

**Vertrag über spezialisierte ambulante Palliativversorgung  
von Schwerstkranken in der Lebensendphase  
nach §§ 132 d ff SGB V**

zwischen

**der AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse, Kiel,**

**dem IKK-Landesverband Nord  
(mit Wirkung für die IKK Nord), Schwerin**

**der Landwirtschaftlichen Krankenkasse für Schleswig-Holstein und Hamburg,**

**der Knappschaft,**

**den nachfolgend benannten Ersatzkassen in Schleswig-Holstein**

- **Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal**
- **Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg**
- **Deutsche-Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg**
- **KKH - Allianz, Hannover**
- **Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd**
- **HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg**
- **Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener), Hamburg**
- **hkk, Bremen**

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:**

**Verband der Ersatzkassen e.V., Siegburg (vdek),  
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung  
Schleswig-Holstein**

(nachfolgend Krankenkassen genannt)

und

**(Einrichtungen oder Personen, die die SAPV erbringen)**

nachfolgend spezialisierter Leistungserbringer genannt

## **Inhaltsverzeichnis:**

- § 1 Zielsetzung
- § 2 Anspruchsvoraussetzungen
- § 3 Anforderungen an die Erkrankungen
- § 4 Versorgungsbedarf
- § 5 Besonders aufwändige Versorgung
- § 6 Verordnung von SAPV
- § 7 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse
- § 8 Inhalt und Umfang der Leistungen
- § 9 Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen der SAPV
- § 10 Organisatorische Voraussetzungen
- § 11 Personelle Anforderungen
- § 12 Qualitätssicherung/Dokumentation
- § 13 Vertragsregion
- § 14 Vergütung und Rechnungslegung
- § 15 Zuzahlungen
- § 16 Datenschutz
- § 17 Inkrafttreten und Kündigung
- § 18 Salvatorische Klausel

Protokollnotizen

## **Anlagen:**

- Anlage 1 Regionales Versorgungskonzept SAPV
- Anlage 2 Nachweis über Sicherstellung einer reibungslosen Versorgung der SAPV-Patienten mit Arznei- Heil- und Hilfsmitteln
- Anlage 3 Kooperationsvereinbarungen des Vertragspartners
- Anlage 4 Nachweis über die besondere Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte
- Anlage 5 Nachweis über die besondere Qualifikation der Pflegefachkräfte
- Anlage 6 Nachweis über die besondere Qualifikation der Kooperationspartner
- Anlage 7 Dokumentation: Erfassungs- und Überleitungsbogen
- Anlage 8 Verlaufsdocumentation
- Anlage 9 Vertragsregion, in der die SAPV sicherzustellen ist
- Anlage 10 Vergütung
- Anlage 11 Verordnungsmuster SAPV
- Anlage 12 Fragebogen zu SAPV nach § 37b SGB V
- Anlage 13 Antrag auf Vergabe einer SAPV-Betriebsstättennummer.

## § 1 Zielsetzung

- (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 menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 SGB XI) zu ermöglichen.

Dabei müssen folgende Versorgungsziele erreicht werden:

- Integration des Patienten in ein umfassendes Versorgungsnetz mit dem Ziel, die Lebensqualität in der Lebensendphase zu erhalten.
- Konsequente Schmerz- und Symptomkontrolle
- Fallbezogene Erreichbarkeit 24 Stunden-„Rund-um-die-Uhr“
- Effektive und wirtschaftliche Behandlung
- Einbindung aller Ressourcen in ein Behandlungskonzept unter physischen, psycho-sozialen und spirituellen Gesichtspunkten
- Verbesserung der Schnittstelle der ambulanten und stationären Versorgung
- prioritär ambulante Versorgung im Sinne des Patienten nach dem Prinzip ambulant vor stationär und somit
- Reduzierung von ungeplanten Krankenhausbehandlungen
- Unterstützung und Begleitung der Angehörigen
- Stärkung der Fürsorgekompetenz der Familie
- Koordination der Versorgung des Patienten

Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.

- (2) Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen. Dies wird durch einen separaten Vertrag, der landesweit die Spezialisierte Ambulante Pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV) regelt, sichergestellt. Vorhandene, pädiatrisch ausgerichtete Versorgungsstrukturen sind durch Kooperationen entsprechend dort zu integrieren.

- (3) Die individuellen seelischen, körperlichen und spirituellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die emotionalen Ressourcen und konkreten realen Möglichkeiten ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung.

Der Patientenwille, der auch durch Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.

- (4) Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste.

Sie kann als alleinige Beratungsleistung, Koordination der Versorgung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Versorgung erbracht werden.

Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.

- (5) Grundlage des Vertrages sind:

- 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 §

in ihrer jeweils aktuellen Fassung.

## **§ 2 Anspruchsvoraussetzungen**

Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn

1. sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate begrenzt ist (§ 3) und
2. sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besondere aufwändige Versorgung (§ 5) benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI) erbracht werden. Stationäre Hospize sind keine stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 SGB XI sondern selbstständige Einrichtungen gemäß § 39a SGB V als integraler Bestandteil einer vernetzten Versorgungsstruktur.

## **§ 3 Anforderungen an die Erkrankungen**

- (1) Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können.
- (2) Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehoben werden kann.
- (3) 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 oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.

Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.

## **§ 4 Versorgungsbedarf**

- (1) Eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV ist insbesondere dann gegeben, wenn sie wohnortnah ausgerichtet ist und die Palliativpatienten, die einen besonderen Versorgungsbedarf haben, der durch die allgemeine Palliativversorgung nicht gewährleistet werden kann, ausreichend und zweckmäßig mit der Leistung der SAPV versorgt werden können. Von der Allgemeinen Palliativversorgung (APV) unterscheidet sich die SAPV insbesondere dadurch, dass
  - die nicht heilbare Erkrankung so weit fortgeschritten ist, dass die Lebenserwartung absehbar begrenzt ist und
  - eine besonders aufwändige Versorgung benötigt wird, die auch ambulant in der eigenen Häuslichkeit oder in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden kann und
  - mindestens eines der in § 4 der SAPV-Richtlinien genannten komplexen Symptomgeschehen vorliegt.

Die bedarfsgerechte Versorgung zeigt sich auch darin, dass es mit der Leistung der SAPV mehr Menschen als bisher ermöglicht wird, in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu führen.

- (2) Der Versorgungsbedarf kann in einzelnen Regionen unterschiedlich sein. Indikatoren für die Bedarfslage können insbesondere sein,
- die regionale Siedlungsstruktur,
  - die Altersstruktur,
  - epidemiologisch relevante Erkrankungen sowie
  - die demografische Entwicklung.
- (3) Bei der Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung sind die bereits bestehenden Strukturen so weit wie möglich einzubeziehen. Auf die bereits tätigen Leistungserbringer ist zurückzugreifen, soweit sie die erforderlichen Anforderungen erfüllen. Verträge sind nur in dem Umfang abzuschließen, wie sie für eine bedarfsgerechte Versorgung i. S. d. SAPV-Bedarfsplanung für das Land Schleswig-Holstein erforderlich sind. Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht.

## **§ 5 Besonders aufwändige Versorgung**

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 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
- sonstiges komplexes Symptomgeschehen

## **§ 6 Verordnung von SAPV**

- (1) SAPV wird von der behandelnden Vertragsärztin oder von dem behandelnden Vertragsarzt verordnet.

Satz 1 gilt für die Behandlung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt bei einer oder einem von ihr oder ihm ambulant versorgten Patientin oder Patienten entsprechend.

Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht SAPV er-

forderlich, kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 7 Tage.

- (2) Die ärztliche Verordnung erfolgt auf dem Vordruck, der der Leistungserbringung nach dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf (§ 1 Abs. 4) Rechnung trägt und Angaben zur Dauer der Verordnung enthält. Der in Anlage 11 abgebildete Vordruck ist zu verwenden.
- (3) Der verordnende Arzt soll vom spezialisierten Leistungserbringer darauf hingewiesen werden, dass die auf der Verordnung angegebenen ICD-Schlüssel/Diagnosen auch in der Abrechnung des Verordners aufgeführt werden.
- (4) Der/die Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter hat die Genehmigung der Verordnung schriftlich auf der Rückseite der Verordnung (Muster 63) zu beantragen. Die Unterschrift durch den Vertragsnehmer bzw. dessen Mitarbeiter ist ausgeschlossen. Kann die Unterschrift nicht erbracht werden, weil der Versicherte bzw. sein gesetzlicher Vertreter nicht in der Lage ist zu unterschreiben, bleibt das Unterschriftenfeld auf der Verordnung frei. Der Vertragsnehmer gibt dort oder auf einer Anlage zur Verordnung die Gründe hierfür (z. Bsp. Unzumutbarkeit) an.

## **§ 7**

### **Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse**

- (1) Inhalt und Umfang der zu erbringenden SAPV-Leistungen ergeben sich aus der gemäß der SAPV-Richtlinie nach § 37b SGB V in Verbindung mit § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 14 SGB V ausgestellten und genehmigten Verordnung. Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, wenn die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 der SAPV-Richtlinie spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.
- (2) Nach Eingang der Verordnung füllt der spezialisierte Leistungserbringer den Fragebogen zur SAPV nach § 37b SGB V (s. Anlage 12) aus und fügt ihn der Falldokumentation bei. Im Falle einer MDK-Begutachtung ist der Fragebogen zur Verfügung zu stellen. Bei Verlängerungsanträgen sind die wesentlichen Änderungen im Symptomgeschehen hinzuzufügen.
- (3) Dem zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sind auf Verlangen alle benötigten Auskünfte, die zur Beurteilung der Leistungspflicht der Krankenkassen benötigt werden, zu erteilen.
- (4) Der Krankenkasse obliegt die Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der SAPV-Bedürftigkeit. Besteht aus Sicht der Krankenkasse in Einzelfällen Anlass, die Notwendigkeit und Dauer der SAPV zu überprüfen, so kann sie vor Beauftragung des MDK unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine kurze Stellungnahme des SAPV-Leistungserbringers zur Frage der Versorgungs-/Pflegesituation des Palliativpatienten anfordern.
- (5) Bestehen aus Sicht des MDK Bedenken gegen den Fortbestand der leistungsrechtlichen Voraussetzungen bezüglich der (weiteren) Notwendigkeit und Dauer der SAPV, so werden diese gegenüber dem verantwortlichen spezialisierten Leistungserbringer bzw. dem Träger der Einrichtung dargelegt und mit diesem erörtert. In einem solchen Fall werden der spezialisierte Leistungserbringer und die Träger der Einrichtung über das Ergebnis der Überprüfung und die daraus resultierende Entscheidung der Krankenkasse informiert.

## **§ 8**

### **Inhalt und Umfang der Leistungen**

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

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

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

- (2) Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen. Soweit die allgemeine Palliativversorgung ausreichend ist, darf SAPV nicht erbracht werden. Dazu prüft der spezialisierte Leistungserbringer 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 hierüber unverzüglich zu informieren. Neben der Krankenkasse sind auch der Versicherte und der Erstverordner über die Ergebnisse des Assessments zu informieren.
- (3) Im Falle der Besserung bzw. einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf ist der Versorgungsumfang der SAPV so weit wie möglich zu reduzieren und eine Weiterversorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung anzustreben.
- (4) Die Sicherstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei, Heil- und Hilfsmitteln in Krisensituationen und am Wochenende ist vom spezialisierten Leistungserbringer zu organisieren. In der Anlage 2 ist dies den Krankenkassen mittels entsprechender Kooperationsvereinbarungen nachzuweisen.

## **§ 9**

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

- (1) Der qualifizierte Palliativarzt des Leistungserbringers verordnet die notwendigen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel unter Verwendung der regulären Verordnungsvordrucke (Muster 13, 14, 16 und 18) auf den Namen des Versicherten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 SGB V. Die nach den §§ 300, 302 SGB V vereinbarten Abrechnungsverfahren gelten entsprechend.
- (2) Der qualifizierte Palliativarzt benötigt für die Abrechnung der extrabudgetäre verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel eine gesonderte Betriebsstättennummer (SAPV-BSNR). Diese wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) an den spezialisierten Leistungserbringer (PCT) vergeben. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, sich um den Erhalt der Betriebsstättennummer unter Verwendung des in Anlage 13 abgebildeten Antragsformulars zu kümmern. Die AOK Schleswig-Holstein ist über die vergebene SAPV-BSNR zu informieren.
- (3) Bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV wird auf den zu verwendenden Vordrucken - zusätzlich zur SAPV-BSNR - im entsprechenden Feld einheitlich die Pseudo-Arzt-Nummer 333333300 eingetragen. Die SAPV-BSNR und die

Pseudo-Arztnummer dürfen nur für Verordnungen im Rahmen der SAPV auf Basis einer gültigen SAPV-Verordnung (Muster 63) verwendet werden.

- (4) Auch auf den BtM-Rezepten sind die SAPV-BSNR und die Pseudo-Arztnummer anzugeben. Solange das BtM-Muster noch nicht angepasst ist, ist die SAPV-BSNR in das Feld „Vertragsarztnummer“ und die Pseudo-Arztnummer in das Feld „VK gültig bis“ einzutragen.
- (5) Bei der (zeitgleichen) Verordnung von Arzneimitteln einerseits und Hilfsmitteln andererseits sind jeweils getrennte Vordrucke nach Muster 16 zu verwenden.
- (6) Die Kassenverbände organisieren, dass Arzneiverordnungsblätter (Muster 16) seitens des Vordruckverlages mit der für das SAPV-Team vergebenen Betriebsstätten-Nummer codiert und nur an vertragsgebundene Ärzte der SAPV ausgegeben werden.

## **§ 10 Organisatorische Voraussetzungen**

- (1) Die Leistungen der SAPV werden durch spezialisierte Leistungserbringer erbracht. Spezialisierte Leistungserbringer sind nach § 11 Abs. 2 qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte und nach § 11 Abs. 3 qualifizierte Pflegefachkräfte, die orientiert an den Voraussetzungen der §§ 10 und 11 dieses Vertrages ggf. auch in Kooperation mit anderen Professionen (s. § 11 Abs. 4) eng zusammenarbeiten. Sie erfüllen ergänzend besondere sächliche Voraussetzungen nach Abs. 4 und Abs. 5, die für eine spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung erforderlich sind. Eine psychosoziale Unterstützung ist in enger Zusammenarbeit z.B. mit ambulanten Hospizdiensten nach § 39a Abs. 2 SGB V, Seelsorge und Sozialarbeit zu gewährleisten.
- (2) Die spezialisierten Leistungserbringer sind Teil einer zu koordinierenden multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie arbeiten mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern, wie Hausärzten und ambulanten Hospizdiensten gemäß § 39a Abs. 2 SGB V eng zusammen (integrativer Ansatz). Mit den regelhaft an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern sind Kooperationsvereinbarungen als Voraussetzung für Leistungserbringung und Vergütung schriftlich abzuschließen und den Krankenkassen vorzulegen (s. Anlage 3).
- (3) Die spezialisierten Leistungserbringer arbeiten nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzept, in dem der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung (inkl. der personellen und sächlichen Ausstattung) sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben sind. Das Konzept ist der Krankenkasse vorzulegen. (s. Anlage 1)
- (4) Die spezialisierten Leistungserbringer haben als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:
  - eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation
  - Arzneimittel (inkl. Betäubungsmittel) 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.
- (5) Die spezialisierten Leistungserbringer müssen über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für



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

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

## **§ 11 Personelle Anforderungen**

- (1) Der spezialisierte Leistungserbringer stellt sicher, dass das für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch den spezialisierten Leistungserbringer eine fallbezogene Erreichbarkeit 24 Stunden-„Rund-um-die-Uhr“ für die Patienten, deren Angehörigen und die an der Versorgung Beteiligten sicherzustellen ist. Die ständige Erreichbarkeit mindestens einer Ärztin/eines Arztes und/oder einer Pflegefachkraft ist zu gewährleisten. Die Erreichbarkeit schließt ggf. notwendige Hausbesuche ein.
  
- (2) Die nach § 8 Abs.1 tätigen Ärztinnen und Ärzte verfügen über
  - eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung)
 und
  - Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung und/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.(Nachweis s. Anlage 4)
  
- (3) Die nach § 8 Abs. 1 tätigen Pflegefachkräfte verfügen über:
  - die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin / Altenpfleger (dreijährige Ausbildung aufgrund einer landesrechtlichen Regelung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung und
  - den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden
 und
  - Erfahrung durch mindestens eine zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren; davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung. Dazu zählt auch die in einem Palliativnetz/PCT erbrachte und vergleichbar geleistete Tätigkeit. (Nachweis s. Anlage 5)
  
- (4) Soweit weitere Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeiter, Sozialpädago-

ginnen oder Sozialpädagogen, Psychologinnen oder Psychologen) vertraglich eingebunden werden, haben diese eine Zusatzweiterbildung Palliative Care für andere Berufsgruppen oder eine mehrjährige Erfahrung in der Palliativversorgung nachzuweisen. (Nachweis s. Anlage 6)

## **§ 12 Qualitätssicherung/Dokumentation**

- (1) Die spezialisierten Leistungserbringer sind verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Sie nehmen regelmäßig an palliativmedizinischen/-pflegerischen Fortbildungen teil und führen möglichst halbjährlich multidisziplinäre Qualitätszirkel durch, an denen auch die übrigen in der Versorgung Tätigen teilnehmen. Die spezialisierten Leistungserbringer sollen sich außerdem an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.
- (2) Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und auf Wunsch der Krankenkasse als Konzept vorzulegen. Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten und - soweit vorhanden - allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Es soll kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sein.

Zusätzlich finden die im Folgenden dargestellten Dokumentationsinstrumente Anwendung.

- Erfassungs- und Überleitungsbogen (s. Anlage 7) mit Inhalten zu medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Gesichtspunkten. Ziel ist es, in kurzer Zeit einen umfangreichen Überblick über die verschiedenen Gesichtspunkte der Versorgung des Schwerstkranken zu erhalten.
- Verlaufsdokumentation (s. Anlage 8) mit standardisierten Inhalten zu Qualität, Intensität und Verlauf von Schmerz und anderen belastenden Symptomen, sowie Verlaufsdokumentation der medikamentösen Dauertherapien und Bedarfsmedikation (siehe gemeinsames Dokumentationssystem in Zusammenarbeit mit der Diako in Flensburg).

Zusätzlich werden in dieser Patientenakte die Besuche durch den Hausarzt, das Pflorgeteam wie auch allen Mitwirkenden im Versorgungsnetz dokumentiert.

- (3) Die Teilnahme an Supervision ist zu ermöglichen. Regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen sind in überschaubaren Intervallen durchzuführen; die inhaltliche und zeitliche Organisation ist den Beteiligten überlassen.
- (4) Die spezialisierten Leistungserbringer erstellen einen jeweils individuellen Behandlungsplan, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist.
- (5) Dem MDK sind, auf Nachfrage der Krankenkassen, alle erforderlichen Unterlagen vorzulegen, um die Struktur- bzw. Prozessqualität des Leistungserbringers bewerten zu können insbesondere um die gesetzlich vorgeschriebenen und vom GKV-Spitzenverband Bund angekündigten Evaluationen durchführen zu können.

## **§ 13 Vertragsregion**

Der spezialisierte Leistungserbringer verpflichtet sich, die Versorgung in der Vertragsregion (siehe Anlage 9) gemäß § 10 Abs. 1 sicherzustellen. Eine flächendeckende Versor-

gung ist anzustreben. Die bedarfsgerechte Versorgung für Schleswig-Holstein ergibt sich aus der in Anlage 9 vorangestellten Übersicht.

## **§ 14 Vergütung und Rechnungslegung**

- (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 10 aufgeführten Pauschalen.
- (2) Einsätze, die wegen fehlender Mitwirkung des Versicherten nicht erbracht werden können, sind nicht abrechnungsfähig.
- (3) Mit den Komplexpauschalen nach Anlage 10 sind alle Aufwendungen abgegolten, die im Zusammenhang mit der SAPV-Leistung stehen. Eine zeitgleiche Abrechnung von Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) über die Kassenärztliche Vereinigung ist daneben ausgeschlossen.
- (4) Die Vergütung erfolgt ausschließlich gegenüber dem Leistungserbringer auf Basis eines einheitlich abgestimmten Leistungsnachweises, den die Krankenkassen den spezialisierten Leistungserbringern zur Verfügung stellen.
- (5) Die Rechnungsstellung erfolgt über den spezialisierten Leistungserbringer oder über eine von ihm beauftragte Person oder Institution. Die Bezahlung erfolgt innerhalb von 28 Tagen nach Rechnungseingang, soweit Leistungspflicht besteht. Die Frist beginnt mit Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen gemäß Abs. 6 bei der Krankenkasse bzw. einer von ihr genannten Stelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde. Bei Überschreitung des Zahlungsziels können Verzugszinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweils gültigen Basiszinssatz p. a. berechnet werden. Der Ersatz eines weitergehenden Verzugschadens, insbesondere vorgerichtlicher Anwaltskosten, ist ausgeschlossen; prozessuale Kostenerstattungsansprüche bleiben hiervon unberührt. Zu Unrecht bereits gezahlte Leistungen sind innerhalb eines Monats der Krankenkasse zu erstatten; Sätze 4 und 5 gelten entsprechend.
- (6) Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
  - Abrechnungsdaten
  - Urbelege (Verordnungsblätter, im Original),
  - ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original,
  - Leistungsnachweis im Original
  - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung)und auch folgende Angaben zu beinhalten:
  - Krankenversicherungsnummer des Palliativpatienten
  - Diagnosen des Patienten
  - LANR und "SAPV-BSNR" / Institutionskennzeichen des Verordners
  - Institutionskennzeichen des spezialisierten Leistungserbringer
  - die konkret erbrachte Leistung der SAPV gem. Anlage 10
  - Zeitraum der Leistungserbringung
- (7) Die Rechnungslegung erfolgt auf der Grundlage der §§ 301 ff SGB V im Wege des elektronischen Datenaustauschs. Sollte die nach S. 1 vorgesehene Übermittlung nicht erfolgen können, so gelten die nach dieser Regelung bestehenden inhaltli-

chen Vorgaben auch für die anderen Formen der Rechnungslegung. Die Parteien verpflichten sich in diesem Fall zur Herbeiführung des nach S. 1 dieses Absatzes vorgesehenen Regelfalls.

## **§ 15 Zuzahlungen**

- (1) SAPV wird als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Jegliche Zuzahlungen vom Versicherten im Rahmen der Vertragsleistungen dürfen weder gefordert noch angenommen werden; die Zuzahlungspflicht nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) bleibt davon unberührt.
- (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 § 7 dieses Vertrages übernommen werden. (Eingang der Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag)

## **§ 16 Datenschutz**

- (1) Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztlichen Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften unberührt und sind von allen Vertragspartnern zu beachten. Der spezialisierte Leistungserbringer und seine Kooperationspartner treffen hierfür die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen.
- (2) Die Weitergabe und Nutzung der die Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bedürfen der schriftlichen Einwilligung der Versicherten.

## **§ 17 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Die Vereinbarung tritt ab dem xx.xx.2009 in Kraft. Sie kann jeweils zum 30.09. zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2009. Die Kündigung kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse/jedem einzelnen Krankenkassenverband ausgesprochen werden.
- (2) Patienten, die vor Wirksamwerden der Kündigung in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach diesem Vertrag aufgenommen worden sind, deren Behandlung zum Zeitpunkt der Beendigung des Vertrages jedoch noch nicht beendet ist, werden nach Maßgabe dieses Vertrages behandelt.
- (3) Die außerordentliche Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund ist möglich. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere dann vor wenn:
  - durch eine gesetzliche Änderung, aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen die Durchführung der angestrebten Vereinbarungen bzw. die Erreichung der angestrebten Ziele für die Vertragspartner rechtlich unmöglich oder den Krankenkassen untersagt wird,
  - die Voraussetzungen dieser spezialisierten ambulanten Palliativversorgung aus wesentlichen medizinisch-wissenschaftlichen oder tatsächlichen Gründen entfallen.

**§ 18**  
**Salvatorische Klausel**

- (1) Nebenabreden zu dieser Vereinbarung bestehen nicht. Änderungen und/oder Ergänzungen bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für den Verzicht auf dieses Schriftformerfordernis selbst.
- (2) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder die Vereinbarung Lücken enthalten, so bleibt die Rechtswirksamkeit der übrigen Bestimmungen hiervon unberührt. Die unwirksame oder fehlende Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck unwirksamer Bestimmungen in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.
- (3) Alle Änderungen dieses Vertrages müssen schriftlich erfolgen und von allen Parteien unterzeichnet werden. Mündliche Abreden sind unwirksam.
- (4) Die allgemeinen Grundsätze über die Aufklärung des Versicherten bleiben unberührt.

Mustervertrag

**Vertragsunterschriften:**

Ort, den

\_\_\_\_\_  
Spezialisierte Leistungserbringer

Kiel, den

\_\_\_\_\_  
AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse -

Kiel, den

\_\_\_\_\_  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)  
Der Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein

Kiel, den

\_\_\_\_\_  
Landwirtschaftliche Krankenkassen Schleswig-Holstein und  
Hamburg

Schwerin, den

\_\_\_\_\_  
IKK-Landesverband Nord

Hamburg, den

\_\_\_\_\_  
Knappschaft, Fachbereich See-Krankenversicherung

Anlage 1

Regionales Versorgungskonzept SAPV

Mustervertrag

Anlage 2

**Nachweis über Sicherstellung einer reibungslosen Versorgung der SAPV-Patienten mit Arznei- Heil- und Hilfsmitteln**

Mustervertrag



**Anlage 3**

**Kooperationsvereinbarungen des Vertragspartners**

Mustervertrag

**Anlage 4**

**Nachweis über die besondere Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte**

Mustervertrag

**Anlage 5**

**Nachweis über die besondere Qualifikation der Pflegefachkräfte**

Mustervertrag

**Anlage 6**

**Nachweis über die besondere Qualifikation der Kooperationspartner**

Mustervertrag

Anlage 7

Dokumentation: Erfassungs- und Überleitungsbogen

Mustervertrag

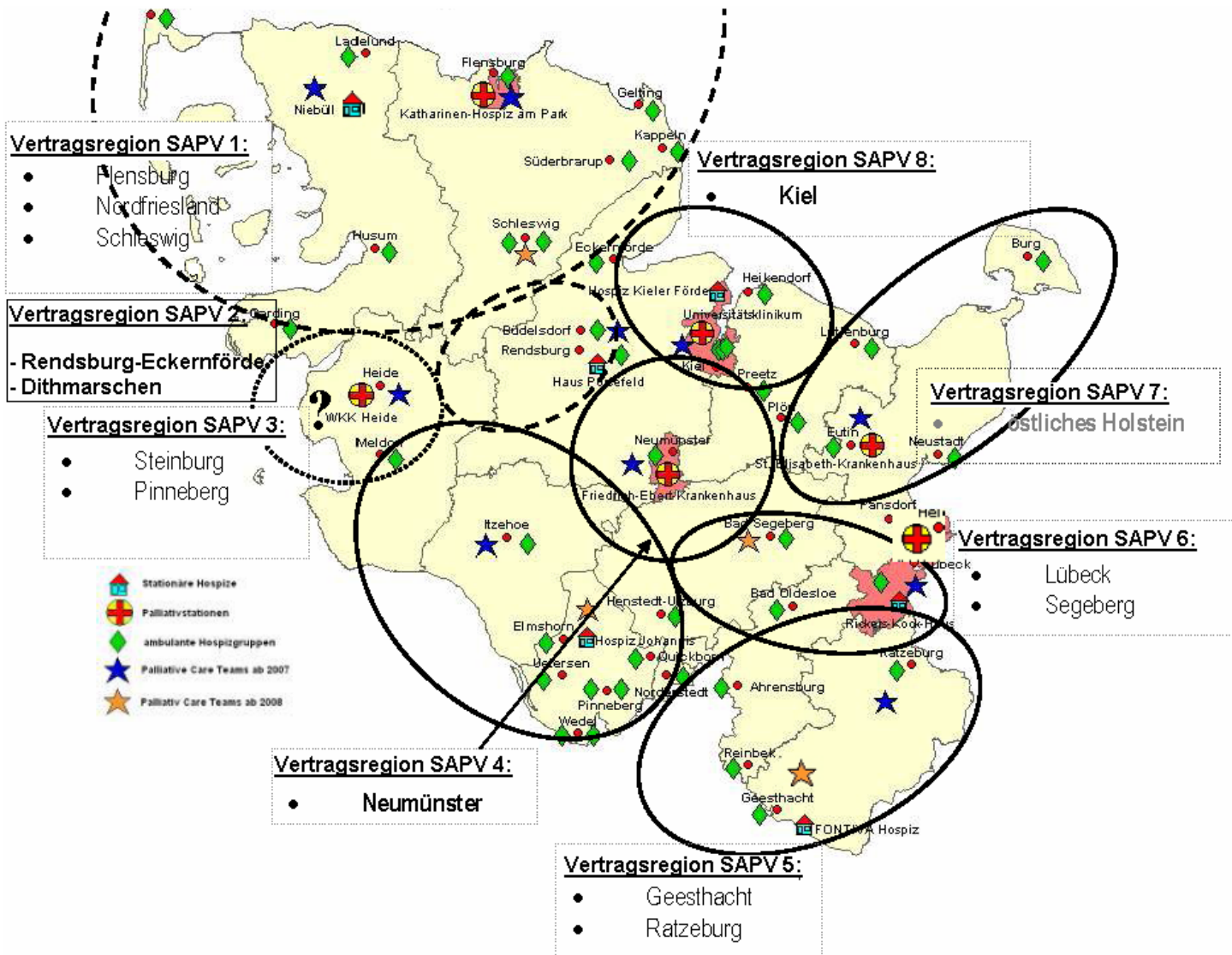
## Anlage 8

Verlaufsdokumentation (z.B. die schon für Schleswig-Holstein abgestimmte Dokumentation der 14 PCTs)

Mustervertrag

## Anlage 9

### Zusammenfassung vorhandener Palliativ Care Teams zur flächendeckenden Versorgung in Schleswig-Holstein in Vertragsregionen SAPV 1 - 8



**Vertragsregion, in der die SAPV sicherzustellen ist:**

## Anlage 10

### Vergütungstabelle SAPV

Leistung	Komplex-/Tagespauschale in Euro
Beratung und Koordination	200,-€ (Komplexpauschale einmal pro Fall)
Additiv unterstützende Teilversorgung	90,-€
Vollständige Versorgung	180,-€

Für die ersten sieben Tage der Verordnung, maximal jedoch bis zum Versterben bzw. Ausscheiden der Patientin/des Patienten aus der SAPV, wird die SAPV im verordneten Umfang vergütet.

#### 1. Beratung und Koordination:

Beratung und anschließende Koordination/Fallmanagement werden in einer Komplexpauschale/Fall zusammengefasst - unabhängig vom erforderlichen Umfang der SAPV. Handelt es sich - entgegen der Verordnung - nicht um SAPV, sondern reichen die Mittel der Regelversorgung und allgemeinen Palliativversorgung aus, koordiniert der spezialisierte Leistungserbringer die Überführung in die Regelversorgung (z.B. Kontaktaufnahme mit den behandelnden Haus- und Fachärzten). Auch in diesen Fällen wird der volle Pauschalbetrag vergütet.

Wurden während eines SAPV-Falles für den Zeitraum von 28 Tagen keine Leistungen erbracht, ist die sich anschließende Verordnung als „Erstverordnung“ anzusehen, mit der Konsequenz, dass erneut die Komplexpauschale für „Beratung und Koordination“ abgerechnet werden darf.

#### 2. Additiv unterstützende Teilversorgung:

Grundsätzlich als Einsatz im Sinne eines Hausbesuches, wenn Beratung und Koordination zur Gewährleistung der SAPV nicht mehr ausreichen. Einzelne Leistungen des in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskatalogs werden bei Bedarf erbracht.

In erster Linie sind dies:

- Hausbesuche durch das PCT (von Ärzten und/oder Pflegefachkräften ggf. Case-Managern nach Bedarf)
- Ärztliche und/oder pflegerische Leistungen
- Einbeziehung anderer Akteure / Anleitung am Krankenbett
- Krisenvorbeugung / -intervention
- Dokumentation und Evaluation
- der ggf. durch die SAPV bedingte Mehraufwand im Bereich der HKP-Leistungen (§ 37 SGB V).

Die Erbringung und Abrechnung von HKP-Leistungen (§ 37 SGB V) für Grunderkrankungen, die bereits vor der SAPV erbracht wurden, ist nur in Abstimmung mit dem SAPV-Team möglich.



### **3. Vollversorgung:**

Die vollständige Versorgung beinhaltet die Leistungen der Additiv unterstützenden Teilversorgung. Alle Leistungen des in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskataloges werden bei Bedarf erbracht, d.h. die SAPV umfasst im Rahmen der Vollversorgung alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung.

Auch in der Vollversorgung bleiben die Leistungserbringer der Primärversorgung, die bereits vor der SAPV-Verordnung andere, nicht die SAPV auslösende, Erkrankungen und Versorgungsnotwendigkeiten behandelt bzw. abgedeckt haben, für den in diesem Zusammenhang weiter bestehenden Versorgungsbedarf eingebunden. Dies sind in der Regel der Hausarzt und der bereits versorgende Pflegedienst. Die Erbringung von HKP-Leistungen (§ 37 SGB V) hat in Abstimmung mit dem spezialisierten Leistungserbringer zu erfolgen.

Die Vollversorgung umfasst folglich:

- die Leistungen der Additiv unterstützenden Teilversorgung
- ggf. alle in § 5 Abs. 3 der Richtlinie aufgeführten Leistungen
- Dokumentation und Evaluation
- den ggf. durch die SAPV bedingten Mehraufwand im Bereich der HKP-Leistungen (§ 37 SGB V).

#### **Anmerkungen zur Vergütung:**

Die Tagespauschalen werden von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung jeweils an den regionalen SAPV-Vertragspartner gezahlt. Die Pauschalen für die Teil- und Vollversorgung werden jeweils nur dann gezahlt, wenn der aus der Verordnung hervorgehende Leistungsumfang auch tatsächlich medizinisch/pflegerisch notwendig war und lt. Leistungsnachweis am zu vergütenden Tag erbracht wurde. Mit den Vergütungsbeträgen sind sämtliche im Zusammenhang mit den nach diesem Vertrag erbrachten SAPV-Leistungen sowie sämtliche anfallenden Aufwendungen abgegolten.

Die relative Verteilung der Pauschalen (z.B. ärztliche und pflegerische Einsätze) obliegt dem SAPV-Vertragspartner.

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (auch Verbrauchsmaterialien und sonstige Gerätekosten) sind unter Angabe der gesondert für das PCT/den spezialisierten Leistungserbringer vergebenen Betriebsstättennummer (BSNR) und der Pseudo-Arztnummer: 3333333 00 zu verordnen.

Die zeitgleiche Abrechnung von Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) über die Kassenärztliche Vereinigung ist neben den SAPV-Pauschalen durch die am Versorgungsnetz teilnehmenden Palliativärzte ausgeschlossen.

Mit dem Ableben der Patientin/des Patienten enden alle Vergütungsansprüche nach dieser Vereinbarung.

**Ansprüche nach dem SGB XI bleiben unberührt.**

**Revisionsklausel:**

Zum 30.06.2010 wird diese Vergütungsregelung einer Neubewertung unterzogen. Ziel ist es, gewonnene Erfahrungswerte hinsichtlich Kostendeckung der Pauschalen, aber auch hinsichtlich der Kalkulierbarkeit der unterschiedlichen Leistungsinhalte (Frequenz/Personaleinsatz/Dauer) und damit eines SAPV-Falles ( $\emptyset$  Gesamtkosten/ $\emptyset$  Verweildauer) entsprechend zu berücksichtigen und ggf. eine Anschlussregelung zur Vergütung in Kraft zu setzen.

Mustervertrag

**Verordnungsmuster SAPV (Version laut Formulkommission)**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)**

- Erstverordnung       Folgeverordnung  
 Unfall Unfallsfolgen

vom         bis

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)** (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

- Komplexes Symptomgeschehen**
- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik                        | <input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik                                      | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | <input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen               |  |

**Nähere Beschreibung** des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

\_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation** (ggf. einschließlich BtM) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Folgende Maßnahmen sind notwendig**

- Beratung       a. des behandelnden Arztes       Koordination der Palliativversorgung  
 b. der behandelnden Pflegefachkraft  
 c. des Patienten / der Angehörigen

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

\_\_\_\_\_

- Additiv unterstützende Teilversorgung       Vollständige Versorgung

**Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV**

\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 40860, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 40862 berechnungsfähig.

**Antrag des Versicherten**

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird wie vom behandelnden Arzt verordnet beantragt.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Datum

TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

**Angaben des Leistungserbringers für die SAPV**

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom TTMMJJ bis TTMMJJ erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

Datum

TTMMJJ

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

**Genehmigung der Krankenkasse**

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung übernommen

in folgendem Umfang übernommen \_\_\_\_\_

Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versichertennummer

XXXXXXXXXX

Geburtsdatum

TTMMJJJJ

Datum

TTMMJJ

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

## Anlage 12

### Fragebogen zu SAPV nach § 37b SGB V

Seite 1 von 2

- Erstantrag
- Verlängerungsantrag: SAPV seit:

**Krankenkasse:**

**Name:**

**Vorname:**

**Geb.-Datum:**

**Adresse:**

**Pflegeversicherung:**  keine  beantragt  St.1  St.2  St.3  Härtefall  Höherstufung

**Ambulante Versorgung durch:**

**Name:**

- Hausarzt
- Palliativarzt
- Pflegedienst
- Private Pflegeperson
- Ambulanter Hospizdienst

**Diagnose mit Erstdiagnose und jetzigem Stadium:**

**Metastasen:**

**Begleiterkrankungen:**

**Bisherige Therapien:**

operativ	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wann:
Chemo	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wann:
Radiatio	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wann:

**Letzte KH-Behandlung:** wann: wo:

## Fragebogen zu SAPV nach § 37b SGB V

Seite 2 von 2

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

**Ausgeprägte Symptomkontrolle, welche?:**

**Aktuelle Medikation:**     oral    i.v.    i.m.    s.c.    Infusion    Pumpe    Inhalation

-     regelmäßig

-     bei Bedarf

**Andere erforderliche Behandlungen:**

KG             Lymphdrainage     Chemotherapie             Radiatio             Atemtherapie

**Erforderliche besondere palliativpflegerische Maßnahmen:**

Port     ZVK     PEG Magensonde     Sauerstoffgabe     DK/Zystofix     Anus praeter  
 Urostoma             Tracheostoma     Lagerung  
 Wundbehandlung mit Beschreibung

**Psychosoziale Betreuung:**

- durch:

- Familie/soziales Umfeld:

- Patientenverfügung:    ja             nein

**Ort, Datum**

**Name, Unterschrift  
des SAPV PCT**

**Name, Unterschrift  
des feststellenden Arztes**

**Anlage 13**

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

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

Name: .....

Ansprechpartner: .....

Anschrift: .....

.....

Telefon: .....

Fax: .....

E-Mail: .....

Vertragsbeginn: .....

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Leistungserbringers

**Bescheinigung der Antragsberechtigung**

Krankenkasse: .....

Name des Ansprechpartners: .....

Anschrift: .....

.....

Telefon: .....

Fax: .....

E-Mail: .....

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift der Krankenkasse

.....

Stempel der Krankenkasse

