Muster

Regionalvertrag - Region Versorgungsbereich

über die
spezialisierte ambulante Palliativversorgung
(nachstehend SAPV genannt)

gemäß § 37 b i.V.m. § 132 d SGB V

zwischen

„... GbR"
(nachstehend SAPV Team genannt)
- AC/ TK ... -

und

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
(nachstehend KVMV genannt)

und

AOK Nordost
Die Gesundheitskasse.
handelnd als Landesverband

BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD

IKK Nord
in Vertretung des IKK-Landesverbandes Nord

Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland,
handelnd als Landesverband

Knappschaft
handelnd als Landesverband

sowie den nachfolgenden Ersatzkassen in Mecklenburg-Vorpommern:
- Barmer GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

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

(nachfolgend Krankenkassen)

- andererseits -

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand und Ziele des Vertrages[1]	Seite 4
§ 2	Geltungsbereich	Seite 4
§ 3	Anspruchsberechtigte Personen	Seite 5
§ 4	Versorgungskonzept	Seite 5
§ 5	Anzeige- und Mitteilungspflichten	Seite 6
§ 6	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	Seite 6
§ 7	Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkassen	Seite 7
§ 8	Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	Seite 7
§ 9	Zuzahlungen	Seite 8
§ 10	SAPV-Team	Seite 8
§ 11	Verordnung von Arzneimittel im Rahmen der SAPV	Seite 9
§ 12	Netzwerk der regionalen palliativmedizinischen Versorgung	Seite 10
§ 13	Zusammenarbeit mit Krankenhäusern	Seite 10
§ 14	Dokumentation	Seite 11
§ 15	Datenschutz	Seite 12
§ 16	Vergütung	Seite 12
§ 17	Qualitätssicherung	Seite 13
§ 18	Abrechnung/Beanstandung/Verjährung	Seite 13
§ 19	Institutionskennzeichen	Seite 14
§ 20	Vertragsbeirat	Seite 14
§ 21	Statistik	Seite 14
§ 22	Vertragsverletzung	Seite 15
§ 23	Inkrafttreten/Kündigung	Seite 15
§ 24	Änderungen und Ergänzungen	Seite 16
§ 25	Salvatorische Klausel	Seite 16

[1] Im vorliegenden Vertrag wird vornehmlich die männliche Person als Bezeichnung verwandt. Selbstverständlich ist dabei auch immer das weibliche Geschlecht gemeint.

Muster

Muster

Anlagen **Seite**

Anlage 1	Versorgungskonzept	18
Anlage 2	Verordnungsvordruck Muster 63 - Verordnung Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung	19
Anlage 3	Leistungen des SAPV-Teams	20
Anlage 4	Vergütung (Vergütungsvereinbarung)	25
Anlage 5	Abrechnungsspezifische Besonderheiten der Krankenkassen	29
Anlage 6	Anforderungen an die Dokumentation	35
Anlage 7	Leistungsnachweise	37
Protokollnotiz		38

Muster

§ 1
Gegenstand und Ziele des Vertrages

(1) Bei der SAPV handelt es sich um eine interdisziplinäre Aufgabe, die nur dann bedarfsgerecht erbracht werden kann, wenn die spezialisierten Leistungserbringer Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem sind. Sie arbeiten mit den an der Versorgung beteiligten ambulanten und stationären Leistungserbringern wie z.B. Haus-/ Fachärzten, Psychologen, Pflegediensten, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Ehrenamtlichen, stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten bspw. in Form von Kooperationen eng zusammen.

(2) Die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung" (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007 und die „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs.2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung" vom 23.06.2008 sind in ihrer jeweiligen aktuellen Fassung Bestandteil dieses Vertrages.

(3) Gegenstand des Vertrages ist die spezialisierte ambulante palliativmedizinisch und -pflegerische Versorgung und deren Koordination durch eine multiprofessionelle Versorgungsstruktur. Dieser Vertrag schafft die Basis für eine kooperative interdisziplinäre Versorgung, um Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung die letzte Phase ihres Lebens in häuslicher Umgebung zu ermöglichen.

(4) Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die palliativmedizinisch/pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.

(5) Die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Patienten sowie die Belange seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten. Die SAPV ergänzt das bereits bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der in Absatz 1 genannten Leistungserbringer. Sie kann als alleinige Beratungsleistung, Koordination, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.

(6) Weitere Ziele des Vertrages sind:

- die Entwicklung einer individuellen ambulanten Versorgung mit entsprechender palliativmedizinischer und -pflegerischer Infrastruktur im Vertragsbereich,
- die Vermeidung von regionalen Parallelvorhaltungen und Überkapazitäten.
- bei Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung ist die direkte Einweisung unter Umgehung der Notfallaufnahme/Rettungsstelle auf eine vorhandene Palliativ-Station im Rahmen freier Kapazitäten vorzunehmen.

§ 2
Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung dient der bedarfsgerechten Versorgung der anspruchsberechtigten Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung in dem aus dem Versorgungskonzept hervorgehenden Versorgungsgebiet.

(2) Die BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD vertritt die teilnehmenden Betriebskrankenkassen. Die Geschäftsstelle der VAG stellt dem Palliativmedizinischem Netz zu Beginn und bei Änderungen eine Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen zur Verfügung.

Muster

§ 3
Anspruchsberechtigte Personen

(1) Versicherte haben gemäß der SAPV Richtlinie Anspruch auf die SAPV, wenn

1. sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung deutlich begrenzt ist.

2. sie unter Berücksichtigung der in der SAPV-Richtlinie genannten Ziele eine besonders aufwendige Versorgung (§ 4 SAPV-Richtlinie) benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs erbracht werden kann.

(2) Liegt ein besonderer Versorgungsbedarf nach Abs. 1 nicht vor, besteht kein Anspruch auf die SAPV.

(3) Der Anspruch des Versicherten auf die Leistungen dieses Vertrages ruht, wenn eine zwischenzeitliche Aufnahme in ein Krankenhaus erfolgt.

(4) Im Falle der Besserung bzw. Stabilisierung im Krankheitsverlauf ist der Versorgungsumfang der SAPV soweit wie möglich zu reduzieren und eine Weiterversorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung vorzunehmen. Soweit sich der Krankheitsverlauf wieder verschlechtert, sind die Anspruchsvoraussetzungen gem. Abs. 1 erneut zu prüfen.

§ 4
Versorgungskonzept

(1) Das SAPV-Team handelt auf der Grundlage eines verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Versorgungskonzeptes. Das Versorgungskonzept formuliert alle medizinisch-pflegerischen Maßnahmen klar und eindeutig unter Beachtung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Das Versorgungskonzept muss darüber hinaus verdeutlichen, wie eine qualifizierte Leistungserbringung zu erfolgen hat, damit die in § 1 des Vertrages genannten Ziele erreicht werden können. Das Versorgungskonzept ist Bestandteil des Vertrages gem. Anlage 1.

(2) Gegenstand des Versorgungskonzeptes sind die insbesondere nachfolgend genannten Inhalte:
- Versorgungsgebiet,
- Versorgungsprozess,
- Kooperationspartner,
- Zuständig- und Verantwortlichkeiten,
- Mitarbeiterqualifikationen,
- sächliche Ausstattung,
- Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- Mitarbeiterkapazität (z. B. Stellenplan),
- Standort,
- Sicherstellung der 24-Stunden-Rufbereitschaft,
- Schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den regelhaft an der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern,
- Konzept zur Sicherstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

(3) Das SAPV-Team trägt die alleinige Verantwortung für das Versorgungskonzept.

Muster

(4) Die Leistungen der SAPV müssen ausreichend und zweckmäßig sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

(5) Die Leistungserbringung ist in Form geeigneter Maßnahmen unter Einsatz entsprechender personeller und sachlicher Mittel für die Dauer des Vertrages sicherzustellen. Regelungen zur Information, Kommunikation, personellen Zuständig- und Verantwortlichkeiten (u. a. Weisungsbefugnisse, -gebundenheit) sind zu treffen.

§ 5
Anzeige- und Mitteilungspflichten

Das SAPV-Team ist grundsätzlich verpflichtet, den Krankenkassen unverzüglich alle wesentlichen Umstände schriftlich mitzuteilen, die die vertragsgemäße Durchführung dieses Vertrages sowie dessen Fortbestand berühren. Unverzüglich anzuzeigen sind hiernach insbesondere:

- jede Änderung der betrieblichen Gegebenheiten im organisatorischen und/oder personellen Bereich,
- der Abschluss/die Kündigung bzw. Änderungen von Kooperationsvereinbarungen,
- Änderungen der Trägerschaft/Betriebsinhaberschaft sowie Rechtsform des SAPV-Teams,
- die Einstellung des Netzwerkes,
- eingeleitete polizeiliche oder staatsanwaltliche Ermittlungsverfahren gegen einen Netzwerkpartner.

§ 6
Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

(1) SAPV wird vom behandelnden Vertragsarzt oder durch den Krankenhausarzt nach Maßgabe der SAPV-Richtlinie verordnet.

(2) Art, Umfang und Dauer der vom SAPV-Team zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der von der Krankenkasse genehmigten Verordnung des behandelnden Vertragsarztes oder des Krankenhausarztes.

(3) Die Verordnung erfolgt auf dem Vordruckmuster 63 (Anlage 2) und ist nicht übertragbar. Die Verordnung gilt nur für den Versicherten, für den sie ausgestellt ist. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Unterschrift des verordnenden Arztes.

(4) Der verordnende Vertragsarzt legt nach aktuellem Versorgungsbedarf die Dauer der Versorgung fest.

Der Krankenhausarzt kann Leistungen in der Regel für 7 Tage verordnen. Danach muss ein Vertragsarzt die Folgeverordnung ausstellen. In den Fällen, wo der Palliativpatient nach der Entlassung aus dem Krankenhaus mit einer Lebenserwartung von nur noch wenigen Tagen entlassen wird, ist eine längere Verordnungsdauer durch den Krankenhausarzt möglich.

(5) Das SAPV-Team prüft im Rahmen des Eingangsassessments innerhalb von drei Arbeitstagen nach Erhalt der Verordnung die Notwendigkeit und Eignung der besonderen Mittel der SAPV. Sofern für eine bedarfsgerechte Versorgung die Mittel der Regelversorgung ausreichen, ist die Krankenkasse unverzüglich zu informieren. Neben der Krankenkasse sind auch der Versicherte und der Erstverordner über die Ergebnisse des Assessments zu informieren

Muster

§ 7
Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkassen

(1) Leistungen der SAPV werden von den Krankenkassen nur genehmigt, wenn eine ordnungsgemäß ausgefüllte ärztliche Verordnung vorliegt.

(2) Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 16, wenn die Verordnung gemäß § 6 spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

(3) Liegt der Krankenkasse innerhalb von 7 Arbeitstagen ab Verordnungsbeginn zusätzlich zur Erstverordnung kein Ergebnis über das SAPV-Eingangsassessment des leitenden Palliativmediziners vor, endet die vorläufige Kostenzusage mit Ablauf dieses Tages. Die Krankenkasse informiert den Versicherten oder eine ihm nahe stehende Person, den Leistungserbringer und den verordnenden Arzt.

(4) Die Krankenkassen behalten sich zur Prüfung der Leistungsansprüche die Möglichkeiten der Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vor.

§ 8
Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

(1) Gemäß der SAPV-Richtlinie hat die SAPV insbesondere folgenden Inhalten zu genügen:

- 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 Maßnahmen,
- 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 Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht,
- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliativ Care entspricht,
- Führung eines individuellen Behandlungsplanes, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen,
- Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen 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.

(2) Die SAPV umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung, soweit diese erforderlich sind. Sie umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der verordnenden oder behandelnden Ärzte sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen.

Muster

§ 9
Zuzahlungen[2]

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

(2) Zuzahlungen dürfen auch in dem Fall nicht verlangt werden, wenn die Verordnung bei der Krankenkasse verspätet eingereicht wird, da Kosten erst ab Eingang der Verordnung bei der Krankenkasse gemäß § 11 dieses Vertrages übernommen werden.

(3) Verstöße berechtigen zu Maßnahmen gemäß § 22 dieser Vereinbarung.

§ 10
SAPV-Team

(1) Die Leistungen der SAPV werden ausschließlich durch das SAPV-Team im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V erbracht. Hierzu zählen qualifizierte Ärzte, qualifizierte Pflegefachkräfte sowie ggf. weitere qualifizierte Fachkräfte.

(2) Der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung (inkl. der personellen und sächlichen Ausstattung) ist Bestandteil des Versorgungskonzeptes gemäß Anlage 1.

(3) Das SAPV Team hat folgende Mindestanforderungen an die sächliche Ausstattung vorzuhalten:
- geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation
- Arzneimittel (inkl. BtM[3]) für die Notfall-/Krisenintervention
- Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z.B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen)
- geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik.

Ferner muss das SAPV-Team 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.

(4) Das SAPV-Team stellt sicher, dass das erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das SAPV-Team eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Patienten, deren Angehörigen und die an der Versorgung Beteiligten sicherstellt. Die ständige Verfügbarkeit mindestens eines Arztes und/oder einer Pflegefachkraft ist zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein.

Die personellen Anforderungen an die spezialisierten SAPV-Teams ergeben sich aus Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V. Übergangsregelungen sind in den Empfehlungen nicht vorgesehen.

---

[2] Zuzahlungen nach § 61 SGB V bleiben unberührt.
[3] Gemäß dem BtM Gesetz.

a) Ärzte verfügen über

- eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der Landesärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
  und
- Erfahrungen aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre.

b) Pflegefachkräfte verfügen über

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

c) weitere Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiter, Sozialpädagogen oder Psychologen)

- eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen
  oder
- eine mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung nachzuweisen.

(5) Die vorgenannten Leistungserbringer können sowohl Mitglied des SAPV Teams sein als auch in untervertraglichen Kooperationsvereinbarungen eingebunden werden.

(6) Nachweise über die vorgenannten Qualifikationen sind Bestandteil des Versorgungskonzepts gemäß Anlage 1 und werden von den Krankenkassen geprüft.

(7) Die Einzelheiten zu den Leistungen des SAPV- Teams ergeben sich aus Anlage 3.

§ 11
Verordnungen von Arzneimitteln im Rahmen der SAPV

(1) Der qualifizierte Palliativarzt des SAPV-Teams verordnet die notwendigen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel ausschließlich auf den im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu verwendenden Mustern 13, 14, 16 und 18 auf den Namen des Versicherten.

(2) Die Verordnungen sind auf Basis der geltenden Richtlinien des G-BA auszuführen. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten.

(3) Für die im Rahmen der SAPV verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel gelten die nach §§ 300, 302 SGB V vereinbarten Abrechnungsverfahren entsprechend.

(4) Auf den Verordnungen sind die von der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg Vorpommern vergebene SAPV spezifische Betriebsstätten-Nummer (BSNR) sowie die Arztnummer (LANR) anzugeben. Diese Nummern dürfen nur für Verordnungen im Rahmen der SAPV auf Basis einer genehmigten SAPV-Verordnung verwendet werden.

Muster

(5) Bei der (zeitgleichen) Verordnung von Arzneimitteln einerseits und Hilfsmitteln andererseits sind jeweils getrennte Vordrucke nach Muster 16 zu verwenden.

(6) Auch auf Betäubungsmittel-Rezepten sind die SAPV Betriebsstätten-Nummer sowie die Arztnummer anzugeben. Solange das BtM-Vordruck-Muster noch nicht angepasst ist, ist die Betriebsstätten-Nummer in das Feld "Vertragsarztnummer" und die Arztnummer in das Feld "VK gültig bis" einzutragen.

§ 12
Netzwerk der regionalen palliativmedizinischen Versorgung (Zusammenarbeit der Leistungserbringer)

(1) Die Umsetzung der regionalen Palliativversorgung kann nur dann qualitativ hochwertig sein, wenn insbesondere die vorhandenen Strukturen der Palliativversorgung und der psychosozialen Unterstützung, z.B.
- qualifizierte Vertragsärzte
- amb. Pflegedienste
- Palliativstationen
- amb./stat. Hospize
- Apotheken
- Psychoonkologische Beratung
- Seelsorge
- Sozialarbeit

in abgestimmter Vorgehensweise mit dem Versorgungsportfolio der SAPV vorgehalten und genutzt werden.

(2) Davon ausgehend ist das SAPV-Team verpflichtet, mit den regelhaft an der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern (z.B. amb./stat. Hospiz, Palliativstation) im Einzugsgebiet des SAPV- Teams auf der Grundlage schriftlicher Kooperationsverträge zusammenzuarbeiten.

(3) Die vorgenannten Kooperationen sind Bestandteil des Versorgungskonzepts gemäß Anlage 1. Es erfolgt eine enge Kooperation des Leistungserbringers mit dem behandelnden Haus- oder Facharzt hinsichtlich der Therapieplanung. Insbesondere erfolgt vor einer stationären Krankenhauseinweisung eine Abstimmung zwischen dem qualifizierten Arzt des SAPV- Teams und dem behandelnden Haus- oder Facharzt.

§ 13
Zusammenarbeit mit Krankenhäusern

(1) Die Sicherstellung einer kooperativen sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zwischen dem SAPV-Team und den im Versorgungsgebiet ansässigen Krankenhäusern ist sicherzustellen.

(2) Zur Sicherstellung der Überleitung der Palliativpatienten von der stationären Krankenhausbehandlung in die Häuslichkeit ist zwischen dem SAPV-Team und den Krankenhäusern ein „Überleitungsprocedere" abzustimmen.

§ 14
Dokumentation

(1) Zur Dokumentation der Palliativfälle[4] ist das SAPV-Team verpflichtet, ein geeignetes Dokumentationssystem sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Das Dokumentationssystem hat insbesondere den Anforderungen gemäß Anlage 6 zu genügen.

(2) Das SAPV-Team hat eine Patientendokumentation zu führen, aus der zu jeder Zeit die notwendigen Informationen über den Versicherten und die erbrachten Leistungen hervorgehen. Die Patientendokumentation wird regelmäßig von dem Team aktualisiert.

(3) Das Dokumentationssystem hat allgemein anerkannte Kriterien für eine externe Qualitätssicherung zu enthalten und muss eine bundesweite Evaluation ermöglichen.

(4) Weiterhin hat das SAPV-Team zu gewährleisten, dass die von ihm angewandte Dokumentation kompatibel zu bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer ist.

(5) Die Dokumentation beinhaltet insbesondere:

a. ein Versichertenstammblatt (z. B. mit Angaben zum Versicherten und Angehörigen, Hausarzt, Pflegedienst, Diagnosen, Absprachen, Behandlungsort, Medikation, Maßnahmen, usw.),

b. ein Assessment mit folgenden Inhalten:

- Aufklärung des Versicherten / der Angehörigen,
- Therapieverzicht,
- Palliative Sedierung,
- Ethische Konflikte,
- Funktionale Selbstständigkeit,
- Familiäre Belastungssituation,
- Einschätzung Symptomkontrolle,
- Medikation,
- Bedarfsmedikation,
- Hilfsmittel,
- Physikalische und andere Therapien (z. B. Lymphdrainage),
- Beratungsbedarf

c. einen Maßnahmenplan / Durchführungsnachweis

d. Nachweise über die durchgeführten Maßnahmen in den Bereichen Beratung, Koordination, Pflege, Medizin, psychosoziale Unterstützung (Datum, Uhrzeit, Dauer)

e. einen Notfallplan / vorausschauender Behandlungsplan

f. Untersuchungsbefunde

g. das vertragsärztliche Verordnungsblatt für die Dokumentation der medizinischen Diagnostik und Therapie

h. eine Pflege- und Therapieplanung (Therapiebeginn, medizinische / pflegerische / psychosoziale Versorgungssituation, Therapie- und Pflegeziele)

[4] Ein Palliativfall umfasst alle durch die Krankenkasse genehmigten Zeiträume der SAPV.
Ein Bezug auf den Behandlungsfall/Krankheitsfall, etc. gem. § 21 BMV-Ä erfolgt in diesem Kontext nicht.

Muster

Muster

i. einen Bericht zur Beurteilung der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Maßnahmen.

(6) Jede für den Versicherten bzw. für dessen Angehörige erbrachte Leistung wird durch die durchführende qualifizierte Person dokumentiert und durch Handzeichen gegengezeichnet. Näheres regelt Anlage 6 zur EDV-gestützten Dokumentation.

Der Versicherte, sein gesetzlicher Vertreter oder die Angehörigen bestätigen wöchentlich durch ihre Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der dokumentierten Leistungen, soweit sie in der Häuslichkeit erbracht wurden (Leistungsnachweis gemäß Anlage 7).

(7) Geeignete Dokumente für die Koordination der SAPV sind beim Versicherten vorzuhalten.

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

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

§ 15
Datenschutz

(1) Versicherten- und Leistungsdaten dürfen nur im Rahmen der in § 284 SGB V genannten Zwecke erhoben, verarbeitet, bekannt gegeben, zugänglich gemacht oder genutzt werden. Das SAPV-Team bzw. die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle verpflichten sich, den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel; § 11 Abs. 3 BDSG) sicherzustellen.

(2) Das SAPV- Team sowie die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle unterliegen hinsichtlich der Person des Versicherten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der zur Leistung verpflichteten Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

(3) Das SAPV-Team hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht aktenkundig zu verpflichten und deren Beachtung sicherzustellen.

§ 16
Vergütung

(1) Die Vergütung erfolgt in Form von Pauschalen. Die Vergütung ist in Anlage 4 geregelt.

(2) Mit den Pauschalen sind alle Aufwendungen abgegolten, die im Zusammenhang mit der SAPV- Leistung stehen. Sie beinhalten ebenso den notwendigen Verwaltungsaufwand, u. a. Vorbereitungs-, Nachbereitungs- und Dokumentationsaufwand, Qualitätssicherung, die Übersendung der Dokumentation oder Teilen der Dokumentation für die Mitwirkungspflicht nach § 276 Abs. 1 SGB V, Aufwand für den Datenträgeraustausch sowie die Wegezeiten.

(3) Die Abrechnung erfolgt einheitlich durch das SAPV- Team über die KVMV.

(4) Neben der abgerechneten SAPV- Leistung ist zeitgleich keine andere Leistungsabrechnung möglich.

(5) Kosten, die der KVMV bei der Umsetzung dieses Vertrages entstehen, werden über die Verwaltungskostenpauschale im Rahmen des Honorarbescheides des Kontoinhabers (SAPV Team) abgegolten.

§ 17
Qualitätssicherung

(1) Das SAPV- Team ist verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen.

(2) Das SAPV- Team stellt sicher, dass dessen jeweilige Teammitglieder regelmäßig an palliativmedizinischen/- pflegerischen Fortbildungen teilnehmen. Die jeweiligen Nachweise dafür legt das SAPV-Team den Krankenkassen jährlich vor.

Halbjährlich ist durch das SAPV-Team ein multidisziplinärer Qualitätszirkel zum Thema „Palliativ-Medizin" durchzuführen, an dem auch die übrigen an der Palliativversorgung teilnehmenden Leistungserbringer teilnehmen.

(3) Das Palliativteam soll sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

(4) Das SAPV-Team hat seinen Teammitgliedern die Teilnahme an Supervision zu ermöglichen.

(5) Regelmäßige Fallbesprechungen sind innerhalb des SAPV-Teams in überschaubaren Intervallen durchzuführen.

(6) Die Krankenkasse hat das Recht, jeder Zeit selbst und/oder durch Beauftragung des MDK nach § 275 SGB V vor Ort die Erfüllung der Mindestanforderungen an die sächliche Ausstattung, die Dokumentation, die Qualifikationen und die Leistungserbringung nach diesem Vertrag zu überprüfen.

§ 18
Abrechnung/ Beanstandung/ Verjährung

(1) Die Abrechnung der in Anlage 4 geregelten Vergütung erfolgt entsprechend der Regelung in § 16 Abs. 3.
Durch die KVMV als Abrechnungsstelle des SAPV- Teams ist das entsprechende Institutionskennzeichen, unter dem die Rechnungslegung vorgenommen wird, den Krankenkassen bzw. den von ihnen benannten Abrechnungsstellen mitzuteilen.

(2) Sobald die Bestimmungen zur Umsetzung der Abrechnung über DTA nach § 302 SGB V vorliegen, sind diese anzuwenden. Erforderliche Abstimmungen zur Anpassung des Vertrages und seiner Anlagen sind zwischen den Vertragspartnern vorzunehmen.

(3) Die abrechnungsspezifischen Besonderheiten für die Krankenkassen sind in Anlage 5 geregelt.

Muster

§ 19
Institutionskennzeichen

(1) Das SAPV-Team verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das es bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Für jede Filiale, Zweigstelle etc. ist ein gesondertes IK zu führen.

(2) Änderungen des eingesetzten IK sind den Vertragspartnern mitzuteilen.

(3) Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekannten IK.

§ 20
Vertragsbeirat

(1) Die Partner des Vertrages bilden einen Vertragsbeirat. Der Vertragsbeirat begleitet die Vertragsumsetzung und wird bei Bedarf Anpassungen an die regionalen Versorgungsbedürfnisse vorschlagen und die dafür notwendigen Schritte zur Vertragsanpassung einleiten.

(2) Auf Verlangen eines Vertragspartners ist der Vertragsbeirat schriftlich einzuberufen.

(3) Zu den Aufgaben des Vertragsbeirates gehören insbesondere:
- Unterstützung zur Strukturierung erforderlicher Versorgungsabläufe,
- Schlichtung in Bezug auf Streitfragen der Vertragsumsetzung,
- Unterstützung zur Lösung von Problemfeldern,
- Begleitung des Vertrages sowie Empfehlungen zu Vertragserweiterungen,
- Festlegung von Korrekturmechanismen bei erkennbaren Fehlsteuerungen innerhalb der regionalen Palliativversorgung sowie
- Empfehlungen zum Abschluss von Kooperationsverträgen.

(4) Die Kosten werden durch die jeweiligen Vertragspartner selbst getragen.

§ 21
Statistik

(1) Das SAPV-Team ist verpflichtet, an Auswertungen mitzuwirken und diese auf Anforderung den Vertragspartnern zu übergeben.

(2) Die Auswertungen beinhalten die Struktur- und anonymisierten Leistungskennzahlen (siehe Anlage 6).
Hierzu zählen u.a.:

- Fallzahlen (Anzahl der behandelten Patienten),
- Diagnosen,
- Zahl der Vertragsärzte,
- Zahl der Kooperationspartner,
- Anzahl der beteiligten Ehrenamtlichen - soweit bekannt

- Anzahl der durchgeführten SAPV- Leistungen gegliedert nach Anlage 3

(3) Die Daten nach Absatz 2 sind in maschinenlesbarer Form einzureichen.

§ 22
Vertragsverletzung

(1) Besteht der Verdacht eines Verstoßes gegen die Strukturvoraussetzung, die Wirtschaftlichkeit und/oder das Versorgungskonzept aus diesem Vertrag, ist das SAPV-Team anzuhören. Das SAPV-Team hat dieser Anhörung innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Zugang des Anhörungsschreibens Folge zu leisten. Das SAPV-Team kann dabei eine Interessensvertretung hinzuziehen.

(2) Unabhängig von der Anhörung nach Absatz 1 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden zu ersetzen. Bei Fortbestehen der Ursachen für die Vertragsverletzung sind die Krankenkassen berechtigt, die Zahlung einzustellen, bis Abhilfe geschaffen wird.

§ 23
Inkrafttreten/ Kündigung

(1) Der Vertrag einschließlich seiner Anlagen tritt zum XX.XX.XXXX in Kraft. Er kann unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Quartalsende, erstmals zum XX.XX.XXXX, gekündigt werden.

(2) Die Kündigung des Vertrages bedarf der Schriftform. Die Kündigung des Vertrages durch eine Partei berührt die Wirksamkeit des Vertrages gegenüber den anderen Parteien nicht.

(3) Die Kündigung der Anlagen kann nach den darin getroffenen Regelungen unabhängig von diesem Vertrag erfolgen. Soweit nichts anderes geregelt ist, können die Anlagen mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Sie bedürfen der Schriftform.

(4) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt. Zu diesen Gründen gehören insbesondere:

a) fortgesetzte Nichterfüllung wesentlicher fachlicher Voraussetzungen,

b) wiederholte Abrechnung von nicht oder teilweise nicht erbrachten Leistungen,

c) einer Pflichtverletzung durch das SAPV-Team, bei der ein Versicherter zu Schaden kommt,

d) Forderung bzw. Annahme von Zahlungen oder sonstiger geldwerter Vorteile von den Versicherten für Leistungen nach diesem Vertrag,

e) Zahlung oder Annahme von Vergütungen oder Provisionen für Zuweisungen von Versicherten oder die Vermittlung von Aufträgen außerhalb der Kooperationsvereinbarungen.

Muster

Muster

§ 24
Änderungen und Ergänzungen

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages sind möglich, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Sie bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform und der Abstimmung zwischen dem SAPV-Team, der KVMV und den Krankenkassen.

§ 25
Salvatorische Klausel

(1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages, einschließlich der zugehörigen Regelungen ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, oder sollte der Vertrag eine Regelungslücke enthalten, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen oder Teilen dieser Bestimmungen davon unberührt.

(2) Anstelle der unwirksamen oder fehlenden Bestimmungen treten die jeweiligen gesetzlichen Regelungen bzw. Bestimmungen, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen oder fehlenden Bestimmungen in rechtlicher und wirtschaftlicher Weise entsprechen.

(3) Die Vertragspartner verständigen sich dazu unverzüglich über notwendige neue Regelungen.

(4) Sie bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

Versorgungsbereich, Schwerin, Hamburg, Hoppegarten, den XX.XX.XXXX

„...GbR"

AOK Nordost
Die Gesundheitskasse.

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD
Vorsitzender Vertragsausschuss

IKK Nord, in Vertretung des IKK Landesverbandes Nord

LKK Mittel- und Ostdeutschland

Knappschaft Regionaldirektion Hamburg
handelnd als Landesverband

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

Muster

Muster

Anlage 1 Versorgungskonzept

Vertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37 b i.V.m. § 132 d SGB V zwischen der „...GbR" und Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD-, IKK Nord in Vertretung des IKK Landesverbandes Nord, LKK Mittel- und Ostdeutschland, Knappschaft, BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, Deutsche Angestellten-Krankenkasse, KKH-Allianz, HEK - Hanseatische Krankenkasse, hkk, gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin, vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

Konzept zur

Spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen Versorgung

der Versorgungsregion

erstellt von „...GbR"

Anlage 2 Verordnungsvordruck (Muster 63 - Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung)

Vertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37 b i.V.m. § 132 d SGB V zwischen der „...GbR" und Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD-, IKK Nord in Vertretung des IKK Landesverbandes Nord, LKK Mittel- und Ostdeutschland, Knappschaft, BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, Deutsche Angestellten-Krankenkasse, KKH-Allianz, HEK - Hanseatische Krankenkasse, hkk, gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin, vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

"Muster 63.pdf"

Muster

Anlage 3 Leistungen des SAPV-Teams

Vertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37 b i.V.m. § 132 d SGB V zwischen der GbR und der Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, BKK- Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD, IKK Nord in Vertretung des IKK Landesverbandes Nord, LKK Mittel- und Ostdeutschland, Knappschaft, BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, Deutsche Angestellten-Krankenkasse, KKH, hkk, gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek).

Die nachfolgend aufgeführten Komplexpauschalen beinhalten alle Anwendungen (u.a. Personal-, Sachkosten-, Fort- und Weiterbildungskosten, Supervision, Dokumentation, Qualitätssicherung) die im Zusammenhang mit der SAPV Leistung stehen.

1. Beratung und Koordination

1.1 Eingangsassessment

Erfolgt in der häuslichen Umgebung, damit eine Bewertung der häuslichen und familiären Strukturen erfolgen kann. Die Sicherstellung der ambulanten Versorgungssituation ist zu bewerten. (falls das Erstgespräch im Krankenhaus stattfindet, muss die Besichtigung des häuslichen Umfeldes nachgeholt werden). Über die einzusetzende Profession für das Eingangsassessment entscheidet das SAPV-Team im jeweiligen Einzelfall.

- Aufnahme der SAPV-Anamnese (körperlicher Zustand Grunderkrankungen, Nebendiagnosen, symptomatische Belastung in Fremd- und Selbstbeurteilung, Prioritätenliste des Patienten, bisherige krankheitsmodifizierende Therapie, Medikamentenanamnese etc.)
- ärztliche Entscheidung, ob SAPV-Fall (ja oder nein)
- palliativpflegerische Anamnese
- psychosoziale Anamnese
- Festlegung des Therapiekonzeptes im SAPV-Fall
- Formulierung des spezifisch palliativmedizinischen Behandlungsauftrages und Behandlungszieles
- Erstellung Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Bedürfnisse des Patienten / der Angehörigen
- Dokumentation des Therapiekonzeptes
- Abstimmung und ggf. Modifikation des Therapiekonzeptes mit bereits involvierten Leistungserbringern / Kooperationspartnern
- Ermittlung, Information und Einbeziehung potentieller neuer Kooperationspartner zur Umsetzung des Therapiekonzeptes
- Psychosoziale Betreuung
- Beratung im Kontext zu Unheilbarkeit und Tod
- inkl. Aufwand für die Fahrt in die Häuslichkeit des Patienten oder in einem Krankenhaus

Handelt es sich nicht um SAPV, sondern reichen die Mittel der Regelversorgung und allgemeinen Palliativversorgung aus, koordiniert das SAPV-Team den Rücktransfer des Patienten in die Regelversorgung (z.B. Kontaktaufnahme mit den behandelnden Haus- und Fachärzten). Auch in diesen Fällen wird der volle Pauschalbetrag vergütet.

1.2 Tagespauschale SAPV-Team

Beinhaltet alle beratenden, koordinierenden und organisatorischen Leistungen des SAPV-Teams.

1.2.1 Pflegekraft

- Telefonische Abstimmung oder Beratung des Patienten und/oder Angehörigen im Zusammenhang mit der palliativen Betreuung

- Telefonische Abstimmung zur Organisation der häuslichen Betreuung des Palliativpatienten
  a) Zusammenarbeit mit dem betreuendem Hausarzt/ Facharzt
     - Mitteilung Änderung Krankheitszustand
     - Anmeldung bei Bedarf für Hausbesuche

  b) Zusammenarbeit mit Pflegedienst
     - Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung
     - Sicherstellung gegenseitige Information zum amb. Pflegedienst

  c) Zusammenarbeit mit Hilfsmittelleistungserbringer
     - Kontaktaufnahme zum Hilfsmittellieferanten nach Bedarf zur Sicherung der Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels
     - Mitteilung Wegfall der Notwendigkeit des Hilfsmittels

  d) Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdienst
     - Bei Kontaktaufnahme
     - Abstimmung zu Sitzdiensten bzw. Sitzwachen

- Anleitung von Pflegediensten
  - Beratung und Anleitung von Pflegediensten bei Bedarf zu Besonderheiten der Behandlungspflege bei Palliativpatienten

- Rufbereitschaft
  - Bereitschaftsdienst für 24-Stunden

- Dokumentation

1.2.2 Arzt

- Zusammenarbeit mit dem behandelndem Hausarzt/ Facharzt
  - Abstimmung zum Tätigwerden des SAPV-Teams
  - Abstimmung/ Zusammenarbeit für die gemeinsame palliative Betreuung
  - Interkollegiale Beratung
  - Empfehlung palliative Therapie
  - Empfehlung erforderliche und vorausschauende Medikation
  - Empfehlung erforderliche Hilfsmittel und HKP

- Rufbereitschaft
  - Bereitschaftsdienst für 24-Stunden

- Dokumentation

1.2.3 SAPV-Team (organisatorische Leistungen/ sächliche Kosten)

- Abstimmung innerhalb des SAPV-Teams
  - (telefonische Abstimmung) zwischen Arzt und Pflegekraft (z.B. bei Anleitung der Medikation)
  - Teambesprechungen/ Fallbesprechungen
  - Übergabe aus Bereitschafts- in Tagesdienst und umgekehrt

- Dokumentation
  - Dokumentation nach Kerndatensatz zwecks Evaluation

- Fortbildung
  - Regelmäßige Teilnahme an palliativmedizinischen/ -pflegerischen Fortbildungen

- Qualitätssicherung
  - Durchführung halbjährlicher multidisziplinärer Qualitätszirkel
  - Teilnahme an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung

- Zusammenarbeit mit dem Kostenträger
  - Versenden von Unterlagen (Mitteilung über erforderliche Änderungen der patientenbezogenen SAPV (erweiterter/verminderter Interventionsbedarf; Abrechnungsunterlagen)
  - Abstimmung Hilfsmittelversorgung
  - Mitteilung des Todestages des Versicherten

- Administration
  - Arbeitsplatzorganisation
  - Erstellung der Dienstpläne

- Organisation
  - Vorhaltung der sächlichen und räumlichen Voraussetzungen gemäß den Empfehlungen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in der jeweils gültigen Fassung.

1.2.4 Telefonische Beratung

- Beratung Angehöriger
- Beratung i. S. eines Konsilardienstes mit anderen Behandlern
- Beratung anderer, an der Versorgung Beteiligter
- Beratung außerhalb SAPV

2. Additiv unterstützende Teilversorgung

2.1 Pflegerischer Hausbesuch

- Einzelne Leistungen des in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskatalogs werden bei Bedarf erbracht
- Überprüfung des Therapiekonzeptes und ggf. Modifikation in Abstimmung mit Arzt im SAPV-Team
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod
- Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität Kompetenz erfordern die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliativcare entspricht
- Krisenmanagement und Bedarfsinterventionen
- Spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung
- Unterstützung der Selbstversorgungskompetenz
- Psychosoziale Betreuung
- Mentale Unterstützung
- Zuwendung und Kommunikation
- Sicherung der Umsetzung im Gebrauch eines Hilfsmittels
- Einbeziehung anderer Akteure Anleitung am Krankenbett
- Dokumentation
- inkl. Aufwand für die Fahrt in die Häuslichkeit des Patienten (bis 30 km Einsatzradius)

2.2 Ärztlicher Hausbesuch

- Krisenintervention in Häuslichkeit des Patienten
- palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin" entspricht, hierunter fallen u.a.:

  - Minimalinvasive Eingriffe wie Abtragung von Nekrosen
  - Anlage bzw. Wechsel eines Venenkatheters
  - Portpunktion (unter Verwendung eines tragbaren Ultraschallgerätes)
  - Ascitespunktion nur bei bekannter Genese und schon durchgeführter mehrfacher Punktion (unter Verwendung eines tragbaren Ultraschallgerätes)
  - Pleurapunktion (unter Verwendung eines tragbaren Ultraschallgerätes)
  - Bluttransfusionen
  - Infusionen
  - Intensivierung einer Schmerztherapie
  - Neuanlage / Neuprogrammierung einer Pumpe zur systemischen Schmerztherapie
  - Sondenanlage zur Ernährung

- Aktualisierung des Therapiekonzeptes
- Dokumentation
- inkl. Aufwand für die Fahrt in die Häuslichkeit des Patienten (bis 30 km Einsatzradius)

2.3 Aktiveinsätze im Rahmen der Rufbereitschaft

- „Unzeitenzuschlag" zwischen 20:00 Uhr und 6:00 Uhr ausschließlich bei Kriseninterventi-on

3. Vollversorgung

Vollversorgung durch das SAPV-Team

Grundsatz

- Neben der Vollversorgung durch das SAPV-Team erfolgt keine medizinische Behandlungspflege durch andere ambulante Pflegedienste.
- Eine Vollversorgung findet ausschließlich in der häuslichen Umgebung des Patienten statt.
- Die Vollversorgung erfolgt durch die pflegerischen und ärztlichen Teammitglieder.
- Ausgenommen aus der Pauschale sind: Heil- und Hilfsmittel, Medikamente zur Behandlung der Grunderkrankung, sonstige fachärztliche Konsile außerhalb des SAPV-Teams (z.B. Onkologe, Urologe, Zahnarzt, Gynäkologe, Neurologe)
- Neben der Vollversorgung sind die Leistungen nach Ziffer 2 nicht abrechenbar.
- Der Aufwand für die Fahrt in die Häuslichkeit des Patienten oder in ein Krankenhaus (bis 30 km Einsatzradius) ist inbegriffen.

Aufgaben

- Aktive ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzten Lebenserwartung unter Einbeziehung ihrer Angehörigen und unter Leitung eines SAPV-Arztes
- Aktivierende- oder begleitend-therapeutische Pflege durch die SAPV-Pflegefachkräfte (Sicherung der Umsetzung ärztlicher Verordnungen)
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Pflege- und Behandlungsplanes
- Im Krisenfall sofortige Abstimmung mit den Ärzten des Teams zur weiteren Versorgung (Anmeldung Hausbesuch)
- Mind. wöchentlich multidisziplinäre Teambesprechung und tagesbezogene Dokumentation bisheriger Ergebnisse und weitere Behandlungsziele und Maßnahmen in Pflege und Medizin
- Anleitung der Angehörigen bei der Pflege
- Sicherung der Umsetzung der Einweisung des Patienten und/oder Angehörigen im Gebrauch eines Hilfsmittels
- Psychosoziale Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen
  Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Teams durchgeführt werden
- alle Leistungen des in § 5 Abs. 3 der Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskatalog
- Grundpflege nach SGB XI ist nicht Bestandteil der SAPV, kann aber bei entsprechenden Voraussetzungen vom SAPV-Team erbracht und über SGB XI abgerechnet werden
- 24 Std. Rufbereitschaft

4. Sonstiges

- Zuschlag für Wegeaufwendungen bei An-/ Abfahrt ab 31. Entfernungskilometer (Nachweis per Fahrtenbuch)

Hinsichtlich der Vergütung der Wegaufwendungen nach Anlage 4 Position 4 gelten ab 01.01.2012 folgende Grundsätze:

1. Als Abfahrtsort zum Ort der Leistungserbringung (Häuslichkeit des Patienten) wird grundsätzlich vom Sitz des SAPV-Teams ausgegangen.

2. Das SAPV- Team ist verpflichtet, den Einsatz so zu gestalten, dass unter Beachtung der notwendigen Versorgung die Einsätze gem. dem Wirtschaftlichkeitsprinzip, § 4 Absatz 4 i. V. m. § 22 Absatz 1 des Vertrages, geplant und durchgeführt werden.

3. Abweichungen davon sind nur in Ausnahmefällen möglich und mit der Quartalsabrechnung entsprechend zu begründen.

   Der Abfahrtsort kann im Ausnahmefall und sofern dies wirtschaftlich ist (gemäß Satz 2), der Leistungsort, d.h. nicht der Sitz des Vertragspartners (SAPV Team) sondern der Standort der Vertragsarztpraxis bzw. des kooperierenden Pflegedienstes sein. Dies ist mit der Quartalsabrechnung entsprechend zu begründen.

Anlage 4 Vergütung

Vertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b i.V.m. § 132d SGB V zwischen dem ... und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, BKK-Landesverband NORDWEST, IKK Nord, LKK Mittel- und Ostdeutschland, Knappschaft, BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse (KKH), HEK, hkk, gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek).

§ 1
Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen

(1) Die Anlage 4 – Vergütung – ist Bestandteil des Vertrages.

(2) Die ärztlichen und pflegerischen bzw. kombinierten Leistungen im Rahmen der SAPV werden in Form von Komplexpauschalen vergütet.

(3) Mit den Komplexpauschalen sind alle Aufwendungen abgegolten, die im Zusammenhang mit der SAPV-Leistung stehen.

(4) Die Höhe der Vergütung richtet sich nach den in dieser Anlage aufgeführten Pauschalen.

(5) Die Abrechnung der Komplexpauschalen erfolgt entsprechend § 16 Abs. 3 des Vertrages mit der leistungspflichtigen Krankenkasse.

(6) Abrechnungsfähig sind nur tatsächlich erbrachte Vertragsleistungen.

(7) Der Zuschlag Wegeaufwendungen kann nur in Verbindung mit erbrachten Vertragsleistungen anfallen.

(8) Die Vertragspartner sind sich einig, dass Bestandteil dieser Anlage die Positionsnummern gem. dem bundeseinheitlichen Positionsnummernverzeichnis nach § 302 Absatz 2 SGB V sind, soweit sie vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen bekannt gegeben werden.

§ 2
Inkrafttreten/Kündigung

(1) Diese Anlage tritt mit Wirkung zum 01.12.2012 in Kraft und ersetzt die Anlage 4 in der Fassung vom ... . Sie kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.03.2016, gekündigt werden.

(2) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

(3) Die Kündigung gegenüber einem Vertragspartner setzt deren Gültigkeit gegenüber den anderen Vertragspartnern nicht außer Kraft.

(4) Bis zum Abschluss einer neuen Vergütung gilt die bisherige Vergütung weiter.

Potsdam, Schwerin, Hamburg, Hoppegarten..., den

SAPV-Team ...

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

BKK-Landesverband NORDWEST

IKK Nord

LKK Mittel- und Ostdeutschland

Knappschaft Regionaldirektion Hamburg

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

Anlage 4 Vergütung (Vergütungsvereinbarung)
Gültig vom 01.12.2012 bis 31.03.2016

GOP			Betrag	Anmerkung
Pos-Nr	1.	Beratung/Koordination		
SAPV11	1.1	Eingangsassessment	100,00 EUR	Einmalig
SAPV12	1.2	Tagespauschale SAPV-Team*1	70,00 EUR	Pro Tag

Grundsatz:
Grundsätzlich soll aus Wirtschaftlichkeitsgründen und wenn medizinisch vertretbar sowie bei Vorhandensein eines Hausarztes die Teilversorgung eingesetzt werden.

	2.	Additive unterstützende Teilversorgung*2		
SAPV21	2.1	pflegerischer Hausbesuch	40,00 EUR	
SAPV22	2.2	ärztlicher Hausbesuch	60,00 EUR	
SAPV23	2.3	Aktiveinsätze im Rahmen der Rufbereitschaft (Zuschlag zwischen 20:00 Uhr und 6:00 Uhr)	20,00 EUR	zzgl. zum Hausbesuch
SAPV24	2.4	ärztlicher Hausbesuch in einem stationären Hospiz	80,00 EUR	
	3.	Vollständige Versorgung*3		
SAPV30	3.	Vollständige Versorgung durch das SAPV-Team	185,00 EUR	
	4.	Sonstiges		
SAPV40	4.1	Zuschlag Wegeaufwendungen ab 31. km	0,30 EUR	ab 31. Entfernungskilometer
SAPV42	4.2	Zuschlag pflegerischer Hausbesuch ab 31.-50. km	10,00 EUR	31. – 50. Entfernungskilometer
SAPV43	4.3	Zuschlag ärztlicher Hausbesuch ab 31.-50. km	15,00 EUR	31. – 50. Entfernungskilometer
SAPV44	4.4	Zuschlag pflegerischer Hausbesuch ab 51. km	20,00 EUR	ab 51. Entfernungskilometer
SAPV45	4.5	Zuschlag ärztlicher Hausbesuch ab 51. km	30,00 EUR	ab 51. Entfernungskilometer

*1 Die Tagespauschale wird in der Häuslichkeit zusätzlich zur Teilversorgung gezahlt. In stationären Hospizen wird die Tagespauschale nicht neben der ärztlichen Teilleistung vergütet.
*2 Additive Teilversorgung findet immer dort statt, wo der Hausarzt und/oder der Pflegedienst in die Behandlung integriert ist. In stationären Hospizen ist die SAPV22 nicht neben der SAPV24 abrechenbar.
*3 Vollständige Versorgung findet immer dort statt, wo der Hausarzt die Behandlung an das SAPV-Team abgegeben hat und das SAPV-Team die Notwendigkeit festgestellt hat. Die Notwendigkeit ist begründet, wenn das SAPV-Team im Rahmen der additiv unterstützenden Teilversorgung innerhalb von 3 Tagen mehr als 8 Einsätze (davon mindestens 3 ärztliche Hausbesuche) durchgeführt hat. Neben der SAPV-Versorgung ist keine Behandlungspflege durch einen anderen Pflegedienst anrechenbar. Ansprüche nach SGB XI bleiben hiervon unberührt.

Muster

Anlage 5 Abrechnungsspezifische Besonderheiten der Krankenkassen

Vertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37 b i.V.m. § 132 d SGB V zwischen der „...GbR" und Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD, IKK Nord in Vertretung des IKK Landesverbandes Nord, LKK Mittel- und Ostdeutschland, Knappschaft, BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, Deutsche Angestellten-Krankenkasse, KKH-Allianz, HEK - Hanseatische Krankenkasse, hkk, gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin, vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

Allgemeine Grundsätze zur Abrechnung der Leistungen

1. Die Vergütung der Leistung richtet sich nach der Vergütungsvereinbarung (Anlage 4).

2. Für den Abrechnungsverkehr ist das SAPV-Team und KVMV maßgebende Institutionskennzeichen (IK) zu verwenden, das von der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V. vergeben wird.

3. Die Abrechnung ist versichertenbezogen je Quartal unter Beifügung der Verordnungen zu erstellen und bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen einzureichen. Die Krankenkassen sind zur Rechnungsbegleichung nur verpflichtet, sofern eine versicherungs-, leistungs- und vertragsrechtliche Anspruchsberechtigung gegeben ist.

4. Die Rechnung muss folgende Mindestinhalte aufweisen (vgl. Anhang – Musterabrechnung):
   - Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des SAPV-Teams
   - Name und Vorname, Krankenversicherungsnummer, Geburtsdatum des Versicherten,
   - Gebührenpositionsnummer, Art und Anzahl der erbrachten Leistungen
   - Gesamtbetrag
   - Rechnungsnummer
   - Rechnungsdatum
   - Leistungserbringerschlüssel (sobald dieser bekannt ist)

   Die Rechnungen, einschließlich der Urbelege (Kostenzusage der Krankenkasse und unterschriebener Leistungsnachweis je Versicherter) sind an folgende Anschriften der Krankenkassen zu senden:

   - AOK = AOK Nordost, Am Grünen Tal 50, 19063 Schwerin
   - BKK BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD = Anlistung der teilnehmenden Krankenkassen
   - IKK Nord = Moislinger Allee 19a, 23558 Lübeck
   - LKK Mittel- und Ostdeutschland= Hoppegartener Str. 100, 15366 Hoppegarten
   - Knappschaft = Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg
   - vdek = Anlistung der einzelnen Mitgliedskassen[7]

5. Auf dem Leistungsnachweis (Anlage 7) sind die durchgeführten Leistungen durch Handzeichen der durchführenden Pflegekraft oder des SAPV Arztes zu bestätigen.

6. Zahlungen an eine durch das SAPV-Team/ KVMV ermächtigte Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle setzen voraus, dass der Krankenkasse eine Ermächtigungserklärung vorliegt. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wir-

[7] Datei am Ende der Anlage.

kung, es sei denn, der Krankenkasse liegt ein schriftlicher Widerruf des SAPV-Teams vor.

7. Maßgeblich für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen bei der Krankenkasse bzw. bei den benannten Abrechnungsstellen vorliegen. Zusammengehörige Rechnungsunterlagen müssen in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang angeliefert werden. Die Krankenkasse behält sich vor, nicht korrekt gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen.

8. Die Rechnungen sind grundsätzlich innerhalb von 28 Tagen nach Eingang bei der Krankenkasse bzw. bei den benannten Abrechnungsstellen zu begleichen. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder Übersendung von Zahlungsmitteln oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Ist der Zahltag kein Werktag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Werktag.

9. Das SAPV-Team ist zu einer ordnungsgemäßen Abrechnung der erbrachten Leistungen gegenüber den Krankenkassen verpflichtet. Bei sachlichen und/oder rechnerischen Fehlern kann die Krankenkasse die strittigen Rechnungsbestandteile zur Berichtigung zurückgeben. Dies gilt auch für Rechnungen, die den Anforderungen dieser Vorschrift, trotz eines schriftlichen Hinweises, nicht entsprechen. Die Zahlungsfrist gilt in diesen Fällen nicht.

10. Werden Nachberechnungen gestellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen. Darauf ist "Nachberechnung" und das Datum der Erstrechnung zu vermerken.

11. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Krankenkasse dem SAPV-Team die strittigen eingereichten Unterlagen oder die strittigen Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des SAPV-Teams / KVMV verrechnet werden.

12. Rechnungen können bis spätestens 12 Monate nach Abschluss der Leistungserbringung eingereicht werden.

13. Der Versicherte hat die Abgabe der verordneten Leistungen einmal wöchentlich durch Unterschrift auf dem Leistungsnachweis (Anlage 7) zu bestätigen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig.

14. Ist der Versicherte nicht in der Lage, den Leistungsnachweis (Anlage7) selbst zu unterschreiben, kann die Unterschrift durch einen Vertretungsberechtigten erfolgen. Hierüber ist die Krankenkasse in der Abrechnung schriftlich zu unterrichten. Kann die Unterschrift im Ausnahmefall weder durch den Versicherten noch durch einen Vertretungsberechtigten erbracht werden, bleibt das Unterschriftsfeld auf dem Leistungsnachweis frei. Der Leistungserbringer gibt auf dem Leistungsnachweis, ggf. auf einer Anlage zum Leistungsnachweis, die Gründe hierfür an. Eine Unterschrift für den Versicherten durch den Leistungserbringer oder seine Mitarbeiter ist ausgeschlossen.

15. Werden Leistungen für Versicherte sowohl mit der Pflegekasse (Leistungsrecht nach SGBXI) als auch mit der Krankenkasse abgerechnet, sind diese Rechnungen getrennt einzureichen.

Muster

Abrechnung der Leistungen nach Einführung DTA (Vereinbarung zu § 302 SGB V (Datenaustausch)

1. Das SAPV-Team kann seine Leistungen nur abrechnen, wenn es über ein gültiges IK verfügt.

2. Für die Abrechnung gelten grundsätzlich die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung mit den dazu gehörigen Anlagen.

3. Die Abrechnung hat unter Berücksichtigung des § 303 SGB V insbesondere folgende Bestandteile:
   - Abrechnungsdaten,
   - Urbelege: - Leistungszusagen der Krankenkassen in Kopie
     - unterzeichneter Leistungsnachweis
   - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
   - Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung).

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

5. Das SAPV-Team/ KVMV ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung bei der jeweiligen Krankenkasse anzumelden:

   - AOK = AOK Nordost, Am Grünen Tal 50, 19063 Schwerin
   - BKK BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD = Anlistung der teilnehmenden Krankenkassen
   - IKK Nord = Moislinger Allee 19a, 23558 Lübeck
   - LKK Mittel- und Ostdeutschland= Hoppegartener Str. 100, 15366 Hoppegarten
   - Knappschaft = Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg
   - vdek = Anlistung der einzelnen Mitgliedskassen[8]

6. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde. Die Abgabe gilt als Anmeldung zum Datenaustausch.

7. Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen ist bei der Aufnahme des maschinellen Abrechnungsverfahrens vom SAPV-Team/ KVMV zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Krankenkassen bzw. bei den benannten Abrechnungsstellen durchzuführen. In der Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von maschinellen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die maschinellen Daten als Testdaten zu kennzeichnen. Die maschinellen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

8. Mit der ersten Datenlieferung beginnt die sogenannte „Erprobungsphase. Die Erprobungsphase ist abgeschlossen, wenn drei Abrechnungen je SAPV- Team fehlerfrei geliefert wurden.

9. Das SAPV-Team/ KVMV kann die Erprobungsphase mit der Krankenkasse bzw. bei den benannten Abrechnungsstellen beenden, wenn es der datenannehmenden Stelle der Krankenkasse dreimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie maschinelle

[8] Datei am Ende der Anlage.

Muster

Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn die betreffende Krankenkasse dem SAPV-Team/ KVMV keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

10. Nach der Beendigung der Erprobungsphase werden vom SAPV-Team/ KVMV ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger übermittelt. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien zum Datenaustausch der Spitzenverbände der Krankenkassen . Die Daten sind als "Echtdaten" zu kennzeichnen.

11. Erfolgt die Abrechnung des SAPV-Teams/ KVMV in begründeten Fällen übergangsweise nicht auf maschinellen Datenträgern, sondern auf standardisierten Abrechnungsformularen der Richtlinien, verlängert sich die Zahlungsfrist auf 30 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Abrechnungsformulare und rechnungsbegründende Unterlagen). Dies ist notwendig, da die Daten vor einer Bearbeitung durch die zuständige Krankenkasse von den standardisierten Abrechnungsformularen in maschinell verwertbare Datensätze umgewandelt werden müssen.

12. Wenn das SAPV-Team/ KVMV unbegründet nach Aufforderung durch die Krankenkassen immer noch nicht mit der Datenlieferung begonnen hat, erfolgt die Umsetzung des § 303 Abs. 3 SGB V durch die Krankenkasse.

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

14. Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen sowie nicht korrekt vom SAPV-Team ausgefüllte Urbelege werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Die Leistungsnachweise sind den zugrunde liegenden Verordnungen zuzuordnen. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen führen zur Abweisung der Rechnung. Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinie zum Datenaustausch beizufügen.

15. Der Versicherte hat die Abgabe der verordneten Leistungen einmal wöchentlich durch Unterschrift auf dem Leistungsnachweis (Anlage 7) zu bestätigen. Quittierungen im Voraus sind unzulässig.

16. Ist der Versicherte nicht in der Lage, den Leistungsnachweis (Anlage 7) selbst zu unterschreiben, kann die Unterschrift durch einen Vertretungsberechtigten erfolgen. Hierüber ist die Krankenkasse in der Abrechnung schriftlich zu unterrichten. Kann die Unterschrift im Ausnahmefall weder durch den Versicherten noch durch einen Vertretungsberechtigten erbracht werden, bleibt das Unterschriftsfeld auf dem Leistungsnachweis frei. Der Leistungserbringer gibt auf dem Leistungsnachweis, ggf. auf einer Anlage zum Leistungsnachweis, die Gründe hierfür an. Eine Unterschrift für den Versicherten durch den Leistungserbringer oder seine Mitarbeiter ist ausgeschlossen.

17. Die Rechnung muss folgende Mindestinhalte aufweisen:
    - Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des SAPV- Teams
    - Name und Vorname, Krankenversicherungsnummer, Geburtsdatum des Versicherten,
    - Gebührenpositionsnummer, Art und Anzahl der erbrachten Leistungen
    - Datum und Uhrzeit des Einsatzes (Ende und Beginn)
    - Gesamtbetrag
    - Rechnungsnummer

- Rechnungsdatum
- Leistungserbringerschlüssel (sobald dieser bekannt ist)

18. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Krankenkasse dem SAPV-Team/ KVMV die strittigen eingereichten Unterlagen oder die strittigen Datensätze zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des SAPV-Teams/ KVMV verrechnet werden.

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

20. Überträgt das SAPV-Team/ KVMV die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat das SAPV-Team/ KVMV die Krankenkassen sowie die vdek-Landesvertretung unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, ist mitzuteilen. Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gemäß Abs. 5 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Abs. 2.

21. Das SAPV-Team/KVMV ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.

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

23. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 20 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 das SAPV-Team auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist den Krankenkassen vorzulegen. (neue Position)

Abrechnungsstellen der Mitgliedskassen des vdek

"SAPV_A5_Abrechnungsstellen vdek.xls"

Muster

Zusatz zur Anlage 5
Abrechnungsspezifische Besonderheiten der Krankenkassen

Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS) § 302 SGB V – Richtlinie für den Datenträgeraustausch (DTA) der Leistungserbringer mit den Krankenkassen sowie der Anlagen zur Richtlinie

Gemäß § 18 Abrechnung/ Beanstandung/ Verjährung Abs. 2 sowie der Anlage 5 des Vertrages sind sobald die Bestimmungen zur Umsetzung der Abrechnung über DTA nach § 302 SGB V für die Leistungserbringer der SAPV vorliegen, anzuwenden. Da einzelne Krankenkassen der Krankenkassenverbände/ des Verbands der Ersatzkassen e.V. den DTA anwenden bzw. die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle erfolgt, übermitteln wir Ihnen im Rahmen des DTA einen Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS), der im Zuge der Abrechnung (auf der Abrechnung) an die Krankenkassen bzw. deren Abrechnungsstellen benannt werden muss.
Die Angabe des LEGS ist bei jeder Abrechnung zwingend erforderlich, da nur mit Hilfe dieses Schlüssels die für den jeweiligen Leistungserbringer gültige Preisliste ansteuerbar ist.

Versorgungsbereich:

⇨ **AC/ TK** .....

Muster

Anlage 6 Anforderungen an die Dokumentation

Vertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37 b i.V.m. § 132 d SGB V zwischen der ...GbR und Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NORD-, IKK Nord in Vertretung des IKK Landesverbandes Nord, LKK Mittel- und Ostdeutschland, Knappschaft, BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, Deutsche Angestellten-Krankenkasse, KKH-Allianz, HEK - Hanseatische Krankenkasse, hkk, gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin, vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

Das eingesetzte Dokumentationssystem beinhaltet die nachfolgenden Anforderungen:

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

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

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

Anl

Muster

sche Krankenkasse, hkk, gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin, vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

SAPV_Rostock_A_7 Leistungsnachweise

Protokollnotiz 1

§ 10 Abs. 4 Buchstabe a

Alternativ zum Nachweis der Zusatzbezeichnung "Palliativmedizin" kann nach Erfüllung der Voraussetzungen für einen Übergangszeitraum die Anmeldung zur Prüfung bei der Ärztekammer nachgewiesen werden.

Die Vertragspartner sind über das Prüfungsergebnis umgehend zu informieren.

Protokollnotiz 2

Evaluation – Struktur- und Leistungskennzahlen

(1) Die Vertragspartner evaluieren die vorliegenden Daten der SAPV-Leistung. Sie verständigen sich gemeinsam darauf, die Strukturen der Leistungen zu überprüfen und Transparenz bezüglich der Datenlage zu schaffen. Den Krankenkassen sind die hierfür notwendigen statistische Angaben (Struktur- und Leistungskennzahlen gemäß § 21 des Vertrages) zur Verfügung zu stellen.

(2) Die Vertragspartner beraten sich u. a. zu Fragen der praktischen Umsetzung, Qualitätssicherung und Bewertung der laufenden Vertragsergebnisse.

Protokollnotiz 3

Auf Seiten des Leistungserbringers besteht die ausdrückliche Bereitschaft, den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten einen Zugang zu Hospitationen zu ermöglichen.