

Vertrag

über die spezialisierte ambulante palliativmedizinische sowie palliativpflegerische Versorgung in Hamburg gemäß § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V

zwischen

.....

- nachfolgend Palliative-Care-Team genannt -

und

der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
dem BKK Landesverband NORD
der IKK classic
der Knappschaft Regionaldirektion Hamburg

den nachfolgend benannten Ersatzkassen:

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 vdek- Landesvertretung Hamburg

- nachfolgend Krankenkassen genannt -

wird folgender Vertrag geschlossen:

Inhaltsverzeichnis:

- Präambel
- § 1 Gegenstand und Ziele des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Anspruchsvoraussetzungen der SAPV
- § 4 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
- § 5 Pflichten der Vertragspartner
- § 6 Palliative-Care-Team
- § 7 Organisatorische, personelle und sächliche Voraussetzungen an das Palliative-Care-Team
- § 8 Weitere Koordinationsaufgaben und Anforderungen
- § 9 Ergänzende Voraussetzungen für Pflegefachkräfte
- § 10 Qualitätssicherung
- § 11 Patientendokumentation
- § 12 Anzeige-/Mitteilungspflichten
- § 13 Kooperation/Sicherstellung der Ehrenamtlichen
- § 14 Fort- und Weiterbildung
- § 15 Grundsätze der Leistungserbringung
- § 16 Verordnung von Arznei- Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV
- § 17 Verordnung/Genehmigung von SAPV
- § 18 Vorläufige Kostenzusage
- § 19 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse
- § 20 Vergütung
- § 21 Leistungsnachweis
- § 22 Abrechnung
- § 23 Rechnungslegung durch Abrechnungsstellen
- § 24 Zahlungsfrist
- § 25 Ausschlussfrist
- § 26 Einflussnahme-, Werbungs- und Vermittlungsverbot
- § 27 Datenschutz, Schweigepflicht
- § 28 Statistik
- § 29 Vertrags-/ Gesetzesverstöße
- § 30 Außerordentliche Kündigung
- § 31 In-Kraft-Treten, Kündigung
- § 32 Änderungen und Ergänzungen
- § 33 Salvatorische Klausel

Anlagen:

- (1) Strukturhebungsbogen zum Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen
- (2) Nachweis des eingesetzten Personals, Handzeichenliste
- (3) Muster zum Leistungsnachweis
- (4) Patienteninformation und Entbindung von der Schweigepflicht
- (5) Vergütungsvereinbarung
- (6) „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL)
- (7) „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung“
- (8) Gemeinsame Hinweise von DHPV und DGP, Stand 28.11.08 – Punkt I.4
- (9) Dokumentation gemäß einer erweiterten Fassung des Datensatzes zur SAPV-Dokumentation der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes e. V.
- (10) Schnellbegutachtungsbogen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Nord

Präambel

Das Ziel der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist, es den Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, die letzte Phase ihres Lebens in häuslicher Umgebung zu verbringen. Mit diesem Vertrag soll dem sterbenden Menschen ein würdevolles und selbst bestimmtes Leben in häuslicher Umgebung ermöglicht werden, daher sollen alle an der Versorgung Beteiligten rund um die Uhr eine aufeinander abgestimmte effiziente und wirksame palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung erbringen. Dieser Vertrag gewährleistet eine optimale spezialisierte ambulante Palliativversorgung und erhöht zugleich die Lebensqualität der Betroffenen und der Angehörigen.

§ 1

Gegenstand und Ziele des Vertrages

- (1) Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37 b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 SGB XI) zu ermöglichen. Versorgungsunsicherheiten, die zu unnötigen und die Versicherten stark belastenden Krankenhauseinweisungen führen, sollen durch das in der SAPV vorgehaltene besondere Angebot vermieden werden. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die palliativmedizinisch sowie die palliativpflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.
- (2) Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügung oder Behandlungsplan zum Ausdruck kommt und allen Beteiligten (Ärztin/Arzt, Angehörigen etc.) bekannt sein muss, ist zu beachten.
- (3) Die SAPV ergänzt das bereits bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als alleinige Beratungs- und Koordinationsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Je nach Umfang der Patienten-Teilversorgung vor allem aber bei der Vollversorgung im Rahmen der SAPV, ersetzt diese die ambulante Regelversorgung nach dem SGB V weitgehend oder vollständig. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt (insbesondere SGB XI).
- (4) Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.
- (5) Die Anlagen 1 bis 10 sind in der jeweils gültigen Fassung Bestandteil dieses Vertrages.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt für die im Rubrum genannten Vertragspartner für das Land Hamburg. Ein Beitritt weiterer Vertragspartner zu dem Palliative-Care-Team ist nur möglich, wenn alle Vertragspartner schriftlich zustimmen.
- (2) Der BKK-Landesverband NORD unterzeichnet diesen Vertrag stellvertretend für die teilnehmenden Betriebskrankenkassen. Er stellt dem Palliative-Care-Team zu Beginn und bei Änderungen eine Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen zur Verfügung.

§ 3

Anspruchsvoraussetzungen der SAPV

- (1) Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn
 - a) sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und
 - b) sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI) erbracht werden kann.
- (2) Versicherte in stationären Hospizen, die unter den in § 1 genannten Zielen eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV.
- (3) Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können.
- (4) Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann.
- (5) Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf wenige Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.
- (6) Bedarf 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. Anhaltspunkt 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. Ein 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

- (7) Versicherte, die Leistungen durch das Palliative-Care-Team in Anspruch nehmen möchten, erklären dies mit einer Patienteneinverständniserklärung (Anlage 4).

§ 4

Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

- (1) Die SAPV umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen. Sie umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der verordnenden oder behandelnden Ärztin/des verordnenden oder behandelnden Arztes sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132 d SGB V.
- (2) SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132 d SGB V erbracht. Sie wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. 3), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen. Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

1. Beratungsleistung

- (a) Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit Betroffenen (Kranken oder deren Angehörige)
- (b) Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit einem/einer der Leistungserbringer der Primärversorgung
- (c) Dokumentation und Evaluation

2. Koordination der Versorgung

- (a) Direkter persönlicher Kontakt erforderlich
- (b) Ressourcenfokussierte Versorgungsplanung
- (c) Assessment, Therapie und Notfallplanung
- (d) Vernetzung mit ambulanten und/oder stationären Leistungserbringern
- (e) Dokumentation und Evaluation

3. Additiv unterstützende Teilversorgung

- (a) Beinhaltet Beratungs- und Koordinationsleistung
- (b) Hausbesuche zur Tag- und Nachtzeit erforderlich
- (c) Einzelne Leistungen, insbesondere des in § 5 Abs.3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskatalogs werden bei Bedarf erbracht

- (d) Für die verordnete Teilversorgung besteht 24-Stunden-Rufbereitschaft in Absprache mit den Leistungserbringern der Primärversorgung. Die Rufbereitschaft kann nicht als alleinige Teilleistung verordnet werden.
- (e) Dokumentation und Evaluation

4. Vollständige Versorgung

- (a) Beinhaltet Beratungs- und Koordinationsleistung
- (b) Hausbesuche zur Tag- und Nachtzeit erforderlich
- (c) Alle Leistungen, insbesondere des in § 5 Abs.3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskatalogs werden bei Bedarf erbracht
- (d) Dokumentation und Evaluation

erbracht werden. Die 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 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 Palliative Care entspricht
- Führung eines individuellen Behandlungsplans, 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

§ 5

Verpflichtungen der Vertragspartner

- (1) Aufgabe des Palliative-Care-Teams ist es, Leistungen der SAPV durch spezialisierte Leistungserbringer, die sich zu einem Palliative-Care-Team zusammengeschlossen haben und Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem sind, zu erbringen. Ein Vergütungsanspruch besteht daher erst, wenn das Palliative-Care-Team die nachfolgend formulierten Voraussetzungen erfüllt und die Prüfung, ob das Palliative-Care-Team geeignet und bedarfsgerecht ist, durch die Krankenkasse abgeschlossen ist und dem Palliative-Care-Team das Ergebnis dieser Prüfung mitgeteilt wurde. Erst dann ist das Palliative-Care-Team berechtigt, Leistungen der SAPV zu erbringen und erhält dann die hierfür vereinbarte Vergütung.

- (2) Aufgabe der Krankenkasse ist es, zu prüfen, ob das Palliative-Care-Team zur Erreichung der in § 1 genannten Ziele geeignet und bedarfsgerecht ist und im Falle der vertragsgemäßen Leistungserbringung, die vereinbarte Vergütung zu zahlen. Die Krankenkassen prüfen die Geeignetheit des Palliative-Care-Teams anhand der nachfolgend formulierten Voraussetzungen. Darüber hinaus prüfen die Krankenkassen die Bedarfsnotwendigkeit. Um prüfen zu können, ob das Palliative-Care-Team bedarfsnotwendig ist, sind die Kriterien der Gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 anzuwenden. Die Grundzüge der Bedarfserhebung und –Feststellung ergeben sich darüber hinaus aus den Gemeinsamen Hinweisen von DHPV und DGP, Stand 28.11.08 – Punkt I.4 (Anlage 8). Eine Abdeckung von 250.000 Einwohnern pro Palliative-Care-Team ist grundsätzlich als ausreichend zu betrachten. Sofern eine bedarfsgerechte Versorgung von SAPV durch die bereits tätigen Palliative-Care-Teams gegeben ist, besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss in der jeweiligen Region.

§ 6

Palliative-Care-Team

- (1) Die Leistungen der SAPV sind nur dann Vertragsgegenstand, wenn sie ausschließlich in einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur erbracht werden. Das Palliative-Care-Team besteht aus mindestens 3 spezialisierten/qualifizierten Ärzten und mindestens 4 qualifizierten Pflegefachkräften, die orientiert an der Konzeption eines Palliative-Care-Teams fachübergreifend in Kooperation mit anderen Professionen eng zusammenarbeiten. Kooperationen mit einer Apotheke und einem ambulanten Hospizdienst, die die Voraussetzungen des § 7 I. Abs. 2 erfüllen, sind verpflichtend. Das Palliative-Care-Team ist ausschließlich oder schwerpunktmäßig in der SAPV tätig. Es gewährleistet eine weitgehende personelle Kontinuität und verfügt über eine besondere Ausstattung, die eine palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung im Zusammenwirken mit den weiteren Leistungserbringern gewährleistet. Es muss in der Lage sein, in seinem gesamten Versorgungsgebiet sowohl ärztlich als auch pflegerisch eine aufsuchende Behandlung und Pflege sowohl tagsüber als auch nachts, an Wochenenden und

Feiertagen in Form einer 24-Stunden-Bereitschaft zu gewährleisten. Die organisatorischen, personellen und sächlichen Voraussetzungen, die das Palliative-Care-Team ständig erfüllen muss, sind in § 7 dieses Vertrages definiert.

- (2) Das Palliative-Care-Team hat der Krankenkasse ein schriftliches Konzept vor Vertragsabschluss vorzulegen. Das Konzept hat darzustellen, in welcher Form die Koordination durch das Palliative-Care-Team erfolgt. Hierzu muss das Palliative-Care-Team ein verbindlich strukturiertes und schriftlich dargelegtes Versorgungskonzept vorlegen, das alle medizinisch-pflegerischen Maßnahmen klar und eindeutig unter Beachtung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung formuliert und darüber hinaus verdeutlicht, wie eine qualifizierte Leistungserbringung zu erfolgen hat, damit die in § 1 dieses Vertrages genannten Vertragsziele erreicht werden. Ein Vergütungsanspruch auf der Grundlage dieses Vertrages ist nur dann gegeben, wenn die Krankenkasse das vorgelegte Konzept für geeignet erachtet.
- (3) Das Palliative-Care-Team handelt aufgrund eines verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Versorgungskonzepts, das mindestens folgende Punkte beinhaltet:
 - (a) Standort des Leistungserbringers,
 - (b) Versorgungsgebiet,
 - (c) Versorgungsprozess,
 - (d) Kooperationspartner,
 - (e) Kooperationsvereinbarungen mit an der Versorgung Beteiligten im Versorgungsgebiet; verpflichtend mit einem ambulanten Hospizdienst nach § 39a Abs. 2 SGB V, zur Sicherung der psychosozialen Unterstützung sowie einer Apotheke, die die Voraussetzungen gem. § 7 I. Abs. 2 erfüllt,
 - (f) Mitarbeiterkapazität (ggf. Stellenplan),
 - (g) personelle Zuständig- und Verantwortlichkeiten (u.a. Weisungsbefugnisse, Weisungsgebundenheit, u.a.),
 - (h) Qualifikationsnachweise der Leistungserbringer gem. § 7,
 - (i) sächliche Ausstattung gem. § 7,
 - (j) Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 10,
 - (k) Konzept zur Sicherstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei-, Heil-, und Hilfsmitteln,
 - (l) Konzept zur Sicherstellung der 24-Stunden-Rufbereitschaft,
 - (m) ein Fort- und Weiterbildungskonzept.
- (4) Die regionalen Vernetzungsstrukturen sind zu beschreiben, in die sich der Leistungserbringer im Rahmen der Vernetzung integriert.

§ 7
Organisatorische, personelle und sächliche Voraussetzungen
an das Palliative-Care-Team

I. Organisatorische Voraussetzungen

- (1) Das Palliative-Care-Team muss seine rechtsfähige Organisationsform den Krankenkassen in geeigneter Form nachweisen. Hierzu ist insbesondere die Anlage 1 vollständig auszufüllen.
- (2) Das Palliative-Care-Team kooperiert mindestens mit einer Apotheke, um eine Lagerhaltung an Medikamenten für den Notfall sicherzustellen, die mindestens folgende Voraussetzungen erfüllt:
- Zulassung als Apotheke
 - Vorhaltung von palliativmedizinisch relevanten Arzneimitteln
 - Fortbildung zum Fachapotheker für Offizin- oder onkologische Pharmazie

sowie einem ambulanten Hospizdienst, der die Voraussetzungen gem. § 39 a Abs. 2 SGB V erfüllt.

II. Personelle Voraussetzungen

- (1) Die Leistungen der SAPV werden ausschließlich durch geeignete Personen erbracht, welche die nachfolgend formulierten Qualifikationen erfüllen. Das Palliative-Care-Team stellt sicher, dass diese geeigneten Personen im Bedarfsfall hauptsächlich für die Leistungen der SAPV zur Verfügung stehen. Das Palliative-Care-Team weist mindestens drei geeignete Ärztinnen/Ärzte sowie mindestens vier geeignete Pflegefachkräfte nach.

a) Geeignete Ärztinnen/Ärzte nach Abs. 1 verfügen über folgende Qualifikationen:

- eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung), (vergl. Protokollnotiz 1)
- 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) Geeignete Pflegefachkräfte nach Abs. 1 verfügen über folgende Qualifikationen:

- die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin/Altenpfleger (Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung nach dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege vom 25.08.2003) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung
- den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden; die Weiterbildung hat inhaltlich den Vorgaben des Basiscurriculum Palliativ Pflege des Vereins zur Betreuung und Begleitung von Schwerstkranken und Tumorpatienten e. V., Pallia Med Verlag, Bonn, zu entsprechen, (vergl. Protokollnotiz 2)
- 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) Soweit weitere Fachkräfte (z. B. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen, Psychologinnen/Psychologen) vertraglich eingebunden werden, z. B. im Rahmen des vorzulegenden Versorgungskonzepts als Kooperationspartner genannt sind, weist das Palliative-Care-Team nach, dass diese Fachkräfte über eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder eine mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung verfügen.

(2) Eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Patientin/den Patienten, deren Angehörigen und die an der Versorgung Beteiligten ist durch das Palliative-Care-Team sicherzustellen. Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Ärztin/eines Arztes und einer Pflegefachkraft ist zu garantieren. Diese Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein.

III. Sachliche Voraussetzungen

(1) Das Palliative-Care-Team hat als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:

- das Palliative-Care-Team hat unter der Voraussetzung, dass eine entsprechende Patienteninformation und Entbindung von der Schweigepflicht (s. § 3 Abs. 6/Anlage 4) vorliegt, eine Patientendokumentation zu erstellen, die den Anforderungen der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die SAPV, Punkt 6.2. entspricht (Anlage 7),
- 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.
- (2) Das Palliative-Care-Team muss über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für
- die Beratung von Patientinnen/Patienten und Angehörigen
 - Teamsitzungen und Besprechungen
 - die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall-/Krisenintervention und Hilfsmitteln
- verfügen.

IV. Nachweis der Voraussetzungen

Zum Nachweis der organisatorischen und personellen Voraussetzungen hat das Palliative-Care-Team den Krankenkassen zur Überprüfung, ob die Voraussetzungen zum Abschluss dieses Vertrages erfüllt werden, mindestens die nachfolgenden Unterlagen vor Vertragsabschluss und auf Anforderung einzureichen:

- (a) Nachweis der aktuell beschäftigten Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sowie die Qualifikationsnachweise des eingesetzten Personals inkl. Nachweis zur Dokumentation der Unterschriften/Handzeichen,
- (b) Nachweis eines Institutionskennzeichens (IK) Palliative-Care-Team spezifisch,
- (c) Nachweis der Berufserfahrung für den Arzt und die leitende und stellvertretende leitende Pflegefachkraft (vgl. § 9),
- (d) bei der Rechtsform:
 1. einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) einen Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck,
 2. bei einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) einen Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichts,
 3. einem eingetragenen Verein (e. V.) einen Auszug aus der Vereinssatzung in Kopie mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Vereinsregister,
 4. für andere Gesellschaftsformen und Körperschaften, Anstalten und Stiftungen gelten die Nachweispflichten entsprechend.
- (6) ggf. bestehende Kooperationsverträge.

§ 8

Weitere Koordinationsaufgaben und Anforderungen

- (1) An das Palliative-Care-Team werden folgende weitere Koordinationsaufgaben und Anforderungen gestellt:
- Klare Benennung und Zuordnung der Koordinationsfunktionen,
 - Zentrale Anlaufstelle,
 - Sicherstellung eines örtlichen abgestimmten Notfallplanes,
 - Koordinierung einer Vertretungsregelung und einer Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft,
 - Organisation der Initial- und Folgebesuche gemäß Abs. 3,
 - Fallbesprechungen nach Abs. 2 sowie der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 10,
 - Das Palliative-Care-Team ist zudem verpflichtet, eine additiv unterstützende Teilversorgung in Form von ärztlicher und pflegerischer Leistung zu erbringen, und zwar in folgenden Fällen:
 - Sofern ein Vertragsärztin/ein Vertragsarzt Leistungen der APV (allgemeine Palliativversorgung) erbringt und additiv unterstützende Hilfe beim Palliative-Care-Team anfordert;
 - Sofern eine Ärztin/ein Arzt, die/der im stationären Hospizdienst tätig ist, beim Palliative-Care-Team additiv unterstützende Hilfe anfordert/verordnet, ist diese in Form von ärztlicher Leistung im Rahmen dieses Vertrages zu erbringen,
 - Das Palliative-Care-Team ist verpflichtet, eine additiv unterstützende Teilversorgung zu erbringen, sofern Ärzte, die in stationären Pflegeeinrichtungen tätig sind, solche Leistungen beim Palliative-Care-Team anfordern.
- (2) Im Rahmen des gemeinsamen Initialbesuches durch das Palliative-Care-Team (qualifizierte Palliativ-Ärztin/qualifizierter Palliativ-Arzt und ambulanter Palliativ-Pflegedienst) bei der Patientin/beim Patienten erfolgt die integrative Abstimmung der notwendigen Maßnahmen und des Behandlungs- und Therapieplanes. Gleichzeitig wird ein Zeitpunkt (innerhalb von 14 Tagen) festgelegt, an dem eine erneute gemeinsame Fallbesprechung erfolgt, um ggf. die notwendigen Maßnahmen sowie den Behandlungs- und Therapieplan anzupassen. Die behandelnde Hausärztin/der behandelnde Hausarzt sollte beim Initialbesuch sowie bei der Fallbesprechung mit eingebunden werden.
- (3) Die qualifizierte Palliativ-Ärztin/der qualifizierte Palliativ-Arzt des Palliative-Care-Teams übernimmt insbesondere folgende Aufgaben:
- Durchführung der beim Initialbesuch abgestimmten ärztlichen Maßnahmen,
 - Einstellung und/oder Beratung zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle,
 - Verordnung von Medikamentenapplikationen über Pumpensysteme unter besonderer Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes,
 - Beratung zur künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsgabe in der letzten Lebensphase,
 - Beurteilung und Einleitung einer palliativen Wundbehandlung,

- Palliativmedizinische Betreuung und Beratung von Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen,
- Unterstützung in der Aufklärung der Patientin/des Patienten, der Vermittlung „schlechter Nachrichten“ und Information über die Änderung des Therapiezieles,
- Beratung bei ethischen Konflikten (ethisches Fallgespräch).

§ 9

Ergänzende Voraussetzungen für Pflegefachkräfte

- (1) Gemäß § 7 II. Abs. 2 b müssen im Palliative-Care-Team mindestens vier Vollzeitstellen mit Pflegefachkräften besetzt werden, die einen Arbeitsvertrag mit dem bzw. einem Leistungserbringer abgeschlossen haben, der mit den Krankenkassen einen Vertrag nach § 132 a SGB V hat. Davon müssen mindestens zwei Pflegefachkräfte sozialversicherungspflichtig in Vollzeit beschäftigt sein. Die verbleibenden zwei Vollzeitstellen können auch durch eine entsprechende Anzahl von sozialversicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigten mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 18 Stunden besetzt werden. Inhaber oder Gesellschafter, die hauptberuflich im Palliativbereich mitarbeiten und die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen, sind Vollzeitbeschäftigten gleichgestellt. (Protokollnotiz 3)
- (2) Das Palliative-Care-Team hält eine pflegefachliche Leitung vor. Diese Funktion der leitenden Pflegefachkraft muss von einer gemäß Abs. 1 qualifizierten Pflegefachkraft in Vollzeitbeschäftigung wahrgenommen werden, die die im § 7 II. Abs. 2 geforderten Voraussetzungen erfüllen.
- (3) Als Stellvertretung der leitenden Pflegefachkraft hält das Palliative-Care-Team eine Pflegefachkraft mit einem Beschäftigungsumfang von mindestens 18 Std. Wochenarbeitszeit vor, die die Voraussetzungen des Abs. 2 und des Abs. 3 Satz 1 erfüllt. Im Falle der planbaren Abwesenheitsvertretung der leitenden Pflegefachkraft ist eine Vollzeitbesetzung durch die Stellvertretung sicherzustellen.

§ 10

Qualitätssicherung

- (1) Das Palliative-Care-Team ist verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Es nimmt regelmäßig an palliativmedizinischen/-pflegerischen Fortbildungen teil und führt möglichst halbjährlich multidisziplinäre Qualitätszirkel durch, an denen auch die übrigen in der Versorgung Tätigen teilnehmen können / sollen. Das Palliative-Care-Team soll sich außerdem an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen. Ergänzend gelten die Regelungen des § 14.

- (2) Die Teilnahme an Supervisionen ist zu ermöglichen. Regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen sind in überschaubaren Intervallen durchzuführen; die inhaltliche und zeitliche Organisation ist den Beteiligten entsprechend der Konzeption zu überlassen.
- (3) Das Palliative-Care-Team erstellt jeweils nach gemeinsam erfolgtem Initialbesuch einen individuellen Behandlungsplan, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist.
- (4) Vor jeder Krankenhauseinweisung hat zwingend eine Begutachtung der Patientin/des Patienten durch die qualifizierte Palliativ-Ärztin/den qualifizierten Palliativ-Arzt des Palliative-Care-Teams zu erfolgen. Ausgenommen hiervon sind sämtlich notfallmedizinische Einweisungen. Das Wohl und der Wille der Patientin/des Patienten sind hierbei zu berücksichtigen und stehen daher im Vordergrund.
- (5) Die Krankenkassen haben das Recht, durch Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vor Ort die Erfüllung der Mindestanforderungen an die sächliche Ausstattung, die Dokumentation sowie die Qualität der Leistungserbringung nach diesem Vertrag zu überprüfen.

§ 11 Patientendokumentation

- (1) Das Palliative-Care-Team hat eine Patientendokumentation zu führen, aus der zu jeder Zeit die notwendigen Informationen über die Versicherte/den Versicherten und die erbrachten Leistungen hervorgehen. Es soll kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer sein und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Bevorzugt ist der gemeinsame Datensatz zur SAPV-Dokumentation der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e. V. (Anlage 9) zu verwenden. Die Patientendokumentation wird regelmäßig von dem Palliative-Care-Team aktualisiert.
- (2) Die Dokumentation beinhaltet insbesondere:
 - a) ein Versichertenstammblatt
(z. B. mit Angaben zur Versicherten/zum Versicherten und Angehörigen, Hausärztin/Hausarzt, Pflegedienst, Diagnosen, Absprachen, Behandlungsort, Medikation, Maßnahmen, u. s. w.),

b) ein Assessment mit folgenden Inhalten:

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

c) einen Maßnahmen-Plan/Durchführungsnachweis

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

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).

(3) Jede an der Versicherten/am Versicherten erbrachte Leistung wird durch die behandelnde qualifizierte Person dokumentiert und durch Handzeichen gegengezeichnet. Zusätzlich werden in dieser Patientenakte die Besuche durch die Hausärztin/den Hausarzt, wie auch allen kooperierenden Mitwirkenden dokumentiert.

(4) Sämtliche zur Dokumentation gehörende Dokumente verbleiben beim Versicherten.

(5) Die Dokumentation ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung - soweit die Versicherte/der Versicherte eingewilligt hat - auf Anforderung zugänglich zu machen

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

§ 12

Anzeige-/Mitteilungspflichten

- (1) Jeweils zum 31.03. eines Jahres hat die Pflegeeinrichtung den Nachweis der aktuell beschäftigten Mitarbeiter einschließlich der Unterschrift/Handzeichen (Anlage 2) sowie Kopien der Qualifikationsnachweise für das jeweils eingesetzte Personal den von den Krankenkassen genannten zuständigen Stellen vorzulegen. Soweit Qualifikationsnachweise bereits vorgelegt wurden, sind diese nicht erneut einzureichen.
- (2) Das Palliative-Care-Team ist verpflichtet, den Krankenkassen alle wesentlichen Umstände unverzüglich schriftlich mitzuteilen, die die vertragsgemäße Durchführung dieses Vertrages sowie dessen Fortbestand berühren. Unverzüglich anzuzeigen sind hiernach insbesondere:
 - (a) das Ausscheiden einer qualifizierten Palliativ-Ärztin/eines qualifizierten Palliativ-Arztes, sowie einer qualifizierten Pflegefachkraft
 - (b) Änderungen der betrieblichen/organisatorischen Gegebenheiten, die im Zusammenhang mit dem Versorgungskonzept stehen,
 - (c) der Abschluss, die Kündigung bzw. Änderungen von Kooperationsvereinbarungen,
 - (d) jede Änderung der Trägerschaft/Betriebsinhaberschaft sowie der Rechtsform des Palliative-Care-Teams,
 - (e) den Umstand, dass Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gegen das Palliative-Care-Team oder gegen einen Leistungserbringer gestellt wurde,
 - (f) eingeleitete strafrechtliche Ermittlungsverfahren gegen einen Partner des Palliative-Care-Teams oder das Palliative-Care-Team, soweit sie im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung stehen.
 - (g) Aufnahme weiterer Leistungserbringer in das Palliative-Care-Team
 - (h) Wechsel der leitenden Pflegefachkraft oder deren Stellvertretung
 - (i) Unterschreitung der personellen Mindestanforderungen

§ 13

Kooperation/Sicherstellung der Ehrenamtlichen

Die Sicherstellung der psychosozialen Unterstützung (§ 4 Abs. 3, 10. Spiegelstrich) hat das Palliative-Care-Team durch eine Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten, die nach § 39 a Abs. 2 SGB V gefördert werden, nachzuweisen. Es ist eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit folgenden Mindestinhalten abzuschließen:

- (a) Erklärung des/der ambulanten Hospizdienste(s) über seine/ ihre Förderungsfähigkeit nach § 39 a Abs. 2 SGB V.
- (b) Sofern Ehrenamtliche Leistungen nach dem SGB V/XI erbringen, sind diese nicht abrechnungsfähig
- (c) Kooperationen, die ihrem Zweck nach dazu dienen, fehlende organisatorische oder personelle Voraussetzungen zu ersetzen, sind unzulässig.

§ 14

Fort- und Weiterbildung

- (1) Das Palliative-Care-Team hat auf der Grundlage des vorgelegten Fort- und Weiterbildungskonzeptes die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fortzubilden. Die Inhalte der Fortbildungen sind so auszurichten, dass die Mitarbeiterinnen/die Mitarbeiter auf dem aktuellen Stand der allgemein anerkannten ärztlich-medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen sind. Die Leitungskräfte des Palliative-Care-Teams sind verpflichtet, externe fachbezogene Fortbildungen oder Inhouse-Schulungen von kalenderjährlich jeweils 8 Stunden nachzuweisen. Hierbei ist darauf zu achten, dass diese Fortbildungen die Bereiche Dokumentation, Management und Pflege abdecken. Für die übrigen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sind regelmäßige Fortbildungen, die sich an den Inhalten des Satzes 1 orientieren sollten, durchzuführen.

Als Nachweis dienen die entsprechenden Zertifikate bzw. Kopien der Veranstaltungsprotokolle (Teilnehmerliste). Der Nachweis der kalenderjährlich durchgeführten Fortbildung ist bis zum 31.03. des Folgejahres den Krankenkassen vorzulegen.

- (2) Werden Fortbildungen, wie in Absatz 1 beschrieben, nicht fristgerecht nachgewiesen, werden vom Folgemonat an die Vergütungssätze nach Maßgabe des § 20 Abs. 4 gekürzt. Dem Palliative-Care-Team ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer es die Fortbildung nachholen kann. Als Frist hierfür ist längstens ein Zeitraum von sechs Monaten möglich.
- (3) Wird die Fortbildung vor Beendigung der Frist nachgewiesen, entfällt vom nächsten Monatsersten an die Kürzung der Vergütung.

§ 15

Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Das Palliative-Care-Team hat darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden (§ 2 Abs. 4 SGB V).
- (2) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, darf das Palliative-Care-Team nicht bewirken und die Krankenkasse nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 SGB V).
- (3) Das Palliative-Care-Team gewährleistet, dass die Versicherten aller vertragsschließenden Krankenkassen nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.

(4) Zur Optimierung der Versorgung mit Leistungen, insbesondere um einen reibungslosen und unverzüglichen Übergang von der stationären Krankenhausbehandlung zur ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung zu gewährleisten, hat das Palliative-Care-Team mit

- (a) Vertragsärzten,
- (b) ambulanten Hospizdiensten,
- (c) stationären Hospizen,
- (d) Vertragskrankenhäusern,
- (e) Rehabilitationseinrichtungen,
- (f) und sonstigen innerhalb des Versorgungsspektrums Beteiligten

integrativ zusammenzuarbeiten.

(5) Das Palliative-Care-Team gewährleistet in seinem Geltungsbereich (vgl. § 2 und § 6 Abs. 3), dass zur Sicherstellung einer fach- und sachgerechten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung nach diesem Vertrag fachlich qualifiziertes Personal eingesetzt wird und eine fach- und sachgerechte ambulante palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung erfolgt.

(6) Das Palliative-Care-Team trägt die fachliche Verantwortung für das eingesetzte Personal. Über den Einsatz des Personals im Einzelfall entscheidet das Palliative-Care-Team unter Beachtung der medizinischen Notwendigkeit sowie Art und Schwere der Erkrankung der Versicherten/des Versicherten im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Die Erbringung der vertraglichen Leistungen hat mit möglichst geringem Wechsel des Personals zu erfolgen.

§ 16

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

(1) Der qualifizierte Palliativarzt des Palliative-Care-Teams verordnet die notwendigen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel unter Verwendung der für die vertragsärztliche Verordnung geltenden Muster (Muster 13, 14, 16 und 18) auf den Namen des Versicherten.

(2) Das Palliative-Care-Team benötigt für die Abrechnung der Verordnungen eine Betriebsstättennummer, die neben der Pseudo-Arzt-Nummer auf den verwendeten Vordrucken einzutragen ist. Diese wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vergeben. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich um den Erhalt der Betriebsstättennummer zu kümmern.

(3) Die Vertragsparteien vereinbaren, dass die Wirtschaftlichkeit der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen des Palliative-Care-Teams in entsprechender Anwendung der

nach §§ 106 a, 106 Abs. 2 und 3 geltenden Regelungen von den Krankenkassen geprüft werden können. Das Nähere zur Umsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung regeln die Krankenkassen.

§ 17

Verordnung/Genehmigung von SAPV

- (1) Art, Umfang und Dauer der vom Palliative-Care-Team zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der von der Krankenkasse genehmigten Verordnung der behandelnden Vertragsärztin/des behandelnden Vertragsarztes oder der Krankenhausärztin/des Krankenhausarztes.
- (2) Die Kostenübernahme ist vor Beginn der SAPV bei der zuständigen Krankenkasse mit dem hierfür vereinbarten Vordruck zu beantragen, soweit dieser Vordruck noch nicht vorliegt auf der vertragsärztlichen Verordnung nach Muster 12. Der aktuelle Schnellbegutachtungsbogen für SAPV (Anlage 10) ist entsprechend des Ergebnisses des Eingangsassessments vom Palliative-Care-Team mit einzureichen.
- (3) Die Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Unterschrift der verordnenden Vertragsärztin/des verordnenden Vertragsarztes.
- (4) Leistungen der SAPV werden von den Krankenkassen nur genehmigt, wenn eine ordnungsgemäß ausgefüllte ärztliche Verordnung (Muster 63) vorliegt. Die Versicherte/der Versicherte oder ihr/sein gesetzlicher Vertreter hat die Genehmigung der Verordnung schriftlich mittels des vorgegebenen Formulars zu beantragen.
- (5) Die Unterschrift durch eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter des Teams ist ausgeschlossen. Kann die Unterschrift nicht erbracht werden, weil die Versicherte/der Versicherte bzw. ihr/sein gesetzlicher Vertreter nicht in der Lage ist zu unterschreiben, bleibt das Unterschriftsfeld auf der Verordnung frei. Das Palliative-Care-Team gibt zur Verordnung die Gründe hierfür an.
- (6) Die SAPV-RL ist für die Verordnung sowie für die Genehmigung durch die Krankenkasse maßgeblich. Dort nicht aufgeführte Inhalte bedürfen einer nachvollziehbaren Begründung, damit sie von den Krankenkassen genehmigt werden können.
- (7) Die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt legt nach aktuellem Versorgungsbedarf die Dauer der Verordnung fest. Die Krankenhausärztin/der Krankenhausarzt kann Leistungen in der Regel jedoch längstens für sieben Tage verordnen. Sollte eine Versorgung für einen längeren Zeitraum als sieben Tage erforderlich sein, ist rechtzeitig eine Folgeverordnung für den Zeitraum über den siebten Tag hinaus bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen.

- (8) Der qualifizierte Palliativmediziner prüft im Rahmen eines Eingangsassessment, innerhalb der ersten 3 Arbeitstage nach Erhalt der Verordnung die Notwendigkeit und Eignung der besonderen Mittel der SAPV in den beantragten Einzelfällen. Sofern die Notwendigkeiten für SAPV nicht oder nur für einen kürzeren als erst- verordneten Zeitraum gegeben sind, somit die Mittel der Regelversorgung einschließlich der AAPV ausreichen, informiert er unverzüglich Krankenkassen, Versicherte (ggf. deren Angehörige) und Erstverordner über die Ergebnisse des SAPV-Assessments. Ggf. sind koordinierende Gespräche nötig und Empfehlungen an die weiter behandelnden Personen zu geben.

Für die Benachrichtigung an die Kasse ist auf schnelle Medien wie Fax, E-Mail oder Telefon zurück zu greifen. Das schriftliche Ergebnis des Eingangsassessments ist auf dem Postweg an die Kasse nach zu reichen.

- (9) Die Verordnung für einen zurückliegenden Zeitraum ist nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig.
- (10) Kann die Durchführung der verordneten Leistung nicht mehr erfolgen, z. B. weil die Versicherte/der Versicherte in ein Krankenhaus eingewiesen wurde, informiert das Palliative-Care-Team die zuständige Krankenkasse und die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt unverzüglich. Gleiches gilt, wenn nach initialer Aufnahme in die SAPV, im Rahmen eines anlassbezogenen (z.B. Befundverbesserung) oder regelmäßig, in der Regel 14-tägig, durchzuführenden Re-Assessments festgestellt wird, dass die besonderen Mittel der SAPV nicht mehr notwendig sind und die Mittel der Regelversorgung ausreichen.

§ 18

Vorläufige Kostenzusage

- (1) Die Krankenkasse übernimmt vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und vom Palliative-Care-Team erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütung gemäß dieses Vertrages, wenn die ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorliegt. Sie informiert hierüber das Palliative-Care-Team.
- (2) Soweit die verordneten Leistungen nicht oder nur zum Teil übernommen werden, informiert die Krankenkasse die Versicherten/den Versicherten oder eine ihm nahe stehende Person, das Palliative-Care-Team und die verordnende Ärztin/den verordnenden Arzt.
- (3) Sofern die Erstverordnung verspätet eingereicht wird, werden die Kosten erst ab Eingangsdatum übernommen.

- (4) Liegt der Krankenkasse innerhalb von 7 Arbeitstagen ab Verordnungsbeginn zusätzlich zur Erstverordnung kein Ergebnis über das SAPV-Eingangsassessment des qualifizierten 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.

§ 19

Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse

- (1) Der Krankenkasse obliegt die Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der Verordnungsfähigkeit der SAPV. Besteht aus Sicht der Krankenkasse in Einzelfällen Anlass, die Notwendigkeit und Dauer der SAPV zu überprüfen, so kann sie vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine kurze Stellungnahme des Palliative-Care-Teams zur Frage der Versorgungs-/Pflegesituation der Palliativpatientin/des Palliativpatienten anfordern.
- (2) Dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sind auf Verlangen alle benötigten Auskünfte, die zur Beurteilung der Leistungspflicht der Krankenkassen benötigt werden, zu erteilen.
- (3) Bestehen aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Bedenken gegen den Fortbestand der leistungsrechtlichen Voraussetzungen bezüglich der (weiteren) Notwendigkeit und Dauer der SAPV, so werden diese gegenüber dem Palliative-Care-Team dargelegt und mit diesem erörtert. In einem solchen Fall wird das Palliative-Care-Team über das Ergebnis der Überprüfung und die daraus resultierende Entscheidung der Krankenkasse informiert und hat zu veranlassen, dass die gebotene Versorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung sichergestellt wird.

§ 20

Vergütung

- (1) Die ärztlichen und pflegerischen bzw. kombinierten Leistungen im Rahmen der SAPV werden als Komplexpauschalen vergütet. Die Höhe der Vergütung richtet sich nach den in Anlage 5 aufgeführten Pauschalen.
- (2) Der Vergütungsanspruch besteht nur für entsprechend den Vorgaben dieses Vertrages tatsächlich erbrachte und dokumentierte Vertragsleistungen. Für nicht vertragsmäßig erbrachte und auch für nicht dokumentierte Vertragsleistungen besteht weder ein Vergütungsanspruch gegenüber dem Kostenträger noch gegenüber der Versicherten/dem Versicherten.

- (3) Leistungen, die wegen fehlender Mitwirkung des Versicherten nicht erbracht werden können, sind nicht abrechnungsfähig.
- (4) Kommt das Palliative-Care-Team seiner Verpflichtung zum Nachweis der Fortbildung für einen Leistungserbringer des Teams (§ 14) nicht nach, erfolgen Vergütungsabschläge für die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen in Höhe von 10 v. H. für die ersten drei Monate, danach in Höhe von 25 v. H.
- (5) Mit den für die Vertragsleistungen gemäß Anlage 5 des Vertrages vereinbarten Vergütungssätzen sind zugleich sämtliche Aufwendungen des Leistungserbringers abgegolten, die im unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit der jeweils vergüteten Vertragsleistung stehen.
- (6) Dem Palliative-Care-Team sowie dessen Personal ist es untersagt, für Vertragsleistungen Zahlungen von dem Versicherten oder einem sonstigen Dritten zu fordern oder anzunehmen.

§ 21 Leistungsnachweis

- (1) Jede vom Palliative-Care-Team erbrachte ärztliche oder pflegerische Leistung ist unmittelbar nach ihrer Durchführung im Leistungsnachweis durch die Palliativ-Ärztin/den Palliativ-Arzt bzw. die ausführende Pflegefachkraft einzutragen und durch Handzeichen zu bestätigen. Maschinelle Eintragungen im Leistungsnachweis sowie Vordatierungen oder Globalbestätigungen, sind unzulässig. Gleiches gilt für Eintragungen im Leistungsnachweis vor Erbringung der Leistung. Der Leistungsnachweis hat die folgende Mindestinhalte aufzuweisen:
 - (a) Krankenversichertennummer,
 - (b) Name und Vorname der Patientin/des Patienten,
 - (c) Geburtsdatum der Patientin/des Patienten,
 - (d) Tag der Leistungserbringung,
 - (e) Uhrzeit (Beginn) der Leistungserbringung,
 - (f) Art der Leistung
 - (g) Monatlich eine Bestätigung durch Unterschrift eines Verantwortlichen des Palliative-Care-Teams,
 - (h) nach erfolgter Leistungserbringung einmal monatlich Datum und Unterschrift der Patientin/des Patienten, des gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten sowie
 - (i) Institutionskennzeichen, Name und Anschrift des Palliative-Care-Teams.

Eine Durchschrift des Leistungsnachweises hat auf Wunsch bei der Patientin/beim Patienten zu verbleiben.

- (2) Die Leistungsnachweise haben dem Muster nach Anlage 3 zu entsprechen.

§ 22 Abrechnung

- (1) Die nach diesem Vertrag zu vergütenden Leistungen sind vom Leistungserbringer oder Palliative-Care-Team grundsätzlich im Folgemonat mit der Krankenkasse abzurechnen. Die Genehmigung der Krankenkasse - soweit hierauf nicht verzichtet wird - und der Leistungsnachweis (§ 21) sind beizufügen. Abgerechnet werden dürfen nur genehmigte, tatsächlich erbrachte und dokumentierte Leistungen.
- (2) Das Rechnungsblatt muss folgende Mindestinhalte aufweisen:
 - (a) Krankenversichertennummer,
 - (b) Name und Vorname der Patientin/des Patienten,
 - (c) Geburtsdatum der Patientin/des Patienten,
 - (d) Anschrift der Patientin/des Patienten,
 - (e) Leistungszeitraum (von/bis),
 - (f) Art der Leistung (z. B. Koordination, Beratung etc.),
 - (g) Einzelpreis der Leistung,
 - (h) Anzahl der Leistung,
 - (i) Gesamtbetrag,
 - (j) Rechnungsnummer,
 - (k) Rechnungsdatum,
 - (l) Institutionskennzeichen des Leistungserbringers sowie
 - (m)) Institutionskennzeichen des Zahlungsempfängers, sofern
 - (n) vom Leistungserbringer abweichend.
- (3) Für den Abrechnungsverkehr ist das für das Palliative-Care-Team maßgebende Institutionskennzeichen (IK) zu verwenden, das von der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI) beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V., Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, vergeben wird. Dies gilt auch, wenn die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgt.
- (4) Forderungen der Krankenkasse gegen das Palliative-Care-Team können gegenüber demselben aufgerechnet werden.
- (5) Rechnungen, die den Anforderungen nach den Absätzen 1 bis 4 nicht entsprechen, können von der Krankenkasse berichtigt oder unter Angabe von Gründen zur Berichtigung innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Eingang zurückgegeben werden.
- (6) Sofern die DTA Richtlinien nach § 302 SGB V eine Abrechnung für die Palliative-Care-Teams ermöglichen bzw. vorsehen, ist dieses Verfahren anzuwenden. Die Richtlinien gem. § 302 Abs. 2 SGB V sind zu beachten. Die technischen Voraussetzungen sind hierfür durch das Palliative-Care-Team zu schaffen.

§ 23

Rechnungslegung durch Abrechnungsstellen

- (1) Sofern die Abrechnung vom Palliative-Care-Team einer Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle übertragen werden soll, hat dieses unter besonderer Berücksichtigung der von ihr getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle auszuwählen.
- (2) Das Palliative-Care-Team ist verpflichtet, von allen Versicherten schriftliche Einwilligungserklärungen für die Datenweitergabe an die Abrechnungsstelle einzuholen. Die Einwilligungserklärungen sind der Krankenkasse und der Abrechnungsstelle auf Verlangen vorzulegen.
- (3) Die Abtretung ist vier Wochen vorher anzuzeigen. Zahlungen an eine durch das Palliative-Care-Team ermächtigte Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle setzen voraus, dass der zuständigen Krankenkasse der Vertrag und eine Ermächtigungserklärung des Palliative-Care-Teams vorliegen. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus.
- (4) Das Palliative-Care-Team verpflichtet sich, seine Forderungen gegen die Krankenkassen nicht an Dritte abzutreten, wenn und soweit die Krankenkassen gegen ihn Ansprüche wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge, Überzahlungen (Rückforderungsansprüche) oder sonstiger Forderungen hat. Zur Sicherung derartiger Forderungen besteht zugunsten der Krankenkassen ein Abtretungsausschluss nach § 399 BGB. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Krankenkassen aufgrund der Bestimmungen des § 354 a HGB auch im Fall einer verbotswidrigen Abtretung berechtigt sind, gegenüber dem Abrechnungszentrum die Zahlung zu verweigern und mit Ihren Ansprüchen gegen das Palliative-Care-Team aufzurechnen.
- (5) Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkasse, wenn die abrechnende Stelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der zahlungspflichtigen Krankenkasse liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Palliative-Care-Teams vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle und dem Palliative-Care-Team mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Schädigt die Abrechnungsstelle anlässlich der Abrechnung die Krankenkasse, so haften Palliative-Care-Team und Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle gesamtschuldnerisch.
- (6) Für Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen gelten die §§ 22 und 23 entsprechend. Mit etwaigen Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen wird das Palliative-Care-Team diesbezügliche Absprachen treffen.

§ 24 Zahlungsfrist

- (1) Die Rechnungen sind - vorbehaltlich einer abschließenden Rechnungsprüfung - grundsätzlich innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang bei der zuständigen Krankenkasse bzw. dem genannten Rechenzentrum zu bezahlen. Bei Rechnungskürzungen gilt dies nur für den unstreitigen Rechnungsbetrag. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.
- (2) Die Fälligkeit für die vertraglich geschuldete Vergütung tritt nach der gem. Abs. 1 vereinbarten Zahlungsfrist nur bei vorschriftsmäßiger Rechnungslegung (§§ 22 bis 24) ein.

§ 25 Ausschlussfrist

Vertragsleistungen, für die entgegen der hierzu in § 22 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten Frist eine Rechnungslegung verspätet erfolgt, können nur in begründeten Ausnahmefällen abgerechnet werden. Diese Ausnahmefälle sind nur abrechnungsfähig, wenn gegenüber der Krankenkasse innerhalb einer Ausschlussfrist von zwölf Monaten ab dem Zeitpunkt der Leistungserbringung eine Rechnungslegung erfolgt ist.

§ 26 Einflussnahme-, Werbungs- und Vermittlungsverbot

- (1) Eine Beeinflussung der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes mit dem Ziel, diesen zu unwirtschaftlichen Verordnungen zu veranlassen, ist unzulässig.
- (2) Die Gewährung oder Annahme von Zuwendungen gleich welcher Art (z. B. Prämien, Provisionen o. ä.) für die Zuweisung von Versicherten an das Palliative-Care-Team ist unzulässig.
- (3) Soweit Versicherte gezielt zur Inanspruchnahme dieser Leistungen aufgefordert werden, ist Werbung für die im Rahmen dieses Vertrages zur Verfügung stehenden Leistungen nicht zulässig. Das Palliative-Care-Team ist jedoch berechtigt, die Versicherte/den Versicherten an die Krankenkasse zwecks Beratung über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Vertrag zu verweisen.
- (4) Die Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile ist nicht zulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Pflegeaufträgen an Dritte (z. B. freie Mitarbeiter) gegen Kostenerstattung.

§ 27

Datenschutz, Schweigepflicht

- (1) Das Palliative-Care-Team 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 erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen.
- (2) Das Palliative-Care-Team unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse und/oder dem Medizinischen Dienst Krankenversicherung, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.
- (3) Das Palliative-Care-Team hat die im Team tätigen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht zu verpflichten. Die Verpflichtung ist zu dokumentieren.
- (4) Die Weitergabe und Nutzung der die Versicherte/den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bedürfen der schriftlichen Einwilligung der Versicherten/des Versicherten.

§ 28

Statistik

- (1) Das Palliative-Care-Team ist verpflichtet, an Auswertungen mitzuwirken. Hierzu übermittelt es halbjährlich die Entwicklungen den Krankenkassen.
- (2) Die Auswertungen beinhalten u. a. folgende Kennzahlen:
 - a) Fallzahlen (Anzahl der behandelten Patientinnen/Patienten),
 - b) Kassenzugehörigkeit
 - c) Diagnosen,
 - d) Versorgungsbereich,
 - e) Zahl der Vertragsärzte,
 - f) Zahl der Kooperationspartner,
 - g) Zahl an der Versorgung beteiligter Angehöriger,
 - h) Zahl der Ehrenamtlichen,
 - i) prozentualer Anteil von Patientinnen/Patienten, bei denen Ehrenamtliche eingesetzt werden,
 - j) Krankenhauseinweisungen,
 - k) Überlebenszeit,

- l) prozentualer Anteil von Patientinnen/Patienten, die in der Häuslichkeit verstorben sind,
- m) durchschnittliche Betreuungsdauer und durchschnittliche Einsatzzeit
- n) Einstufungen der Patientinnen/Patienten in Pflegestufen nach dem SGB XI.

(3) Das Palliative-Care-Team erhält das Ergebnis der Auswertung.

§ 29

Vertrags-/Gesetzesverstöße

- (1) Erfüllt das Palliative-Care-Team seine gesetzlichen und/oder vertraglichen Pflichten nicht in der gebotenen Weise, entscheiden die Krankenkassen gemeinsam oder einzeln über geeignete Maßnahmen. Als solche kommen in Betracht:
 - a) Verweis
 - b) Abmahnung
 - c) Vertragsstrafe
 - d) Außerordentliche Kündigung des Vertrages.
- (2) Die Vertragsstrafe wird durch die Krankenkassen gemeinsam oder einzeln festgesetzt, und zwar insbesondere bei wiederholt fehlerhaften Abrechnungen durch das Palliative-Care-Team in Höhe von bis zu 10.000,00 EUR. Die vorstehende Vertragsstrafe gilt für jeden einzelnen Vertragsverstoß. Der Krankenkasse/ den Krankenkassen bleibt es unbenommen, daneben einen weiteren Schadensersatz geltend zu machen bzw. die Kündigungsrechte gem. § 24 wahrzunehmen.
- (3) Zur Aufklärung des Sachverhalts hat das Palliative-Care-Team der Krankenkasse/ den Krankenkassen die erforderlichen Unterlagen zu übersenden bzw. die Einsichtnahme und ggf. Ablichtung in seinen Geschäftsräumen zu gewähren.
- (4) Verstöße gegen die gesetzlichen und/oder vertraglichen Bestimmungen sind dem Palliative-Care-Team schriftlich mitzuteilen. Ihm ist die Gelegenheit zu einer Stellungnahme innerhalb angemessener Frist zu geben. Die Vertragspartner bemühen sich, eventuelle Meinungsverschiedenheiten über Vertragsverstöße gemeinsam mit dem Ziel einer gütlichen Einigung zu klären.
- (5) Die Entscheidung wird dem Palliative-Care-Team schriftlich mitgeteilt.
- (6) Unabhängig von den Maßnahmen nach Absatz 1 ist der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden durch das Palliative-Care-Team zu ersetzen.

§ 30

Außerordentliche Kündigung

- (1) Der Vertrag kann von den vertragsschließenden Krankenkassen gemeinsam oder einzeln gegenüber dem Palliative-Care-Team ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn ein Vertragspartner seine gesetzlichen und/oder vertraglichen Pflichten gegenüber den Versicherten oder der Krankenkasse derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zumutbar ist. Eine gröbliche Pflichtverletzung in diesem Sinne liegt insbesondere vor bei:
- Nichterfüllung der organisatorischen, personellen oder sächlichen Voraussetzungen gemäß § 7 über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten; für den Nachweis der Geeignetheit der Pflegefachkraft gilt eine Frist von 9 Monaten, vgl. § 9 Abs. 1 ,
 - Wiederholte Leistungserbringung durch dafür fachlich nicht qualifiziertes Personal entgegen § 7,
 - Schwerwiegende pflegebedingte Qualitätsmängel, die medizinisch oder pflegerisch festgestellt werden,
 - Abrechnung von Leistungen entgegen § 20 Abs. 2,
 - Forderungen von Versicherten entgegen § 20 Abs. 6,
 - Verstoß gegen § 27,
 - Kein Nachweis, dass die Fortbildung innerhalb der in § 14 Abs. 2 geregelten Frist nachgeholt wurde.
- (2) Ein Recht zur außerordentlichen Kündigung besteht ferner bei Vertragsverstößen des Palliative-Care-Teams oder eines Leistungserbringer des Palliative-Care-Teams, die zur außerordentlichen Kündigung eines mit diesem Leistungserbringer bestehenden Versorgungsvertrages berechtigen, vgl. z.B. § 74 SGB XI.
- (3) Vor Ausspruch der außerordentlichen Kündigung i. S. d. Absatz 1 teilt die Krankenkasse(n) dem Palliative-Care-Team ihre Kündigungsabsicht mit und gibt/geben dem Palliative-Care-Team Gelegenheit, binnen drei Wochen nach Zugang dieser Mitteilung schriftlich zu den erhobenen Vorwürfen Stellung zu nehmen. Entscheidend zur Fristwahrung ist der Zugang der Stellungnahme des Palliative-Care-Teams bei der/den Krankenkasse(n).
- (4) Die in Absatz 3 geregelte Verpflichtung besteht nicht, wenn das Wohl der Versicherten/des Versicherten der Krankenkasse(n) unverzügliches Handeln der Krankenkasse(n) erfordert, insbesondere wenn die Versorgung der Versicherten/des Versicherten mit Leistungen nach diesem Vertrag durch das Palliative-Care-Team nicht (mehr) sicher gestellt ist und dadurch Leben oder Gesundheit von Versicherten gefährdet ist (Gefahr im Verzuge).
- (5) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.

§ 31
In-Kraft-Treten, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt einschließlich seiner Anlagen am **1. Dezember 2009** in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann zum Ende eines Kalenderhalbjahres mit dreimonatiger Frist durch eingeschriebenen Brief von und gegenüber jedem Vertragspartner einzeln gekündigt werden. Die Kündigung von oder gegenüber einem Vertragspartner lässt die Wirksamkeit des Vertrages im Verhältnis zu den übrigen beteiligten Vertragspartnern unberührt.
- (3) Abweichend von Abs. 2 gilt für die Vergütungsvereinbarung nach Anlage 5 die dort vorgesehene besondere Kündigungsregelung.

§ 32
Änderungen und Ergänzungen

Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform.

§ 33
Salvatorische Klausel

- (1) Sollte eine Bestimmung des Vertrages unwirksam sein oder werden oder der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.
- (2) Im Übrigen gilt § 59 SGB X.

Hamburg, Düsseldorf, den

PALLIATIVTEAM

AOK Rheinland/Hamburg
- Die Gesundheitskasse,

Knappschaft,
Regionaldirektion Hamburg

BKK-Landesverband NORD,

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

IKK classic

zu dem Vertrag über die spezialisierte ambulante palliativmedizinische sowie palliativpflegerische Versorgung in Hamburg gemäß § 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V

Protokollnotiz 1 zu § 7 II. Personelle Voraussetzungen Abs. 1

Sind die im Palliativteam tätigen Ärzte zugleich vertragsärztlich tätig, stellen sie durch geeignete wechselseitige Vertretung sicher, dass sie Ihrem vorrangigen Versorgungsauftrag in der vertragsärztlichen Versorgung jederzeit gerecht werden.

Protokollnotiz 2 zu § 7 II. Personelle Voraussetzungen Abs. 1 a)

Ärztinnen und Ärzte gelten ebenfalls als geeignet nach diesem Vertrag, wenn die anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin spätestens bis 30.4.2009 begonnen wurde und voraussichtlich bis zum 31.12.2009 abgeschlossen sein wird.

Protokollnotiz 3 zu § 7 II. Personelle Voraussetzungen Abs. 1 b)

Pflegefachkräfte gelten ebenfalls als geeignet nach diesem Vertrag, wenn die Palliativ-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden spätestens bis 30.4.2009 begonnen wurde und voraussichtlich bis zum 31.12.2009 abgeschlossen sein wird. Im Rahmen des Bestandsschutzes gilt dieses auch für dreijährig examinierte Altenpfleger/Altenpflegerinnen, die ihre Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung nach den jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen vor Inkrafttreten / vor Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege vom 25.08.2003 erworben haben.

Protokollnotiz 4 zu § 7 II. Personelle Voraussetzungen in Verbindung mit Anlage 5 Vergütungen Punkt III. Vollversorgung

Bei einer Vollversorgung können durch das PCT keine weiteren Leistungen nach dem SGB V, insbesondere keine Leistungen der Häuslichen Krankenpflege gemäß den Verträgen nach § 132 a SGB V abgerechnet werden. Soweit nach ärztlicher Anordnung/ Verordnung entsprechende Leistungen durch das PCT erbracht werden, kann hierzu nach der folgenden Maßgabe qualifiziertes Personal, d.h. 3-jährig examinierte Pflegefachkräfte eingesetzt werden:

Maßnahmen nach § 37 .1 SGB V und § 37.2 SGB V entsprechend den HKP- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, dürfen durch das PCT im Rahmen der Vollversorgung nicht abgerechnet werden, können aber durch qualifiziertes weitergebildetes Pflegefachpersonal, das noch keine Palliative Care Weiterbildung abgeschlossen hat, am Patienten erbracht werden.

Hierbei ist es für jede am PCT beteiligte Pflegeeinrichtung möglich, Pflegefachkräften, die noch nicht über eine Palliative Weiterbildung verfügen in einem Verhältnis von 1:1 zu Pflegefachkräften nach § 7 II. Abs. 1 b) einzusetzen. Diese Mitarbeiter dürfen ausschließlich Leistungen der HKP und nicht der SAPV erbringen.

Beispielhaft kann ein Dienst, der für das PCT 4 Palliative Fachpflegekräfte zur Verfügung stellt, weitere 4 Pflegefachkräfte benennen.

Die verbindlich zu benennenden Pflegefachkräfte des jeweiligen Dienstes, sind damit assoziierte Mitglieder des PCT und haben an den Team- und Fallbesprechungen teilzunehmen.

Für sie erfolgt die Anmeldung zu der Palliativ –Care-Weiterbildung von mindestens 160 Stunden, die möglichst bis zum 30.06.2011 abzuschließen ist.

Protokollnotiz 5 zu § 9 Abs. 1

In begründeten Ausnahmefällen kann bezüglich der geeigneten Pflegefachkräfte nach § 7 II. Abs. 1 b) von der Beschäftigung bei einem Leistungserbringer nach § 132 a Abs. 2 SGB V abgesehen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass das Palliative-Care-Team im Rahmen des Konzepts nach § 6 Abs. 3 Aussagen zur Teambildung bezüglich der palliativ-pflegerischen Versorgung trifft. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass im Rahmen der fachlichen Leitung nach § 9 Abs. 2 für die palliativ-pflegerischen Leistungen eine Leitungsqualifikation (Umfang von mindestens 460 Std.) in Vollzeit vorgehalten wird.

Protokollnotiz 6 zu § 18 Abs. 3

Die Vertragspartner stimmen überein, dass auch Folgeverordnungen nur in absoluten Ausnahmefällen verspätet eingereicht werden sollen. Zur Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung wird von Sanktionen abgesehen.

Protokollnotiz zu der Kooperationsvereinbarung mit den Pflegeeinrichtungen DRK-Sozialstation Eimsbüttel-Nord gGmbH und

DRK- Sozialstation Lokstedt/Stellingen gGmbH

DAS PALLIATIVTEAM GbR erklärt die Absicht, den beiden Kooperationspartnern noch im Laufe des Jahres 2010 den Beitritt zur bestehenden GbR zu ermöglichen.