie eine rückwirkenden Kostenübernahme ist leider nicht möglich.

Anlage 5 Evaluation

Bis zum Vorliegen einer bundesweiten Vorlage für die Evaluation kommt in Bayern der beiliegende Vordruck zum Einsatz. Bis zur Einrichtung einer Annahmestelle für Erfassung und Auswertung der Evaluationsbögen werden diese beim jeweiligen PCT gesammelt.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Kassen-Nr.
Betriebsstätten-Nr.	Institutskennzeichen	Datum

SAPV- Einzelfallevaluation

gemäß Anlage ... - Mustervertrag

I. Beginn der spez. ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Patienten-ID: _____ Geschlecht: ❑ w ❑ m Geburtsjahr: _____

Grundkrankheit ICD10:_____

Folgende Maßnahme wurden durch: ❑ KH-Arzt ❑ Vertragsarzt **verordnet:**

❑ Beratung ❑ Koordination ❑ Teilversorgung ❑ Vollversorgung

Erstkontakt: ❑ im Krankenhaus ❑ Ambulant/Pflegeheim/Hospiz

Wohnsituation: ❑ zu Hause, allein ❑ zu Hause mit Angehörigen
❑ im stat.Hospiz ❑ in stat.Pflegeeinrichtung ❑ _____

Pflegestufe: ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ beantragt ❑ nicht beantragt

Wunsch des Pat. zu Beginn: _____

Wunsch identisch mit SAPV Behandlungsziel: ❑ ja ❑ nein

II. Durchgeführte spez. ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Anzahl Verordnungen: Beratung(en):___ Koordination:___ Teilversorgung:___ Vollversorgung:___

Betreuungsrelevante Nebendiagnosen (ICD): ❑ _____ ❑ _____ ❑ _____

Komplexes Symptomgeschehen

A	V		A	V		A	V	
❑	❑	Schmerzsymptomatik	❑	❑	gastrointestinale Symptomatik	❑	❑	urogenitale Symptomatik
❑	❑	neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik				❑	❑	respiratorische/kardiale Symptomatik
❑	❑	ulzerierende/exulzerierende Wunden oder Tumore				❑	❑	Sonstiges: _____

Weiteres komplexes Geschehen

A	V		A	V	
❑	❑	ethische Konflikte	❑	❑	Unterstützungsbedarf des Bezugssystems
❑	❑	sozial-rechtliche Probleme	❑	❑	existentielle Krisensituation Patient

Quantitative Aufwandsverteilung (gesamt: 100%) für die Tätigkeiten des Teams

Am Patient: _____ % Für Angehörige: _____ % Systemische Tätigkeiten: _____ %

Betreuungsnetz

A	V		A	V		A	V		A	V	
❑	❑	PC-Pflegekraft	❑	❑	Palliativmediziner	❑	❑	Hausarzt	❑	❑	Facharzt
❑	❑	ambulanter Hospizdienst	❑	❑	Pflegedienst	❑	❑	Sozialstation	❑	❑	Sozialarbeit
❑	❑	stationäres Hospiz	❑	❑	Krankenhaus	❑	❑	Palliativstation	❑	❑	Stationäre Pflege
❑	❑	Physiotherapie	❑	❑	Psychologe	❑	❑	Apotheke/San.-haus	❑	❑	weitere Berufe
❑	❑	Angehörige mit Grundpflege	❑	❑	Angehörige mit Behandlungspflege				❑	❑	Seelsorge

Pat.-Wunsch erfüllt: ❑ ja ❑ teilweise ❑ nein ❑ unbekannt

III: Abschluß der spez. ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Beendigung der SAPV wegen:

❑ Stabilisierung ❑ Kausaler Therapieansatz ❑ Verlegung ❑ Ablauf der Verordnung
❑ verstorben ❑ Sonstiges: _____

Pflegestufe b. Abschluss: ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ beantragt ❑ nicht beantragt

Zusätzliche Angaben bei Verstorbenen: ❑ im Krankenhaus verstorben

❑ unter SAPV verstorben ❑ im stat. Hospiz verstorben ❑ im Heim verstorben ❑ zu Hause verstorben

ggf. Grund der letzten stationären Einweisung: ❑ Dekomp. Pat. ❑ Dekomp. Umfeld ❑ Wunsch des Patienten

ggf. weitere Angaben: _____

Sterbeort n. Wunsch: ❑ ja ❑ nein ❑ unbekannt/unbestimmt

IV. Leistungskennzahlen

Behandlungsdauer in Tagen: _____

Besuche PC-Team, gesamt: _____

Notarzteinsätze: ❑ keine ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ > 5

KH-Einweisungen: ❑ keine ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ > 5

Anfahrtsweg in km: ❑ 0-10 ❑ 11-20 ❑ 21-30 ❑ 31-50 ❑ > 50

Palliativarzt / Palliative Care Fachkraft

SAPV-Einzelfallevaluation Bayern (30.06.2009)

SAPV- Erläuterungen zur Einzelfallevaluation

gemäß Anlage ... - Mustervertrag

Einleitung

Der vorliegende Bogen soll sowohl die fachlich notwendige wie gesetzlich geforderte Evaluation ermöglichen. Ihm zugrunde liegen die publizierten Daten der DGP, des DHPV und anderer sowie die eigenen Erfahrungen der Herausgeber. Ziel war es, eine ausreichende und aussagefähige Evaluation auf maximal einer Din A4-Seite oder elektronischem Korrelat zu erreichen. Angesichts einer Evaluation von bundesweit bis zu 100.000 Bögen / Jahr muss von Anfang an auf Maschinenlesbarkeit bzw. digitale Eingabe der Daten Wert gelegt werden.

Die Eingabe der Daten erfolgt zwar anonymisiert durch den Leistungserbringer; trotzdem kann durch eine Kombination von Evaluations- und Abrechnungsdaten auf die Identität eines Patienten rückgeschlossen werden. Daraus folgt, dass die Evaluation der SAPV durch einen unabhängigen Dienstleister erfolgen muss, der sicherstellt, dass die Ausgabe der Daten so erfolgt, dass ein Rückschluss auf einzelne Patienten nicht möglich ist.

Abschnitt 1: Beginn der spez. ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Die Angaben zur Betriebsstättennummer und dem Institutskennzeichens des Palliative-Care-Teams (PCT) wie zur Krankenkasse sind notwendige Stammdaten zur Zuordnung einer Evaluation zu einer Krankenkasse bzw. zum PCT.

Patienten-ID: anonymisierte Eingabe eines Identifier, der vom PC-Team intern festgelegt wird; dieser ergibt in Kombination mit dem Institutskennzeichen einen eindeutigen Identifier in der Evaluation.

Grundkrankheit in ICD10-Kodierung: Es wird nur die Grundkrankheit erfragt, welche zur palliativen Situation führt. Die SAPV-relevanten Nebendiagnosen werden erst im Verlauf der Behandlung offensichtlich und sind deshalb unter II. zu finden.

Erfassung der Verordnung zwischen Krankenhausarzt und niedergelassenem Arzt zur Differenzierung; ebenso wird der zunächst durchgeführte Verordnungsumfang erfasst.

Der Ort des Erstkontakts unterscheidet nur zwischen stationärem und ambulanten Sektor (Krankenhaus oder Ambulant/Pflegeheim/Hospiz)

Die normale Wohnsituation des Patienten wird zusätzlich zum Erstkontakt des PCT erfasst, da diese für die SAPV-Betreuung von entscheidender Bedeutung ist.

An Stelle des ECOG oder Karnowsky-Index wurde zur orientierenden Beurteilung der noch möglichen Selbständigkeit des Patienten die Pflegestufe gewählt; es muss entweder eine bereits vorhandene Pflegestufe oder eines der beiden Kästchen angekreuzt werden Gemeinsam mit der Abfrage unter III wird auch dargestellt, ob hier ein erhöhter Organisationsaufwand bestand / finanzielle Unsicherheit für die Familie.

Mit "Wunsch des Patienten zu Beginn der SAPV" ist der „realistische Wunsch des Patienten gegenüber dem PCT" gemeint. Ausdrücklich soll hier der Patient zu Wort kommen. Zur Erleichterung des Eintrages werden folgende Kategorien vorgegeben, die nach bisherigen Ergebnissen (Auswertung von 100 Bögen bei PALLIAMO) etwa 80% der Wünsche abdecken: 1. Zu Hause bleiben können / Kein KH / Autonomie; 2. Leidenslinderung; 3. Palliative Rehabilitation („wieder aufstehen können", „noch eine Reise machen"); 4. In Ruhe gelassen werden. Als fünfte Möglichkeit ist auch die Angabe eines Freitextes möglich, falls keine dieser Kategorien zutrifft.

Wenn das PCT diesen Wunsch für realistisch bzw. realisierbar hält und deshalb mitverfolgt, wird unter „Wunsch identisch mit Behandlungsziel" „ja" angegeben, wenn nicht, dann „nein". Inwieweit die Erreichung des Wunsches erfolgt ist, wird unter II. angegeben.

Abschnitt 2: Durchgeführte spez. ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Dieser Bogen wird einmal pro abgeschlossenem SAPV-Fall, also je Erstverordnung, ausgefüllt. Die Häufigkeit der Folgeverordnungen ist für den Verwaltungsaufwand von Interesse. Zudem kann sich im Verlauf einer SAPV die geforderte Kategorie ändern, weshalb die Anzahl der erhaltenen Verordnungen je Kategorie erfasst werden. Da in einigen SAPV-Verträgen eine Herabstufung ohne erneute Verordnung möglich ist, soll bei der Erstverordnung, wie unter Abschnitt 1 angegeben, die tatsächlich durchgeführte Versorgung angegeben werden. Bei den Folgeverordnungen dürften in aller Regel Verordnung und durchgeführte Kategorie übereinstimmen.

Das zu Beginn bestehende komplexe Symptomgeschehen kann sich, besonders bei einer Vollversorgung, im Verlauf von der tatsächlichen Versorgungsnotwendigkeit unterscheiden. Aus diesem Grunde wird beides erfasst: das initiale komplexe Symptomgeschehen (A), welches also in der Erstverordnung benannt wurde, sowie das Symptomgeschehen im weiteren Verlauf(V) - was also alles durch das PCT gelindert werden musste. Der Gesetzgeber hat weitere Gründe für eine SAPV-Verordnung zugelassen, also sollten wir sie auch erfassen. Neben dem Freitext unter „Sonstiges" werden im folgenden einige in Realität ebenfalls häufige komplexe Probleme bereits vorgegeben.

Das größte Problem der Evaluation von SAPV besteht darin, dass wir die tatsächliche Ergebnisleistung des PCT nicht erfassen können. Sie besteht darin, die äußeren Umstände so zu gestalten, dass Patient und Familie auf ihre Weise mit der letzten Lebenszeit zurechtkommen. Dies kann im Moment noch nicht valide abgebildet werden.

Ersatzweise wird der quantitative Aufwand der Tätigkeiten des PCT dargestellt. Hierzu wird dieser in Prozent auf die drei Items Patient, Angehörige und systemische Tätigkeiten verteilt, um einerseits das Verhältnis von patientennahen zu patientenfernen Tätigkeiten und andererseits die Differenzierung zwischen Patient und Umfeld zu ermöglichen.

Auch die Beteiligung am Betreuungsnetz kann sich im Verlauf einer SAPV verändern oder erweitern. Unter „A" (Anfang der SAPV) werden alle beim Erstkontakt an der Versorgung Beteiligten markiert. Bei „V" (Verlauf der SAPV) werden alle markiert, die während der SAPV-Versorgung weiterhin oder neu involviert waren. Die pflegerische und medizinische Versorgung durch das SAPV-Team wird als Minimum vorausgesetzt. Sind im PCT-Team weitere Berufsgruppen tätig (z.B. ein Sozialarbeiter) und wird dieser am Patienten tätig, wird dies unter Sozialarbeit mit „V" markiert analog zu einem Sozialarbeiter, der extern zugezogen wurde. Seelsorge meint nicht nur einen Geistlichen, sondern auch andere Professionelle mit Befähigung zu seelsorgerischen Tätigkeit, wenn sie in dieser Funktion tätig waren. (Beispiel: Eine Hospizbegleiterin wird explizit angefordert, um spirituelle Probleme zu thematisieren. Es kommt eine Ehrenamtliche zum Einsatz, die Ausbildung und Erfahrung aus ihrer Tätigkeit im Besuchsdienst der Krankenhaus-Seelsorge mitbringt. Dann wird im Evaluationsbogen „ambulanter Hospizdienst" angekreuzt, gleichzeitig auch „Seelsorge").

Als weitere qualitative Aussage soll das Erreichen des unter I. beschriebenen Wunsch des Patienten kategorisierend erfasst werden.

Abschnitt 3. Abschluß der spez. ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Die Beendigung der SAPV erfolgt wegen Stabilisierung (was automatisch die Weiterbetreuung durch die AAPV bedeutet), wegen Verlegung (also nicht Stabilisierung, sondern z.B. Umzug, auch: Aufnahme ins stat. Hospiz ohne Weiterbetreuung durch SAPV), oder weil der Patient verstorben ist (weitere Differenzierung dazu etwas später). Ein Freitext für evt. noch nicht erfasste Gründe ist vorgesehen. Explizit ist noch der Ablauf der Verordnung ohne Folgeverordnung aufgeführt. Hier ist nicht die Stabilisierung gemeint, sondern die hoffentlich seltene Situation, dass trotz Bedarfs keine Folgeverordnung ausgestellt wird (z. B. nach Erstverordnung durch Klinikarzt).

Krankenhausaufenthalte unterbrechen eine SAPV-Betreuung (ein Grund für intermittierende Betreuung), sie beenden sie nur, wenn der Patient im Krankenhaus stirbt. Nur dann ist nach dem Grund für diese letzte Einweisung gefragt.

Für wichtig wird erachtet, zum Sterbeort anzugeben, ob dieser dem Wunsch des Patienten entsprach (ja /nein) bzw. ob es keine Angaben des Patienten gab bzw. diese unbekannt waren.

Zur Erfassung von Leistungskennzahlen pro SAPV-Fall wurden die Behandlungsdauer in Tagen sowie der Anzahl der Besuche aufgenommen.

Während einer Vollversorgung sollten Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen unabhängig von der Struktur des PC-Teams selten sein. Hier kann die Zahl einen Rückschluss auf die Qualität und Verfügbarkeit des PC-Teams liefern. Diese Zahlen werden nur für eine Vollversorgung erfasst, da in den anderen Kategorien dieser Zusammenhang nicht eindeutig ist.

Anlage 6 Formular für den Leistungsnachweis

Leistungsnachweis über erbrachte Leistungen im Rahmen der SAPV nach § 132 d SGB V_Entwurf: Stand 29.06.09

Versicherter (Name, Vorname): _____ **LEGS:**

Anschrift: _____ **Leistungserbringer:**

Geburtsdatum: **Anschrift:**

Versichertennummer: _____

Krankenkasse: _____ **Institutionskennzeichen**

Betreuungsart	Beginn	Ende	Gesamte Tage

Gesamttage

Monat: _____ **Monat:** _____

	Voll-/ Teil-Vers. 24-h-Bereitschaft	Besuchsanzahl	Besuchsdauer	Fahrdauer								Voll-/ Teil-Vers. 24-h-Bereitschaft	Besuchsanzahl	Besuchsdauer	Fahrdauer						
1											1										
2											2										
3											3										
4											4										
5											5										
6											6										
7											7										
8											8										
9											9										
10											10										
11											11										
12											12										
13											13										
14											14										
15											15										
16											16										
17											17										
18											18										
19											19										
20											20										
21											21										
22											22										
23											23										
24											24										
25											25										
26											26										
27											27										
28											28										
29											29										
30											30										
31											31										

An der Versorgung waren folgende Kooperationspartner beteiligt:

1

2

3

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben auf dem Leistungsnachweis:

Ort, Datum

Leitender Arzt des PCT

Anlage 7 Vergütungsvereinbarung

Die nach der Vergütungsregelung notwendigen Angaben, enthalten ggf. auch das (Datum und Uhrzeit des Einsatzes (Ende und Beginn) → siehe § 14 (Leistungsnachweis)

Anlage 8 Übergangsregelung

Abweichend vom § 4 vereinbaren deshalb die Vertragspartner folgende Übergangsregelungen:

Die Übergangsregelung läuft vom..... bis.....

Mit dem Ablauf der Übergangsregelung endet die Vergütungsvereinbarung nach § ..../ Anlage .... Für den Fall vom Träger des PCT nicht zu vertretende nicht fristgemäßen Erfüllung der Übergangsregelung streben die Vertragspartner die Einigung auf eine neue Übergangsregelung an.

Anlage 9 Statistik

Name des Leistungserbringers

Betriebsstätten-Nr. | Datum

SAPV - Statistische Angaben

gemäß Anlage ... - Mustervertrag

vom T T M M J J

1. Angaben zum Team

Besetzte Stellen insgesamt [VK-Stellen], ____ ,__

davon Ärzte [VK-Stellen] ____ ,__

davon Palliative Care Pflegekräfte [VK-Stellen] ____ ,__

davon Sozialarbeiter [VK-Stellen] ____ ,__

davon weitere Berufsgruppe [VK-Stellen]: _____ ____ ,__

davon Verwaltung [VK-Stellen] ____ ,__

Anzahl der Kooperationsparter [Anzahl] ____ ,__

Summe der Fortbildungenstunden des Teams [h/a] ____ ____ ,__

Gesamtanzahl Supervisionen [n/a] ____

Weitere Leistungen (z.B. Einzelsupervisionen) [n/a] ____ ____

2. Zusätzliches Angebot

Anzahl der Fortbildungsstunden durch Teammitglieder (auch außerhalb Arbeitszeit) [n/a] ____ ____ ,__

Erinnerungsfeier(n) für Verstorbene (auch außerhalb Arbeitszeit) [n/a] ____ ,__

Weitere ehrenamtliche Besuche durch Teammitglieder [n/a] ____ ____ ,__

3. Sterbeorte

Gesamtanzahl der in der SAPV Verstorbenen [n/a], ____ ____

davon zu Hause verstorben [n/a]: ____ davon im stat. Hospiz verstorben [n/a]: ____

davon im Krankenhaus verstorben [n/a]: ____ davon im Pflegeheim verstorben [n/a]: ____

4. Leistungszahlen

Insgesamt eingegangene SAPV-Verordnungen [n/a] ____ ____

davon Anzahl der nicht ausführbaren/ nicht ausgeführten Verordnungen [n/a] ____

Durchgeführte Anzahl der Leistungen [n/a], ____ ____

davon Beratungen [n/a] ____

davon Koordinationen [n/a] ____ ____

davon Teilversorgungen [n/a] ____

davon Vollversorgungen [n/a] ____ ____

Nur Koordination: Ø Koordinationsdauer [d]: ____ ,__ Ø Kontakte [n]: ____ ,__

Durchschnittl. Behandlungsdauer [d] ____ Teilversorgung: ____ ,__ Vollversorgung: ____ ,__

Durchschnittliche Anzahl Besuche [n] Teilversorgung: ____ ,__ Vollversorgung: ____ ,__

Durchschnittl. Anzahl der Notarzteinsätze [n] ____ Teilversorgung: ____ ,__ Vollversorgung: ____ ,__

Durchschnittl. Anzahl der KH-Einweisungen [n] Teilversorgung: ____ ,__ Vollversorgung: ____ ,__

Durchschnittl. Anfahrtsweg bei Teil- oder Vollversorgung [km] ____ ____ ,__

5. Vergütungen & Kostenübernahme

Anzahl der genehmigten SAPV-Verordnungen [n/a] ____ ____

Anzahl der abgelehnten SAPV-Verordnungen [n/a], ____

davon Teilablehnungen [n/a] ____ ____

Anzahl verzögerter Zahlungseingänge [n/a] ____

Palliativarzt / Palliative Care Fachkraft

Legende: Angabe der Einheiten in eckigen Klammern VK = Vollkraftstellen; h = Stunden; d = Tage; a = annum (Jahr); n = Anzahl; Ø = Durchschnitt von ...

SAPV-Teamevaluation Bayern (Version vom 30.06.2009)

Anlage 10 SAPV-BSNR-Vereinbarung

Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Vergabe von Betriebsstätten-Nummern und einer Pseudo-Arztnummer an Leistungserbringer der SAPV gemäß § 132d Abs.1 SGB V zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV (SAPV-BSNR-Vereinbarung, in Kraft getreten am 1.5.2009)

siehe
www.dgpalliativmedizin.de/**sapv**.html

Glossar / Abkürzungsverzeichnis (kein Vertragsinhalt)

Auf der Website der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (http://www.dgpalliativmedizin.de) und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e.V. (http://www.hospiz.net/sapv/index.html) kann das stetig aktualisierte Glossar heruntergeladen werden.