



Mitteilung für Krankenhäuser Nr. 820/2022

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV): Neue Bundesrahmenverträge treten ab 01.01.2023 in Kraft

Im Zuge des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) aus dem Jahr 2018 sind Rahmenverträge über die Durchführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Erwachsene (SAPV) sowie für Kinder und Jugendliche (SAPV-KJ) erarbeitet worden. Diese sehen Vereinbarungen nach § 132d SGB V Abs. 1 Satz 1 zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Abs. 3 SGB V vor. Um den spezifischen Belangen von Kindern und Jugendlichen nachzukommen, wird für diese Zielgruppe ein gesonderter Rahmenvertrag vorgestellt. In den beiden Bundesrahmenverträgen (BRV) werden insbesondere die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die Grundsätze der Vergütung geregelt.

Nach intensiven, langen Verhandlungen seit 2019 sind die Regelungen schließlich im Schiedsverfahren festgesetzt worden. Die nun vorliegenden Rahmenverträge auf Bundesebene gelten ab 01.01.2023 mit einer Übergangsfrist von fünf Jahren. In diesem Zeitraum nach dem Inkrafttreten müssen bestehende Verträge zwischen den Krankenkassen und den SAPV-Teams auf Landesebene überprüft und angepasst werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft als gesetzlich stellungnahmeberechtigte Organisation hatte sich am Stellungnahmeverfahren zu den Entwürfen der Rahmenverträge beteiligt und dabei insbesondere auch die Positionen der Leistungserbringerseite unterstützt.

Mit den Rahmenverträgen werden erstmalig bundeseinheitliche Regelungen etabliert, die als Grundlage für eine qualitativ hochwertige Versorgung dienen sollen. Zur Zielsetzung der SAPV wird im Kontext eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes darin ausgeführt, „... die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker und sterbender Menschen (§ 37b Abs. 1 Satz 1 SGB V i. V. m. § 1 Abs. 1 SAPV-Richtlinie) zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung sowie in einem stationären Hospiz zu ermöglichen. ...“

Spezifische Aspekte betreffen unter anderem eine Mindestpersonalausstattung der Teams und die verpflichtende Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten als auch die Mindestbeschäftigungsumfänge der Mitarbeitenden im Kontext multiprofessioneller Teams und die Erarbeitung von Behandlungskonzepten in Fallkonferenzen.

Für Kinder und Jugendliche ist aufgrund deren besonderer Belange der Einbezug einer psychosozialen Fachkraft als fester Bestandteil des Kernteams vorgesehen. Eine Übernahme dieser Regelung in den Vertrag zur SAPV für Erwachsene ist jedoch nicht erfolgt, da gesetzliche Grundlagen fehlen, die Leistung der psychosozialen Fachkraft auch für diese Zielgruppe zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen.

In den Anlagen sind die Bundesrahmenverträge zur SAPV beigefügt. Weiterführende Informationen und Dokumente lassen sich zum Beispiel auf folgender Internetseite des GKV-Spitzenverbandes abrufen:

www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/sapv_start/start_sapv.jsp

Anlagen (2)

Rahmenvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V

zur Erbringung von

Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

vom 26.10.2022

zwischen dem GKV-Spitzenverband¹

und

- dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Berlin
- der Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Berlin
- der Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV e. V., Berlin
- dem Bundesverband Kinderhospiz e. V., Berlin
- dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Berlin
- dem Deutschen Caritasverband e. V., Freiburg
- dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e. V., Berlin
- dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Berlin
- dem Deutschen Roten Kreuz e. V., Berlin
- der Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., Berlin
- dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Essen

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

Inhalt

Präambel.....	- 3 -
§ 1 Zielsetzung der SAPV	- 4 -
§ 2 Zielgruppe.....	- 5 -
§ 3 Organisation der SAPV	- 6 -
§ 4 Zulassung als SAPV-Team	- 8 -
§ 5 Versorgungskonzept.....	- 11 -
§ 6 Strukturelle und sächliche Anforderungen an das SAPV-Team	- 12 -
§ 7 Personelle Anforderungen	- 14 -
§ 8 Anzeigepflichten / Mitteilungspflichten	- 17 -
§ 9 Inhalt und Umfang der SAPV.....	- 18 -
§ 10 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Veranlassung von diagnostischen Laboruntersuchungen.....	- 21 -
§ 11 Verordnungsverfahren von SAPV.....	- 22 -
§ 12 Genehmigungsverfahren von SAPV	- 24 -
§ 13 Dokumentationssystem.....	- 25 -
§ 14 Qualitätssicherung	- 27 -
§ 15 Statistik.....	- 27 -
§ 16 Grundsätze der Vergütung	- 28 -
§ 17 Abrechnung und Datenträgeraustausch (DTA)	- 33 -
§ 18 Verbot von Aufzahlungen.....	- 36 -
§ 19 Vermittlungsverbot	- 36 -
§ 20 Maßnahmen bei Vertragsverstößen	- 36 -
§ 21 Ordentliche Kündigung des Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V	- 38 -
§ 22 Übergangsregelungen	- 38 -
§ 23 Schiedsverfahren	- 39 -
§ 24 Inkrafttreten, Änderung und Kündigung des Rahmenvertrages.....	- 39 -
§ 25 Salvatorische Klausel.....	- 40 -
Unterschriftenseite	- 41 -

Anlage 1 – Strukturhebungsbogen.....	- 42 -
Anlage 2 – Behandlungsplan	- 48 -
Anlage 3 –Ergebnisbericht zur Indikationseinschätzung/Mitteilung über die Beendigung der SAPV.....	- 51 -
Anlage 4 – Leistungsnachweis über die Erbringung von SAPV.....	- 54 -

Präambel

- 1) Nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V schließen der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene einen Rahmenvertrag zur Durchführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). In dem Rahmenvertrag werden insbesondere die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die Grundsätze der Vergütung geregelt.
- 2) Leistungserbringer (nachfolgend SAPV-Team), die die Anforderungen der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie) gemäß § 37b Abs. 3 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V in der jeweils aktuell geltenden Fassung (nachfolgend SAPV-Richtlinie genannt) sowie des Rahmenvertrages erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V mit der / den Krankenkasse/n einzeln oder gemeinsam unter Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes.
- 3) Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen wird durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung getragen. Regelungen für ausschließlich auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen spezialisierte SAPV-Teams sind daher kein Gegenstand dieses Rahmenvertrages.
- 4) Die Partner der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V wirken auf der Grundlage dieses Rahmenvertrages auf eine flächendeckende und dem regionalen Bedarf, sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum, Rechnung tragende Versorgung mit SAPV-Leistungen durch hierfür geeignete SAPV-Teams hin. Die SAPV-Teams sollen sich untereinander sowie im regionalen Versorgungssystem vernetzen.
- 5) Dieser Rahmenvertrag ist für die Partner der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V verbindlich. Ziel des Rahmenvertrages ist es, für Versicherte der Krankenkassen eine qualifizierte Versorgung mit SAPV auf einem einheitlichen Qualitätsniveau sicherzustellen. Die Einzelheiten zur Versorgung werden in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V zwischen den Krankenkassen und den SAPV-Teams unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten geregelt. Die Regelungen in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V dürfen den Regelungen dieses Rahmenvertrages nicht entgegenstehen.
- 6) Den Krankenkassen und den maßgeblichen Organisationen der Hospiz- und Palliativver-

sorgung bleibt es unbenommen, auf regionaler Ebene ergänzend zum vorliegenden Rahmenvertrag konkretisierende Verfahrensregelungen abzustimmen.

- 7) Die SAPV-Richtlinie ist für die Partner des vorliegenden Rahmenvertrages sowie für die Partner der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V verbindlich.
- 8) Die SAPV ist eine dem individuellen Versorgungsbedarf entsprechende Leistung, die die Wünsche und Bedürfnisse der oder des Versicherten in den Mittelpunkt der Behandlung rückt. Sie bezieht sich ausschließlich auf die hierzu indizierten notwendigen spezialisierten Maßnahmen zur Palliativversorgung gemäß der SAPV-Richtlinie.
- 9) Das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V ist zu beachten.
- 10) Der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigung der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden. Darüber hinaus wurden auch die Patientenorganisationen nach § 140f Abs. 4 SGB V beteiligt. Die Hinweise aus den Stellungnahmen sind in den Rahmenvertrag eingeflossen.
- 11) Die Vertragspartner des vorliegenden Rahmenvertrages werden die Erfahrungen mit dessen Umsetzung fortlaufend auswerten und diesen erforderlichenfalls weiterentwickeln.

§ 1 Zielsetzung der SAPV

- 1) Die SAPV dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker und sterbender Menschen (§ 37b Abs. 1 Satz 1 SGB V i. V. m. § 1 Abs. 1 SAPV-Richtlinie) zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung sowie in einem stationären Hospiz zu ermöglichen.

Im Vordergrund stehen die aktive und ganzheitliche Behandlung von Versicherten nach § 2. Zielsetzung ist es, das Befinden der oder des Versicherten auch unter Einbezug weiterer Angebote physisch, psychisch und sozial zu stabilisieren, die Selbsthilfefähigkeit des sozialen Umfeldes zu unterstützen und somit die Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.

Im Rahmen der SAPV erfolgt ein Perspektivwechsel. Im Vordergrund der SAPV steht die

palliative Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. Kurative Ansätze treten in den Hintergrund.

- 2) Die SAPV ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten medizinischen- und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der oder des Versicherten sowie die Belange ihrer oder seiner Zugehörigen² stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Wille der oder des Versicherten (Patientenwille), der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.
- 3) Die SAPV ergänzt die Leistungsangebote der anderweitigen Versorgungsformen. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.

§ 2 Zielgruppe

- 1) Dieser Rahmenvertrag regelt die Durchführung der SAPV bei Versicherten, welche zum Beginn der Leistungserbringung das 18. Lebensjahr³ vollendet haben.
- 2) Bei Versicherten, die der SAPV bedürfen, liegt nach den §§ 2–4 der SAPV-Richtlinie eine nicht heilbare, fortschreitende und so weit fortgeschrittene Erkrankung vor, dass dadurch die Lebenserwartung begrenzt ist. Weitere Voraussetzung für die SAPV ist das Vorliegen eines Bedarfs an besonders aufwändiger Versorgung. Anhaltspunkt dafür ist ein komplexes Symptomgeschehen, das besondere palliativ-medizinische und/oder palliativ-pflegerische Kenntnisse und Erfahrungen erfordert sowie ein interdisziplinäres, insbesondere zwischen Ärztinnen oder Ärzten und Pflegefachpersonen in besonderem Maße abgestimmtes Versorgungskonzept voraussetzt. Aufgrund dieses spezifischen Versorgungsbedarfs sind die Leistungen und Angebote der anderweitigen Versorgungsformen nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichend.
- 3) Versicherte in stationären Hospizen nach § 39a Abs. 1 SGB V haben grundsätzlich einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen palliativ-medizinischen Versorgung im Rahmen der SAPV, sofern die Voraussetzungen gemäß Abs. 1 vorliegen. Ein Anspruch auf die palliativ-pflegerische Versorgung im Rahmen der SAPV besteht in diesem Fall nicht.

² Zu den Zugehörigen zählen Angehörige und weitere dem oder der Versicherten Nahestehende.

³ Die Versorgung von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, durch ein SAPV-KJ-Team nach § 2 des Rahmenvertrages nach § 132d Abs. 1 Sätze 1–2 SGB V zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen bleibt davon unberührt.

§ 3 Organisation der SAPV

- 1) Die SAPV wird durch ein multiprofessionelles Team, bestehend aus den in § 7 genannten qualifizierten Fachkräften, erbracht.
- 2) Für die Mindestpersonalausstattung des SAPV-Kernteams gelten die nachfolgend festgelegten, bundesweit einheitlichen Maßgaben (in Vollzeitäquivalenten/VZÄ):
 - zwei nach § 7 Abs. 3 qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte
 - vier nach § 7 Abs. 4 qualifizierte Pflegefachkräfte

Die vorgenannten Mindestpersonalvorgaben sind zu mindestens 50 % über bei dem Träger des SAPV-Teams angestelltes Personal abzudecken.

Dem angestellten Personal gleichgestellt sind Eigentümerinnen und Eigentümer oder Gesellschafterinnen und Gesellschafter des SAPV-Teams sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte sowie gestellte (überlassene) Mitglieder der Schwesternschaften vom Roten Kreuz.

- 3) Bei den Mitarbeitenden im SAPV-Kernteam muss aus der ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppe jeweils mindestens eine Person mit einem Umfang von mindestens 75 % VZÄ beim Träger des SAPV-Teams angestellt sein, die neben der Tätigkeit in der Versorgung auch die jeweilige fachliche Leitung des SAPV-Teams innehaben.
- 4) Darüber hinaus müssen im SAPV-Kernteam die weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. Mitglieder mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von jeweils mindestens 18 Stunden tätig sein.
- 5) Zur Umsetzung der SAPV in dem Versorgungsgebiet nach Abs. 13 inklusive der Sicherstellung der Rufbereitschaft sind zusätzlich zum SAPV-Kernteam weitere nach § 7 Abs. 3 qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte und nach § 7 Abs. 4 qualifizierte Pflegefachkräfte anzustellen oder über eine andere Form der vertraglichen Vereinbarung (z. B. Kooperationsvertrag) als SAPV-Team-Mitglieder mit jeweils mindestens 13 Stunden pro Woche einzubinden.
- 6) Unabhängig von der Organisation der SAPV gemäß der Abs. 1–5 ist sicherzustellen, dass die Anforderungen an eine fachgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung entsprechend dieses Rahmenvertrages gewährleistet sind. Dabei gelten insbesondere folgende Grundsätze:

- Verbindliche, regelmäßige und situativ angepasste Kommunikations- und Abstimmungsstrukturen zur Sicherstellung der kontinuierlichen Begleitung und Versorgung der oder des Versicherten und ihrer oder seiner Zugehörigen,
 - Teilnahme, der in die Versorgung der Versicherten eingebundenen, diensthabenden SAPV-Team-Mitglieder, an den regelmäßig stattfindenden, multiprofessionellen Teambesprechungen,
 - Teilnahme, der in die Versorgung der Versicherten eingebundenen, diensthabenden SAPV-Team-Mitglieder, an den regelmäßig und bei Bedarf stattfindenden multiprofessionellen Fallbesprechungen,
 - einschlägige regelmäßige Fortbildungen gemäß § 14 Abs. 5.
- 7) Die Personalausstattung im Sinne des Abs. 5 wird in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V festgelegt.
- 8) Das SAPV-Team versorgt Versicherte auf der Grundlage der jeweiligen ärztlichen Verordnung und der Genehmigung der notwendigen SAPV-Leistungen durch die Krankenkasse sowie des vorliegenden Versorgungskonzeptes nach § 5 und den weiteren Vorgaben dieses Rahmenvertrages.
- 9) Das SAPV-Team ist an jedem Tag der Woche zu einer 24-Stunden-Rufbereitschaft für die durch das SAPV-Team aktuell versorgten Versicherten verpflichtet. Die ständige Verfügbarkeit von qualifizierten Ärztinnen und Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen gemäß § 7 ist im erforderlichen Umfang auch für notwendige Hausbesuche zu gewährleisten.
- 10) Die Personalstärke eines SAPV-Teams bestimmt sich u. a. durch die Anforderungen zur Erbringung der SAPV-Leistungen nach § 9, die Anzahl der zu versorgenden Versicherten unter Berücksichtigung der spezifischen regionalen Situation und des vereinbarten Versorgungsgebietes nach Abs. 13, die 24-Stunden-Erreichbarkeit für die zu versorgenden Versicherten, die qualifizierte Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten und den regionalen strukturellen Gegebenheiten.
- 11) Es erfolgt hinsichtlich der Versorgungsplanung eine enge Zusammenarbeit des SAPV-Teams mit den weiteren an der Versorgung beteiligten Diensten und Einrichtungen, insbesondere mit den behandelnden Vertragsärztinnen und behandelnden Vertragsärzten, vorzugsweise mit der behandelnden Hausärztin oder dem behandelnden Hausarzt. Insbe-

sondere soll vor einer Krankenhauseinweisung sowie im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt eine Abstimmung zwischen dem SAPV-Team und den behandelnden Vertragsärztinnen oder den behandelnden Vertragsärzten erfolgen.

- 12) Das SAPV-Team stellt durch eine geeignete Infrastruktur sicher, dass die ständige Kommunikation innerhalb des SAPV-Teams gewährleistet ist und die ständige Kommunikation des SAPV-Teams mit allen weiteren an der Versorgung der oder des jeweiligen Versicherten Beteiligten ermöglicht werden kann. Die Erreichbarkeit des SAPV-Teams (persönlich, digital und/oder telefonisch) ist allgemein zugänglich zu veröffentlichen.
- 13) Das SAPV-Team erbringt die SAPV in dem im Versorgungsvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V vereinbarten Versorgungsgebiet.

§ 4 Zulassung als SAPV-Team

- 1) Die SAPV wird von SAPV-Teams erbracht, mit denen die Krankenkassen zur Sicherung der Versorgung einen Versorgungsvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V für ein darin zwischen den Parteien festgelegtes Versorgungsgebiet geschlossen haben. Durch Abschluss des Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V ist das SAPV-Team zur Leistungserbringung gemäß des vorliegenden Rahmenvertrages berechtigt.
- 2) Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht, wenn die Anforderungen der SAPV-Richtlinie sowie dieses Rahmenvertrages durch das SAPV-Team erfüllt werden. Die Krankenkassen haben innerhalb von acht Wochen nach Zugang der erforderlichen und vollständigen Unterlagen bei der zuständigen Krankenkasse gemäß Abs. 5 zu prüfen, ob die Voraussetzungen dieses Rahmenvertrages erfüllt sind und teilen das Ergebnis der Prüfung dem SAPV-Team umgehend mit. Die zuständige Krankenkasse nimmt eine erste inhaltliche Sichtung der Unterlagen vor und teilt dem SAPV-Team innerhalb von vier Wochen nach erstmaligen Eingang der Unterlagen mit, wenn Unterlagen nicht vollständig sind und fordert diese nach. Bei Vorliegen der Voraussetzungen ist mit dem SAPV-Team umgehend in Verhandlungen zum Abschluss eines regionalen Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V und in Vergütungsverhandlungen einzutreten.

Die Liste der erforderlichen Unterlagen sind in **Anlage 1** (Strukturerhebungsbogen) aufgeführt.

- 3) Strukturell kann das SAPV-Team entweder rechtlich verselbstständigt (eigene Rechtsform) oder durch Anbindung an einen bereits bestehenden Träger organisiert sein. Bei Anbindung an einen bereits bestehenden Träger ist aufgrund seines Versorgungsauftrages die

organisatorische und wirtschaftliche Selbstständigkeit des SAPV-Teams zu gewährleisten und gegenüber den vertragsschließenden Krankenkassen in geeigneter Form nachzuweisen.

- 4) Voraussetzung für einen Vertragsabschluss nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V ist im Weiteren die Vorlage eines aussagekräftigen Versorgungskonzeptes nach § 5.
- 5) Zum Nachweis der organisatorischen und personellen Voraussetzungen, einschließlich der erforderlichen Eignung und Zuverlässigkeit, hat das SAPV-Team die nachfolgenden Unterlagen vor Abschluss des Versorgungsvertrags nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V bei der zuständigen oder federführenden Krankenkasse bzw. dem Landesverband der Krankenkasse bzw. dem Verband der Ersatzkassen (vdek) als gemeinsamen Bevollmächtigten gemäß § 212 Abs. 5 SGB V einzureichen:
 - a) Versorgungskonzept nach § 5,
 - b) Liste der geplanten SAPV-Team-Mitglieder gemäß § 7 mit Unterschrift, lebenslanger Arztnummer und, wenn vorhanden, Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 SGB V sowie Handzeichen (Handzeichenliste), wie auch die entsprechenden Berufszulassungen:
 1. Ärztinnen/Ärzte: Facharzturkunden, Zertifikate über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin;
 2. Pflegefachpersonen: Anerkennungsurkunden und Palliativ-Care-Zertifikate gemäß § 7 Abs. 5.
 - c) Nachweis über die Erfahrungen für die Ärztinnen und der qualifizierten Ärzte (vgl. § 7 Abs. 3) und die qualifizierten Pflegefachpersonen (vgl. § 7 Abs. 4)
 - d) bei der Rechtsform
 1. einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) einen Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck,
 2. 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. eines eingetragenen Vereins (e. V.) einen Auszug aus der Vereinssatzung in Kopie mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Vereinsregister.
 - e) für andere Gesellschaftsformen und Körperschaften, Anstalten und Stiftungen gelten die Nachweispflichten entsprechend,
 - f) Nachweis eines Institutionskennzeichens (IK) für das SAPV-Team,

- g) abgeschlossene vertragliche Vereinbarungen (z. B. Kooperationsverträge) mit qualifizierten Ärztinnen und qualifizierten Ärzten und qualifizierten Pflegefachkräften nach § 7 Abs. 3 und 4,
 - h) Nachweis der Netzwerkkoooperation und ggf. der Verträge mit den Netzwerkpartnern⁴,
 - i) Nachweis einer Betriebshaftpflichtversicherung,
 - j) Anmeldung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft,
 - k) Nachweis zur Zuverlässigkeit⁵:
 1. aktuelles Führungszeugnis nach § 30 BZRG der vertretungsberechtigten Person(en) des SAPV-Teams (z. B. Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer, Gesellschafterinnen und Gesellschafter, Prokuristinnen und Prokuristen),
 2. Schutzkonzept zugunsten von Versicherten und im SAPV-Team tätigen Personen zur Prävention von Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit und gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Dieses Schutzkonzept beinhaltet u. a. die folgende Verpflichtung: ausschließlich in der Verantwortung des SAPV-Teams gemäß § 3 Abs. 1 liegende interne Überprüfung der Zuverlässigkeit durch Einholung eines Führungszeugnisses nach § 30 BZRG aller Personen, die unmittelbar in die Versorgung der Versicherten eingebunden sind, durch das SAPV-Team.
 3. Compliance-Konzept mit nachfolgenden Inhalten:
 - a. Bekenntnis zur Compliance,
 - b. Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten bzgl. der Compliance,
 - c. Risikoanalyse zur Compliance und Festlegung von Präventivmaßnahmen,
 - Abrechnung von Leistungen,
 - Annahme von Spenden,
 - Schutz des Eigentums im Haushalt der oder des Versicherten,
 - Anforderungen an Kooperationen mit Leistungserbringern,
 - d. Kontrolle der Compliance und Einführung eines Hinweisgeber-Systems,
 - e. Information und Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
 - f. Information der Versicherten.
- 6) Zum Nachweis ist die Anlage 1 (Strukturerhebungsbogen) inklusive der erforderlichen Unterlagen vollständig vorzulegen.

⁴ Netzwerkpartner sind rechtlich und wirtschaftlich eigenständige Akteure des Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesens und ehrenamtliche Organisationen, die zur Sicherstellung der Zielsetzung der SAPV nach § 1 mit dem SAPV-Team in einem Netzwerk kooperieren, selber aber keine Leistungen der SAPV erbringen.

⁵ Unzuverlässigkeit liegt dann vor, wenn die Person zu der Befürchtung Anlass gibt, er oder sie werde die ihm obliegenden Pflichten als Leistungserbringer im Rahmen der SAPV oder als vertretungsberechtigte Person eines solchen SAPV-Teams nicht in ausreichendem Maße erfüllen, wobei diese Einschätzung eine Prognose seines künftigen Verhaltens erfordert, die sich auf Tatsachen, insbesondere auf das bisherige Verhalten der Person, stützen muss.

7) In bisher nicht durch eigenständige SAPV-Teams zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen (SAPV-KJ-Team) versorgten Regionen ist zunächst zu prüfen, ob eine – ggf. länderübergreifende – Versorgung durch ein bereits vorhandenes SAPV-KJ-Team möglich ist. Anderenfalls sollte ein weiteres spezialisiertes Team für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen gewonnen werden, sofern dies zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen möglich ist. In Regionen, in denen dennoch eine Versorgung durch ein SAPV-KJ-Team nicht möglich ist, ist die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Einzelfällen in enger Abstimmung mit der behandelnden Kinderärztin oder dem behandelnden Kinderarzt und möglichst unter Einbindung eines ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienstes auch durch ein nicht auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen spezialisiertes SAPV-Team möglich.

§ 5 Versorgungskonzept

- 1) Das SAPV-Team versorgt auf der Grundlage eines verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Versorgungskonzeptes. Das Versorgungskonzept ist den vertrags-schließenden Krankenkassen gemäß § 4 Abs. 5 Buchstabe a) vor Vertragsschluss zur Verfügung zu stellen.
- 2) Das Versorgungskonzept formuliert die zentralen Maßnahmen der Palliativversorgung unter Beachtung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Dazu gehören nach allgemeinem Verständnis neben den medizinischen und pflegerischen Leistungsinhalten auch psychosoziale und spirituelle Aspekte⁶. Es muss darüber hinaus verdeutlichen, wie die qualifizierte Leistungserbringung erfolgen soll, damit die in § 1 Abs. 1 genannten Ziele erreicht werden können.
- 3) Das Versorgungskonzept beinhaltet Aussagen insbesondere zu folgenden Aspekten:
 - Standort des SAPV-Teams,
 - Veröffentlichung der Kontaktdaten und Darstellung der Erreichbarkeit für die Öffentlichkeit,
 - Versorgungsgebiet,
 - Fallzahleinschätzung,
 - Grundsätze und Teilprozesse der Versorgung (Versorgungsprozess, siehe § 9.),
 - Mitglieder des SAPV-Teams gemäß § 3,
 - Sicherstellung der 24-Stunden Rufbereitschaft an jedem Tag der Woche,
 - personelle Zuständig- und Verantwortlichkeiten im SAPV-Team (u. a. Weisungsbefugnisse, Weisungsgebundenheit),

⁶ Leistungsinhalte der SAPV ergeben sich aus § 9 des Rahmenvertrages und § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie

- administrative Struktur,
- Schutz- und Compliancekonzept gemäß § 4 Abs. 5,
- Erfüllung der strukturellen und sächlichen Anforderungen gemäß § 6,
- Beschreibung der regionalen Netzwerkstrukturen sowie der Art und Weise der Einbindung der Netzwerkpartner des SAPV-Teams (insbesondere zur frühzeitigen Einbindung eines ambulanten Hospizdienstes sowie niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, von Pflegediensten, Apotheken, Sanitätshäusern, ggf. einer ambulanten Krebsberatungsstelle nach § 65e SGB V),
- Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im SAPV-Team gemäß § 7,
- Darstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln unter Maßgabe der regulären Verfügbarkeit von Verordnungsblättern (Rezepten) gemäß § 10,
- Durchführung des Assessments gemäß § 11 Abs. 4,
- Dokumentationssystem gemäß § 13,
- Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 14.

§ 6 Strukturelle und sächliche Anforderungen an das SAPV-Team

- 1) Die Leistungen der SAPV werden durch das SAPV-Team gemäß § 3 Abs. 1 erbracht. Das SAPV-Team ist Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Es arbeitet mit den an der Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und dabei nach Möglichkeit insbesondere mit der behandelnden Hausärztin oder dem behandelnden Hausarzt sowie weiteren Leistungserbringern eng zusammen (im Sinne eines integrativen Ansatzes).
- 2) Mit den regelhaft an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern der anderweitigen Versorgungsformen (Netzwerkpartner) sind Vereinbarungen zur Zusammenarbeit schriftlich abzuschließen und den Krankenkassen vor dem Abschluss der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V gemäß § 4 Abs. 5 vorzulegen.
- 3) Das SAPV-Team arbeitet mit allen in seinem Versorgungsgebiet tätigen ambulanten Hospizdiensten integrativ zusammen, insbesondere zur Einbindung von deren Ehrenamtlichen. Mit einem oder mehreren Hospizdiensten, die die strukturellen Voraussetzungen gemäß der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 SGB V erfüllen, ist die Zusammenarbeit schriftlich zu vereinbaren und gegenüber den Krankenkassen vor dem Abschluss des Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V gemäß § 4 Abs. 5 nachzuweisen. Kommt mit keinem der im Versorgungsgebiet tätigen ambulanten Hospizdienste eine Zusammenarbeit zustande, hat das SAPV-Team bei Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V und danach alle zwei Jahre seine Bemühungen um eine

Kooperation darzulegen (z. B. durch Dokumentation der Gesprächsangebote, schriftliche Bestätigung durch den ambulanten Hospizdienst) und die Einbindung einer anderen ehrenamtlichen Struktur (z. B. Hospizinitiativen, Sitzwachengruppen, Trauergruppen, organisierte Nachbarschaftshilfe) nachzuweisen.

- 4) Das SAPV-Team hat als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:
- ein geeignetes Dokumentationssystem,
 - einen Notfallvorrat an Betäubungsmitteln für den unvorhersehbaren, dringenden und kurzfristigen Bedarf der Versicherten nach §§ 5c i. V. m. 5d Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV),
 - Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstaschen (mit ausreichender Ausstattung für die Notfall- und Krisenintervention unter Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z. B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen),
 - eine geeignete Mobilitätsausstattung mit für die SAPV notwendigen Fahrzeugen,
 - eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik.
- 5) Das SAPV-Team hat die Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln für den Notfall auch durch Netzwerkkoperationen mit zugelassenen Leistungserbringern der Krankenkassen sicherzustellen. Zur Unterstützung der Sicherstellung der Arzneimittelversorgung kooperiert das SAPV-Team mit mindestens einer Apotheke. Die Kooperation zwischen SAPV-Team und Apotheke regelt die vorrätige Verfügbarkeit einzelner Medikamente und die Verkehrswege. Die Netzwerkkoperation zwischen SAPV-Team und Apotheke ist schriftlich zu vereinbaren und gegenüber den Krankenkassen gemäß § 4 Abs. 5 vor dem Abschluss der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V nachzuweisen. Das Recht der Versicherten auf freie Apothekenwahl darf durch die Netzwerkkoperation zwischen SAPV-Team und Apotheke nicht eingeschränkt werden.
- 6) Das SAPV-Team muss über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten in dem in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V vereinbarten Versorgungsgebiet verfügen für:
- die Beratung von Versicherten und Zugehörigen, Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten,
 - die Arbeit der SAPV-Team-Mitglieder einschließlich Teamsitzungen, Besprechungen sowie Telefonie, Dokumentation und Administration,
 - die sachgerechte Lagerhaltung von Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und Hilfsmitteln.

Für die Aufbewahrung von Betäubungsmitteln ist ein BtM-Schrank (vgl. § 15 BtMG) erforderlich.

§ 7 Personelle Anforderungen

- 1) Das SAPV-Team stellt sicher, dass das für die SAPV erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht.
- 2) Das SAPV-Team muss per Einsatzplanung gewährleisten, dass mindestens eine qualifizierte Ärztin oder ein qualifizierter Arzt nach Abs. 3 und eine qualifizierte Pflegefachperson nach Abs. 4 verpflichtet ist, sich außerhalb der regulären Arbeitszeit des SAPV-Teams an einem selbst bestimmten Ort auf Abruf zur Arbeit bereitzuhalten (Rufbereitschaft). Es muss gewährleistet sein, dass während der Rufbereitschaft unverzüglich die Arbeit aufgenommen wird. Die Rufbereitschaft schließt notwendige Hausbesuche mit ein.
- 3) Die nach § 3 tätigen qualifizierten Ärztinnen und Ärzte verfügen über
 - eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin⁷ nach der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer und
 - Erfahrungen aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 versorgten Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit in einem SAPV-Team) 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. Diese Rahmenfrist von drei Jahren verlängert sich um Zeiten, in denen die Ärztinnen oder Ärzte
 - wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
 - als Pflegeperson nach § 19 SGB XI eine pflegebedürftige Person wenigstens 10 Stunden wöchentlich gepflegt hat,längstens jedoch auf acht Jahre.
- 4) Die nach § 3 tätigen qualifizierten Pflegefachpersonen verfügen über:
 - die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen
 - Pflegefachfrau oder Pflegefachmann
 - Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger
 - Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

⁷ Die aktuell gültigen Weiterbildungsordnungen sehen in der Regel eine Weiterbildung mit einem Umfang von mindestens 160 Stunden vor.

- Altenpflegerin oder Altenpfleger (dreijährige Ausbildung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung und
- den Abschluss einer Palliative-Care-Fort-/Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Zeitstunden oder den Abschluss eines vergleichbaren Studiums und
- Erfahrungen aus der ambulanten palliativen Pflege von mindestens 75 versorgten Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit in einem SAPV-Team) oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen palliativpflegerischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. Diese Rahmenfrist von drei Jahren verlängert sich um Zeiten, in denen die Pflegefachperson
 - wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
 - als Pflegeperson nach § 19 SGB XI eine pflegebedürftige Person wenigstens 10 Stunden wöchentlich gepflegt hat,
 längstens jedoch auf acht Jahre.

5) Die Palliative-Care Fort-/Weiterbildung für Pflegefachpersonen gemäß Abs. 4 umfasst folgende Mindestlerninhalte und Mindestumfänge:

	Module	UE a 45 min.
Grundlagen von Palliative Care und Hospizarbeit		5
1	Nationale und internationale Entwicklung	
2	Organisationsformen von Palliativ- und Hospizarbeit	
3	Grundlagen der Palliativmedizin	
Anwendungsbereiche von Palliative Care		4
4	Symptomorientiertes Arbeiten anhand exemplarischer Krankheitsbilder	
5	Symptome	
Körperliche Aspekte		45
6	Schmerztherapie	
7	Mundpflege	
8	Ernährung und Flüssigkeit	
9	Übelkeit/Erbrechen	
10	Obstipation	
11	Respiratorische Symptome	
12	Juckreiz und Ikterus	
13	Neurologische Symptome	
14	Lymphödem	
15	Exulcerierende Tumore/Dekubiti	

16	Umgang mit Verstorbenen	
Psychosoziale Aspekte		54
17	Psychische Reaktionen	
18	Wahrnehmung und Berührung	
19	Wahrnehmung und Kommunikation	
21	Familie und soziales Umfeld	
22	Psychosoziale Beratung und Begleitung	
23	Veränderung des Körperbildes und Sexualität	
24	Wahrheit am Krankenbett und Umgang mit existentiellen Fragestellungen	
25	Trauer	
Spirituelle und kulturelle Aspekte		12
26	Lebensbilanz/Lebensidentität	
27	Krankheit, Leid und Tod in spiritueller Sicht	
28	Bedeutung von Ritualen	
Ethische und rechtliche Aspekte		12
29	Grundlagen der Ethik	
30	Sterbehilfe/Sterbebegleitung	
31	Therapiebegrenzung/Therapiezieländerung	
32	Umsetzungsformen ethischen Denkens	
33	Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung, vorausschauende Verfügung	
Teamarbeit und Selbstpflege		6
34	Aspekte der Teamarbeit	
35	Stressmanagement und Bewältigungsstrategien	
Qualitätssicherung		6
36	Grundlagen/Dokumentation/Standards/Forschung	
37	Vernetzung/Case Management	
Lernkontrolle		16
38	Lernkontrolle, Reflexion (Nachweis durch das Ablegen einer Prüfung)	

Neben der theoretischen Fort-/Weiterbildung im Umfang von mindestens 160 Unterrichtseinheiten (120 Zeitstunden) wird ein Praktikum mit einem Mindestumfang von 40 Zeitstunden in Einrichtungen oder Diensten der Hospiz- und Palliativversorgung durchgeführt. Nach erfolgreichem Abschluss der Fort-/Weiterbildung wird ein Zertifikat ausgestellt, dass die Fort-/Weiterbildung entsprechend der vorgenannten Mindestlerninhalte und Mindestumfänge absolviert wurde. Dabei sind die einzelnen Module mit den Umfängen im Zertifikat auszuweisen.

- 6) Die Partner der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V können Übergangsregelungen vorsehen, wonach Ärztinnen oder Ärzte, die die berufspraktische Erfahrung nach Abs. 3, bzw. Pflegefachpersonen, die die berufspraktische Erfahrung nach Abs. 4 nicht vollständig erfüllen, diese Erfahrung auch im Rahmen der SAPV erwerben können, sofern im SAPV-Team insgesamt ausreichende Erfahrung zur SAPV vorliegt. Die berufspraktische Erfahrung nach dem Absatz 3 bzw. 4 muss innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit im SAPV-Team abgeschlossen sein. Die Bestätigung hierüber ist den vertragsschließenden Krankenkassen gemäß § 4 Abs. 5 schriftlich einzureichen.

§ 8 Anzeigepflichten / Mitteilungspflichten

- 1) Das SAPV-Team ist verpflichtet, den Krankenkassen alle wesentlichen Änderungen unverzüglich schriftlich mitzuteilen, sobald sie dem SAPV-Team bekannt sind und die vertragsgemäße Durchführung dieses Vertrages sowie dessen Fortbestand berühren. Anzuzeigen sind hiernach insbesondere:
- die Unterschreitung der personellen Anforderungen an das SAPV-Kernteam gemäß § 3,
 - das Eintreten und Ausscheiden von qualifizierten Ärztinnen und Ärzten sowie von qualifizierten Pflegefachkräften gemäß § 7 im Rahmen des SAPV-Teams,
 - Änderungen der betrieblichen/organisatorischen Gegebenheiten: Änderung der Adressdaten, der Fax- und Telefondaten sowie der E-Mailadressen,
 - der Abschluss, die Kündigung bzw. Änderungen von Netzwerkkooperationen,
 - jede Änderung der Trägerschaft/Betriebsinhaberschaft bzw. bei einem Gesellschafterwechsel/Wechsel der Geschäftsführung sowie der Rechtsform des SAPV-Teams,
 - der Umstand, dass ein Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gegen das SAPV-Team (Träger des SAPV-Teams oder Träger weiterer vertraglich gebundener Mitglieder des SAPV-Teams (§ 3) gestellt wurde,
 - eingeleitete strafrechtliche Ermittlungsverfahren gegen eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter des SAPV-Teams, soweit sie im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung stehen, und soweit sie dem SAPV-Team bekannt sind,
 - strafrechtliche Ermittlungen gegen das SAPV-Team oder dessen Träger.
- 2) Sofern das SAPV-Team den Beginn und/oder das Ende der Tätigkeit von SAPV-Team-Mitgliedern nicht vertragskonform mitteilt, können geeignete Maßnahmen nach § 20 dieses Rahmenvertrages von den Krankenkassen getroffen werden.
- 3) Die Krankenkassen sind berechtigt, bei Änderungen nach Abs. 1 zum Nachweis der organisatorischen und/oder personellen Voraussetzungen die Vorlage der erforderlichen Unterlagen zu verlangen. Das SAPV-Team legt die angeforderten Unterlagen innerhalb von

14 Tagen den zuständigen Krankenkassen vor oder teilt diesen mit, aus welchen Gründen angeforderte Unterlagen nicht übermittelt werden können.

§ 9 Inhalt und Umfang der SAPV

- 1) Inhalt und Umfang der zu erbringenden SAPV-Leistungen ergeben sich aus der gemäß der SAPV-Richtlinie von der Ärztin oder dem Arzt ausgestellten und der Krankenkasse genehmigten Verordnung (zur vorläufigen Kostenzusage siehe § 12 Abs. 2).
- 2) Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen. Soweit die allgemeine Palliativversorgung im Rahmen der anderweitigen Versorgungsformen ausreichend ist, darf SAPV nicht weiter erbracht werden. Die alleinige Notwendigkeit einer 24-Stunden-Rufbereitschaft begründet keinen Anspruch auf Leistungen der SAPV.
- 3) Im Falle der Besserung bzw. einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf ist der Versorgungsumfang der SAPV in Absprache mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt und, sofern abweichend, ggf. mit der behandelnden Hausärztin oder dem behandelnden Hausarzt so weit wie möglich zu reduzieren und eine Weiterversorgung im Rahmen der anderweitigen Versorgungsformen anzustreben. Die Krankenkasse ist unverzüglich schriftlich zu informieren, sobald die anderweitigen Versorgungsformen als ausreichend angesehen werden.
- 4) Das SAPV-Team erbringt im Rahmen der SAPV grundsätzlich ergänzende Leistungen. Die anderweitigen Versorgungsformen sind davon nicht berührt und werden durch die vertragsärztliche Versorgung sowie die Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V bzw. die pflegerische Versorgung nach dem SGB XI im Sinne einer Netzwerkkooperation mit dem SAPV-Team fortgesetzt.
- 5) In enger Absprache mit der oder dem Versicherten bzw. den Zugehörigen erstellt das SAPV-Team einen an der Symptomlast und den relevanten Problemen der oder des Versicherten orientierten bedarfsgerechten und vorausschauenden Behandlungsplan einschließlich einer Empfehlung für das Vorgehen im Notfall bzw. bei Kriseninterventionen, der mit den weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist. Der Behandlungsplan ist ressourcenorientiert und berücksichtigt die Angebote der anderweitigen Versorgungsformen. Die frühzeitige Inanspruchnahme ehrenamtlicher Unterstützungsmaßnahmen (z. B. ambulanter Hospizdienst, Nachbarschaftshilfe) wird aktiv gefördert. Um einen Behandlungsplan zu erstellen, werden die relevanten Befunde der oder

des Versicherten eingeholt und gesichtet sowie die involvierten Netzwerkkooperationspartner erfasst. Es folgt eine Beurteilung des bisherigen Krankheitsverlaufes und darauf aufbauend die Behandlungsplanung, welche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt. Die Versorgung erfolgt auf der Grundlage des Behandlungsplanes. Der Behandlungsplan sollte den Inhalten und der Struktur des in der Anlage 2 beigefügten Musters entsprechen.

6) Die SAPV kann nach Abs. 1 je nach Bedarf als

- Beratungsleistung,
- Koordinationsleistung,
- additiv unterstützende Teilversorgung oder
- vollständige Versorgung

erbracht werden.

a) Beratungsleistung

Die Leistung beinhaltet die Beratung der oder des Versicherten und anderer an der Versorgung Beteiligter (Zugehörige und andere involvierte Leistungserbringer) nach persönlicher Inaugenscheinnahme der oder des Versicherten und ihres oder seines Versorgungsumfeldes. Nach erfolgter Inaugenscheinnahme kann die Beratung anderer involvierter Leistungserbringer auch telefonisch erbracht werden. Sie hat empfehlenden Charakter. Die Behandlungsverantwortung bleibt vollumfänglich bei den involvierten Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung. Das Ergebnis der Beratung ist im Sinne einer Handlungsempfehlung schriftlich zu dokumentieren.

b) Koordinationsleistung

Insbesondere folgende Maßnahmen sind Bestandteil der Koordination:

- Erstellen eines individuellen Behandlungsplans auf der Grundlage des Assessments nach § 11 Abs. 4 und der multiprofessionellen Erstabstimmung,
- fortlaufende Abstimmung der Versorgung unter Einbezug der beteiligten Leistungserbringer einschließlich der dafür erforderlichen Beratung,
- persönlicher, ggf. ergänzender telefonischer Kontakt mit den an der Versorgung Beteiligten,
- Sicherstellung der bedarfsgerechten und abgestimmten individuellen Versorgungsplanung unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen und kontinuierliche Anpassung an die aktuelle Versorgungssituation,
- Therapie- und Notfallplanung,
- Vernetzung mit ambulanten und/oder stationären Leistungserbringern,
- Dokumentation.

Bei der alleinigen Koordinationsleistung ist die ärztliche Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln nicht Bestandteil der SAPV-Leistung, sondern verbleibt bei den involvierten Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung.

c) Additiv unterstützende Teilversorgung

Insbesondere folgende Maßnahmen sind Bestandteil der additiv unterstützenden Teilversorgung:

- Inhaltliche Aspekte der Beratungs- und Koordinationsleistung der Buchstaben a) und b),
- Hausbesuche zur Tages- und Nachtzeit,
- bedarfsweise Leistungen der in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie aufgeführten Leistungen bei entsprechend zwischen SAPV-Team und involvierten Leistungserbringern der anderweitigen Versorgungsformen abgestimmten anteiligen Übernahme der Behandlungsverantwortung,
- Krisenintervention,
- 24-Stunden-Rufbereitschaft,
- Dokumentation,
- regelmäßige Überprüfung und ggf. Anpassung des Behandlungsplans.

d) Vollständige Versorgung

Die vollständige Versorgung beinhaltet bedarfsweise alle in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie aufgeführten Leistungen. Die ggf. daneben notwendigen Leistungen werden weiterhin im Rahmen der anderweitigen Versorgungsformen erbracht. Dies gilt gleichermaßen für die Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V und die pflegerische Versorgung nach dem SGB XI, z. B. nach § 36 SGB XI durch ambulante Pflegedienste sowie die stationäre pflegerische Versorgung nach § 43 SGB XI. Insbesondere folgende Maßnahmen sind Bestandteil der vollständigen Versorgung:

- Inhaltliche Aspekte der Beratungs- und Koordinationsleistung gemäß der Buchstaben a) und b)
- Hausbesuche zur Tages- und Nachtzeit,
- bedarfsweise alle Leistungen der in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie aufgeführten Leistungen mit vollständiger Übernahme der Behandlungsverantwortung durch das SAPV-Team,
- Krisenintervention,
- 24-Stunden-Rufbereitschaft,
- Dokumentation,
- regelmäßige Überprüfung und ggf. Anpassung des Behandlungsplans.

- 7) Die Zugehörigen sollen in die Versorgung einbezogen werden.
- 8) Die Versorgung durch das SAPV-Team endet bei Wegfall der leistungsbegründenden individuellen Voraussetzungen, mit dem Tod der oder des Versicherten bzw. aus sonstigen Gründen, die einer Versorgung durch das SAPV-Team entgegenstehen (z. B. Wohnortwechsel in ein anderes Versorgungsgebiet). Das SAPV-Team führt die im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen des Überleitungs- oder Abschlussmanagements in enger Abstimmung mit der oder dem Versicherten bzw. den Bevollmächtigten bzw. Zugehörigen durch.

§ 10 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Veranlassung von diagnostischen Laboruntersuchungen

- 1) Die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln ist zu gewährleisten. Die in der SAPV tätigen qualifizierten Ärztinnen und Ärzte gemäß § 7 Abs. 3 sind berechtigt, in dem Zeitraum der SAPV für die Versicherten die zulasten der Krankenkassen ordnungsfähigen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel auf den für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Verordnungsvordrucken zu verordnen. Dieses Ordnungsrecht ist beschränkt auf die im Rahmen der SAPV erforderlichen Arznei-, Heil-, und Hilfsmittel, die über die Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung und Versorgung hinaus erforderlich sind, um die Ziele der SAPV zu erreichen.
- 2) Die Verordnungen sind auf Basis der geltenden Richtlinien des G-BA auszustellen und auszuführen. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten.
- 3) Für die im Rahmen der SAPV verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel gelten die nach §§ 300, 302 SGB V vereinbarten Abrechnungsverfahren entsprechend.
- 4) Auf den Verordnungen sind die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vergebene SAPV-spezifische Betriebsstätten-Nummer (SAPV-BSNR) 74XXXXX63 sowie die Pseudo-Arzt-Nummer (LANR: 33333300) anzugeben. Diese Nummern dürfen nur für Verordnungen gemäß Abs. 1 im Rahmen der SAPV auf Basis einer genehmigten oder im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage übermittelten (siehe § 12 Abs. 2) SAPV-Verordnung verwendet werden.
- 5) Für die Verordnung weiterer als die in Abs. 1 genannten Leistungen dürfen die SAPV-BSNR und Pseudo-Arzt-Nummer nicht verwendet werden.
- 6) Bei der (zeitgleichen) Verordnung von Arzneimitteln einerseits und Hilfsmitteln andererseits sind jeweils getrennte Vordrucke nach Muster 16 zu verwenden.

- 7) Auf Betäubungsmittel-Rezepten sind die SAPV-BSNR sowie die Pseudo-Arzt-Nummer anzugeben.
- 8) SAPV-Teams dürfen keine wirtschaftlichen Vorteile im Zusammenhang mit der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln annehmen. Zuwiderhandlungen stellen einen schwerwiegenden Vertragsverstoß dar.
- 9) Eine Ärztin oder ein Arzt des SAPV-Teams darf im Einzelfall die zur Erreichung der Ziele der SAPV notwendigen Untersuchungen diagnostischer Laborparameter selbständig veranlassen, die nicht über niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte abgebildet werden können, weil die zeitliche Verzögerung das Patientenwohl gefährdet. Damit sind folgende Laborparameter umfasst:
- kleines BB Blutbild
 - Elektrolyte Calcium, Natrium, Kalium
 - Leber Bilirubin, gGT, (GPT, GOT) Albumin
 - Niere Creatinin, Harnstoff
 - Orientierung Blutgasanalyse
 - Gerinnung Quick, PTT
 - Infekt CRP

§ 11 Verordnungsverfahren von SAPV

- 1) Das Verordnungsverfahren ist in der SAPV-Richtlinie geregelt.
- 2) Der Antrag auf Leistungen der SAPV (Rückseite des Verordnungsvordrucks) ist durch die Versicherte oder den Versicherten zu unterschreiben. Kann die Unterschrift nicht erbracht werden, weil die oder der Versicherte bzw. ihre oder seine gesetzlichen Vertreterinnen oder Vertreter nicht in der Lage sind zu unterschreiben, bleibt das Unterschriftsfeld auf der Verordnung frei. Das SAPV-Team gibt dort oder auf einer Anlage zur Verordnung die Gründe hierfür an.
- 3) Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen der erneuten Unterschrift der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes mit Stempel und Datumsangabe.
- 4) Das SAPV-Team führt innerhalb von drei Arbeitstagen nach Erhalt der Erstverordnung ein Assessment durch, es sei denn, ein Assessment ist zur Durchführung der Beratungsleistungen nicht erforderlich. Bei Folgeverordnungen kann das Assessment bei Bedarf erneut

durchgeführt werden.

Das Assessment umfasst die Erhebung körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Aspekte sowie die Einschätzung und Dokumentation der Versorgungssituation der Versicherten durch das SAPV-Team. Dabei werden die Bedürfnisse und Wünsche der oder des Versicherten und ihrer oder seiner Zugehörigen sowie die individuelle Problem- und Ressourcenlage berücksichtigt und der weitere Versorgungsbedarf eingeschätzt. Das jeweilige soziale und institutionelle Versorgungs- und Unterstützungsumfeld wird dabei auch erfasst.

Die notwendige Zusammenarbeit der involvierten Leistungserbringer wird dokumentiert.

Die Ergebnisse des Assessments bilden die Grundlage für den Behandlungsplan sowie für die Rückmeldung des SAPV-Teams zur Indikationseinschätzung (auf der Grundlage der SAPV-Verordnung) an die Krankenkasse der oder des Versicherten. Über das Ergebnis des Assessments im Sinne des anliegenden Musters (s. Anlage 3) ist die Krankenkasse durch das SAPV-Team unverzüglich zu informieren. Dabei sind insbesondere Aussagen zum Bedarf einer allgemeinen oder spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und der Angemessenheit der verordneten Maßnahme der SAPV zu treffen.

Ergibt sich aus dem Assessment, dass der verordnete Versorgungsumfang ausreichend ist, erfolgt die Versorgung weiterhin auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung.

Wird auf der Grundlage des Assessment durch das SAPV-Team festgestellt, dass die verordneten Maßnahmen der SAPV anzupassen sind, teilt das SAPV-Team der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt das entsprechend mit. Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt entscheidet über die weiteren Maßnahmen, die sich daraus ergeben. Ein von der ursprünglichen Verordnung abweichender Versorgungsbedarf muss auf einer neu ausgestellten Verordnung begründet werden.

- 5) Kann die Durchführung der verordneten Leistung nicht mehr erfolgen, z. B. aufgrund einer Krankenhauseinweisung, informiert das SAPV-Team die Krankenkasse (s. Anlage 3) und die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt unverzüglich. Gleiches gilt, wenn nach initialer Aufnahme in die SAPV im Rahmen eines anlassbezogenen (z. B. Befundverbesserung) oder regelmäßig durchzuführenden Re-Assessments festgestellt wird, dass die besonderen Mittel der SAPV nicht mehr notwendig sind und die Mittel der anderweitigen Versorgungsformen ausreichen.

§ 12 Genehmigungsverfahren von SAPV

- 1) Das Genehmigungsverfahren ist in der SAPV-Richtlinie geregelt.
- 2) Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von dem SAPV-Team erbrachten Leistungen entsprechend der in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V vereinbarten Vergütung, wenn die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 der SAPV-Richtlinie spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

Kosten für genehmigte und vom SAPV-Team erbrachte Leistungen sind auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung ab Verordnungsbeginn durch die Krankenkasse zu tragen.

Wenn die Verordnung nicht innerhalb der 3-Tagefrist eingereicht wird und die Anspruchsvoraussetzungen gemäß der SAPV-Richtlinie nicht vorliegen, werden die Kosten durch die Krankenkasse auch für bereits erbrachte Leistungen nicht übernommen.

- 3) Um die Frist nach Abs. 2 zu wahren, ist die elektronische Übermittlung (Fax/ Datei⁸) der Verordnung an die Krankenkasse zulässig. Dabei muss die Verordnung mit Vorder- und Rückseite des Musters 63 bzw. müssen im Datensatz alle Felder, die in der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung für das Muster 63 definiert sind, übermittelt werden. Das SAPV-Team hat das Original der Verordnung unverzüglich der Krankenkasse zu übermitteln; davon abweichend können zwischen einzelnen Krankenkassen und dem SAPV-Team abweichende Regelungen vereinbart werden. Das übermittelte elektronische Dokument muss mit dem Original übereinstimmen.
- 4) Sofern die Krankenkasse dem MD mit einer sozialmedizinischen Begutachtung beauftragt, sind dem MD durch das SAPV-Team die dafür erforderlichen Unterlagen entsprechend der Anforderung durch den MD im Rahmen der gesetzlichen, insbesondere der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu übermitteln (gemäß § 276 Abs. 2 SGB V).
- 5) Soweit die Krankenkasse eine von der Verordnung abweichende Entscheidung ausspricht, informiert die Krankenkasse die Versicherte oder den Versicherten und ggf. die gesetzliche Vertreterin oder den gesetzlichen Vertreter sowie die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt und teilt diesen die Gründe mit.
- 6) Die Krankenkasse informiert das SAPV-Team zeitgleich zur Versicherten oder zum Versicherten schriftlich über Art und Umfang der mit ihr abrechnungsfähigen Leistungen.

⁸ Die Übermittlung als Datei setzt ein zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer abgestimmtes und datenschutzrechtlich sicheres Verfahren voraus.

- 7) Liegt der Krankenkasse innerhalb von 7 Arbeitstagen ab Verordnungsbeginn zusätzlich zur Erstverordnung kein Ergebnis über das SAPV-Assessment gemäß § 11 Abs. 4 des SAPV-Teams vor, endet die Kostenzusage der Krankenkasse vorläufig bis zur Vorlage des Ergebnisses des Assessments.

§ 13 Dokumentationssystem

- 1) Eine geeignete Dokumentation (papiergestützt oder elektronisch) ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen.
- 2) Das Dokumentationssystem des SAPV-Teams soll kompatibel zu den Dokumentationssystemen der weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sein.
- 3) Die Dokumentation wird regelmäßig vom SAPV-Team aktualisiert. Die versorgungsrelevante Dokumentation (s. Abs. 4 Buchstabe c und Abs. 7) verbleibt bei der Versicherten oder bei dem Versicherten. Durch das SAPV-Team ist sicherzustellen, dass andere an der medizinisch-pflegerischen Versorgung der oder des Versicherten Beteiligte (Vertragsärztin oder Vertragsarzt, Pflegedienst, Rettungsdienst etc.) unter datenschutzrechtlichen Bestimmungen Zugang zu den Informationen aus der Dokumentation haben.
- 4) Für sämtliche SAPV-Leistungen (Beratung, Koordination, additiv unterstützende Teilversorgung und vollständige Versorgung) wird eine einheitliche Dokumentationsgrundlage vereinbart. Zugrunde liegende Kategorien der Dokumentation sind
 - a. Grund- und Stammdaten,
 - b. prozessbezogene Dokumentation,
 - c. bei der oder dem Versicherten zu verbleibende Unterlagen.
- 5) Die Grund- und Stammdaten gemäß Abs. 4 Buchstabe a schließen folgende Punkte ein
 - Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, telefonische Erreichbarkeit der oder des Versicherten,
 - Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, telefonische Erreichbarkeit der gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters und/oder Bevollmächtigten und/oder wichtiger Bezugspersonen der oder des Versicherten,
 - Name, Adresse, telefonische Erreichbarkeit der mit dem SAPV-Team kooperierenden Leistungserbringer der anderweitigen Versorgungsformen, z. B. Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte, Pflegedienste, Hospizdienste u. a.,
 - versichertenbezogene Daten zur Beschreibung der Ausgangssituation zu Versorgungsbeginn (u. a. Behandlungsort, Medikation),

- Angaben zu den für die SAPV relevanten Diagnosen und Symptomen,
 - Angaben zur besonderen Komplexität und/oder zum besonderen Aufwand gemäß § 37b SGB V und SAPV-Richtlinie (Assessment).
- 6) Die prozessbezogene, inhaltliche Dokumentation gemäß Abs. 4 Buchstabe b schließt ein:
- Ergebnisse der ärztlich durchgeführten körperlichen Untersuchung zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung sowie bei Bedarf im Verlauf,
 - Ergebnisse der Erhebung der Pflegeanamnese zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung sowie bei Bedarf im Verlauf,
 - Ergebnisse der Analyse der Selbsthilfefähigkeit zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung sowie bei Bedarf im Verlauf,
 - Ergebnisse der ressourcenorientierten Analyse des privaten häuslichen Betreuungsumfeldes zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung sowie bei Bedarf im Verlauf,
 - Ergebnisse der ausführlichen Anamnese inklusive ergänzender fremdanamnestischer Auskünfte bzgl. der Dimensionen medizinische, pflegerische und psychosoziale krankheitsassoziierte Belastetheit zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung sowie bei Bedarf im Verlauf,
 - Ergebnisse der (fortlaufenden) multiprofessionellen Teambesprechungen und Fallbesprechungen mit Formulierung eines Behandlungsplanes,
 - Bericht über die Ergebnisse der Ersterhebung und konsekutive Behandlungsmaßnahmen/-empfehlungen an die ggf. beteiligten Kooperationspartner des SAPV-Teams,
 - Ergebnisse des fortlaufenden Monitorings der Belastetheit der oder des Versicherten im Behandlungsverlauf,
 - Adaption und Fortschreibung des individuellen Behandlungsplanes,
 - Adaption und Fortschreibung des individuellen Notfallplanes im Rahmen der SAPV.
- 7) Beim Versicherten zu verbleibende Unterlagen gemäß Abs. 4 Buchstabe c sind insbesondere:
- Behandlungsplan und -hinweise inkl. Medikamentenplan mit Bedarfsmedikation,
 - ergänzende Informationen zum Vorgehen in Notfallsituationen, zur Orientierung für den Zeitraum zwischen Notfall und Kontakt/Eintreffen des SAPV Teams (Notfallplan)⁹,
 - Unterlagen mit eindeutiger Nennung der Erreichbarkeitsdaten des SAPV-Teams,
 - versorgungsrelevante Dokumentation nach Abs. 3¹⁰.

⁹ Es handelt sich hier um den Notfallplan der SAPV – nicht um den ggf. vorliegenden Notfallbogen der Patientenverfügung.

¹⁰ Die versorgungsrelevante Dokumentation umfasst die für die Behandlung vor Ort notwendigen Informationen über Behandlungsmaßnahmen der SAPV, wie aktuell verordnete Regel- und Bedarfsmedikation zur Symptomkontrolle, stattgehabte Interventionen wie z. B. Entlastungspunktionen oder spezielle Maßnahmen der SAPV-Wundversorgung und/oder im Rahmen einer Akutintervention / eines Kriseneinsatzes direkt applizierte Medikamente im Rahmen der SAPV. Durch die versorgungsrelevante Dokumentation vor Ort wird sichergestellt, dass involvierte Nicht-SAPV-Leistungserbringer vorausgegangene Behandlungsmaßnahmen nachvollziehen und ggf. für die eigene Behandlung berücksichtigen können.

§ 14 Qualitätssicherung

- 1) Das SAPV-Team ist verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen.
- 2) Multiprofessionelle Fallbesprechungen sind regelmäßig gemäß Versorgungskonzept (vgl. § 5) durchzuführen.
- 3) Die Teilnahme an Supervision ist regelmäßig gemäß Versorgungskonzept (vgl. § 5) zu ermöglichen.
- 4) Das SAPV-Team soll sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen, z. B. Teilnahme an multidisziplinären Qualitätszirkeln.
- 5) Die an der Versorgung der Versicherten beteiligten Mitglieder des SAPV-Teams haben regelmäßig an fachbezogenen Fortbildungen (externe Fortbildungen und/oder Inhouse-Schulungen) teilzunehmen. Die Inhalte der Fortbildungen sind an dem aktuellen Stand der allgemein anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisse auszurichten und müssen sich auf die für die SAPV relevanten Themen beziehen. Die Fortbildungen müssen kalenderjährlich im Umfang von 16 Stunden¹¹ je SAPV-Team-Mitglied nachgewiesen werden. Als Nachweis dienen die entsprechenden Zertifikate bzw. Kopien der Veranstaltungsprotokolle (Teilnahmeliste). Der Nachweis ist auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse vorzulegen.
- 6) Sollten die eingereichten Unterlagen über die Fortbildungen nicht oder nicht ausreichend belegt sein, teilt die zuständige Krankenkasse dies dem SAPV-Team schriftlich mit.
- 7) Die Krankenkasse hat das Recht, die Erfüllung der personellen und sächlichen Mindestanforderungen sowie die Einhaltung des Versorgungskonzeptes zu überprüfen.

§ 15 Statistik

Das SAPV-Team hat sich an landesweiten statistischen Auswertungen zu Leistungs- und Strukturdaten zu beteiligen und die Daten für bundesweite Auswertungen zur Verfügung zu stellen, sofern dies und das Nähere zwischen den Partnern der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V vereinbart ist.

¹¹ Fortbildungen, die sich auf die für die SAPV relevanten Themen beziehen, die von den Team-Mitgliedern in anderen Leistungsbereichen, wie z. B. der vertragsärztlichen Versorgung oder häuslichen Krankenpflege, erworben werden, sind anzuerkennen und auf den kalenderjährlichen Umfang von 16 Stunden anzurechnen.

§ 16 Grundsätze der Vergütung

- 1) Das System zur Vergütung von SAPV soll insbesondere nachfolgende Grundsätze erfüllen:
 - Das Vergütungssystem muss für die Vertragspartner transparent und handhabbar sein.
 - Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und das SAPV-Team bei wirtschaftlicher Betriebsführung in die Lage versetzen, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung zu erbringen.
 - Vergütungsverhandlungen werden grundsätzlich geführt als Kostengrundverhandlungen oder Kostensteigerungsverhandlungen. Die Vertragsparteien nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V können davon nur einvernehmlich abweichen.
 - Die Vergütung wird prospektiv vereinbart.
 - Die Vergütungsvereinbarung wird auch für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum geschlossen oder durch eine Schiedsperson festgesetzt, sofern für diesen Zeitraum noch keine Vergütungsvereinbarung getroffen und vor Beginn des entsprechenden Zeitraums zur Verhandlung aufgefordert wurde. Zur Vermeidung von Verwaltungsaufwand soll die Vergütung für in der Vergangenheit liegende Zeiträume über Kompensationszuschläge erfolgen.
 - Vergütungsverhandlungen sind als Einzel- oder Kollektivverhandlungen zu führen. Sofern Verhandlungen für ein Kollektiv von SAPV-Teams erfolgen sollen, haben sich die Vertragspartner gemäß § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V auf die für Kollektivverhandlungen erforderlichen Rahmenbedingungen zu verständigen.
 - Neben der SAPV-Vergütung können für durch SAPV-Team-Mitglieder während des SAPV-Einsatzes erbrachte Leistungen keine anderweitigen Vergütungen in Ansatz gebracht werden. Doppelabrechnungen sind somit ausgeschlossen.
 - Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes. Das SAPV-Team ist verpflichtet, die Bezahlung nach Satz 1 jederzeit einzuhalten und dies entsprechend der nachfolgenden Regelungen nachzuweisen.

- 2) Es gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V. Über die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V hinausgehende Forderungen sind grundsätzlich nur möglich, wenn die notwendige Versorgung mit SAPV auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten ist. Die Darlegung und Substantiierung der Forderung obliegt dem SAPV-Team.

- 3) In der Regel erfolgt die Vergütung über Pauschalen. Im Rahmen der SAPV sind
- Tagespauschalen
 - Wochenpauschalen
 - Fallpauschalen
 - Monatspauschalen
- oder Kombinationen dieser Pauschalen möglich. Mit den Pauschalen sind alle Aufwendungen nach Abs. 5 inklusive der Wegezeiten abgegolten, es sei denn, die Vertragspartner nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V vereinbaren für die Wegezeiten gesonderte Pauschalen.
- 4) Bei der Kalkulation der Vergütung sind insbesondere zu berücksichtigen:
- die prospektiv kalkulierten Gestehungskosten,
 - kalkulierte Fallzahlen zur SAPV im vereinbarten Versorgungsgebiet (siehe § 5 Abs. 3),
 - Sicherstellung der Rufbereitschaft durch Ärzte und Pflegekräfte (s. § 3 Abs. 9),
 - die Leistungserbringung zu ungünstigen Zeiten,
 - Nettojahresarbeitszeit aller im SAPV-Team festangestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dies ist die Bruttojahresarbeitszeit abzüglich von Fehlzeiten wie Krankheit, Urlaub, Zeiten für Fortbildung, Zeiten für Qualitätssicherung, Organisations- und Rüstzeiten, nachgewiesene Zeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen der vereinbarten Arbeitszeit.
 - Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die über anderweitige vertraglicher Vereinbarungen (Kooperationsverträge) zur Verfügung stehen, die vereinbarten Stunden oder der vereinbarte Stellenanteil.
- 5) Zu den Gestehungskosten gehören:
- Personalkosten und Personalnebenkosten (für beim Träger des SAPV-Teams angestellte Mitarbeiter, Alters- oder Zusatzversorgungsaufwendungen, Personaloverhead¹² für angestellte Geschäftsführung, für ärztliche und pflegfachliche Leitung und Qualitätsmanagement, Rufbereitschaft, gesetzlich vorgeschriebene Beauftragte einschließlich Freistellung, Verwaltung, Abrechnung, Buchhaltung und Fuhrparkmanagement), unter Einschluss anfallender Personalaufwendungen für die Entleihung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Zeitarbeitsfirmen (nach AÜG) zur Überbrückung nicht zu vertretender zeitweiser Personalengpässe; ein Präjudiz für die Wirtschaftlichkeit der Inanspruchnahme von Zeitarbeitsfirmen ist hiermit nicht verbunden,
 - Sachkosten unter Einschluss der betrieblichen Investitionskosten für die Leistungserbringung (insbesondere Miet- und Mietnebenkosten, Büromaterial, Büroausstattung,

¹² Zu den Führungsaufgaben im Bereich Personalmanagement gehören auch die betriebliche Gesundheitsförderung sowie die Wahrnehmung von Arbeitsschutzaufgaben.

IT-Kosten, Fuhrpark einschließlich der dazugehörigen Sachkosten, Versicherungen, Fortbildungskosten, medizinische und pflegerische Sachkosten, Aufwendungen für Fremddienstleistungen¹³, Aufwendungen nach § 10 Abs. 9),

- ein Zuschlag für die angemessene Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos und eines zusätzlichen persönlichen Arbeitseinsatzes,
- eine angemessene Verzinsung des Eigenkapitals,
- Aufwände für SAPV-Team-Mitglieder, welche über eine andere Form der vertraglichen Vereinbarung gemäß § 3 Abs. 5 eingebunden sind.

6) Bei jeder Vergütungsverhandlung ist eine Kostenkalkulation vorzulegen. Dabei sind in den Kalkulationsunterlagen für die Vergütungsverhandlungen die prospektiv kalkulierten voraussichtlichen Gestehungskosten transparent und plausibel darzulegen. Aus den Unterlagen muss die Kostenstruktur eines SAPV-Teams zu erkennen sein. Dabei ist der Verteilungsmaßstab für Leistungen der SAPV zu anderen Leistungsbereichen zu berücksichtigen. Im Rahmen der Darlegung sind folgende Nachweise vorzulegen:

- Die prospektiv kalkulierten Personalkosten bezogen auf die festangestellten Mitarbeitenden des SAPV-Teams je Mitarbeiterin und Mitarbeiter (pseudonymisiert) mit Stellenanteil für den Bereich der SAPV und – soweit vorhanden – Eingruppierung, untergliedert nach Funktionsbereichen (Personalliste prospektive Kalkulation).
- Für die Entlohnung der festangestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die geltenden Tarifverträge, kirchliche Vergütungsordnungen oder sonstigen Vergütungsmaßstäbe in der aktuellen Fassung zur Verfügung zu stellen. Bei sogenannten Haustarifen bzw. individuellen Vergütungsrichtlinien bzw. -vereinbarungen ist zusätzlich als Nachweis die schriftliche und rechtsverbindliche Erklärung des Trägers des SAPV-Teams erforderlich.
- Sachkostenaufstellung unter Differenzierung der nach Abs. 5 2. Aufzählungspunkt genannten Kostenpositionen,
- prospektive Aufwände für im Rahmen von Kooperationsverträgen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SAPV-Teams nach § 3 Abs. 5, d. h. die Darlegung und Aufstellung der prospektiven jährlichen Personal- und Sachkosten mit der Angabe der jeweiligen wöchentlichen Arbeitszeit. Ein Präjudiz für die Wirtschaftlichkeit von Kooperationen ist damit nicht verbunden.

7) Reichen die Angaben des SAPV-Teams für eine abschließende Plausibilitätskontrolle nach Abs. 6 nach substantiiertes Darlegung der/den vertragschließenden Krankenkasse(n) nicht aus, sind durch das SAPV-Team weitere Nachweise vorzulegen. Unter der Wahrung des

¹³ Hierunter sind Fremddienstleistungen in den Bereichen Verwaltung, Abrechnung, Buchhaltung und Fuhrpark sowie für externe Beauftragte (z. B. für den Datenschutz) zu subsumieren.

Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit, insbesondere der Erforderlichkeit, kann der Nachweis zu den bestrittenen Kostenpositionen insbesondere wie folgt geführt werden:

- weitere Konkretisierungen der zu erwartenden Kostenlast und ggf.
- pseudonymisierte gültige Personalliste mit Angabe der Einstufung und Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Eintritt und evtl. Austritt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in das Unternehmen, jeweilige wöchentliche Arbeitszeit in den einzelnen Monaten (Personalliste Gesteuerungskosten) und ggf.
- Lohnjournale je Beschäftigungsgruppe zum Nachweis der tatsächlichen Zahlung der Arbeitsentgelte i. S. d. § 14 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 SGB IV (ohne steuerrechtliche Angaben und ohne Gehaltsangaben zu den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) oder pseudonymisierte Gehaltsabrechnungen oder pseudonymisierte Personalkostenaufstellung (deren Pseudonymisierung der Personalliste entspricht) in einem geeigneten Format jeweils für den letzten Vergütungszeitraum, höchstens für die letzten zwölf Monate vor Aufforderung zur Vergütungsverhandlung. Die Richtigkeit ist auf einem Ausdruck rechtsverbindlich zu erklären und ggf.
- verbindliche Erklärung des Trägers, dass und ggf. für welche Bereiche die tarifliche Vergütung/Vergütungsstruktur eingehalten wird und ggf.
- vergütungsrelevante Angaben zur SAPV aus dem Jahresabschluss, insbesondere, sofern diese zur Bestimmung des Zuschlags für die angemessene Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos erforderlich sind.
- Auszüge aus den Kooperationsverträgen mit Relevanz für die Ermittlung der zugrunde gelegten Kosten.

Das Nähere zur Struktur der Kalkulationsunterlagen und zu den Nachweisen nach Absätze 6 und 7 vereinbaren die Vertragspartner nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V.

- 8) Soweit bei Kostensteigerungsverhandlungen auf vereinbarte Vergütungen der Vorjahre als Basis für aktuelle Vergütungsverhandlungen zurückgegriffen werden kann, bezieht sich die Darlegungs- und Substantiierungslast auf die Basis und die eingetretenen Veränderungen bei den Kostenpositionen, die eine Erhöhung der zuvor vereinbarten Vergütungen rechtfertigen. Die Prüfungsbefugnis der Krankenkasse bezüglich der Wirtschaftlichkeit der Änderungen bleibt unberührt.
- 9) Das SAPV-Team weist auf Verlangen der vertragsschließenden Krankenkasse (bzw. bei mehreren Leistungsträgern als Vertragspartner gegenüber den vertragsschließenden Krankenkassen und ihren Verbänden gemeinsam) durch die Vorlage geeigneter Unterlagen nach, dass die Arbeitsentgelte oder Gehaltssteigerungen der festangestellten Mitar-

beiterinnen und Mitarbeiter sowie die angegebenen Aufwände im Rahmen von Kooperationsverträgen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Geschäftsgrundlage dieser Vergütungsvereinbarung geworden sind, tatsächlich geleistet wurden. Soweit in die Vereinbarungen nach Satz 1 bei SAPV-Teams, die weder tarifgebunden sind noch einen Tarif anwenden, durchschnittliche Gehaltssteigerungen eingeflossen sind, weist das SAPV-Team auf entsprechendes Verlangen nach, dass die Gehaltssteigerungen im Durchschnitt tatsächlich umgesetzt wurden; falls Angestellte an der Gesellschaft beteiligt sind, müssen die durchschnittlichen tatsächlichen Gehaltssteigerungen für die anderen Angestellten den zur Geschäftsgrundlage gewordenen durchschnittlichen Gehaltssteigerungen entsprechen. Für das Nachweisverfahren gilt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Der Nachweis für den laufenden Vergütungszeitraum, höchstens aber für die letzten 12 abgeschlossenen Monate des laufenden Vergütungszeitraums vor Zugang des Verlangens der Krankenkasse, wird wie folgt geführt:

- pseudonymisierte Personalliste mit Angabe der Qualifikation, der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit und des darauf beruhenden VZÄ sowie evtl. des Ein- und Austritts von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern während des Prüfungszeitraumes, und ggf.
- ein in entsprechender Weise pseudonymisiertes Lohnjournal für den betreffenden Zeitraum zum Nachweis der tatsächlichen Zahlung der Arbeitsentgelte je Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter und
- ein in entsprechender Weise pseudonymisierter Nachweis der Zahlungen an Kooperationspartner.

Sofern auf der Grundlage der vorgenannten Unterlagen berechnete Zweifel der/den vertragsschließenden Krankenkasse(n) an den angegebenen Personalkosten bestehen, sind pseudonymisierte Lohn- und Gehaltsnachweise sowie Auszüge aus den Arbeitsverträgen mit den Regelungen zu den Bezügen vorzulegen. Für die Einreichung der Nachweisunterlagen ist eine angemessene Frist einzuräumen, die vier Wochen ab Zugang des Nachweisverlangens nicht unterschreiten darf. Die Übersendung kann auch in elektronischer Form erfolgen, wenn die Datensicherheit gewährleistet ist. Die schriftliche Mitteilung des Prüfungsergebnisses soll innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der angeforderten Unterlagen erfolgen.

Das Nähere zur Struktur dieser Nachweise vereinbaren die Vertragspartner nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V.

10) Wegezeit ist die Zeit, die für die erste Anfahrt bis zum Betreten des Wohnungs- oder Hauseingangs einer Versicherten oder eines Versicherten und ab Verlassen des Wohnungs- bzw. Hauseingangs einer Versicherten oder einer Versicherten bis zum Betreten des Wohnungs- bzw. Hauseingangs der nächsten versorgten Versicherten oder des nächsten versorgten Versicherten, ebenso am Ende der Einsatztour ab Verlassen des Haus- bzw. Wohnungseingangs einer Versicherten oder eines Versicherten bis zum Standort des SAPV-Teams zurück entsteht.

§ 17 Abrechnung und Datenträgeraustausch (DTA)

- 1) Das SAPV-Team ist verpflichtet, die von ihm erbrachten Leistungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern abzurechnen. Daraus ergibt sich für die Krankenkasse die Verpflichtung, die Daten maschinell anzunehmen (vgl. § 302 SGB V). Bei der Umsetzung und Ausgestaltung der Regelungen zur Abrechnung in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V haben die Vertragspartner die Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V über die Form des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.
- 2) Vor der erstmaligen Durchführung der elektronischen Datenübertragung im Echtverfahren ist die ordnungsgemäße Verarbeitung durch ein Erprobungsverfahren sicherzustellen. Im Erprobungsverfahren sind der Krankenkasse neben den Testdaten die Abrechnungsunterlagen in Papierform zu übermitteln. Nach dreimaliger erfolgreicher Durchführung des Erprobungsverfahrens ist die maschinelle Abrechnung ins Echtverfahren zu überführen. Das SAPV-Team erhält eine Mitteilung über die erfolgreiche Beendigung des Erprobungsverfahrens. Anschließend werden die maschinellen Abrechnungen immer im Echtverfahren durchgeführt. Die Einzelheiten bezüglich des Übergangs vom Erprobungs- zum Echtverfahren sowie die damit im Zusammenhang stehenden Modalitäten sind unter Berücksichtigung der Synergien der elektronischen Datenübertragung zwischen den Vertragsparteien nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V zu regeln.
- 3) Die vom SAPV-Team erbrachten Leistungen sind unmittelbar nach ihrer Durchführung im Leistungsnachweis einzutragen. Vordatierungen oder Globalbestätigungen sind unzulässig. Gleiches gilt für Eintragungen im Leistungsnachweis vor Erbringung der Leistung. Eine Kopie des Leistungsnachweises ist auf Wunsch der oder dem Versicherten auszuhändigen.
- 4) Der Abrechnung ist ein Leistungsnachweis im Sinne eines Papierbeleges beizufügen, solange die Vertragspartner nicht ein anderes – technisches – Verfahren der Darstellung und Übermittlung des Leistungsnachweises vereinbart oder eine andere Regelung getroffen

haben. Die Partner des Rahmenvertrages streben perspektivisch an, den Leistungsnachweis als Teil des elektronischen Datenaustausches zu übermitteln. Die im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens zu übermittelnden Daten müssen entsprechend der Regelungen in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V mit den Angaben im Leistungsnachweis übereinstimmen.

Der Leistungsnachweis hat die folgenden Inhalte aufzuweisen und umfasst folgende Angaben:

- Monat / Jahr (je Monat einen separaten Leistungsnachweis),
- Stammdaten des Versicherten (Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Versichertennummer, Aufenthaltsort der oder des Versicherten),
- Stammdaten des SAPV-Teams (inkl. IK des SAPV-Teams),
- erbrachte Leistung:
 - Beratung,
 - Koordination,
 - additiv unterstützende Teilversorgung,
 - vollständige Versorgung.
- Bei Hausbesuchen im Rahmen der erbrachten Leistung:
Datum Leistungserbringung mit Handzeichen¹⁴ der durchführenden Ärztin oder Arzt nach § 7 Abs. 3 und/oder der durchführenden Palliativpflegefachperson nach § 7 Abs. 4 mit Angabe der Zeitscheiben der Anwesenheit (8:00 Uhr – 12:00 Uhr, 12:00 Uhr – 16:00 Uhr, 16:00 Uhr bis 22:00 Uhr und 22:00 Uhr – 08:00 Uhr),
- Angabe des Versorgungszeitraumes,
- Unterschrift der oder des Verantwortlichen im SAPV-Team,
- Unterschrift der oder des Versicherten/der gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters/der oder des Bevollmächtigten (einmalig je Leistungsnachweis). Kann die Unterschrift nicht erbracht werden, weil die oder der Versicherte bzw. ihre oder seine gesetzliche Vertreterin oder ihr oder sein gesetzlicher Vertreter nicht in der Lage ist zu unterschreiben, bleibt das Unterschriftsfeld auf dem Leistungsnachweis frei. Das SAPV-Team gibt dies im Leistungsnachweis an.
- Platzhalter für vertragsspezifische Angaben gemäß § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V.

Als Muster dient der Leistungsnachweis entsprechend Anlage 4.

¹⁴ Sobald das Beschäftigtenverzeichnis nach § 293 Abs. 8 SGB V in Kraft tritt, ist anstelle des Handzeichens die Beschäftigtennummer bezüglich der Pflegefachperson und die lebenslange Arztnummer bezüglich der Ärztin oder des Arztes anzugeben. Sofern eine Beschäftigtennummer vorhanden ist, gilt die Regelung in § 4 Abs. 5 Buchstabe b entsprechend.

- 5) Unterlagen, die der Krankenkasse für die Versicherte oder den Versicherten im Rahmen des Genehmigungsverfahrens bereits vorgelegen haben (z. B. Verordnung) bzw. die im Rahmen des Genehmigungsverfahrens von der Krankenkasse erstellt wurden (z. B. Genehmigungsschreiben der Krankenkasse) müssen bei der Abrechnung von genehmigten und erbrachten Leistungen der Krankenkasse oder ggf. einem von der Krankenkasse bestimmten externen Dienstleister (nachfolgend Abrechnungszentrum) nicht erneut vorgelegt werden.
- 6) Sofern eine Gesamtrechnung Abrechnungspositionen enthält, die fehlerhaft sind bzw. deren Abrechnung von der Krankenkasse im Rahmen der Rechnungsprüfung beanstandet wird, berechtigt dies die Krankenkasse grundsätzlich nicht, die Abrechnung der unstrittigen Abrechnungspositionen zurückzuweisen. Bei begründeten Beanstandungen kann eine Abrechnung insgesamt zurückgewiesen werden. Eine begründete Beanstandung liegt vor, wenn die Abrechnung überwiegend falsche Abrechnungspositionen enthält, die nicht der Genehmigung entsprechen, oder überwiegend Preise zur Abrechnung kommen, welche nicht vertraglich vereinbart wurden.
- 7) Das SAPV-Team, welches ein Abrechnungszentrum beauftragt, stellt die in diesem Zusammenhang notwendigen Unterlagen und Abrechnungsinformationen (z. B. Verträge, Leistungsnachweise, Ordnungsangaben, Genehmigungsschreiben) für eine ordnungsgemäße Abrechnung zur Verfügung. Dies gilt in gleicher Weise für die Krankenkasse und das von ihr beauftragte Abrechnungszentrum.
- 8) Überträgt das SAPV-Team die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so hat das SAPV-Team die zuständige Krankenkasse unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Das SAPV-Team ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich. Hat das SAPV-Team dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Krankenkasse mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist das SAPV-Team für die Einhaltung des Entzugs der Vollmacht verantwortlich. Sofern die Rechnungslegung einem Abrechnungszentrum übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Rahmenvertrages, des Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V und des § 6 Abs. 1 BDSG durch das SAPV-Team auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungszentrum) ist der zuständigen Krankenkasse vorzulegen.

- 9) Das SAPV-Team verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK). Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist der zuständigen Krankenkasse, sowohl bei Vertragsabschluss nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V als auch bei Änderungen mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK. Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK.

§ 18 Verbot von Aufzahlungen

- 1) SAPV wird als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Jegliche Aufzahlungen von der oder dem Versicherten im Rahmen der Vertragsleistungen dürfen durch das SAPV-Team weder gefordert noch angenommen werden.
- 2) Aufzahlungen dürfen durch das SAPV-Team auch in dem Fall nicht verlangt werden, wenn die Verordnung gemäß § 12 Abs. 2 bei der Krankenkasse verspätet eingereicht wird und die Verordnungsvoraussetzungen nicht vorliegen oder der Vergütungsanspruch in Fällen des § 12 Abs. 2 nicht besteht.
- 3) Zuwiderhandlungen stellen einen schwerwiegenden Vertragsverstoß dar.

§ 19 Vermittlungsverbot

- 1) Die Annahme von Aufträgen zur Versorgung anspruchsberechtigter Personen gemäß dieses Rahmenvertrages und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte, die nicht Mitglieder des SAPV-Teams sind) gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile stellt einen schwerwiegenden Vertragsverstoß dar.
- 2) Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen zur Versorgung anspruchsberechtigter Personen gemäß dieses Rahmenvertrages an Dritte, die nicht Mitglieder des SAPV-Teams sind, gegen Kostenerstattung.

§ 20 Maßnahmen bei Vertragsverstößen

- 1) Verstößt das SAPV-Team gegen seine vertraglichen Pflichten aus diesem Rahmenvertrag und/oder dem Versorgungsvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V, können die Krankenkassen geeignete Vertragsmaßnahmen ergreifen. Als solche kommen in Betracht:
 - a) Verwarnung,
 - b) Abmahnung ggf. verbunden mit Auflagen,

- c) ordentliche Kündigung des Versorgungsvertrages (§ 21),
 - d) außerordentliche Kündigung des Versorgungsvertrages (§ 20 Abs. 3).
- 2) In den Verträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V können die Vertragsparteien weitere Maßnahmen als Vertragsstrafen vorsehen. Eine Vertragsstrafe ist ausgeschlossen, soweit wegen des Vertragsverstoßes gekündigt wird.
- 3) Der Versorgungsvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V kann von den Krankenkassen gemeinsam und einheitlich oder einzeln gegenüber dem SAPV-Team ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung (außerordentlich) gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt, der ein Festhalten am Versorgungsvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V unzumutbar macht. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor bei:
- strafrechtlicher Verurteilung wegen Abrechnungsbetrug oder Korruption im Gesundheitswesen (§§ 299a bis 300 StGB),
 - Nichterfüllung der strukturellen und sächlichen Anforderungen gemäß §§ 6 und 7, es sei denn, dies wurde den Krankenkassen vorher angezeigt und das weitere Vorgehen vereinbart,
 - wiederholter Abrechnung nachweislich nicht erbrachter Leistungen,
 - grobem Verstoß gegen pflegerische und/oder medizinische Qualitätsstandards unter Berücksichtigung der Zielsetzung der SAPV, der zu einer konkreten Gefährdung oder Schädigung der oder des Versicherten führt,
 - Annahme wirtschaftlicher Vorteile im Zusammenhang mit der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln entgegen § 10 Abs. 8,
 - Verstoß gegen das Verbot der Aufzahlungen (vgl. § 18),
 - Verstoß gegen das Vermittlungsverbot (vgl. § 19),
 - wenn die Versorgung der Versicherten mit Leistungen nach diesem Vertrag durch das SAPV-Team nicht (mehr) sichergestellt ist.
- 4) Der Verdacht auf einen Vertragsverstoß/Vertragsverstöße ist dem SAPV-Team durch die Krankenkassen in schriftlicher Form mitzuteilen, es sei denn polizeiliche/staatsanwaltliche Ermittlungen sprechen vorübergehend dagegen. Vor der Vornahme einer Vertragsmaßnahme ist dem SAPV-Team durch die Krankenkassen Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb einer Frist von zwei Wochen zu geben (Anhörung). Entscheidend für die Fristwahrung ist der Zugang bei den Krankenkassen. Die Entscheidung über die Vertragsmaßnahme wird dem SAPV-Team schriftlich mitgeteilt.
- 5) Die Anhörungsfrist von zwei Wochen verkürzt sich auf drei Werktage, wenn das Wohl der oder des Versicherten der Krankenkasse unverzügliches Handeln durch die Krankenkasse

erfordert, insbesondere, wenn die Versorgung der oder des Versicherten mit Leistungen nach diesem Rahmenvertrag durch das SAPV-Team nicht (mehr) sichergestellt und dadurch Leben oder Gesundheit von Versicherten gefährdet ist (Gefahr im Verzug).

- 6) Die Maßnahmen bei Vertragsverstößen werden unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit von der Krankenkasse/den Krankenkassen getroffen. Dieser Grundsatz ist in der Regel gewahrt, wenn die eine Vertragsmaßnahme auf der anderen Maßnahme aufbaut (Eskalationsstufen).
- 7) Die Vertragsmaßnahmen nach Abs. 1 können unter Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit auch nebeneinander verhängt werden. Schadensersatzansprüche bleiben hiervon unberührt.

§ 21 Ordentliche Kündigung des Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V

In den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V sind Regelungen zur ordentlichen Kündigung vorzusehen. Dabei gilt:

- Spricht eine der Krankenkassen eine ordentliche Kündigung aus, bleibt der Versorgungsvertrag für die übrigen Vertragspartner bestehen.
- Sollte der Versorgungsvertrag ordentlich gekündigt werden mit dem Ziel, Vertragsinhalte zu verändern, gilt der Versorgungsvertrag auch nach Beendigung der Laufzeit bis zum Abschluss oder der in einem Schiedsverfahren erfolgten Festsetzung des Versorgungsvertrages fort.

Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.

§ 22 Übergangsregelungen

Mit Inkrafttreten dieses Rahmenvertrages müssen bestehende Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V (alte Fassung) zwischen den Krankenkassen und den SAPV-Teams auf Landesebene überprüft und angepasst werden.

Unter Berücksichtigung der Regelungen dieses Rahmenvertrages sind die auf Landesebene zwischen den Krankenkassen bzw. dem Verband der Ersatzkassen (vdek) als gemeinsamen Bevollmächtigten gemäß § 212 Abs. 5 SGB V und den SAPV-Teams bereits bestehenden Verträge als Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V weiterzuentwickeln.

Dabei darf ein Übergangszeitraum für die erforderlichen Anpassungen des SAPV-Teams und entsprechender vertraglicher Regelungen von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieses Rahmenvertrages nicht überschritten werden. Die Verhandlungen sollen innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Rahmenvertrages aufgenommen werden.

Zweijährig ausgebildete Altenpflegefachkräfte mit der Qualifizierung Palliative-Care nach § 7 Abs. 4 und 5 und der Berufserfahrung nach § 7 Abs. 4, die aufgrund besonderer Regelungen in einzelnen Bundesländern zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Rahmenvertrages als SAPV-Team-Mitglied von Seiten der Krankenkassen anerkannt sind und diese Funktion ausüben, können weiterhin als SAPV-Team-Mitglied anerkannt werden.

§ 23 Schiedsverfahren

- 1) Beantragt ein Vertragspartner nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V die Einleitung eines Schiedsverfahrens, haben sich die Vertragspartner auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen, die den Inhalt des Rahmenvertrages zu den strittigen Punkten innerhalb von drei Monaten nach Antragsstellung bei der Schiedsperson festlegen soll. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese durch das Bundesamt für soziale Sicherung bestimmt.
- 2) Kommt ein Vertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V ganz oder teilweise nicht innerhalb von zwölf Wochen nach dem ersten Verhandlungstag zustande oder erklärt eine der Vertragsparteien vorher das Scheitern der Verhandlungen, wird der Inhalt des Vertrages durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt.
- 3) Die Einzelheiten des Schiedsverfahrens und der Amtsführung der Schiedsperson werden in einer gesonderten Schiedsordnung festgelegt. Darin ist die Dauer des Schiedsverfahrens regelmäßig entsprechend Abs. 1 Satz 1 festzulegen.

§ 24 Inkrafttreten, Änderung und Kündigung des Rahmenvertrages

- 1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.01.2023 in Kraft.
- 2) Dieser Rahmenvertrag kann von den Vertragsparteien mit halbjähriger Frist zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2024. Die Kündigung bedarf der Schriftform. Der gekündigte Rahmenvertrag gilt bis zum Abschluss eines neuen

Rahmenvertrages weiter.

- 3) Die Vertragspartner werten die Erfahrungen mit der Umsetzung dieses Rahmenvertrages fortlaufend – erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten – aus und treten auf Verlangen des GKV-Spitzenverbandes oder der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospiz- und Palliativversorgung auf Bundesebene in Beratungen über notwendige Anpassungen des Rahmenvertrages ein. Die Rahmenvertragspartner können den Rahmenvertrag auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.

§ 25 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Rahmenvertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Rahmenvertragspartner unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

Unterschriftenseite

GKV-Spitzenverband

Berlin, den

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.

Berlin, den

Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V.

Berlin, den

Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV e. V.

Berlin, den

Bundesverband Kinderhospiz e. V.

Berlin, den

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.

Berlin, den

Deutscher Caritasverband e. V.

Freiburg, den

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.

Berlin, den

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband

– Gesamtverband e. V.

Berlin, den

Deutsches Rotes Kreuz e. V.

Berlin, den

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk

für Diakonie und Entwicklung e. V.

Berlin, den

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.

Essen, den

Anlage 1 – Strukturhebungsbogen

1. Angaben zum SAPV-Team

Name des SAPV-Teams	
verantwortlicher Vertreter	
ärztliche Leitung	
pflegerische Leitung	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Angabe Institutionskennzeichen	
Versorgungsgebiet	
Name des Trägers	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Leistungserbringerverband (<i>freiwillige Angabe</i>)	
Zeichnungsberechtigte/r des Trägers (Name/Funktion):	
Rechtsform des Trägers des SAPV-Teams gem. § 4 Abs. 5 des Rahmenvertrages	<input type="checkbox"/> GbR <input type="checkbox"/> Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck in Kopie anliegend
	<input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck in Kopie anliegend <input type="checkbox"/> beglaubigter Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichts anliegend
	<input type="checkbox"/> eingetragener Verein (e. V.) <input type="checkbox"/> Auszug aus der Vereinssatzung mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck in Kopie anliegend sowie ein beglaubigter Auszug aus dem Vereinsregister in Kopie anliegend

	<input type="checkbox"/> andere Rechtsform: <input type="checkbox"/> entsprechende Nachweise gemäß § 4 Abs. 5 des Rahmenvertrages in Kopie anliegend
--	---

2. Angaben zur Struktur des Leistungserbringers

2.1. Die wirtschaftliche und organisatorische **Selbständigkeit** des SAPV-Teams ist ab der Inbetriebnahme dadurch sichergestellt, dass die Finanzierungskreise und –verantwortlichkeiten sowie die Rechnungslegung für den Bereich der SAPV klar und eindeutig von anderen Leistungen und Aufgaben abgegrenzt sind.

2.2. Das SAPV-Team verfügt über die **Räumlichkeiten** für:

- Beratung von Patienten und Zugehörigen
- Teamsitzungen und Besprechungen
- Administration
- Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall-/ Kriseninterventionen und Hilfsmitteln

2.3. Folgende **sächliche Ausstattung** wird vorgehalten bzw. sichergestellt:

- Patientendokumentation
- Mobilität zur zeitnahen häuslichen Versorgung
- Notfallvorrat an Betäubungsmitteln
- Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche für die Notfall- / Krisenintervention
- geeignete administrative Infrastruktur (Büro, Kommunikationstechnik etc.)
- BtM-Schrank

3. Angaben zur Personalstruktur des SAPV-Teams

Anlage I: qualifizierte Palliativ-Ärztinnen und -Ärzte nach § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrages

Anlage II: qualifizierte Pflegefachpersonen nach § 7 Abs. 4 des Rahmenvertrages

Anlage III: Handzeichenliste

4. Übersicht der kooperierenden Netzwerkpartner

Anlage IV: Übersicht der kooperierenden Netzwerkpartner (z. B. ambulante/r Hospizdienst/e, Apotheken, sonstige Leistungserbringer) nach § 6 Abs. 2 und 3 des Rahmenvertrages

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des/r verantwortlichen
Vertreters/in des SAPV-Teams

Stempel/Unterschrift des Trägers

Checkliste

CHECKLISTE DER BEIGEFÜGTEN UNTERLAGEN gemäß § 4 des Rahmenvertrages:

- Versorgungskonzept des SAPV Teams**
- Nachweis der Gesellschaftsform**
- Mietvertrag** für die Räumlichkeiten nach Ziffer 2.2 (Kopie anliegend)
- Unterlagen zum Nachweis der Zuverlässigkeit des SAPV-Teams

Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der qualifizierten Ärztinnen und Ärzte gemäß § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrages

- Facharzturkunde
- Nachweis der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (beglaubigte Kopie anliegend)
- Nachweis der Erfahrung aus der palliativen Behandlung (Kopie/n anliegend)

Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der qualifizierten Pflegefachpersonen gemäß § 7 Abs. 4 des Rahmenvertrages

- Staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung (beglaubigte Kopie anliegend)
- Nachweis des Abschlusses der Palliative-Care-Fort-/Weiterbildung oder Abschluss eines vergleichbaren Studiums (beglaubigte Kopie anliegend)
- Nachweis der Erfahrung aus der palliativen Pflege (Kopie/n anliegend)

Betriebs- / Berufshaftpflicht

- Kopie des Versicherungsscheins
- ggf. Antrag (Kopie)

Berufsgenossenschaft

- Bestätigung der Anmeldung
- ggf. Antrag (Kopie)

Handzeichenliste

- Liste der nach § 3 des Rahmenvertrages eingesetzten Mitglieder des SAPV-Teams mit Namen, Qualifikation (Funktion) und Handzeichen – im Original anliegend

Weitere mit SAPV-Teammitgliedern getroffenen vertragliche Vereinbarungen (z. B. Kooperationsverträge) gemäß § 3 Abs. 5/3d des Rahmenvertrages

- abgeschlossene vertragliche Vereinbarung (z. B. Kooperationsverträge) mit qualifizierten Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen

Kooperationsvereinbarungen mit Netzwerkpartnern

- mit einem oder mehreren ambulanten Hospizdiensten gem. § 6 Abs. 3 des Rahmenvertrages
- Sonstige (z. B. Apotheken, sonstige Leistungserbringer)

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen Vertreterin/
des verantwortlichen Vertreters des SAPV-Teams

Anlage I zum Strukturhebungsbogen – qualifizierte Ärztinnen und Ärzte

Name, Vorname	Berufsbezeichnung/ ggf. Zusatz- qualifikation	Zusatz- weiterbildung Pallia- tivmedizin (grds. mind. 160 h) gem. § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrages ja / nein	Erfahrung aus der ambu- lant palliativen Behand- lung von mind. 75 Pallia- tivpatienten/innen inner- halb der letzten drei Jahre Berufserfahrung ja / nein	mind. einjährige klinische palliativmed. Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus in- nerhalb der letzten drei Jahre ja / nein	Arbeitszeit pro Woche im SAPV- Team in Stunden	Angestellt beim SAPV-Team/ Sonstiges Vertragsverhältnis niedergelassen in (Name Pra- xis, Ort) oder tätig im (Krankenhaus/Ort) mit Nebentätigkeitserlaubnis	Bemerkungen Berufserfahrung wird im Team erworben (s. § 7 Abs. 6 des Rah- menvertrages)

Anlage 2 – Behandlungsplan

Der Behandlungsplan beschreibt alle Maßnahmen und Behandlungsvorschläge des SAPV-Teams, die notwendig sind, um den multidimensionalen Bedarf (medizinisch, pflegerisch, psychosozial, spirituell) der oder des Versicherten zu decken. Insbesondere sind das: Medikamentenverordnungen mit ergänzender schriftlicher Anwendungsempfehlung für den Regelfall, den Bedarf und den Notfall, palliativmedizinisch und palliativpflegerische Maßnahmen für den Regelfall, den Bedarf und den Notfall, Maßnahmen zur psychosozialen Unterstützung und Begleitung der oder des Versicherten und ihrer oder seiner/ Zugehörigen inklusive sozialrechtlicher Informationen, Festlegung der Kommunikationswege und Ansprechpartner für den Notfall. Akutmaßnahmen im Rahmen von Kriseneinsätzen werden zur Sicherstellung der Information aller Beteiligten im Behandlungsplan beim Versicherten vor Ort dokumentiert. Der Behandlungsplan enthält alle notwendigen Angaben zur 24h-Erreichbarkeit des SAPV-Teams.

Der Behandlungsplan enthält die folgenden Angaben:

- Erreichbarkeit des SAPV-Teams,
- geplante medikamentöse Einnahmen,
- Bedarfsmedikation,
- weitere geplante Maßnahmen (z. B. zur Erhaltung und Verbesserung der Selbstbestimmung und Lebensqualität sowie zur Verbesserung des Würdeerlebens),
- ressourcenorientierte Bedarfsinterventionen,
- Vorgehensweisen und Maßnahmen in Notfallsituationen und zur Krisenedukation,
- Krankheitsdiagnose und -prognose sowie möglicher zu erwartender Krankheitsverlauf,
- Einbindung medizinischer Versorgungs- und Notfallbehandlungssysteme (Versorgungssetting).

Musterbeispiel Palliativer Behandlungsplan mit Ausfüllbeispielen

Palliativer Behandlungsplan für Maßnahmen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) Seite 1 von 1	Für: Sima Muster geb. am 01.01.1900 SAPV-Team xy Notfallnummer: 0123456 Werktägliche Erreichbarkeit: 990012
---	---

Therapieziel/-e:		
Versorgungssetting:	Hausarzt/-ärztin/Facharzt/-ärztin: Amb. Pflegedienst: ggf. amb. Hospizdienst: Stat. Pflegeeinrichtung:	Stat. Hospiz: Kurzzeitpflege: Eingliederungshilfe: Sonstige:
Krankheitsdiagnose, -prognose und möglicher Verlauf		
komplexes Symptomgeschehen		
Vorliegen einer Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> nein	
Vorliegen einer Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> nein	

Medikation regelmäßig												
Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Zeit	Zeit	Zeit	Zeit	Zeit	Zeit	Einheit	Hinweise	Grund

Zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente									
Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Zeitpunkt			Einheit	Hinweise/Bedarf	Grund
<i>Fentanyl</i>	<i>Fentanyl ABC 75UG/H</i>	<i>0,0075 mg/h</i>	<i>Pflaster</i>	<i>Alle 3 Tage 1</i>			<i>Stück</i>	<i>Auf wechselnde Stellen aufkleben</i>	<i>Schmerzen</i>

Medikation bei Bedarf und für den Notfall							
Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Zeitpunkt	Einheit	Hinweise/Bedarf	Grund

Weitere Maßnahmen/ Planung der Versorgung / Multidimensionaler Bedarf					
Ziel/Wünsche des Patienten/der Patientin	Welche Maßnahme/n ist/sind dazu erforderlich?	Einheit	Wer soll die Leistung erbringen? Ressourcen <small>a = SAPV-Team b= Hilfen aus dem sozialen Umfeld (z. B. Familie, Freunde/innen, Nachbarn/innen) c = Allgemeine medizinische oder soziale Hilfen (z. B. Hausarzt/Hausärztin, Pflegedienst) d = Ambulanter Hospizdienst e= Sonstige</small>	Zielsetzung/Zweck der Maßnahme	Multidimensionaler Bedarf <small>1 = Erhaltung und Verbesserung der Selbstbestimmung, Lebensqualität und des Würdeerlebens 2 = Notfallsituationen und Krisenedukation 3 = Bedarfsintervention 4 = Besondere Angaben zur Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitszufuhr (evtl. gesonderter Plan) 5 = Sonstiges</small>
<i>Folgende Ausführungen stehen beispielhaft für weitere Ziele und Wünsche der Patientin/des Patienten, wie z. B. Kräfteerhalt, bestmöglicher Erhalt der eigenständigen Mobilität, Entlastung von Sorgen um zurückbleibende Zugehörige, soziale Absicherung, besser atmen können, schmerzfreie Wundversorgung, schlafen können, Teilhabe an Familienereignissen, Hunger- und Durstgefühl etc.</i>					
Schmerzfrees Trinken und Schlucken	Spezielle Mundpflege	nach Tagesform 2-4 stündlich	a / b	Schmerzlinderung, Wohlbefinden	1 / 3
Angstfreiheit, Entspannung, Bewältigung innerer Spannungen	Basale Stimulation, Aromatherapie, Entlastungsgespräch, Symptomkontrolle, Beratung	täglich	a / b / c	Körpererleben, Entlastung, Gefühle ausleben können	1 / 2 / 3

Unterstützungsbedarf Zugehörige: z. B. Beratung, Anleitung, Edukation, Entlastungsgespräche:

Notfallsituationen / Krisen:

Anlage 3 –Ergebnisbericht zur Indikationseinschätzung/Mitteilung über die Beendigung der SAPV

<p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Straße, Wohnort:</p> <p><input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege</p> <p><input type="checkbox"/> stationäres Hospiz</p> <p><input type="checkbox"/> stationäre Pflegeeinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Weitere Orte</p> <p>Geb. Datum:</p> <p>Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers</p> <p>Tel.:</p> <p>gesetzl. Vertreter/in:</p> <p>Informationsberechtigte/r Angehörige/r:</p>	<p>GKV: _____ KV Nr.: _____</p> <p>Erstverordnung Datum bis</p> <p style="padding-left: 150px;">Umfang <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV</p> <p>Folgeverordnung Datum bis</p> <p style="padding-left: 150px;">Umfang <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV</p> <p>SAPV-Team: _____</p> <p>Ansprechpartner/in amb. ärztl. Versorgung:</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarzt/Hausärztin</p> <p><input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin nach § 87 Abs. 1b SGB V</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt/Fachärztin</p> <p>Ansprechpartner/in Pflege:</p> <p><input type="checkbox"/> zu Hause durch Angehörige</p> <p><input type="checkbox"/> amb. Pflegedienst <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege</p> <p><input type="checkbox"/> stationäres Hospiz <input type="checkbox"/> stationäre Pflegeeinrichtung</p>
--	--

• **Verordnungsrelevante Diagnosen ICD 10:**

Diesbezügliche kurative Behandlungen sind abgeschlossen*: ja nein

* Hinweis: Die gleichzeitige Durchführung von SAPV-Leistungen und einer zielgerichteten Tumortherapie kann im Einzelfall zur Symptomlinderung beitragen und wäre in diesem Fall nicht als kurative Behandlung zu verstehen.

• **Komplexes Symptomgeschehen nach SAPV-Richtlinie:** liegt vor liegt nicht vor

• **Ausgeprägter Symptomkomplex** abweichend von der SAPV-Verordnung bzw. deren Konkretisierung
Zutreffende Bereiche ankreuzen

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

Kurze Beschreibung der Ausprägung / ggf. fachliche Begründung zur Abweichung von der SAPV-Verordnung

• **Abweichend von der SAPV-Verordnung sind folgende SAPV-Leistungen aus Sicht des SAPV-Teams notwendig:**

- Beratung** zu folgendem Sachverhalt:-----
In die Beratung werden folgende Personen/Leistungserbringer einbezogen: -----
- Koordination**
- additiv unterstützende Teilversorgung**
- vollständige Versorgung**

Kurze fachliche Begründung für die Abweichung von der SAPV-Verordnung

• **Therapie- und Hilfeplan muss abgestimmt werden mit folgenden Leistungserbringern/Diensten:**

- Hausarzt/Hausärztin Arzt/Ärztin nach § 87 Abs. 1b SGB V Facharzt/Fachärztin
- amb. Pflegedienst stat. Pflegeeinr. Kurzzeitpflegeeinr. Einr. der Eingliederungshilfe
- amb. Hospizdienst stationäres Hospiz Physiotherapeut/in Sanitätshaus Apotheke
- Sonstige:

• **Therapie- und Hilfeplan ist:**

- konsentiert teilweise konsentiert muss noch abgestimmt werden
- Notfallplan erstellt Rufbereitschaft organisiert

• **Unterstützung und Versorgungsbedarf**

(mit der Zielsetzung der häuslichen Versorgung gem. der SAPV-RL und / oder zur Vermeidung der Krankenhauseinweisung)

- Beratung, Anleitung, Schulung, Entlastung spezielle Koordination
- spezifische Behandlung und Versorgung psychosoziale Entlastung und Begleitung
- spezifische regelmäßige Verlaufskontrolle Krisenantizipation und Krisenintervention
- Rufbereitschaft Zeitnahes Aufsuchen in Krisensituationen

• **SAPV-Verordnung:**

- Es besteht kein Bedarf an SAPV. Die Mittel der anderweitigen Versorgungsformen sind ausreichend.
- Begleitung durch Hausarzt/Hausärztin Arzt/Ärztin nach § 87 Abs. 1b SGB V
- Facharzt/Fachärztin amb. Hospizdienst amb. Pflegedienst reicht/reichen aus.
- SAPV - Verordnung liegt nach Anspruch und Bedarf vor.
- Die SAPV - Verordnung sollte aus Sicht des SAPV-Teams gemäß dem oben genannten Leistungsbedarf folgendermaßen angepasst werden:

Datum der Erhebung:

durchgeführt von:

Unterschrift für SAPV-Team:

SAPV Beendigung:

- SAPV wurde beendet am:

 - Beendigungsgrund:
 - Versicherte/Versicherter verstorben
 - Versicherte/Versicherter unter SAPV stabilisiert, anderweitige Versorgungsformen reichen aus
 - Begleitung durch folgende Leistungserbringer/Strukturen ist ausreichend:
 - Hausarzt/Hausärztin, Arzt/Ärztin nach § 87 Abs. 1 b SGB V
 - Facharzt/Fachärztin
 - amb. Hospizdienst amb. Pflegedienst
 - Aufnahme in
 - Krankenhaus Fachabteilung Palliativstation Kurzzeitpflege
 - stationäres Hospiz stationäre Pflegeeinr. Einr. der Eingliederungshilfe
 - Sonstige:
 - sonstige Gründe
-
- **Sonstige Mitteilung:**-----

Datum der Erhebung:

durchgeführt von:

Unterschrift für SAPV-Team:

Anlage 4 – Leistungsnachweis über die Erbringung von SAPV

Versicherte/Versicherter		SAPV-Team	
Name, Vorname		Name	
Anschrift		Anschrift	
Vers.-Nr.:	Geb.-Datum:	Telefon-Nr.	IK-Nr.:
Krankenkasse:		Rechnungsnummer:	
		Monat	Jahr

Verordnung • Erst-VO • Folge-VO	Versorgungs- Beginn (Datum)	Versorgungs- Ende (Datum)	SAPV-Leistung • Beratungsleistung • Koordinationsleistung • Additiv unterstützende Teilversorgung • Vollständige Versor- gung	vorzeitig beendet am (Datum)	Grund <input type="checkbox"/> Krankenhauseinweisung <input type="checkbox"/> Stabilisierung <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Sonstiges

Genehmigte Leistung / Genehmigungskennzeichen der Krankenkasse	
Ort der Leistungserbringung (eigene oder familiäre Häuslichkeit, stationäre Pflegeein- richtung, stationäres Hospiz, Einrichtung der Eingliede- rungshilfe)	

Datum der Leis- tungserbringung	Anwesenheit				Leistungsinhalt / Kontaktart (z. B. Hausbesuch, Telefonkon- takt, Fallbesprechung, Krisenin- tervention)	Profes- sion(en) A = Arzt P = Pflege- fachperson	Handzeichen, Beschäftigten- nummer, lebenslange Arzt- nummer
	08:00 – 12:00	12:00 – 16:00	16:00 – 22:00	22:00 – 08:00			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ich versichere hiermit die Richtigkeit der Angaben und mir ist be-
wusst, dass falsche Angaben zu vertraglichen und strafrechtli-
chen Konsequenzen führen können

Unterschrift der oder des
Verantwortlichen im SAPV-Team

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannten Leistungen, die im Kontakt
mit der oder dem Versicherten erfolgten, erbracht worden sind

Unterschrift der oder des Versicherten bzw.
gesetzlicher Vertreter

• Die Unterschrift konnte nicht durch die oder den Versicherten,
die gesetzliche Vertreterin oder den gesetzlichen Vertreter oder die Bevollmächtigte
oder den Bevollmächtigten erbracht werden

Rahmenvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V

zur Erbringung von
Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche (SAPV-KJ)
vom 26.10.2022

zwischen dem GKV-Spitzenverband¹

und

- dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Berlin
- der Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V., Berlin
- der Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV e. V., Berlin
- dem Bundesverband Kinderhospiz e. V., Berlin
- dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Berlin
- dem Deutschen Caritasverband e. V., Freiburg
- dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e. V., Berlin
- dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V., Berlin
- dem Deutschen Roten Kreuz e. V., Berlin
- der Diakonie Deutschland– Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., Berlin
- dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Essen

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

Inhalt

Präambel.....	- 3 -
§ 1 Zielsetzung der SAPV für Kinder und Jugendliche	- 5 -
§ 2 Zielgruppe.....	- 6 -
§ 3 Organisation der SAPV für Kinder und Jugendliche	- 7 -
§ 4 Zulassung als SAPV-KJ-Team	- 9 -
§ 5 Versorgungskonzept.....	- 12 -
§ 6 Strukturelle und sächliche Anforderungen an das SAPV-KJ-Team.....	- 13 -
§ 7 Personelle Anforderungen	- 15 -
§ 8 Anzeigepflichten / Mitteilungspflichten	- 20 -
§ 9 Inhalt und Umfang der SAPV für Kinder und Jugendliche	- 21 -
§ 10 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Veranlassung von diagnostischen Laboruntersuchungen.....	- 25 -
§ 11 Verordnungsverfahren von SAPV.....	- 26 -
§ 12 Genehmigungsverfahren von SAPV für Kinder und Jugendliche.....	- 27 -
§ 13 Dokumentationssystem.....	- 28 -
§ 14 Qualitätssicherung	- 30 -
§ 15 Statistik.....	- 31 -
§ 16 Grundsätze der Vergütung	- 31 -
§ 17 Abrechnung und Datenträgeraustausch (DTA)	- 36 -
§ 18 Verbot von Aufzahlungen.....	- 39 -
§ 19 Vermittlungsverbot	- 39 -
§ 20 Maßnahmen bei Vertragsverstößen	- 40 -
§ 21 Ordentliche Kündigung des Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V	- 41 -
§ 22 Übergangsregelungen	- 42 -
§ 23 Schiedsverfahren	- 42 -
§ 24 Inkrafttreten und Kündigung des Rahmenvertrages	- 43 -
§ 25 Salvatorische Klausel.....	- 43 -

Anlage 1 – Strukturhebungsbogen..... - 45 -
Anlage 2 – Leistungsnachweis über die Erbringung von SAPV-KJ..... - 52 -

Präambel

- 1) Nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V schließen der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene einen Rahmenvertrag zur Durchführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche (SAPV-KJ). Damit wird den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen, die nach § 37b Abs. 1 Satz 6 SGB V einen Anspruch auf eine an ihren Bedürfnissen ausgerichtete spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben, Rechnung getragen. In dem Rahmenvertrag werden insbesondere die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die Grundsätze der Vergütung geregelt.

Als besondere Belange von Kindern und Jugendlichen sind insbesondere zu berücksichtigen:

- Im Vergleich zu der SAPV von Erwachsenen bedarf eine vergleichsweise geringe Anzahl von Kindern und Jugendlichen der SAPV. Es treten hier überdurchschnittlich häufig Krankheitsbilder auf, die aufgrund ihrer Seltenheit und dem schwierig vorherzusehenden Krankheitsverlauf einer spezifischen, individuell auf dieses Krankheitsbild abgestimmten und damit auch aufwändigeren Versorgung bedürfen. Es existieren besondere Charakteristika der Zielgruppe, z. B. die Bedeutsamkeit von Familie für die Kinder und Jugendlichen allgemein sowie im Besonderen in Bezug auf die Bedeutung zur Erreichung der Ziele der SAPV, die Sicherstellung der Versorgung in der Familie, die Krankheitsbewältigung und die kindgerechte Auseinandersetzung mit der schweren Erkrankung und dem drohenden oder nahen Sterben.
 - Eltern, Geschwisterkinder und weitere Zugehörige sind durch die Schwere der Erkrankung und deren Folgeerkrankungen, dem weit fortgeschrittenen Krankheitsverlauf, der Symptomlast und dem hohen Leidensdruck, dem komplexen Koordinations- und Versorgungsbedarf, den wiederkehrenden Krisensituationen, der Sterbesituation und der unausweichlichen Verlusterfahrung besonderen Belastungen ausgesetzt.
 - Die Beratung, Schulung und Begleitung der Eltern bei der Organisation und der Sicherstellung der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung der rechtlichen Situation sowie der Beachtung des Kindeswillens und des Willens der Eltern/Sorgeberechtigten ist sehr zeitintensiv.
 - Körperliche, psychische, soziale und kognitive Entwicklungsphasen der Kinder und Jugendlichen müssen berücksichtigt werden.
- 2) Leistungserbringer (nachfolgend SAPV-KJ-Team), die die Anforderungen der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-Richtlinie) gemäß § 37b Abs. 3 i. V. m. § 92 Abs. 1

Satz 2 Nr. 14 SGB V in der aktuell geltenden Fassung (nachfolgend SAPV-Richtlinie genannt) sowie des Rahmenvertrages erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V mit der/den Krankenkasse/n einzeln oder gemeinsam unter Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes.

- 3) Grundsätzlich werden Kinder und Jugendliche durch hierfür spezialisierte Teams auf der Grundlage des gesonderten Rahmenvertrages zur SAPV-KJ versorgt. In Einzelfällen können Kinder und Jugendliche durch SAPV-Teams für Erwachsene versorgt werden, wenn im Versorgungsgebiet die Sicherstellung der Versorgung durch ein SAPV-Team für Kinder und Jugendliche nicht gewährleistet werden kann.
- 4) Die Partner der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V wirken auf der Grundlage dieses Rahmenvertrages auf eine flächendeckende und dem regionalen Bedarf, sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum, Rechnung tragende Versorgung mit SAPV-Leistungen durch hierfür geeignete SAPV-KJ-Teams hin. Die SAPV-KJ-Teams sollen sich untereinander sowie im regionalen Versorgungssystem vernetzen.
- 5) Dieser Rahmenvertrag ist für die Partner der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V verbindlich. Ziel des Rahmenvertrages ist es, für Versicherte der Krankenkassen eine qualifizierte Versorgung mit SAPV-KJ auf einem einheitlichen Qualitätsniveau sicherzustellen. Die Einzelheiten zur Versorgung werden in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V zwischen den Krankenkassen und den SAPV-KJ-Teams unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten geregelt. Die Regelungen in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V dürfen den Regelungen dieses Rahmenvertrages nicht entgegenstehen.
- 6) Den Krankenkassen und den maßgeblichen Organisationen der Hospiz- und Palliativversorgung bleibt es unbenommen, auf regionaler Ebene ergänzend zum vorliegenden Rahmenvertrag konkretisierende Verfahrensregelungen abzustimmen.
- 7) Die SAPV-Richtlinie ist für die Partner des vorliegenden Rahmenvertrages sowie für die Partner der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V verbindlich.
- 8) Die SAPV-KJ ist eine dem individuellen Versorgungsbedarf entsprechende Leistung, die die Wünsche und Bedürfnisse der pädiatrischen Patientin oder des pädiatrischen Patienten (nachfolgend Versicherte oder Versicherter genannt) sowie die Belange ihrer oder seiner

Eltern/Sorgeberechtigten in den Mittelpunkt der Behandlung rückt. Sie bezieht sich ausschließlich auf die hierzu indizierten notwendigen spezialisierten Maßnahmen zur Palliativversorgung gemäß der SAPV-Richtlinie.

- 9) Das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V ist zu beachten.
- 10) Der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigung der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden. Darüber hinaus wurden auch die Patientenorganisationen nach § 140f Abs. 4 SGB V beteiligt. Die Hinweise aus den Stellungnahmen sind in den Rahmenvertrag eingeflossen.
- 11) Die Vertragspartner des vorliegenden Rahmenvertrages werden die Erfahrungen mit dessen Umsetzung fortlaufend auswerten und diesen erforderlichenfalls weiterentwickeln.

§ 1 Zielsetzung der SAPV für Kinder und Jugendliche

- 1) Die SAPV-KJ dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker und sterbender Menschen (§ 37b Abs. 1 Satz 1 SGB V i. V. m. § 1 Abs. 1 SAPV-Richtlinie) zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder der Kinder- und Jugendhilfe sowie in einem stationären (Kinder- und Jugend) Hospiz zu ermöglichen.

Im Vordergrund steht die aktive und ganzheitliche Behandlung von Patientinnen und Patienten nach § 2. Zielsetzung ist, das Befinden der oder des Versicherten auch unter Einbezug weiterer Angebote physisch, psychisch und sozial zu stabilisieren und die Selbsthilfefähigkeit des sozialen Umfeldes zu unterstützen. Im Vordergrund der SAPV-KJ steht die palliative Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. Etwaige kurative Ansätze treten in den Hintergrund.

- 2) Die SAPV-KJ ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der oder des Versicherten sowie die Belange ihrer oder seiner Familie bzw. weiterer vertrauter Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Wille der oder des Versicherten (Patientenwille) und der Wille der Eltern/Sorgeberechtigten sind zu beachten. Der Patientenwille kann auch in Form einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebracht werden.

- 3) Die SAPV-KJ ergänzt die Leistungsangebote der anderweitigen Versorgungsformen. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.

§ 2 Zielgruppe

- 1) Bei Versicherten, die der SAPV-KJ bedürfen, liegt nach den §§ 2-4 der SAPV-Richtlinie eine nicht heilbare, fortschreitende und so weit fortgeschrittene Erkrankung vor, dass dadurch die Lebenserwartung begrenzt ist. Voraussetzung für die SAPV-KJ ist das Vorliegen eines Bedarfs an besonders aufwändiger Versorgung. Anhaltspunkt dafür ist ein komplexes Symptomgeschehen, das besondere palliativ-medizinische und/oder palliativ-pflegerische Kenntnisse und Erfahrungen erfordert sowie ein interdisziplinäres, insbesondere zwischen Ärztinnen oder Ärzten und Pflegefachpersonen in besonderem Maße abgestimmtes Versorgungskonzept voraussetzt. Aufgrund dieses spezifischen Versorgungsbedarfs sind die Leistungen und Angebote der anderweitigen Versorgungsformen nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichend.

Gemäß der SAPV-Richtlinie sind insbesondere bei Kindern die Voraussetzungen für die SAPV-KJ als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt (vgl. § 3 Abs. 3 Satz 2 SAPV-Richtlinie). Im Vergleich zur SAPV bei Erwachsenen leiden Kinder und Jugendliche, die der SAPV bedürfen, häufiger an genetischen Erkrankungen, Stoffwechselleiden, Hirnfehlbildungen und Muskelerkrankungen. Zudem können Kinder und Jugendliche mit komplex neurologischen Erkrankungen Anspruch auf SAPV-KJ haben. Dies gilt auch dann, wenn die neurologische Grundkrankheit (z. B. perinatale Hirnschädigung) nicht als fortschreitend zu bewerten ist, wohl aber die daraus entstehenden Folgekrankheiten wie Zerebralparese, zerebrale Krampfanfälle, Schluckstörung und restriktive Ventilationsstörung beständig an Schwere zunehmen. Die Prognose der Lebenserwartung ist bei Kindern und Jugendlichen mit schwerwiegenden nicht-onkologischen Erkrankungen erheblich schwieriger zu stellen als bei Erwachsenen.

Wenn ein Krankheitsbild aus dem Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin vorliegt und die Versorgung durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer in der Vergangenheit erfolgt ist, ist eine Weiterversorgung durch diese Leistungserbringer in der Regel auch über das 18. Lebensjahr möglich. Dies kann im Einzelfall auch sinnvoll sein, wenn ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters jenseits des 18. Lebensjahres auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt.

SAPV-KJ kann bereits ab Diagnosestellung einer lebenslimitierenden Erkrankung erforderlich sein – die intermittierende Versorgung ist nicht auf die letzten Lebenstage beschränkt (vgl. § 3 Abs. 3 Satz 2 SAPV-Richtlinie).

- 2) Versicherte in stationären (Kinder- und Jugend-) Hospizen nach § 39a Abs. 1 SGB V haben grundsätzlich einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen palliativ-medizinischen Versorgung im Rahmen der SAPV-KJ, sofern die Voraussetzungen gemäß Abs. 1 vorliegen. Ein Anspruch auf die palliativ-pflegerische Versorgung im Rahmen der SAPV-KJ besteht nicht.

§ 3 Organisation der SAPV für Kinder und Jugendliche

- 1) Die SAPV-KJ wird durch ein multiprofessionelles Team, bestehend aus den in § 7 genannten qualifizierten Fachkräften, erbracht.
- 2) Für die Mindestpersonalausstattung des SAPV-KJ-Kernteams gelten die nachfolgend festgelegten bundesweit einheitlichen Maßgaben (in Vollzeitäquivalenten/VZÄ):
- 1,5 VZÄ nach § 7 Abs. 3 qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte
 - 3,0 VZÄ nach § 7 Abs. 4 qualifizierte Pflegefachpersonen
 - 0,5 VZÄ nach § 7 Abs. 6 qualifizierte psychosoziale Fachkraft

Die vorgenannten Mindestpersonalvorgaben sind zu mindestens 50 % über bei dem Träger des SAPV-KJ-Teams angestelltes Personal abzudecken.

Dem angestellten Personal gleichgestellt sind Eigentümerinnen und Eigentümer oder Gesellschafterinnen und Gesellschafter des SAPV-KJ-Teams sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte sowie gestellte (überlassene) Mitglieder der Schwesternschaften vom Roten Kreuz.

- 3) Bei den Mitarbeitenden im SAPV-KJ-Kernteam muss aus der ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppe jeweils mindestens eine Person mit einem Umfang von mindestens 50 % VZÄ beim SAPV-KJ-Team angestellt sein, die neben der Tätigkeit in der Versorgung auch die jeweilige fachliche Leitung des SAPV-KJ-Teams innehaben.
- 4) Darüber hinaus müssen im SAPV-KJ-Kernteam die weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. Mitglieder des SAPV-KJ-Kernteams mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von jeweils mindestens 10 Stunden tätig sein.
- 5) Zur Umsetzung der SAPV-KJ in dem Versorgungsgebiet nach Abs. 13 inklusive der Sicherstellung der Rufbereitschaft sind zusätzlich zum SAPV-KJ-Kernteam weitere nach § 7 Abs. 2 [redaktionelle Anmerkung: gemeint ist Abs. 3] qualifizierte Ärztinnen und Ärzte und nach § 7 Abs. 3 [redaktionelle Anmerkung: gemeint ist Abs. 4] qualifizierte Pflegefachpersonen anzustellen oder über eine andere Form der vertraglichen Vereinbarung

(z. B. Kooperationsvertrag) als SAPV-KJ-Teammitglieder mit jeweils mindestens 10 Stunden pro Woche einzubinden.

- 6) Unabhängig von der Organisation der SAPV-KJ gemäß Abs. 1–5 ist sicherzustellen, dass die Anforderungen an eine fachgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung entsprechend dieses Rahmenvertrages gewährleistet sind. Dabei gelten insbesondere folgende Grundsätze:
- verbindliche, regelmäßige und situativ angepasste Kommunikations- und Abstimmungsstrukturen zur Sicherstellung der kontinuierlichen Begleitung und Versorgung der oder des Versicherten und ihrer oder seiner Zugehörigen,
 - Teilnahme der in die Versorgung der Versicherten eingebundenen, diensthabenden SAPV-KJ-Team-Mitglieder an den regelmäßig stattfindenden, multiprofessionellen Teambesprechungen,
 - Teilnahme der in die Versorgung der Versicherten eingebundenen, diensthabenden SAPV-KJ-Team-Mitglieder an den regelmäßig und bei Bedarf stattfindenden multiprofessionellen Fallbesprechungen,
 - einschlägige regelmäßige Fortbildungen gemäß § 14 Abs. 5.
- 7) Die Personalausstattung im Sinne des Abs. 5 wird in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V festgelegt.
- 8) Das SAPV-KJ-Team versorgt Versicherte auf der Grundlage der jeweiligen ärztlichen Verordnung und der Genehmigung der notwendigen SAPV-KJ-Leistungen durch die Krankenkasse sowie des vorliegenden Versorgungskonzeptes nach § 5 und den weiteren Vorgaben dieses Rahmenvertrages.
- 9) Das SAPV-KJ-Team ist an jedem Tag der Woche zu einer 24-Stunden-Rufbereitschaft für die durch das SAPV-KJ Team aktuell versorgten Versicherten verpflichtet. Die ständige Verfügbarkeit von qualifizierten Ärztinnen und Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen gemäß § 7 ist im erforderlichen Umfang auch für notwendige Hausbesuche zu gewährleisten.
- 10) Die Personalstärke eines SAPV-KJ-Teams bestimmt sich u. a. durch die Anforderungen zur Erbringung der SAPV-Leistungen nach § 9, die Anzahl der zu versorgenden Versicherten unter Berücksichtigung der spezifischen regionalen Situation und des vereinbarten Versorgungsgebietes nach Abs. 13, die 24-Stunden-Erreichbarkeit für die zu versorgenden Versicherten, die qualifizierte Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten und den regionalen strukturellen Gegebenheiten.

- 11) Es erfolgt hinsichtlich der Versorgungsplanung eine enge Zusammenarbeit des SAPV-KJ-Teams mit den weiteren an der Versorgung beteiligten Diensten und Einrichtungen, insbesondere mit den behandelnden Vertragsärztinnen oder behandelnden Vertragsärzten, vorzugsweise mit der behandelnden Kinder- und Jugend-Hausärztin oder dem Kinder- und Jugend-Hausarzt. Insbesondere soll vor einer stationären Krankenhauseinweisung sowie im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt eine Abstimmung zwischen dem SAPV-KJ-Team und den behandelnden Vertragsärztinnen oder den behandelnden Vertragsärzten erfolgen.
- 12) Das SAPV-KJ-Team stellt durch eine geeignete Infrastruktur sicher, dass die ständige Kommunikation innerhalb des SAPV-KJ-Teams gewährleistet ist und die ständige Kommunikation des SAPV-KJ-Teams mit allen weiteren an der Versorgung der oder des jeweiligen Versicherten Beteiligten ermöglicht werden kann. Die Erreichbarkeit des SAPV-KJ-Teams (persönlich, digital und/oder telefonisch) ist allgemein zugänglich zu veröffentlichen.
- 13) Das SAPV-KJ-Team erbringt die SAPV-KJ in dem im Versorgungsvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V vereinbarten Versorgungsgebiet, das einen Einzugsbereich von bis zu 120 km aufweisen kann. Soweit Übernahmen von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der SAPV-KJ von anderen SAPV-KJ-Teams angrenzender Versorgungsgebiete notwendig sind, muss eine strukturierte Übergabe erfolgen.

§ 4 Zulassung als SAPV-KJ-Team

- 1) Die SAPV-KJ wird von SAPV-KJ-Teams erbracht, mit denen die Krankenkassen zur Sicherung der Versorgung einen Versorgungsvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V für ein darin zwischen den Parteien festgelegtes Versorgungsgebiet geschlossen haben. Durch Abschluss des Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V ist das SAPV-KJ-Team zur Leistungserbringung gemäß des vorliegenden Rahmenvertrages berechtigt.
- 2) Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht, wenn die Anforderungen der SAPV-Richtlinie sowie dieses Rahmenvertrages durch das SAPV-KJ-Team erfüllt werden. Die Krankenkassen haben innerhalb von acht Wochen nach Zugang der erforderlichen und vollständigen Unterlagen bei der zuständigen Krankenkasse gemäß Abs. 5 zu prüfen, ob die Voraussetzungen dieses Rahmenvertrages erfüllt sind und teilen das Ergebnis der Prüfung dem SAPV-KJ-Team umgehend mit. Die zuständige Krankenkasse nimmt eine erste inhaltliche Sichtung der Unterlagen vor und teilt dem SAPV-KJ-Team innerhalb von vier Wochen nach

erstmaligen Eingang der Unterlagen mit, wenn Unterlagen nicht vollständig sind und fordert diese nach. Bei Vorliegen der Voraussetzungen ist mit dem SAPV-KJ-Team umgehend in Verhandlungen zum Abschluss eines regionalen Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V und in Vergütungsverhandlungen einzutreten.

Die Liste der erforderlichen Unterlagen sind in **Anlage1** (Strukturerhebungsbogen) aufgeführt.

- 3) Strukturell kann das SAPV-KJ-Team entweder rechtlich verselbstständigt (eigene Rechtsform) oder durch Anbindung an einen bereits bestehenden Träger organisiert sein. Bei Anbindung an einen bereits bestehenden Träger ist aufgrund seines Versorgungsauftrages die organisatorische und wirtschaftliche Selbstständigkeit des SAPV-KJ-Teams zu gewährleisten und gegenüber den vertragsschließenden Krankenkassen in geeigneter Form nachzuweisen.
- 4) Voraussetzung für einen Vertragsabschluss nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V ist im Weiteren die Vorlage eines aussagekräftigen Versorgungskonzeptes nach § 5.
- 5) Zum Nachweis der organisatorischen und personellen Voraussetzungen einschließlich der erforderlichen Eignung und Zuverlässigkeit hat das SAPV-KJ-Team die nachfolgenden Unterlagen vor Abschluss des Versorgungsvertrags nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V bei der zuständigen oder federführenden Krankenkasse bzw. dem Landesverband der Krankenkasse bzw. dem Verband der Ersatzkassen (vdek) als gemeinsamen Bevollmächtigten gemäß § 212 Abs. 5 SGB V einzureichen:
 - a) Versorgungskonzept nach § 5,
 - b) Liste der geplanten Teammitglieder gemäß § 7 mit Unterschrift, lebenslanger Arztnummer und, wenn vorhanden, Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 SGB V sowie Handzeichen (Handzeichenliste), wie auch die entsprechenden Berufszulassungen:
 1. Ärztinnen/Ärzte: Facharzturkunden, Zertifikate über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin;
 2. Pflegefachpersonen: Anerkennungsurkunden und Palliative-Care-Zertifikate gemäß § 7 Abs. 4 und
 3. psychosoziale Fachkräfte: Anerkennungsurkunden und Palliative-Care-Zertifikate gemäß § 7 Abs. 6.
 - c) Nachweis über die Erfahrungen für die qualifizierten Ärztinnen und Ärzte (vgl. § 7 Abs. 3), die qualifizierten Pflegefachpersonen (vgl. § 7 Abs. 4) und psychosozialen Fachkräfte (vgl. § 7 Abs. 6)
 - d) bei der Rechtsform

1. einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) einen Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck,
 2. 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. eines eingetragenen Vereins (e. V.) einen Auszug aus der Vereinssatzung in Kopie mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Vereinsregister.
- e) für andere Gesellschaftsformen und Körperschaften, Anstalten und Stiftungen gelten die Nachweispflichten entsprechend,
- f) Nachweis eines Institutionskennzeichens (IK) für das SAPV-KJ-Team,
- g) abgeschlossene vertragliche Vereinbarungen (z. B. Kooperationsverträge) mit qualifizierten Ärztinnen und qualifizierten Ärzten, Pflegefachpersonen und psychosozialen Fachkräften nach § 7 Abs. 3, 4 und 6,
- h) Nachweis der Netzwerkkoooperation und ggf. der Verträge mit den Netzwerkpartnern²,
- i) Betriebshaftpflichtversicherung,
- j) Anmeldung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft,
- k) Nachweis zur Zuverlässigkeit³:
1. aktuelles Führungszeugnis nach § 30a BZRG der vertretungsberechtigten Person(en) des SAPV-KJ-Teams (z. B. Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer, Gesellschafterinnen und Gesellschafter, Prokuristinnen und Prokuristen),
 2. Schutzkonzept zugunsten von Versicherten und im SAPV-KJ-Team tätigen Personen zur Prävention von Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit und gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Dieses Schutzkonzept beinhaltet u. a. die folgende Verpflichtung: ausschließlich in der Verantwortung des SAPV-KJ-Teams gemäß § 3 Abs. 1 liegende interne Überprüfung der Zuverlässigkeit durch Einholung eines Führungszeugnisses nach § 30a BZRG aller Personen, die unmittelbar in die Versorgung der Versicherten eingebunden sind, durch das SAPV-KJ-Team.
 3. Compliance-Konzept mit nachfolgenden Inhalten:
 - a. Bekenntnis zur Compliance,

² Netzwerkpartner sind rechtlich und wirtschaftlich eigenständige Akteure des Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesens und ehrenamtliche Organisationen, die zur Sicherstellung der Zielsetzung der SAPV-KJ nach § 1 mit dem SAPV-KJ-Team in einem Netzwerk kooperieren, selber aber keine Leistungen der SAPV-KJ erbringen

³ Unzuverlässigkeit liegt dann vor, wenn die Person zu der Befürchtung Anlass gibt, er oder sie werde die ihm obliegenden Pflichten als Leistungserbringer im Rahmen der SAPV-KJ oder als vertretungsberechtigte Person eines solchen SAPV-KJ-Teams nicht in ausreichendem Maße erfüllen, wobei diese Einschätzung eine Prognose seines künftigen Verhaltens erfordert, die sich auf Tatsachen, insbesondere auf das bisherige Verhalten der Person, stützen muss.

- b. Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten bzgl. der Compliance,
 - c. Risikoanalyse zur Compliance und Festlegung von Präventivmaßnahmen,
 - Abrechnung von Leistungen,
 - Annahme von Spenden,
 - Schutz des Eigentums im Haushalt der oder des Versicherten,
 - Anforderungen an Kooperationen mit Leistungserbringern,
 - d. Kontrolle der Compliance und Einführung eines Hinweisgeber-Systems,
 - e. Information und Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
 - f. Information der Versicherten.
- 6) Zum Nachweis ist die Anlage 1 (Strukturerhebungsbogen) inklusive der erforderlichen Unterlagen vollständig vorzulegen.

§ 5 Versorgungskonzept

- 1) Das SAPV-KJ-Team versorgt auf der Grundlage eines verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Versorgungskonzeptes. Das Versorgungskonzept ist den vertrags-schließenden Krankenkassen gemäß § 4 Abs. 5 Buchstabe a) vor Vertragsschluss zur Verfügung zu stellen.
- 2) Das Versorgungskonzept formuliert die zentralen Maßnahmen der pädiatrischen Palliativ-versorgung unter Beachtung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Dazu gehören nach allgemeinem Verständnis neben den medizinisch- und pflegerischen Leistungsinhalten auch psychosoziale und spirituelle Aspekte⁴. Es muss darüber hinaus verdeutlichen, wie die qualifizierte Leistungserbringung erfolgen soll, damit die in § 1 Abs. 1 genannten Ziele erreicht werden können.
- 3) Das Versorgungskonzept beinhaltet Aussagen insbesondere zu folgenden Aspekten:
 - Standort des SAPV-KJ-Teams,
 - Veröffentlichung der Kontaktdaten und Darstellung der Erreichbarkeit für die Öffentlich-lichkeit,
 - Versorgungsgebiet,
 - Fallzahleinschätzung,
 - Grundsätze und Teilprozesse der Versorgung (Versorgungsprozess, siehe § 9),
 - Mitglieder des SAPV-KJ-Teams gemäß § 3,
 - Sicherstellung der 24-Stunden Rufbereitschaft an jedem Tag der Woche,

⁴ Leistungsinhalte der SAPV-KJ ergeben sich aus § 9 des Rahmenvertrages und § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie

- personelle Zuständig- und Verantwortlichkeiten im SAPV-KJ-Team (u. a. Weisungsbefugnisse, Weisungsgebundenheit),
- administrative Struktur,
- Schutz- und Compliancekonzept gemäß § 4 Abs. 5,
- Erfüllung der strukturellen und sächlichen Anforderungen gemäß § 6,
- Beschreibung der regionalen und überregionalen Netzwerkstrukturen sowie der Art und Weise der Einbindung der Netzwerkpartner des SAPV-KJ Teams (zur frühzeitigen Einbindung insbesondere eines ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienstes sowie von Nachbarschaftshilfen, niedergelassener Ärztinnen und Ärzten, ehrenamtlichen Krankenbesuchsdiensten, Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), pädiatrischen Fachambulanzen, Zentren für seltene Erkrankungen, Frühförderstellen, Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEb) und ggf. einer ambulanten Krebsberatungsstelle nach § 65e SGB V),
- Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im SAPV-KJ-Team gemäß § 7,
- Darstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, unter Maßgabe der regulären Verfügbarkeit von Verordnungsblättern (Rezepten) gemäß § 10,
- Dokumentationssystem gemäß § 13,
- Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 14.

§ 6 Strukturelle und sächliche Anforderungen an das SAPV-KJ-Team

- 1) Die Leistungen der SAPV-KJ werden durch das SAPV-KJ-Team gemäß § 3 erbracht. Das SAPV-KJ-Team ist Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen und überregionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Es arbeitet mit den an der Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und dabei nach Möglichkeit insbesondere mit der behandelnden Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin oder dem behandelnden Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder der behandelnden Hausärztin oder dem behandelnden Hausarzt sowie weiteren Leistungserbringern zusammen (im Sinne eines integrativen Ansatzes).
- 2) Mit den regelhaft an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern der anderweitigen Versorgungsformen (Netzwerkpartner) sind Vereinbarungen zur Zusammenarbeit schriftlich abzuschließen und den Krankenkassen vor dem Abschluss der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V gemäß § 4 Abs. 5 vorzulegen.
- 3) Das SAPV-KJ-Team arbeitet mit einem oder mehreren ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten, der/die die strukturellen Voraussetzungen gemäß der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 SGB V erfüllt/erfüllen, zusammen. Die Zusammenarbeit ist

schriftlich zu vereinbaren und gegenüber den Krankenkassen vor dem Abschluss der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V gemäß § 4 Abs. 5 nachzuweisen. Kommt mit keinem der im Versorgungsgebiet tätigen ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienste eine Zusammenarbeit zustande, hat das SAPV-KJ-Team bei Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V und danach alle zwei Jahre seine Bemühungen um eine Kooperation darzulegen (z. B. durch Dokumentation der Gesprächsangebote, schriftliche Bestätigung durch den ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienstes) und die Einbindung anderer ehrenamtlicher Strukturen (z. B. Elterninitiativen, Hospizinitiativen) nachzuweisen.

- 4) Das SAPV-KJ-Team hat als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:
 - ein geeignetes Dokumentationssystem,
 - einen Notfallvorrat an Betäubungsmitteln für den unvorhersehbaren, dringenden und kurzfristigen Bedarf der Versicherten nach §§ 5c i. V. m. 5d Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV),
 - Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstaschen (ausreichende Ausstattung für die Notfall- und Krisenintervention unter Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z. B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen),
 - eine geeignete Mobilitätsausstattung mit für die SAPV notwendigen Fahrzeugen,
 - eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik.

- 5) Das SAPV-KJ-Team hat die Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln für den Notfall auch durch Netzwerkkoperationen mit zugelassenen Leistungserbringern der Krankenkassen sicherzustellen. Zur Unterstützung der Sicherstellung der Arzneimittelversorgung kooperiert das SAPV-KJ-Team mit mindestens einer Apotheke. Die Kooperation zwischen SAPV-KJ-Team und Apotheke regelt die vorrätige Verfügbarkeit einzelner Medikamente und die Verkehrswege. Die Netzwerkkoperation zwischen SAPV-KJ-Team und Apotheke ist schriftlich zu vereinbaren und gegenüber den Krankenkassen gemäß § 4 Abs. 5 vor dem Abschluss der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V nachzuweisen. Das Recht der Versicherten auf freie Apothekenwahl darf durch die Netzwerkkoperation zwischen SAPV-KJ-Team und Apotheke nicht eingeschränkt werden.

- 6) Das SAPV-KJ-Team muss über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten in dem in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V vereinbarten Versorgungsgebiet verfügen für:
 - die Beratung von Versicherten (behindertengerecht, kindgerecht, rollstuhlgerecht) und

deren Eltern/ Sorgeberechtigten sowie weiterer Zugehörigen⁵, Pflegefachpersonen und Ärztinnen oder Ärzten,

- die Arbeit der SAPV-KJ-Team-Mitglieder einschließlich Teamsitzungen, Besprechungen sowie Telefonie, Dokumentation und Administration,
- die sachgerechte Lagerhaltung von Medikamenten für Notfall-/Krisenintervention und Hilfsmitteln.

Für die Aufbewahrung von Betäubungsmitteln ist ein BtM-Schrank (vgl. § 15 BtMG) erforderlich.

§ 7 Personelle Anforderungen

- 1) Das SAPV-KJ-Team stellt sicher, dass das für die SAPV-KJ erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht.
- 2) Das SAPV-KJ-Team muss per Einsatzplanung gewährleisten, dass mindestens eine qualifizierte Ärztin oder ein qualifizierter Arzt nach Abs. 3 und eine qualifizierte Pflegefachperson nach Abs. 4 verpflichtet ist, sich außerhalb der regulären Arbeitszeit des SAPV-KJ-Teams an einem selbst bestimmten Ort auf Abruf zur Arbeit bereitzuhalten (Rufbereitschaft). Es muss gewährleistet sein, dass während der Rufbereitschaft unverzüglich die Arbeit aufgenommen wird. Die Rufbereitschaft schließt notwendige Hausbesuche ein.
- 3) Die nach § 3 tätigen qualifizierten Ärztinnen und Ärzte verfügen über:
 - Facharztqualifikation im Bereich Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Allgemeinmedizin oder Anästhesie
 - eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin⁶ nach der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer und
 - Erfahrungen aus der pädiatrischen palliativen Behandlung von mindestens 30 pädiatrischen Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit in einem SAPV-KJ-Team) oder in einem stationären Kinder- und Jugendhospiz oder auf einer pädiatrischen Fachstation eines Krankenhauses (z. B. Neuropädiatrie, Kinderonkologie, Neonatologie, Intensiv), innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in den vorgenannten pädiatrischen Fachstationen in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. Diese Rahmenfrist von drei Jahren verlängert sich um Zeiten, in denen die Ärztinnen oder Ärzte

⁵ Zu den Zugehörigen zählen Angehörige und weitere dem sterbenden Menschen Nahestehende.

⁶ Die aktuell gültigen Weiterbildungsordnungen sehen in der Regel eine Weiterbildung mit einem Umfang von mindestens 160 Stunden vor.

- wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
 - als Pflegeperson nach § 19 SGB XI eine pflegebedürftige Person wenigstens 10 Stunden wöchentlich gepflegt hat,
- längstens jedoch auf acht Jahre.

Die ärztlich-fachliche Leitung innerhalb des SAPV-KJ-Teams nach § 3 Abs. 3 erfolgt durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin.

Der überwiegende Anteil der im SAPV-KJ-Team tätigen Ärztinnen und Ärzte sind Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.

- 4) Die nach § 3 tätigen qualifizierten Pflegefachpersonen verfügen über:
- die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen
 - Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
 - Pflegefachfrau oder Pflegefachmann
 - Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger
 - den Abschluss einer pädiatrischen Palliative-Care-Fort-/ Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 150 Zeitstunden oder den Abschluss eines vergleichbaren Studiums und
 - Erfahrungen aus der pädiatrischen palliativen Pflege von mindestens 30 pädiatrischen Palliativpatientinnen und Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit in einem SAPV-KJ-Team) oder in einem stationären Kinder- und Jugendhospiz oder auf einer pädiatrischen Fachstation eines Krankenhauses (z. B. Neuropädiatrie, Kinderonkologie, Neonatologie, Intensiv), innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativpflegerischen Tätigkeit in den vorgenannten pädiatrischen Fachstationen in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. Diese Rahmenfrist von drei Jahren verlängert sich um Zeiten, in denen die Pflegefachperson
 - wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
 - als Pflegeperson nach § 19 SGB XI eine pflegebedürftige Person wenigstens 10 Stunden wöchentlich gepflegt hat,
 längstens jedoch auf acht Jahre.

Die pflegerisch-fachliche Leitung innerhalb des SAPV-KJ-Teams nach § 3 Abs. 3 erfolgt durch eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder einem Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger.

Der überwiegende Anteil der im SAPV-KJ-Team tätigen Pflegefachpersonen trägt die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger.

- 5) Die pädiatrische Palliative-Care Fort-/Weiterbildung gemäß Abs. 4 umfasst folgende Mindestlerninhalte und Mindestumfänge:

	Module	UE a 45 min
Pädiatrische Palliativversorgung und Kinderhospizarbeit		8
1	Nationale und internationale Entwicklung der pädiatrischen Palliativversorgung im Vergleich zur Versorgung Erwachsener	
2	Organisationsformen von pädiatrischer Palliativversorgung und Kinderhospizarbeit	
3	Grundlagen der pädiatrischen Palliativversorgung	
4	Gesunde Kinder und Jugendliche in ihren kulturellen und sozialen Bezügen	
Das Kind als sich entwickelndes Individuum und seine Familie in der pädiatrischen Palliativversorgung		12
5	Entwicklung von Wahrnehmung, Denken und Kommunikation orientiert an den Altersstufen; kindliche Todeskonzepte	
6	Einfluss chronischer Erkrankung auf die Entwicklung	
7	Spezifisch kindliche Ausdrucksformen	
8	Die Familie als primäres Bezugsfeld des sich entwickelnden Kindes/Jugendlichen & das System Familie	
9	Sekundäre Bezugsfelder (z. B. Kindergarten, Schule)	
10	Kulturelle Aspekte	
11	Transition	
Physische Aspekte: Interdisziplinäre und multiprofessionelle palliative Behandlung und Pflege		60
12	Neonatologie, pädiatrische Intensivmedizin/-pflege	
13	Neuropädiatrie	
14	Pädiatrische Onkologie und Hämatologie	
15	Pädiatrische Kardiologie	
16	Pädiatrische Pulmologie	
17	Pädiatrische Gastroenterologie	
18	Pädiatrische Stoffwechselerkrankungen	
19	Hauterkrankungen oder Symptome, die sich über die Haut manifestieren	
20	Palliative Sedierung	

21	Komplementäre und nicht-medikamentöse Therapien und Pflegemethoden	
22	Umgang mit alternativen Therapien	
23	Schmerztherapie (Pathophysiologie, total pain, Schmerzmessung, Einflussfaktoren auf das Schmerzerleben und die Schmerztherapie, Schmerz als Mittel der Kommunikation von Kind und Eltern, medikamentöse und nicht medikamentöse Schmerztherapie)	
24	Pflege in der Finalphase und Umgang mit Verstorbenen	
Psychosoziale Aspekte und spirituelle Aspekte		34
25	Die Situation der Familie von lebenslimitierend erkrankten Kindern und Jugendlichen (z. B. Eltern, Geschwister)	
26	Familienorientierte Versorgung und Empowerment	
27	Kommunikation (Familie, Kinder und Jugendliche)	
28	Psychosoziale Beratung und Begleitung	
29	Veränderung des Körperbildes und Sexualität	
30	Begleitung des Kindes und der Familie in der Sterbephase	
31	Spirituelle Begleitung der Familie	
32	Vorstellung und Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod in verschiedenen Kulturen	
33	Prozess und Formen der Trauer	
Ethische und rechtliche Aspekte		14
34	Grundlagen der Medizinethik	
35	Sterbehilfe/Sterbebegleitung	
36	Verfahren zur Entscheidungsfindung, Therapiebegrenzung/Therapiezieländerung, Empfehlungen in Notfallsituationen, vorausschauende Verfügung	
37	Umsetzungsformen ethischen Denkens	
38	Pädiatrische Palliativversorgung als medizinethische Herausforderung (z. B. perinatale Krisen)	
39	Sozialrechtliche Aspekte (z. B. SAPV, Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung)	
40	Rechtliche Bestimmungen zu Tod und Bestattung	
Teamarbeit und Selbstpflege		20
41	Aspekte der Teamarbeit	
42	Ehrenamtliche als Mitglieder des Teams	
43	Der professioneller Helfer in der pädiatrischen Palliativversorgung	
44	Stressmanagement und Bewältigungsstrategien	
Gesundheits- und berufspolitische Aspekte und Organisatorische Aspekte		12
45	Grundlagen/Dokumentation/Standards/Forschung	

46	Vernetzung/Case Management	
47	Bildung von Netzwerken und Öffentlichkeitsarbeit	
Assessment/ Hausarbeit		40

Die theoretische Fort-/Weiterbildung umfasst 160 Unterrichtseinheiten (120 Zeitstunden). Zusätzlich wird eine Hausarbeit angefertigt. Für die Erstellung der Hausarbeit sind 40 UE (30 Zeitstunden) angesetzt. Der Gesamtstundenanteil beträgt somit 200 UE (150 Zeitstunden). Nach erfolgreichem Abschluss der Fort-/Weiterbildung und der Beurteilung der Hausarbeit wird ein Zertifikat ausgestellt, dass die Fort-/Weiterbildung entsprechend der vorgenannten Mindestlerninhalte und Mindestumfänge absolviert wurde. Dabei sind die einzelnen Module mit den Umfängen im Zertifikat auszuweisen.

- 6) Die nach § 3 tätigen qualifizierten psychosozialen Fachkräfte erfüllen die folgenden Voraussetzungen:
- a) Hochschulabschluss aus dem Bereich
- Sozialpädagogik, Rehapädagogik, Heilpädagogik
 - Soziale Arbeit
 - Psychologie
- und
- b) Abschluss einer pädiatrischen Palliative-Care-Fort-/ Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 150 Zeitstunden gemäß Abs. 5 oder den Abschluss eines vergleichbaren Studiums
- und
- Erfahrungen als psychosoziale Fachkraft aus der psychosozialen Betreuung von mindestens 30 pädiatrischen Palliativpatientinnen und Palliativpatienten, z. B. in der häuslichen Umgebung (auch in einem ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienst oder durch die Mitarbeit in einem SAPV-KJ-Team) oder in einem stationären Kinder- und Jugendhospiz, oder auf einer pädiatrischen Fachstation eines Krankenhauses (z. B. Neuropädiatrie, Kinderonkologie, Neonatologie, Intensiv), innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen Tätigkeit in den vorgenannten pädiatrischen Fachstationen in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. Diese Rahmenfrist von drei Jahren verlängert sich um Zeiten, in denen die psychosoziale Fachkraft
 - wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
 - als Pflegeperson nach § 19 SGB XI eine pflegebedürftige Person wenigstens 10 Stunden wöchentlich gepflegt hat,
 längstens jedoch auf acht Jahre.

- 7) Die Partner der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V können Übergangsregelungen vorsehen, wonach Ärztinnen oder Ärzte, die die berufspraktische Erfahrung nach Abs. 3, Pflegefachpersonen, die die berufspraktische Erfahrung nach Abs. 4 bzw. psychosoziale Fachkräfte, die die berufspraktische Erfahrungen nach Abs. 6 nicht vollständig erfüllen, diese Erfahrung auch im Rahmen der SAPV-KJ erwerben können, sofern im SAPV-KJ-Team insgesamt ausreichende Erfahrung zur SAPV-KJ vorliegt. Die berufspraktische Erfahrung nach den Absätzen 3, 4 bzw. 6 muss innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit im SAPV-KJ-Team abgeschlossen sein. Die Bestätigung hierüber ist den vertragsschließenden Krankenkassen gemäß § 4 Abs. 5 schriftlich einzureichen.

§ 8 Anzeigepflichten / Mitteilungspflichten

- 1) Das SAPV-KJ-Team ist verpflichtet, den Krankenkassen alle wesentlichen Änderungen unverzüglich schriftlich mitzuteilen, sobald sie dem SAPV-KJ-Team bekannt sind und die vertragsgemäße Durchführung dieses Vertrages sowie dessen Fortbestand berühren. Anzuzeigen sind hiernach insbesondere:
- die Unterschreitung der personellen Anforderungen an das SAPV-KJ-Kernteam gemäß § 3,
 - das Eintreten und Ausscheiden von qualifizierten Ärztinnen und Ärzten sowie von qualifizierten Pflegefachpersonen und psychosozialen Fachkräften gemäß § 7 im Rahmen des SAPV-KJ-Teams,
 - Änderungen der betrieblichen/organisatorischen Gegebenheiten: Änderung der Adressdaten, der Fax- und Telefondaten sowie der E-Mailadressen,
 - der Abschluss, die Kündigung bzw. Änderungen von Netzwerkkooperationen,
 - jede Änderung der Trägerschaft/Betriebsinhaberschaft bzw. bei einem Gesellschafterwechsel/Wechsel der Geschäftsführung sowie der Rechtsform des SAPV-KJ-Teams,
 - der Umstand, dass ein Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gegen das SAPV-KJ-Team (Träger des SAPV-KJ-Teams oder Träger weiterer vertraglich eingebundener Mitglieder des SAPV-KJ-Teams [§ 3]) gestellt wurde,
 - eingeleitete strafrechtliche Ermittlungsverfahren gegen eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter des SAPV-KJ-Teams, soweit sie im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung stehen, und soweit sie dem SAPV-KJ-Team bekannt sind,
 - strafrechtliche Ermittlungen gegen das SAPV-KJ-Team oder dessen Träger.
- 2) Sofern das SAPV-Team den Beginn und/oder das Ende der Tätigkeit von SAPV-Team-Mitgliedern nicht vertragskonform mitteilt, können geeignete Maßnahmen nach § 20 dieses Rahmenvertrages von den Krankenkassen getroffen werden.

- 3) Die Krankenkassen sind berechtigt, bei Änderungen nach Abs. 1 zum Nachweis der organisatorischen und/oder personellen Voraussetzungen die Vorlage weiterer Unterlagen zu verlangen. Das SAPV-KJ-Team legt die angeforderten Unterlagen innerhalb von 14 Tagen der zuständigen Krankenkassen vor oder teilt diesen mit, aus welchen Gründen angeforderte Unterlagen nicht übermittelt werden können.

§ 9 Inhalt und Umfang der SAPV für Kinder und Jugendliche

- 1) Inhalt und Umfang der zu erbringenden SAPV-KJ-Leistungen ergeben sich aus der gemäß der SAPV-Richtlinie von der Ärztin oder dem Arzt ausgestellten und der Krankenkasse genehmigten Verordnung (zur vorläufigen Kostenzusage siehe § 12 Abs. 2).
- 2) Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen. Soweit die allgemeine Palliativversorgung im Rahmen der anderweitigen Versorgungsformen ausreichend ist, darf SAPV-KJ nicht weiter erbracht werden. Die alleinige Notwendigkeit einer 24-Stunden-Rufbereitschaft begründet keinen Anspruch auf Leistungen der SAPV-KJ.
- 3) Im Falle der Besserung bzw. einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf ist der Versorgungsumfang der SAPV-KJ in Absprache mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt und, sofern abweichend, ggf. mit der behandelnden Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin oder dem behandelnden Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder der behandelnden Hausärztin oder dem behandelnden Hausarzt so weit wie möglich zu reduzieren und eine Weiterversorgung im Rahmen der anderweitigen Versorgungsformen anzustreben. Die Krankenkasse ist unverzüglich schriftlich zu informieren, sobald die anderweitigen Versorgungsformen als ausreichend angesehen werden.
- 4) Das SAPV-KJ-Team erbringt im Rahmen der SAPV-KJ grundsätzlich ergänzende Leistungen. Die anderweitigen Versorgungsformen sind davon nicht berührt und werden durch die vertragsärztliche Versorgung sowie die Versorgung im Rahmen der häuslichen Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege nach § 37 SGB V bzw. die pflegerische Versorgung nach dem SGB XI im Sinne einer Netzwerkkooperation mit dem SAPV-KJ-Team fortgesetzt.
- 5) Die SAPV-KJ kann nach Abs. 1 je nach Bedarf als
 - Beratungsleistung
 - Koordinationsleistung
 - additiv unterstützende Teilversorgung oder
 - vollständige Versorgung

erbracht werden.

a) Beratungsleistung

Die Leistung beinhaltet die Beratung der oder des Versicherten und anderer an der Versorgung Beteiligter (Zugehörige und andere involvierte Leistungserbringer) nach persönlicher Inaugenscheinnahme der oder des Versicherten und ihres oder seines Versorgungsumfeldes (siehe Erstkontakt Abs. 6). Nach erfolgter Inaugenscheinnahme kann die Beratung anderer involvierter Leistungserbringer auch telefonisch erbracht werden. Sie hat empfehlenden Charakter. Die Behandlungsverantwortung bleibt vollumfänglich bei den involvierten Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung. Das Ergebnis der Beratung ist im Sinne einer Handlungsempfehlung schriftlich zu dokumentieren.

b) Koordinationsleistung

Insbesondere folgende Maßnahmen sind Bestandteil der Koordination:

- Erstellen eines individuellen Behandlungsplans auf der Grundlage des Assessments (siehe Erstkontakt Abs. 6) und der multiprofessionellen Erstabstimmung,
- fortlaufende Abstimmung der Versorgung unter Einbezug der beteiligten Leistungserbringer einschließlich der dafür erforderlichen Beratung,
- persönlicher, ggf. ergänzender telefonischer Kontakt mit den an der Versorgung Beteiligten,
- Sicherstellung der bedarfsgerechten und abgestimmten individuellen Versorgungsplanung unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen und kontinuierliche Anpassung an die aktuelle Versorgungssituation,
 - Beratung bei der Therapie- und Notfallplanung,
 - Vernetzung mit ambulanten und/oder stationären Leistungserbringern,
 - Dokumentation.

Bei der alleinigen Koordinationsleistung ist die ärztliche Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nicht Bestandteil der SAPV-KJ-Leistung, sondern verbleibt bei den involvierten Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung.

c) Additiv unterstützende Teilversorgung

Insbesondere folgende Maßnahmen sind Bestandteil der additiv unterstützenden Teilversorgung:

- Assessment,
- inhaltliche Aspekte der Beratungs- und Koordinationsleistung der Buchstaben a) und b).
- Hausbesuche zur Tages- und Nachtzeit

- bedarfsweise Leistungen der in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie aufgeführten Leistungen bei entsprechend zwischen SAPV-KJ-Team und involvierten Leistungserbringern der anderweitigen Versorgungsformen abgestimmter anteiliger Übernahme der Behandlungsverantwortung,
- Krisenintervention,
- 24-Stunden-Rufbereitschaft,
- Anleitung der oder des Versicherten/der Familie und der Kooperationspartner in spezialisierter Krankenbeobachtung, Einführung spezieller Beobachtungsinstrumente,
- Anpassung des individuellen Behandlungsplans, inklusive vorbeugendes Krisenmanagement und Bedarfsinterventionen,
- ausführliche Kommunikation mit der oder dem Versicherten, seiner Familie und den anderen Leistungserbringern der Primärversorgung,
- Planung, Organisation und Durchführung einer individuell auf die Versicherte/den Versicherten bezogenen interdisziplinären Fallkonferenz,
- Versorgung in der Sterbephase in Absprache mit den allgemein Versorgenden vor Ort und der Familie,
- Dokumentation,
- regelmäßige Überprüfung und ggf. Anpassung des Behandlungsplans.

d) Vollständige Versorgung

Die vollständige Versorgung beinhaltet bedarfsweise alle in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie aufgeführten Leistungen. Die ggf. daneben notwendigen Leistungen werden weiterhin im Rahmen der anderweitigen Versorgungsformen erbracht. Dies gilt gleichermaßen für die Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V und die pflegerische Versorgung nach dem SGB XI, z. B. nach § 36 SGB XI durch ambulante Pflegedienste sowie die stationäre pflegerische Versorgung nach § 43 SGB XI.

Insbesondere folgende Maßnahmen sind Bestandteil der vollständigen Versorgung:

- Assessment,
- inhaltliche Aspekte der Beratungs- und Koordinationsleistung gemäß der Buchstaben a und b
- Hausbesuche zur Tages- und Nachtzeit,
- bedarfsweise alle Leistungen der in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie aufgeführten Leistungen mit vollständiger Übernahme der Behandlungsverantwortung durch das SAPV-KJ Team,
- Krisenintervention,
- 24-Stunden-Rufbereitschaft,

- Anleitung der oder des Versicherten/der Familie und der Kooperationspartner in spezialisierter Krankenbeobachtung, Einführung spezieller Beobachtungsinstrumente,
- Anpassung des individuellen Behandlungsplans, inklusive vorbeugendes Krisenmanagement und Bedarfsinterventionen,
- ausführliche Kommunikation mit der oder dem Versicherten, seiner Familie und den anderen Leistungserbringern der Primärversorgung,
- Planung, Organisation und Durchführung einer individuell auf den Patienten bezogenen interdisziplinären Fallkonferenz,
- Versorgung in der Sterbephase in Absprache mit den allgemein Versorgenden vor Ort und der Familie,
- Dokumentation,
- regelmäßige Überprüfung und ggf. Anpassung des Behandlungsplans.

6) Der Erstkontakt erfolgt bei der oder dem Versicherten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld. Dieser erfolgt in der Regel gemeinsam durch die Ärztin oder den Arzt und die Pflegefachperson des SAPV- KJ-Teams. Die Teilnahme der Leistungserbringer der allgemeinen Versorgung sowie ggf. des ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienstes wird angestrebt. Anlässlich des Erstkontaktes wird im Assessment eine mehrdimensionale, d. h. neben den medizinisch-pflegerischen Aspekten auch psychologische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigende Befunderhebung der oder des Versicherten inklusive Fremdanamnese im Angehörigengespräch vorgenommen. Es schließt sich eine erste Beratung und Optimierung der Symptomkontrolle und Unterstützung der Selbsthilfefähigkeit der oder des Versicherten und seines Umfeldes an, und ist somit eine direkte Unterstützung im Umgang mit der schweren Erkrankung.

In enger Absprache mit der oder dem Versicherten bzw. ihren oder seinen Eltern/ Sorgeberechtigten erstellt das SAPV-KJ-Team einen an der Symptomlast und den relevanten Problemen der oder des Versicherten orientierten bedarfsgerechten und vorausschauenden Behandlungsplan einschließlich einer Empfehlung für das Vorgehen im Notfall bzw. bei Kriseninterventionen, der mit den weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist. Der Behandlungsplan ist ressourcenorientiert und berücksichtigt die Angebote der anderweitigen Versorgungsformen. Die frühzeitige Inanspruchnahme ehrenamtlicher Unterstützungsmaßnahmen (z. B. ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienst, Nachbarschaftshilfe und ehrenamtliche Krankenbesuchsdienste) wird aktiv gefördert. Um einen Behandlungsplan zu erstellen, werden die relevanten Befunde der Patientin oder des Patienten eingeholt und gesichtet sowie die involvierten Netzwerkkooperationspartner erfasst. Es folgt eine Beurteilung des bisherigen Krankheitsverlaufes und darauf aufbauend die Behandlungsplanung, welche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt. Die Versorgung erfolgt auf der Grundlage des

Behandlungsplanes. Inhalte des Behandlungsplanes sind:

- Erreichbarkeit des SAPV-KJ-Teams (je nach verordneter Leistung 24-stündige Erreichbarkeit)
 - Diagnose und ausgeprägte Symptomkomplexe,
 - geplante, regelmäßige Medikation (Medikamentenplan),
 - Bedarfs- und Notfallmedikation in Bezug auf die relevanten Symptomkomplexe (Medikamentenplan),
 - weitere ressourcenorientierte Bedarfsinterventionen,
 - Vorgehensweisen und Maßnahmen in Notfallsituationen und bei Kriseninterventionen,
 - Einbindung medizinischer Versorgungs- und Notfallbehandlungssysteme (Versorgungssetting) einschließlich deren Erreichbarkeit/Verfügbarkeit,
 - weitere geplante Maßnahmen (z. B. zur Erhaltung und Verbesserung der Selbstbestimmung und Lebensqualität sowie zur Verbesserung des Würdeerlebens).
- 7) Die Versorgung durch das SAPV-KJ-Team endet bei Wegfall der leistungsbegründenden individuellen Voraussetzungen, mit dem Tod der oder des Versicherten bzw. aus sonstigen Gründen, die einer Versorgung durch das SAPV-KJ-Team entgegenstehen (z. B. Wohnortwechsel in ein anderes Versorgungsgebiet). Das SAPV-KJ-Team führt die im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen des Überleitungs- oder Abschlussmanagements in enger Abstimmung mit der oder dem Versicherten bzw. den Eltern/Sorgeberechtigten durch.

§ 10 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Veranlassung von diagnostischen Laboruntersuchungen

- 1) Die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln ist zu gewährleisten. Die in der SAPV-KJ tätigen qualifizierten Ärztinnen und Ärzte gemäß § 7 Abs. 3 sind berechtigt, in dem Zeitraum der SAPV-KJ für die Versicherten die zulasten der Krankenkassen verordnungsfähigen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel auf den für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Verordnungsvordrucken zu verordnen. Dieses Verordnungsrecht ist beschränkt auf die im Rahmen der SAPV-KJ erforderlichen Arznei-, Heil-, und Hilfsmittel, die über die Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung und Versorgung hinaus erforderlich sind, um die Ziele der SAPV-KJ zu erreichen.
- 2) Die Verordnungen sind auf Basis der geltenden Richtlinien des G-BA auszustellen und auszuführen. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten.
- 3) Für die im Rahmen der SAPV-KJ verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel gelten die nach §§ 300, 302 SGB V vereinbarten Abrechnungsverfahren entsprechend.

- 4) Auf den Verordnungen sind die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vergebene SAPV-spezifische Betriebsstätten-Nummer (SAPV-BSNR) 75XXXXX63 sowie die Pseudo-Arzt-Nummer (LANR: 33333300) anzugeben. Diese Nummern dürfen nur für Verordnungen gemäß Abs. 1 im Rahmen der SAPV-KJ auf Basis einer genehmigten oder im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage übermittelten (siehe § 12 Abs. 2) SAPV-Verordnung verwendet werden.
- 5) Für die Verordnung weiterer als die in Absatz 1 genannten Leistungen dürfen die SAPV-BSNR und Pseudo-Arzt-Nummer nicht verwendet werden.
- 6) Bei der (zeitgleichen) Verordnung von Arzneimitteln einerseits und Hilfsmitteln andererseits sind jeweils getrennte Vordrucke nach Muster 16 zu verwenden.
- 7) Auf Betäubungsmittel-Rezepten sind die SAPV-BSNR sowie die Pseudo-Arzt-Nummer anzugeben.
- 8) SAPV-KJ-Teams dürfen keine wirtschaftlichen Vorteile im Zusammenhang mit der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln annehmen. Zuwiderhandlungen stellen einen schwerwiegenden Vertragsverstoß dar.
- 9) Eine Ärztin oder ein Arzt des SAPV-KJ-Teams darf im Einzelfall die zur Erreichung der Ziele der SAPV-KJ notwendigen Untersuchungen diagnostischer Laborparameter selbständig veranlassen, die nicht über niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte abgebildet werden können, weil die zeitliche Verzögerung das Patientenwohl gefährdet. Damit sind folgende Laborparameter umfasst:
 - kleines BB Blutbild
 - Elektrolyte Calcium, Natrium, Kalium
 - Leber Bilirubin, gGT, (GPT, GOT) Albumin
 - Niere Cystatin-C, Harnstoff
 - Orientierung Blutgasanalyse
 - Gerinnung Quick, PTT
 - Infekt CRP.

§ 11 Verordnungsverfahren von SAPV

- 1) Das Verordnungsverfahren ist in der SAPV-Richtlinie geregelt.
- 2) Der Antrag auf Leistungen der SAPV (Rückseite des Verordnungsvordrucks) ist durch die Versicherte oder den Versicherte zu unterschreiben. Kann die Unterschrift nicht erbracht

werden, weil die oder der Versicherte bzw. ihr oder sein gesetzlicher Vertreter nicht in der Lage ist zu unterschreiben, bleibt das Unterschriftsfeld auf der Verordnung frei. Das SAPV-KJ-Team gibt dort oder auf einer Anlage zur Verordnung die Gründe hierfür an.

- 3) Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen der erneuten Unterschrift der verordnenden Vertragsärztin oder des verordnenden Vertragsarztes mit Stempel und Datumsangabe.
- 4) Kann die Durchführung der verordneten Leistung nicht mehr erfolgen, z. B. aufgrund einer Krankenhauseinweisung, informiert das SAPV-KJ-Team die Krankenkasse und die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt unverzüglich. Gleiches gilt, wenn nach initialer Aufnahme in die SAPV-KJ im Rahmen eines anlassbezogenen (z. B. Befundverbesserung) oder regelmäßig durchzuführenden Re-Assessments festgestellt wird, dass die besonderen Mittel der SAPV-KJ nicht mehr notwendig sind und die Mittel der anderweitigen Versorgungsformen ausreichen.

§ 12 Genehmigungsverfahren von SAPV für Kinder und Jugendliche

- 1) Das Genehmigungsverfahren ist in der SAPV-Richtlinie geregelt.
- 2) Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von dem SAPV-KJ-Team erbrachten Leistungen entsprechend der in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V vereinbarten Vergütung, wenn die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 der SAPV-Richtlinie spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

Kosten für genehmigte und vom SAPV-KJ-Team erbrachte Leistungen sind auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung ab Verordnungsbeginn durch die Krankenkasse zu tragen.

Wenn die Verordnung nicht innerhalb der 3-Tagefrist eingereicht wird und die Anspruchsvoraussetzungen gemäß der SAPV-Richtlinie nicht vorliegen, werden die Kosten durch die Krankenkasse auch für bereits erbrachte Leistungen nicht übernommen.

- 3) Um die Frist nach Abs. 2 zu wahren, ist die elektronische Übermittlung (Fax/ Datei⁷) der Verordnung an die Krankenkasse zulässig. Dabei muss die Verordnung mit Vorder- und

⁷ Die Übermittlung als Datei setzt ein zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer abgestimmtes und datenschutzrechtlich sicheres Verfahren voraus.

Rückseite des Musters 63 bzw. müssen im Datensatz alle Felder, die in der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung für das Muster 63 definiert sind, übermittelt werden. Das SAPV-KJ-Team hat das Original der Verordnung unverzüglich der Krankenkasse zu übermitteln; davon abweichend können zwischen einzelnen Krankenkassen und dem SAPV-KJ-Team abweichende Regelungen vereinbart werden. Das übermittelte elektronische Dokument muss mit dem Original übereinstimmen.

- 4) Sofern die Krankenkasse dem MD mit einer sozialmedizinischen Begutachtung beauftragt, sind dem MD durch das SAPV-KJ-Team die dafür erforderlichen Unterlagen entsprechend der Anforderung durch den MD im Rahmen der gesetzlichen, insbesondere der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, zu übermitteln (gemäß § 276 Abs. 2 SGB V).
- 5) Soweit die Krankenkasse eine von der Verordnung abweichende Entscheidung ausspricht, informiert die Krankenkasse die Versicherte oder den Versicherten und ggf. die gesetzliche Vertreterin bzw. den gesetzlichen Vertreter sowie die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt und teilt diesen die Gründe mit.
- 6) Die Krankenkasse informiert das SAPV-KJ-Team zeitgleich zur Versicherten oder zum Versicherten schriftlich über Art und Umfang der mit ihr abrechnungsfähigen Leistungen.

§ 13 Dokumentationssystem

- 1) Eine geeignete Dokumentation (papiergestützt oder elektronisch) ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen.
- 2) Das Dokumentationssystem des SAPV-KJ-Teams soll kompatibel zu den Dokumentationssystemen der weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sein.
- 3) Die Dokumentation wird regelmäßig vom SAPV-KJ-Team aktualisiert. Die versorgungsrelevante Dokumentation (s. Abs. 4 Buchstabe c und Abs. 7) verbleibt bei der oder dem Versicherten. Durch das SAPV-KJ-Team ist sicherzustellen, dass andere an der medizinisch-pflegerischen Versorgung der oder des Versicherten Beteiligte (Vertragsärztin oder Vertragsarzt, Pflegedienst, Rettungsdienst etc.) unter datenschutzrechtlichen Bestimmungen Zugang zu den Informationen aus der Dokumentation haben.
- 4) Für sämtliche SAPV-KJ-Leistungen (Beratung, Koordination, additiv unterstützende Teilversorgung und vollständige Versorgung) wird eine einheitliche Dokumentationsgrundlage vereinbart. Zugrundeliegende Kategorien der Dokumentation sind
 - a. Grund- und Stammdaten,

- b. prozessbezogene Dokumentation,
- c. bei der oder dem Versicherten zu verbleibende Unterlagen.

- 5) Die Grund- und Stammdaten gemäß Abs. 4 Buchstabe a schließen folgende Punkte ein
- Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, telefonische Erreichbarkeit der oder des Versicherten,
 - Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, telefonische Erreichbarkeit der gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters und/oder Bevollmächtigten und/oder wichtiger Bezugspersonen der oder des Versicherten,
 - Name, Adresse, telefonische Erreichbarkeit der mit dem SAPV-KJ-Team kooperierenden Leistungserbringer der anderweitigen Versorgungsformen, z. B. Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte, Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte, Pflegedienste, Hospizdienste u. a.,
 - versichertenbezogene Daten zur Beschreibung der Ausgangssituation zum Versorgungsbeginn (u. a. Behandlungsort, Medikation),
 - Angaben zu den für die SAPV-KJ relevanten Diagnosen und Symptomen,
 - Angaben zur besonderen Komplexität und/oder zum besonderen Aufwand gemäß § 37b SGB V und SAPV-Richtlinie (Assessment).
- 6) Die prozessbezogene inhaltliche Dokumentation gemäß Abs. 4 Buchstabe b schließt ein
- Ergebnisse der ärztlich durchgeführten körperlichen Untersuchung zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung sowie bei Bedarf im Verlauf,
 - Ergebnisse der Erhebung der Pflegeanamnese zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung sowie bei Bedarf im Verlauf,
 - Ergebnisse der Analyse der Selbsthilfefähigkeit zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung sowie bei Bedarf im Verlauf,
 - Ergebnisse der ressourcenorientierten Analyse des privaten häuslichen Betreuungsumfeldes zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung sowie bei Bedarf im Verlauf,
 - Ergebnisse der ausführlichen Anamnese inklusive ergänzender fremdanamnestischer Auskünfte bzgl. der Dimensionen medizinische, pflegerische und psychosoziale krankheitsassoziierte Belastetheit zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung sowie bei Bedarf im Verlauf,
 - Ergebnisse der (fortlaufenden) multiprofessionellen Teambesprechungen und Fallbesprechungen mit Formulierung eines Behandlungsplanes,
 - Bericht über die Ergebnisse der Ersterhebung und konsekutive Behandlungsmaßnahmen/-empfehlungen an die ggf. beteiligten Kooperationspartner des SAPV-KJ-Teams,
 - Ergebnisse des fortlaufenden Monitorings der Belastetheit der oder des Versicherten im Behandlungsverlauf,

- Adaption und Fortschreibung des individuellen Behandlungsplanes,
- Adaption und Fortschreibung des individuellen Notfallplanes im Rahmen der SAPV-KJ.

7) Bei der oder dem Versicherten und ihrer bzw. seiner Eltern/ Sorgeberechtigten zu verbleibende Unterlagen gemäß Abs. 4 Buchstabe c sind insbesondere:

- Behandlungsplan und -hinweise inkl. Medikamentenplan mit Bedarfsmedikation,
- ergänzende Informationen zum Vorgehen in Notfallsituationen, zur Orientierung für den Zeitraum zwischen Notfall und Kontakt/Eintreffen des SAPV-KJ-Teams (Notfallplan)⁸,
- Unterlagen mit eindeutiger Nennung der Erreichbarkeitsdaten des SAPV-KJ-Teams,
- versorgungsrelevante Dokumentation nach Abs. 3⁹.

§ 14 Qualitätssicherung

- 1) Das SAPV-KJ-Team ist verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen.
- 2) Multiprofessionelle Fallbesprechungen sind regelmäßig gemäß Versorgungskonzept (vgl. § 5) durchzuführen.
- 3) Die Teilnahme an Supervision ist regelmäßig gemäß Versorgungskonzept (vgl. § 5) zu ermöglichen.
- 4) Das SAPV-KJ-Team soll sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen, z. B. Teilnahme an multidisziplinären Qualitätszirkel.
- 5) Die an der Versorgung der Versicherten beteiligten Mitglieder des SAPV-KJ-Teams haben regelmäßig an fachbezogenen Fortbildungen (externe Fortbildungen und/oder Inhouse-Schulungen) teilzunehmen. Die Inhalte der Fortbildungen sind an dem aktuellen Stand der allgemein anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisse auszurichten und müssen sich auf die für die SAPV-KJ relevanten Themen beziehen. Die Fortbildungen müssen kalenderjährlich im Umfang von 16 Stunden¹⁰ je SAPV-KJ-Team-Mitglied nachgewiesen werden. Als Nachweis dienen die entsprechenden Zertifikate bzw. Kopien der Veranstaltungsprotokolle (Teilnahmeliste). Der Nachweis ist auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse

⁸ Es handelt sich hier um den Notfallplan der SAPV-KJ, nicht um den ggf. vorliegenden Notfallbogen der Patientenverfügung.

⁹ Die versorgungsrelevante Dokumentation umfasst die für die Behandlung vor Ort notwendigen Informationen über Behandlungsmaßnahmen der SAPV-KJ, wie aktuell verordnete Regel- und Bedarfsmedikation zur Symptomkontrolle, stattgehabte Interventionen. Durch die versorgungsrelevante Dokumentation vor Ort wird sichergestellt, dass involvierte Nicht-SAPV-KJ-Leistungserbringer vorausgegangene Behandlungsmaßnahmen nachvollziehen und ggf. für die eigene Behandlung berücksichtigen können.

¹⁰ Fortbildungen, die sich auf die für die SAPV-KJ relevanten Themen beziehen, die von den SAPV-KJ-Team-Mitgliedern in anderen Leistungsbereichen, wie z. B. der vertragsärztlichen Versorgung oder häuslichen Krankenpflege erworben werden, sind anzuerkennen und auf den kalenderjährlichen Umfang von 16 Stunden anzurechnen.

vorzulegen.

- 6) Sollten die eingereichten Unterlagen über die Fortbildungen nicht oder nicht ausreichend belegt sein, teilt die zuständige Krankenkasse dies dem SAPV-KJ-Team schriftlich mit.
- 7) Die Krankenkasse hat das Recht, die Erfüllung der personellen und sächlichen Mindestanforderungen sowie die Einhaltung des Versorgungskonzeptes zu überprüfen.

§ 15 Statistik

Das SAPV-KJ-Team hat sich an landesweiten statistischen Auswertungen zu Leistungs- und Strukturdaten zu beteiligen und die Daten für bundesweite Auswertungen zur Verfügung zu stellen, sofern dies und das Nähere zwischen den Partnern der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V vereinbart ist.

§ 16 Grundsätze der Vergütung

- 1) Das System zur Vergütung von SAPV -KJ soll insbesondere nachfolgende Grundsätze erfüllen:
 - Das Vergütungssystem muss für die Vertragspartner transparent und handhabbar sein.
 - Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und das SAPV-KJ-Team bei wirtschaftlicher Betriebsführung in die Lage versetzen, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung zu erbringen.
 - Vergütungsverhandlungen werden grundsätzlich geführt als Kostengrundverhandlungen oder Kostensteigerungsverhandlungen. Die Vertragsparteien nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V können davon nur einvernehmlich abweichen.
 - Die Vergütung wird prospektiv vereinbart.
 - Die Vergütungsvereinbarung wird auch für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum geschlossen oder durch eine Schiedsperson festgesetzt, sofern für diesen Zeitraum noch keine Vergütungsvereinbarung getroffen und vor Beginn des entsprechenden Zeitraums zur Verhandlung aufgefordert wurde. Zur Vermeidung von Verwaltungsaufwand soll die Vergütung für in der Vergangenheit liegende Zeiträume über Kompensationszuschläge erfolgen.
 - Vergütungsverhandlungen sind als Einzel- oder Kollektivverhandlungen zu führen. Sofern Verhandlungen für ein Kollektiv von SAPV-KJ-Teams erfolgen sollen, haben sich die Vertragspartner gemäß § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V auf die für Kollektivverhandlungen erforderlichen Rahmenbedingungen zu verständigen.
 - Neben der SAPV-KJ-Vergütung können für durch SAPV-KJ-Team-Mitglieder während

des SAPV-KJ-Einsatzes erbrachte Leistungen keine anderweitigen Vergütungen in Ansatz gebracht werden. Doppelabrechnungen sind somit ausgeschlossen.

- Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes. Das SAPV-KJ-Team ist verpflichtet, die Bezahlung nach Satz 1 jederzeit einzuhalten und diese entsprechend der nachfolgenden Regelungen nachzuweisen.
- 2) Es gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V. Über die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V hinausgehende Forderungen sind grundsätzlich nur möglich, wenn die notwendige Versorgung mit SAPV-KJ auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten ist. Die Darlegungs- und Substantiierung der Forderung obliegt dem SAPV-KJ-Team.
- 3) Die Vergütung erfolgt über Pauschalen (insbesondere Quartalspauschalen). Andere Pauschalen (z. B. Tages- oder Fallpauschalen) oder eine Kombination von Pauschalen sind möglich. Mit den Pauschalen sind alle Aufwendungen nach Abs. 5 inklusive der Wegezeiten abgegolten, es sei denn, die Vertragspartner nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V vereinbaren für die Wegezeiten gesonderte Pauschalen.
- 4) Bei der Kalkulation der Vergütung sind insbesondere zu berücksichtigen:
- die prospektiv kalkulierten Gestehungskosten,
 - kalkulierte Fallzahlen zur SAPV-KJ im vereinbarten Versorgungsgebiet (siehe § 5 Abs. 3),
 - Sicherstellung der Rufbereitschaft durch Ärzte und Pflegekräfte (s. § 3 Abs. 9),
 - die Leistungserbringung zu ungünstigen Zeiten,
 - Nettojahresarbeitszeit aller im SAPV-KJ-Team festangestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dies ist die Bruttojahresarbeitszeit abzüglich von Fehlzeiten wie Krankheit, Urlaub, Zeiten für Fortbildung, Zeiten für Qualitätssicherung, Organisations- und Rüstzeiten, nachgewiesene Zeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen der vereinbarten Arbeitszeit.
 - Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die über anderweitige vertraglicher Vereinbarungen (Kooperationsverträge) zur Verfügung stehen, die vereinbarten Stunden oder der vereinbarte Stellenanteil.
- 5) Zu den Gestehungskosten gehören:

- Personalkosten und Personalnebenkosten (für beim Träger des SAPV-KJ-Teams angestellte Mitarbeiter, Alters- oder Zusatzversorgungsaufwendungen, Personaloverhead¹¹ für angestellte Geschäftsführung, für ärztliche und pflegfachliche Leitung und Qualitätsmanagement, Rufbereitschaft, gesetzlich vorgeschriebene Beauftragte einschließlich Freistellung, Verwaltung, Abrechnung, Buchhaltung und Fuhrparkmanagement), unter Einschluss anfallender Personalaufwendungen für die Entleihung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Zeitarbeitsfirmen (nach AÜG) zur Überbrückung nicht zu vertretender zeitweiser Personalengpässe; ein Präjudiz für die Wirtschaftlichkeit der Inanspruchnahme von Zeitarbeitsfirmen ist hiermit nicht verbunden.
 - Sachkosten unter Einschluss der betrieblichen Investitionskosten für die Leistungserbringung (insbesondere Miet- und Mietnebenkosten, Büromaterial, Büroausstattung, IT-Kosten, Fuhrpark einschließlich der dazugehörigen Sachkosten, Versicherungen, Fortbildungskosten, medizinische und pflegerische Sachkosten, Aufwendungen für Fremddienstleistungen¹², Aufwendungen nach § 10 Abs. 9),
 - ein Zuschlag für die angemessene Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos und eines zusätzlichen persönlichen Arbeitseinsatzes
 - eine angemessene Verzinsung des Eigenkapitals
 - Aufwände für SAPV-KJ-Team-Mitglieder, welche über eine andere Form der vertraglichen Vereinbarung gemäß § 3 Abs. 5 eingebunden sind.
- 6) Bei jeder Vergütungsverhandlung ist eine Kostenkalkulation vorzulegen. Dabei sind in den Kalkulationsunterlagen für die Vergütungsverhandlungen die prospektiv kalkulierten voraussichtlichen Gestehungskosten transparent und plausibel darzulegen. Aus den Unterlagen muss die Kostenstruktur eines SAPV-KJ-Teams zu erkennen sein. Dabei ist der Verteilungsmaßstab für Leistungen der SAPV-KJ zu anderen Leistungsbereichen zu berücksichtigen. Im Rahmen der Darlegung sind folgende Nachweise vorzulegen:
- Die prospektiv kalkulierten Personalkosten bezogen auf die festangestellten Mitarbeiter des SAPV-KJ-Teams je Mitarbeiterin und Mitarbeiter (pseudonymisiert) mit Stellenanteil für den Bereich der SAPV-KJ und – soweit vorhanden – Eingruppierung, untergliedert nach Funktionsbereichen (Personalliste prospektive Kalkulation).
 - Für die Entlohnung der festangestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die geltenden Tarifverträge, kirchliche Vergütungsordnungen oder sonstigen Vergütungsmaßstäbe in der aktuellen Fassung zur Verfügung zu stellen. Bei sogenannten Haustarifen bzw. individuellen Vergütungsrichtlinien bzw. -vereinbarungen ist zusätzlich als

¹¹ Zu den Führungsaufgaben im Bereich Personalmanagement gehören auch die betriebliche Gesundheitsförderung sowie die Wahrnehmung von Arbeitsschutzaufgaben.

¹² Hierunter sind Fremddienstleistungen in den Bereichen Verwaltung, Abrechnung, Buchhaltung und Fuhrpark sowie für externe Beauftragte (z. B. für den Datenschutz) zu subsumieren.

Nachweis die schriftliche und rechtsverbindliche Erklärung des Trägers des SAPV-KJ-Teams erforderlich.

- Sachkostenaufstellung unter Differenzierung der nach Abs. 5 2. Spiegelpunkt genannten Kostenpositionen,
- prospektive Aufwände für im Rahmen von Kooperationsverträgen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SAPV-KJ-Teams nach § 3 Abs. 5, d. h. die Darlegung und Aufstellung der prospektiven jährlichen Personal- und Sachkosten mit der Angabe der jeweiligen wöchentlichen Arbeitszeit. Ein Präjudiz für die Wirtschaftlichkeit von Kooperationen ist damit nicht verbunden.

7) Reichen die Angaben des SAPV-KJ-Teams für eine abschließende Plausibilitätskontrolle nach Abs. 6 nach substantiiertem Darlegung der vertragschließenden Krankenkasse nicht aus, sind durch das SAPV-KJ-Team weitere Nachweise vorzulegen.

Unter der Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit, insbesondere der Erforderlichkeit, kann der Nachweis zu den bestrittenen Kostenpositionen insbesondere wie folgt geführt werden:

- weitere Konkretisierungen der zu erwartenden Kostenlast und ggf.
- pseudonymisierte gültige Personalliste mit Angabe der Einstufung und Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Eintritt und evtl. Austritt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in das Unternehmen, jeweilige wöchentliche Arbeitszeit in den einzelnen Monaten (Personalliste Gestehungskosten) und ggf.
- Lohnjournale je Beschäftigungsgruppe zum Nachweis der tatsächlichen Zahlung der Arbeitsentgelte i. S. d. § 14 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 SGB IV (ohne steuerrechtliche Angaben und ohne Gehaltsangaben zu den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) oder pseudonymisierte Gehaltsabrechnungen oder pseudonymisierte Personalkostenaufstellung (deren Pseudonymisierung der Personalliste entspricht) in einem geeigneten Format jeweils für den letzten Vergütungszeitraum, höchstens für die letzten zwölf Monate vor Aufforderung zur Vergütungsverhandlung. Die Richtigkeit ist auf einem Ausdruck rechtsverbindlich zu erklären und ggf.
- verbindliche Erklärung des Trägers, dass und ggf. für welche Bereiche die tarifliche Vergütung/Vergütungsstruktur eingehalten wird und ggf.
- vergütungsrelevante Angaben zur SAPV-KJ aus dem Jahresabschluss, insbesondere, sofern diese zur Bestimmung des Zuschlags für die angemessene Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos erforderlich sind.
- Auszüge aus den Kooperationsverträgen mit Relevanz für die Ermittlung der zugrunde gelegten Kosten.

Das Nähere zur Struktur der Kalkulationsunterlagen und zu den Nachweisen nach Absätze 6 und 7 vereinbaren die Vertragspartner nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V.

- 8) Soweit bei Kostensteigerungsverhandlungen auf vereinbarte Vergütungen der Vorjahre als Basis für aktuelle Vergütungsverhandlungen zurückgegriffen werden kann, bezieht sich die Darlegungs- und Substantiierungslast auf die Basis und die eingetretenen Veränderungen bei den Kostenpositionen, die eine Erhöhung der zuvor vereinbarten Vergütungen rechtfertigen. Die Prüfungsbefugnis der Krankenkasse bezüglich der Wirtschaftlichkeit der Änderungen bleibt unberührt.
- 9) Das SAPV-KJ-Team weist auf Verlangen der vertragsschließenden Krankenkasse (bzw. bei mehreren Leistungsträgern als Vertragspartner gegenüber den vertragsschließenden Krankenkassen und ihren Verbänden gemeinsam) durch die Vorlage geeigneter Unterlagen nach, dass die Arbeitsentgelte oder Gehaltssteigerungen der festangestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die angegebenen Aufwände im Rahmen von Kooperationsverträgen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Geschäftsgrundlage dieser Vergütungsvereinbarung geworden sind, tatsächlich geleistet wurden. Soweit in die Vereinbarungen nach Satz 1 bei SAPV-KJ-Teams, die weder tarifgebunden sind noch einen Tarif anwenden, durchschnittliche Gehaltssteigerungen eingeflossen sind, weist das SAPV-KJ-Team auf entsprechendes Verlangen nach, dass die Gehaltssteigerungen im Durchschnitt tatsächlich umgesetzt wurden; falls Angestellte an der Gesellschaft beteiligt sind, müssen die durchschnittlichen tatsächlichen Gehaltssteigerungen für die anderen Angestellten den Geschäftsgrundlage gewordenen durchschnittlichen Gehaltssteigerungen entsprechen. Für das Nachweisverfahren gilt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Der Nachweis für den laufenden Vergütungszeitraum, höchstens aber für die letzten 12 abgeschlossenen Monate des laufenden Vergütungszeitraums vor Zugang des Verlangens der Krankenkasse, wird wie folgt geführt:
- pseudonymisierte Personalliste mit Angabe der Qualifikation, der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit und des darauf beruhenden VZÄ sowie evtl. des Ein- und Austritts von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern während des Prüfungszeitraumes, und ggf.
 - ein in entsprechender Weise pseudonymisiertes Lohnjournal für den betreffenden Zeitraum zum Nachweis der tatsächlichen Zahlung der Arbeitsentgelte je Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter
 - ein in entsprechender Weise pseudonymisierter Nachweis der Zahlungen an Kooperationspartner.

Sofern auf der Grundlage der vorgenannten Unterlagen berechnete Zweifel der vertrags-schließenden Krankenkasse(n) an den angegebenen Personalkosten bestehen, sind pseudonymisierte Lohn- und Gehaltsnachweise sowie Auszüge aus den Arbeitsverträgen mit den Regelungen zu den Bezügen vorzulegen. Für die Einreichung der Nachweisunterlagen ist eine angemessene Frist einzuräumen, die vier Wochen ab Zugang des Nachweisverlangens nicht unterschreiten darf. Die Übersendung kann auch in elektronischer Form erfolgen, wenn die Datensicherheit gewährleistet ist. Die schriftliche Mitteilung des Prüfungsergebnisses soll innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der angeforderten Unterlagen erfolgen.

Das Nähere zur Struktur dieser Nachweise vereinbaren die Vertragspartner nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V.

- 10) Wegezeit ist die Zeit, die für die erste Anfahrt bis zum Betreten des Wohnungs- oder Hauseingangs einer oder eines Versicherten und ab Verlassen des Wohnungs- bzw. Hauseingangs einer oder eines Versicherten bis zum Betreten des Wohnungs- bzw. Hauseingangs der oder des nächsten versorgten Versicherten, ebenso am Ende der Einsatztour ab Verlassen des Haus- bzw. Wohnungseingangs einer oder eines Versicherten bis zum Standort des SAPV-KJ-Teams zurück entsteht.

§ 17 Abrechnung und Datenträgeraustausch (DTA)

- 1) Das SAPV-KJ-Team ist verpflichtet, die von ihm erbrachte Leistung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern abzurechnen. Daraus ergibt sich für die Krankenkasse die Verpflichtung, die Daten maschinell anzunehmen (vgl. § 302 SGB V). Bei der Umsetzung und Ausgestaltung der Regelungen zur Abrechnung in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V haben die Vertragspartner die Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V über die Form des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.
- 2) Vor der erstmaligen Durchführung der elektronischen Datenübertragung im Echtverfahren ist die ordnungsgemäße Verarbeitung durch ein Erprobungsverfahren sicherzustellen. Im Erprobungsverfahren sind der Krankenkasse neben den Testdaten die Abrechnungsunterlagen in Papierform zu übermitteln. Nach dreimaliger erfolgreicher Durchführung des Erprobungsverfahrens ist die maschinelle Abrechnung ins Echtverfahren zu überführen. Das SAPV-KJ-Team erhält eine Mitteilung über die erfolgreiche Beendigung des Erprobungsverfahrens. Anschließend werden die maschinellen Abrechnungen immer im Echtverfahren durchgeführt. Die Einzelheiten bezüglich des Übergangs vom Erprobungs- zum Echtver-

fahren sowie die damit im Zusammenhang stehenden Modalitäten sind unter Berücksichtigung der Synergien der elektronischen Datenübertragung zwischen den Vertragspartnern nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V zu regeln.

- 3) Die vom SAPV-KJ-Team erbrachten Leistungen sind unmittelbar nach ihrer Durchführung im Leistungsnachweis einzutragen. Vordatierungen oder Globalbestätigungen sind unzulässig. Gleiches gilt für Eintragungen im Leistungsnachweis vor Erbringung der Leistung. Eine Kopie des Leistungsnachweises ist auf Wunsch der oder dem Versicherten oder der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter auszuhändigen.
- 4) Der Abrechnung ist ein Leistungsnachweis im Sinne eines Papierbeleges beizufügen, solange die Vertragspartner nicht ein anderes – technisches – Verfahren der Darstellung und Übermittlung des Leistungsnachweises vereinbart oder eine andere Regelung getroffen haben. Die Partner des Rahmenvertrages streben perspektivisch an, den Leistungsnachweis als Teil des elektronischen Datenaustausches zu übermitteln. Die im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens zu übermittelnden Daten müssen entsprechend der Regelungen in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V mit den Angaben im Leistungsnachweis übereinstimmen.

Der Leistungsnachweis hat die folgenden Inhalte aufzuweisen und umfasst folgende Angaben:

- Monat / Jahr (je Monat einen separaten Leistungsnachweis)
- Stammdaten der oder des Versicherten (Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Aufenthaltsort der oder des Versicherten)
- Stammdaten des SAPV-KJ-Teams (inkl. IK des SAPV-KJ-Team)
- erbrachte Leistung:
 - Beratung,
 - Koordination,
 - additiv unterstützende Teilversorgung,
 - vollständige Versorgung.
- Bei Hausbesuchen im Rahmen der erbrachten Leistung:
 - Datum Leistungserbringung mit Handzeichen¹³ der durchführenden Ärztin oder Arzt nach § 7 Abs. 3 und/oder der durchführenden Palliativpflegefachperson nach § 7 Abs. 4 und/oder psychosozialen Fachkraft nach § 7 Abs. 6 mit Angabe der Zeitscheiben der Anwesenheit (8:00 Uhr – 12:00 Uhr, 12:00 Uhr – 16:00 Uhr, 16:00

¹³ Sobald das Beschäftigtenverzeichnis nach § 293 Abs. 8 SGB V in Kraft tritt, ist anstelle des Handzeichens die Beschäftigtennummer bezüglich der Pflegefachperson und die lebenslange Arztnummer bezüglich der Ärztin oder des Arzt anzugeben. Sofern eine Beschäftigtennummer vorhanden ist, gilt die Regelung in § 4 Abs. 5 Buchstabe b entsprechend.

Uhr bis 22:00 Uhr und 22:00 Uhr – 08:00 Uhr),

- Angabe des Versorgungszeitraumes,
- Unterschrift der oder des Verantwortlichen im SAPV-KJ-Team,
- Unterschrift der oder des Versicherten/der gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters/der oder des Bevollmächtigten (einmalig je Leistungsnachweis). Kann die Unterschrift nicht erbracht werden, weil die oder der Versicherte bzw. ihre oder seine gesetzliche Vertreterin oder ihr oder sein gesetzlicher Vertreter nicht in der Lage ist zu unterschreiben, bleibt das Unterschriftsfeld auf dem Leistungsnachweis frei. Das SAPV-KJ-Team gibt dies im Leistungsnachweis an.
- Platzhalter für vertragspezifische Angaben gemäß § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V

Als Muster dient der Leistungsnachweis entsprechend Anlage 4.

- 5) Unterlagen, die der Krankenkasse für die Versicherte oder den Versicherten im Rahmen des Genehmigungsverfahrens bereits vorgelegen haben (z. B. Verordnung) bzw. die im Rahmen des Genehmigungsverfahrens von der Krankenkasse erstellt wurden (z. B. Genehmigungsschreiben der Krankenkasse), müssen bei der Abrechnung von genehmigten und erbrachten Leistungen der Krankenkasse oder ggf. einem von der Krankenkasse bestimmten externen Dienstleister (Abrechnungszentrum) nicht erneut vorgelegt werden.
- 6) Sofern eine Gesamtrechnung Abrechnungspositionen enthält, die fehlerhaft sind bzw. deren Abrechnung von der Krankenkasse im Rahmen der Rechnungsprüfung beanstandet wird, berechtigt dies die Krankenkasse grundsätzlich nicht, die Abrechnung der unstrittigen Abrechnungspositionen zurückzuweisen. Bei begründeten Beanstandungen kann eine Abrechnung insgesamt zurückgewiesen werden. Eine begründete Beanstandung liegt vor, wenn die Abrechnung überwiegend falsche Abrechnungspositionen enthält, die nicht der Genehmigung entsprechen oder überwiegend Preise zur Abrechnung kommen, welche nicht vertraglich vereinbart wurden.
- 7) Das SAPV-KJ-Team, welches ein Abrechnungszentrum beauftragt, stellt die in diesem Zusammenhang notwendigen Unterlagen und Abrechnungsinformationen (z. B. Verträge, Leistungsnachweise, Ordnungsangaben, Genehmigungsschreiben) für eine ordnungsgemäße Abrechnung zur Verfügung. Dies gilt in gleicher Weise für die Krankenkasse und das von ihr beauftragte Abrechnungszentrum.
- 8) Überträgt das SAPV-KJ-Team die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so hat das SAPV-KJ-Team die zuständige Krankenkasse unverzüglich schriftlich hierüber zu infor-

mieren. Das SAPV-KJ-Team ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich. Hat das SAPV-KJ-Team dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Krankenkasse mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist das SAPV-KJ-Team für die Einhaltung des Entzugs der Vollmacht verantwortlich. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungszentrum übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Rahmenvertrages, des Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V und des § 6 Abs. 1 BDSG durch das SAPV-KJ-Team auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungszentrum) ist der zuständigen Krankenkasse vorzulegen.

- 9) Das SAPV-KJ-Team verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das es bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet. Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist der zuständigen Krankenkasse, sowohl bei Vertragsabschluss nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V als auch bei Änderungen mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK. Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK.

§ 18 Verbot von Aufzahlungen

- 1) SAPV-KJ wird als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Jegliche Aufzahlungen von der oder dem Versicherten im Rahmen der Vertragsleistungen dürfen durch das SAPV-KJ-Team weder gefordert noch angenommen werden.
- 2) Aufzahlungen dürfen durch das SAPV-KJ-Team auch in dem Fall nicht verlangt werden, wenn die Verordnung gemäß § 12 Abs. 2 bei der Krankenkasse verspätet eingereicht wird und die Verordnungsvoraussetzungen nicht vorliegen oder der Vergütungsanspruch in Fällen des § 12 Abs. 2 nicht besteht.
- 3) Zuwiderhandlungen stellen einen schwerwiegenden Vertragsverstoß dar.

§ 19 Vermittlungsverbot

- 1) Die Annahme von Aufträgen zur Versorgung anspruchsberechtigter Personen gemäß dieses Rahmenvertrages und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte, die nicht Mitglieder

des SAPV-KJ-Teams sind), gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile stellt einen schwerwiegenden Vertragsverstoß dar.

- 2) Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen zur Versorgung anspruchsberechtigter Personen gemäß dieses Rahmenvertrages an Dritte, die nicht Mitglieder des SAPV-KJ-Teams sind, gegen Kosten-erstattung.

§ 20 Maßnahmen bei Vertragsverstößen

- 1) Verstößt das SAPV-KJ-Team gegen seine vertraglichen Pflichten aus diesem Rahmenvertrag und/oder dem Versorgungsvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V, können die Krankenkassen geeignete Vertragsmaßnahmen ergreifen. Als solche kommen in Betracht:
 - a) Verwarnung,
 - b) Abmahnung ggf. verbunden mit Auflagen,
 - c) ordentliche Kündigung des Versorgungsvertrages (§ 21),
 - d) außerordentliche Kündigung des Versorgungsvertrages (§ 20 Abs. 3).
- 2) In den Verträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V können die Vertragsparteien weitere Maßnahmen als Vertragsstrafen vorsehen. Eine Vertragsstrafe ist ausgeschlossen, soweit wegen des Vertragsverstoßes gekündigt wird.
- 3) Der Versorgungsvertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V kann von den Krankenkassen gemeinsam und einheitlich oder einzeln gegenüber dem SAPV-KJ-Team ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung (außerordentlich) gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt, der ein Festhalten am Vertrag unzumutbar macht. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor bei:
 - strafrechtlicher Verurteilung wegen Abrechnungsbetrug oder Korruption im Gesundheitswesen (§§ 299a bis 300 StGB),
 - Nichterfüllung der strukturellen und sächlichen Anforderungen gemäß §§ 6 und 7, es sei denn, dies wurde den Krankenkassen vorher angezeigt und das weitere Vorgehen vereinbart,
 - wiederholte Abrechnung nachweislich nicht erbrachter Leistungen,
 - grobem Verstoß gegen pflegerische und/oder medizinische Qualitätsstandards unter Berücksichtigung der Zielsetzung der SAPV-KJ, der zu einer konkreten Gefährdung oder Schädigung der oder des Versicherten führt,
 - Annahme wirtschaftlicher Vorteile im Zusammenhang mit der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln entgegen § 10 Abs. 8,
 - Verstoß gegen das Verbot der Aufzahlungen (vgl. § 18),

- Verstoß gegen das Vermittlungsverbot (vgl. § 19),
 - wenn die Versorgung der Versicherten mit Leistungen nach diesem Vertrag durch das SAPV-KJ-Team nicht (mehr) sichergestellt ist.
- 4) Der Verdacht auf einen Vertragsverstoß/Vertragsverstöße ist dem SAPV-KJ-Team durch die Krankenkassen in schriftlicher Form mitzuteilen, es sei denn polizeiliche/staatsanwaltschaftliche Ermittlungen sprechen vorübergehend dagegen. Vor der Vornahme einer Vertragsmaßnahme ist dem SAPV-KJ-Team durch die Krankenkassen Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb einer Frist von zwei Wochen zu geben (Anhörung). Entscheidend für die Fristwahrung ist der Zugang bei den Krankenkassen. Die Entscheidung über die Vertragsmaßnahme wird dem SAPV-KJ-Team schriftlich mitgeteilt.
- 5) Die Anhörungsfrist von zwei Wochen verkürzt sich auf drei Werktage, wenn das Wohl der oder des Versicherten der Krankenkasse unverzügliches Handeln durch die Krankenkasse erfordert, insbesondere, wenn die Versorgung der oder des Versicherten mit Leistungen nach diesem Rahmenvertrag durch das SAPV-KJ-Team nicht (mehr) sichergestellt und dadurch Leben oder Gesundheit von Versicherten gefährdet ist (Gefahr im Verzug).
- 6) Die Maßnahmen bei Vertragsverstößen werden unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit von der Krankenkasse/den Krankenkassen getroffen. Dieser Grundsatz ist in der Regel gewahrt, wenn die eine Vertragsmaßnahme auf der anderen Maßnahme aufbaut (Eskalationsstufen).
- 7) Die Vertragsmaßnahmen nach Abs. 1 können unter Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit auch nebeneinander verhängt werden. Schadensersatzansprüche bleiben hiervon unberührt.

§ 21 Ordentliche Kündigung des Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V

In den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V sind Regelungen zur ordentlichen Kündigung vorzusehen. Dabei gilt:

- Spricht eine der Krankenkassen eine ordentliche Kündigung aus, bleibt der Versorgungsvertrag für die übrigen Vertragspartner bestehen.
- Sollte der Versorgungsvertrag ordentlich gekündigt werden mit dem Ziel, Vertragsinhalte zu verändern, gilt der Versorgungsvertrag auch nach Beendigung der Laufzeit bis zum Abschluss oder der in einem Schiedsverfahren erfolgten Festsetzung des Versorgungsvertrages fort.

Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.

§ 22 Übergangsregelungen

Mit Inkrafttreten dieses Rahmenvertrages müssen bestehende Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V (alte Fassung) zwischen den Krankenkassen und den SAPV-KJ-Leistungserbringern auf Landesebene überprüft und angepasst werden.

Unter Berücksichtigung der Regelungen dieses Rahmenvertrages sind die auf Landesebene zwischen den Krankenkassen bzw. dem Verband der Ersatzkassen (vdek) als gemeinsamen Bevollmächtigten gemäß § 212 Abs. 5 SGB V und den SAPV-KJ-Leistungserbringern bereits bestehenden Verträge als Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V weiterzuentwickeln.

Dabei darf ein Übergangszeitraum für die erforderlichen Anpassungen des SAPV-KJ-Teams und entsprechender vertraglicher Regelungen von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieses Rahmenvertrages nicht überschritten werden. Die Verhandlungen sollen innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Rahmenvertrages aufgenommen werden.

§ 23 Schiedsverfahren

- 1) Beantragt ein Vertragspartner nach § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V die Einleitung eines Schiedsverfahrens, haben sich die Vertragspartner auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen, die den Inhalt des Rahmenvertrages zu den strittigen Punkten innerhalb von drei Monaten nach Antragsstellung bei der Schiedsperson festlegen soll. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese durch das Bundesamt für soziale Sicherung bestimmt.
- 2) Kommt ein Vertrag nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V ganz oder teilweise nicht innerhalb von zwölf Wochen nach dem ersten Verhandlungstag zustande oder erklärt eine der Vertragsparteien vorher das Scheitern der Verhandlungen, wird der Inhalt des Vertrages durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt.
- 3) Die Einzelheiten des Schiedsverfahrens und der Amtsführung der Schiedsperson werden in einer gesonderten Schiedsordnung festgelegt. Darin ist die Dauer des Schiedsverfahrens regelmäßig entsprechend Abs. 1 Satz 1 festzulegen.

§ 24 Inkrafttreten und Kündigung des Rahmenvertrages

- 1) Dieser Rahmenvertrag tritt am 01.01.2023 in Kraft.
- 2) Dieser Rahmenvertrag kann von den Vertragsparteien mit halbjähriger Frist zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2024. Die Kündigung bedarf der Schriftform. Der gekündigte Rahmenvertrag gilt bis zum Abschluss eines neuen Rahmenvertrages weiter.
- 3) Die Vertragspartner werten die Erfahrungen mit der Umsetzung dieses Rahmenvertrages fortlaufend – erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten – aus und treten auf Verlangen des GKV-Spitzenverbandes oder der maßgeblichen Spitzenorganisation der Hospiz- und Palliativversorgung auf Bundesebene in Beratungen über notwendige Anpassungen des Rahmenvertrages ein. Die Rahmenvertragspartner können den Rahmenvertrag auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.

§ 25 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Rahmenvertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Rahmenvertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Rahmenvertragspartner unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

GKV-Spitzenverband

Berlin, den

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.

Berlin, den

Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V.

Berlin, den

Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV e. V.

Berlin, den

Bundesverband Kinderhospiz e. V.

Berlin, den

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.

Berlin, den

Deutscher Caritasverband e. V.

Freiburg, den

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.

Berlin, den

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband

– Gesamtverband e. V.

Berlin, den

Deutsches Rotes Kreuz e. V.

Berlin, den

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk
für Diakonie und Entwicklung e. V.

Berlin, den

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.

Essen, den

Anlage 1 – Strukturhebungsbogen

1. Angaben zum SAPV-KJ-Team

Name des SAPV-KJ-Teams	
verantwortlicher Vertreter	
ärztliche Leitung	
pflegerische Leitung	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Angabe Institutionskennzeichen	
Versorgungsgebiet	

Name des Trägers	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Leistungserbringerverband (freiwillige Angabe)]	
Zeichnungsberechtigter des Trägers (Name/Funktion):	
Rechtsform des Trägers des SAPV-KJ-Teams gem. § 4 Abs. 5 des Rahmenvertrages	<input type="checkbox"/> GbR <input type="checkbox"/> Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck in Kopie anliegend
	<input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck in Kopie anliegend
	<input type="checkbox"/> eingetragener Verein (e. V.) <input type="checkbox"/> beglaubigter Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichts anliegend
	<input type="checkbox"/> andere Rechtsform: <input type="checkbox"/> entsprechende Nachweise gemäß § 4 Abs. 5 des Rahmenvertrages in Kopie anliegend

2. Angaben zur Struktur des SAPV-KJ-Teams

2.1. Die wirtschaftliche und organisatorische **Selbständigkeit** des SAPV-KJ-Teams ist ab der Inbetriebnahme dadurch sichergestellt, dass die Finanzierungskreise und -verantwortlichkeiten sowie die Rechnungslegung für den Bereich der SAPV-KJ klar und eindeutig von anderen Leistungen und Aufgaben abgegrenzt sind.

2.2. Das SAPV-KJ-Team verfügt über die **Räumlichkeiten** für:

- Beratung von Patienten und Zugehörigen
- Teamsitzungen und Besprechungen
- Administration
- Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Kriseninterventionen und Hilfsmitteln

2.3. Folgende **sächliche Ausstattung** wird vorgehalten bzw. sichergestellt:

- Patientendokumentation
- Mobilität zur zeitnahen häuslichen Versorgung
- Notfallvorrat an Betäubungsmitteln
- Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche für die Notfall- / Krisenintervention
- geeignete administrative Infrastruktur (Büro, Kommunikationstechnik etc.)
- BtM-Schrank

3. Angaben zur Personalstruktur des SAPV-KJ-Teams

Anlage I: qualifizierte Palliativ- Ärztinnen/-Ärzte nach § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrages

Anlage II: qualifizierte Pflegefachpersonen nach § 7 Abs. 4 des Rahmenvertrages

Anlage III: qualifizierte psychosoziale Fachkräfte nach § 7 Abs. 6 des Rahmenvertrages

Anlage IV: Handzeichenliste

4. Übersicht der kooperierenden Netzwerkpartner

Anlage V: Übersicht der kooperierenden Netzwerkpartner (z. B. ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst, Apotheken, sonstige Leistungserbringer) nach § 6 Abs. 2 und 3 des Rahmenvertrages

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des/r verantwortlichen
Vertreters/in des SAPV-KJ-Teams

Stempel/Unterschrift des Trägers

Checkliste

CHECKLISTE DER BEIGEFÜGTEN UNTERLAGEN gemäß § 4 des Rahmenvertrages:

- Versorgungskonzept des SAPV-KJ-Teams
- Nachweis der Gesellschaftsform
- Mietvertrag für die Räumlichkeiten nach Ziffer 2.2 (Kopie anliegend)
- Unterlagen zum Nachweis der Zuverlässigkeit des SAPV-KJ-Teams

Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

gemäß § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrages)

- Facharzturkunde
- Nachweis der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (beglaubigte Kopie anliegend)
- Nachweis der Erfahrung aus der pädiatrischen palliativen Behandlung (Kopie/n anliegend)

Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der qualifizierten Pflegefachpersonen

gemäß § 7 Abs. 4 des Rahmenvertrages)

- Staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung (beglaubigte Kopie anliegend)
- Nachweis des Abschlusses der pädiatrischen Palliative-Care-Fort-/Weiterbildung oder Abschluss eines vergleichbaren Studiums (beglaubigte Kopie anliegend)
- Nachweis der Erfahrung aus der aus der pädiatrischen palliativen Pflege (Kopie/n anliegend)

Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der qualifizierten psychosozialen Fachkräfte

(§ 7 Abs. 6 des Rahmenvertrages)

- Nachweis des Hochschulabschlusses (beglaubigte Kopie anliegend)
- Nachweis des Abschlusses der pädiatrischen Palliative-Care-Fort-/Weiterbildung oder Abschluss eines vergleichbaren Studiums (beglaubigte Kopie anliegend)
- Nachweis der Erfahrung aus der psychosozialen Betreuung von pädiatrischen Palliativpatientinnen und Palliativpatienten (Kopie/n anliegend)

Betriebs- / Berufshaftpflicht

- Versicherungsschein
- ggf. Antrag (Kopie)

Berufsgenossenschaft

- Bestätigung der Anmeldung
- ggf. Antrag (Kopie)

Handzeichenliste

- Liste der nach § 3 des Rahmenvertrages eingesetzten Mitglieder des SAPV-KJ-Teams mit Namen, Qualifikation (Funktion) und Handzeichen - im Original anliegend

Weitere vertragliche Vereinbarungen (z.B. Kooperationsverträge gemäß § 3 Abs. 5 des Rahmenvertrages

- abgeschlossene vertragliche Vereinbarung (z.B. Kooperationsverträge) mit qualifizierten Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen

Kooperationsvereinbarungen mit Netzwerkpartnern

- mit einem oder mehreren ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten gem. § 6 Abs. 3 des Rahmenvertrages
- Sonstige (z. B. Apotheken, sonstige Leistungserbringer)

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen Vertreterin/
des verantwortlichen Vertreters des SAPV-KJ-Teams

Anlage III zum Strukturhebungsbogen – qualifizierte psychosoziale Fachkräfte

Name, Vorname	Berufsbezeichnung	Pädiatrische Palliative-Care-Fort-/Weiterbildung oder Abschluss eines vergleichbaren Studiums gem. § 7 Abs. 6 des Rahmenvertrages ja / nein	Erfahrung aus der psychosozialen Betreuung von mindestens 30 pädiatrischen Palliativpatienten innerhalb der letzten drei Jahre Berufserfahrung ja / nein / wird im Team erworben	mindestens einjährige klinische psychosoziale Tätigkeit in pädiatrischen Fachstationen in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre. ja / nein	Arbeitszeit pro Woche im SAPV-KJ-Team in Stunden	Angestellt beim SAPV-KJ Team Sonstiges Vertragsverhältnis tätig im (Krankenhaus/Ort) mit Nebentätigkeitserlaubnis	Bemerkungen Berufserfahrung wird im Team erworben (s. 7 Abs. 6 des Rahmenvertrages)

Anlage IV zum Strukturhebungsbogen - Handzeichenliste

Name, Vorname	Qualifikation (Funktion)	Handzeichen

Anlage V zum Strukturhebungsbogen - Kooperierende Netzwerkpartner (z. B. ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst, Apotheken, sonstige Leistungserbringer)

Name des kooperierenden Netzwerkpartners	Aufgabe	Kontaktdaten (Adresse, Telefon, Fax, E-Mail)	Beginn der Zusammenarbeit TT.MM.JJJJ	Vereinbarung liegt bei ja / nein

Anlage 2 – Leistungsnachweis über die Erbringung von SAPV-KJ

Versicherte/Versicherter		SAPV-KJ-Team	
Name, Vorname Anschrift		Name Anschrift	
Vers.-Nr.:	Geb.-Datum:	Telefon-Nr.	IK-Nr.:
Krankenkasse:		Rechnungsnummer:	
		Monat	Jahr

Verordnung • Erst-VO • Folge-VO	Versorgungs- Beginn (Datum)	Versorgungs- Ende (Datum)	SAPV-Leistung • Beratungsleistung • Koordinationsleistung • Additiv unterstützende Teilversorgung • Vollständige Versor- gung	vorzeitig beendet am (Datum)	Grund <input type="checkbox"/> Krankenhauseinweisung <input type="checkbox"/> Stabilisierung <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Sonstiges

Genehmigte Leistung / Genehmigungskenn- zeichen der Krankenkasse	
Ort der Leistungserbringung (eigene oder familiäre Häuslichkeit, stationäre Pflegeein- richtung, stationäres Hospiz, Einrichtung der Eingliede- rungshilfe, Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe)	

Datum der Leis- tungserbringung	Anwesenheit				Leistungsinhalt / Kontaktart (z. B. Hausbesuch, Telefon- kontakt, Fallbesprechung, Kri- senintervention)	Profes- sion(en) A = Arzt P = Pflege- fachperson PS = Psy- chosoziale Fachkraft	Handzeichen, Be- schäftigten- nummer, lebens- lange Arzt- num- mer
	08:00 – 12:00	12:00 – 16:00	16:00 – 22:00	22:00 – 08:00			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ich versichere hiermit die Richtigkeit der Angaben und mir ist bewusst, dass fal-
sche Angaben zu vertraglichen und straf-rechtlichen Konsequenzen führen können

Unterschrift der oder des Verantwortlichen im
SAPV-KJ-Team

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannten Leistungen, die im Kontakt mit der
oder dem Versicherten erfolgten, erbracht worden sind

Unterschrift der oder des Versicherten bzw. ge-
setzlicher Vertreter

Die Unterschrift konnte nicht durch die oder den Versicherten, die gesetzliche Vertreterin o- der den ge-
setzlichen Vertreter oder die Bevollmächtigte oder den Bevollmächtigten erbracht werden