

**Vertrag nach § 132 d SGB V  
über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar  
erkrankten Patienten  
im häuslichen Umfeld**

**zwischen**

(Institutionskennzeichen

vertreten durch

im Folgenden als „SAPV-Leistungserbringer“ bezeichnet

**und**

der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, Eisenberg

dem BKK-Landesverband Mitte, Hannover  
handelnd für die nach Vertragsabschluss gegenüber dem BKK-Landesverband  
beitretenden Betriebskrankenkassen

der IKK Südwest, Saarbrücken

der Knappschaft, Bochum, vertreten durch die Regionaldirektion Saarbrücken

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

den Ersatzkassen

- Barmer GEK,
- Techniker Krankenkasse (TK),
- DAK-Gesundheit,
- KKH-Allianz (Ersatzkasse),
- HEK – Hanseatische Krankenkasse,
- hkk,

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz

im Folgenden als „Krankenkassen“ bezeichnet

| Inhalt                                                                                                                                | Seite |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Präambel.....                                                                                                                         | 3     |
| § 1 Gegenstand des Vertrages / Versorgungsregion .....                                                                                | 4     |
| § 2 Grundlagen und Ziele des Vertrages .....                                                                                          | 4     |
| § 3 Anspruchsvoraussetzungen der Versicherten / Patienten.....                                                                        | 5     |
| § 4 Inhalt und Umfang der Leistungserbringung .....                                                                                   | 5     |
| § 5 Teilnahmevoraussetzungen für den SAPV-Leistungserbringer .....                                                                    | 5     |
| § 6 Versorgungskonzept.....                                                                                                           | 6     |
| § 7 Anzeigepflichten / Mitteilungspflichten .....                                                                                     | 7     |
| § 8 Verordnung / Genehmigung der SAPV.....                                                                                            | 7     |
| § 9 Kostenzusage.....                                                                                                                 | 8     |
| § 10 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV .....                                                          | 9     |
| § 11 Qualitätssicherungsmaßnahmen .....                                                                                               | 9     |
| § 12 Sicherstellungsauftrag / sonstige Versorgungsverträge .....                                                                      | 11    |
| § 13 Vergütung und Abrechnung.....                                                                                                    | 11    |
| § 14 Institutionskennzeichen .....                                                                                                    | 13    |
| § 15 Datenschutz / Schweigepflicht .....                                                                                              | 13    |
| § 16 Vertragsverstöße .....                                                                                                           | 14    |
| § 17 Schlussbestimmungen .....                                                                                                        | 14    |
| § 18 Inkrafttreten und Kündigung .....                                                                                                | 14    |
| Anlage 1 – Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.....                                                                          | 16    |
| Anlage 2 – Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die<br>spezialisierte ambulante Palliativversorgung ..... | 26    |
| Anlage 3 – Vergütung und Leistungsbeschreibung.....                                                                                   | 32    |
| Anhang 1 zur Anlage 3 – Datensatzbeschreibung .....                                                                                   | 36    |
| Anhang 2 zur Anlage 3 – SAPV-Abrechnungsbogen .....                                                                                   | 43    |
| Anhang 3 zur Anlage 3 – SAPV-Abrechnungstool .....                                                                                    | 44    |
| Anlage 4 – Leitfaden für einen Antrag/Konzeption zur SAPV .....                                                                       | 54    |
| Anlage 5 – Ergebnis Assessment .....                                                                                                  | 56    |
| Anlage 6 – Änderungsmitteilung .....                                                                                                  | 59    |
| Anlage 7 – Leistungsnachweis .....                                                                                                    | 60    |
| Anlage 8 – Einverständnis-/Teilnahmeerklärung (Versicherter) .....                                                                    | 62    |
| Anlage 9 – Dokumentation Erstassessment .....                                                                                         | 63    |
| Anlage 10 – Strukturhebungsbogen .....                                                                                                | 72    |

## **Präambel**

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie stationären Hospizen zu ermöglichen. Die SAPV-Leistungen für Kinder- und Jugendliche werden gesondert geregelt.

Versorgungsunsicherheiten, die zu unnötigen und die Versicherten stark belastenden Krankenhauseinweisungen führen, sollen durch die in der SAPV vorgehaltenen besonderen Fachkenntnisse vermieden werden. Symptome und Leiden sollen einzelfallgerecht und nach den Wünschen der Versicherten durch palliativmedizinisch-palliativpflegerische Maßnahmen gelindert oder behoben werden.

Die Versorgung des Versicherten/der Versicherten bedarf einer besonderen SAPV-Fachkompetenz. Sie muss darüber hinaus ausreichend und zweckmäßig sein, sie orientiert sich an dem individuellen Hilfebedarf des Versicherten, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.

Der Versicherte/die Versicherte und möglichst auch sein/ihr soziales Umfeld (seine vertrauten Personen) sollen in die Versorgung mit einbezogen und über die Krankheit und den Krankheitsverlauf aufgeklärt und bei psychosozialen / seelischen Problemen unterstützt werden.

Anspruch auf die Leistung der SAPV und damit einer besonderen (aufwändigen) Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgungsformen (z.B. häusliche Krankenpflege) sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden. Die SAPV ergänzt insoweit das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste.

## **§ 1**

### **Gegenstand des Vertrages / Versorgungsregion**

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Erbringung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gem. § 37 b SGB V in Verbindung mit § 132d SGB V.
- (2) Dieser Vertrag dient der Sicherstellung der bedarfsgerechten individuellen Versorgung des/der anspruchsberechtigten Versicherten mit SAPV in dem im Versorgungskonzept ausgewiesenen Versorgungsgebiet durch den SAPV-Leistungserbringer, im Rahmen seiner Kapazitäten. Die Bedarfsgerechtigkeit einer Region bedeutet u.a., dass eine SAPV - Versorgung qualitativ gleichwertig bei unterschiedlichen Bevölkerungsdichten zu erfolgen hat.
- (3) Die Versorgungsregion dieses Vertrags betrifft die Region \_\_\_\_\_ im Bundesland Rheinland-Pfalz. Für Versicherte in dieser Region übernimmt der SAPV-Leistungserbringer eine Versorgungsverpflichtung; Versicherte aus anderen Versorgungsregionen können versorgt werden.

## **§ 2**

### **Grundlagen und Ziele des Vertrages**

- (1) Bestandteil dieses Vertrages sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung vom 20. Dezember 2007 in der jeweils gültigen Fassung. Weitere Grundlage sind die Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132d SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23. Juni 2008 in der jeweils gültigen Fassung (Anlagen 1 und 2), soweit in diesem Vertrag nichts Abweichendes geregelt ist.
- (2) Mit diesem Vertrag erstreben die Vertragspartner eine effektive und fachlich angemessene, qualitätsgesicherte Versorgung von Palliativpatienten in ihrem persönlichen Umfeld. Die bestehenden und bewährten Versorgungsstrukturen in Rheinland-Pfalz, insbesondere die auf ehrenamtlicher Arbeit basierenden ambulanten Hospizdienste werden ergänzt.
- (3) Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37 b SGB V (SAPV) dient dem Ziel die Lebensqualität und die Selbstbestimmung Schwerstkranker zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.
- (4) Die erforderliche Multiprofessionalität, die sektorenübergreifende, von Behandlungsbrüchen möglichst freie Versorgung, die gemeinsame Dokumentation sowie die Qualitätsentwicklung sind unabdingbare Voraussetzung für eine fachlich angemessene humane effektive hospizlich-palliative Versorgung.

### **§ 3**

#### **Anspruchsvoraussetzungen der Versicherten / Patienten**

- (1) Die Anspruchsvoraussetzungen der Versicherten / Patienten auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung ergeben sich aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Anlage 1).
- (2) Ein Anspruch auf SAPV liegt in der Regel nicht vor, wenn die multiprofessionelle Zusammenarbeit der an der Versorgung des Versicherten Beteiligten nicht erforderlich ist, um das Versorgungs- / Behandlungsziel zu erreichen; dies ist insbesondere der Fall, wenn die Leistungen einzelner an der Versorgung Beteiligter jeweils für sich ausreichend sind.
- (3) Die individuelle Versorgung der/des Versicherten gem. SAPV – RL wird nicht unterbrochen sofern der die Versicherte einzelne Maßnahmen der Versorgung ablehnt. Der Anspruch auf Versorgung mit SAPV bleibt hierdurch unberührt.
- (4) Der / die Versicherte bleibt in der Wahl der Leistungserbringer frei.

### **§ 4**

#### **Inhalt und Umfang der Leistungserbringung**

- (1) Inhalt und Umfang der Leistungserbringung im Rahmen der SAPV ergeben sich aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Anlage 1).
- (2) Details zur Leistungsbeschreibung regelt die Vergütungsvereinbarung (Anlage 3).

### **§ 5**

#### **Teilnahmevoraussetzungen für den SAPV-Leistungserbringer**

- (1) Leistungen im Rahmen der SAPV werden von SAPV-Leistungserbringern im Sinne der Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach §132 d SGB V (Anlage 2) erbracht. Hierzu zählen qualifizierte Ärzte, qualifizierte Pflegefachkräfte sowie ggfls. weitere qualifizierte Fachkräfte.
- (2) Qualifikationen und Aufgaben der SAPV-Leistungserbringer ergeben sich aus den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d SGB V (Anlage 2) für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, sofern in diesem Vertrag nichts Abweichendes geregelt ist. Übergangsregelungen können in den Einzelverträgen mit den SAPV-Leistungserbringern vereinbart werden, sofern hierfür eine Notwendigkeit besteht.

Für eine Übergangsfrist von längstens zwei Jahren nach Vertragsbeginn, bei Personalfluktuaton oder einer Erweiterung des SAPV-Teams wird akzeptiert, dass das SAPV-Team mit 80 % Personal ausgestattet ist, das alle Vorgaben der Anlage 2 erfüllt. Ein Fünftel der Mitarbeiter darf sich in einer palliativmedizinischen Weiterbildung oder in einer Palliative-Care-Weiterbildung befinden. Diese muss zu mindestens 50 % absolviert sein. Die entsprechenden Nachweise sind vorzulegen. Diese Mitarbeiter dürfen im Rahmen der SAPV nur unter der Fachaufsicht einer vollständig ausgebildeten Fachkraft der jeweiligen Disziplin tätig werden. Der Leistungserbringer vergewissert sich, dass die dem Mitarbeiter, der die Anspruchsvoraussetzungen noch nicht vollständig erfüllt hat, übertragenen palliativmedizinischen oder palliativpflegerischen Arbeiten fachlich korrekt erbracht werden. Der Leistungsnachweis und die entsprechende Dokumentation werden von der Fachaufsicht gegengezeichnet.

- (3) Als Voraussetzungen zur Erbringung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gelten für den SAPV-Leistungserbringer folgende Kriterien:
  - a) Kenntnis und Akzeptanz des Vertragsinhalts

- b) Konzeption des SAPV-Leistungserbringers zur spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung gemäß den Kriterien der Anlage 4; diese muss vor Vertragsschluss zur Prüfung bei den vertragschließenden Krankenkassen eingereicht werden
- c) Bereitschaft des SAPV-Leistungserbringers zur notwendigen Hausbesuchstätigkeit im Rahmen dieses Vertrages bei SAPV-Patienten
- d) verantwortungsbewusster Umgang mit veranlassten GKV-Leistungen, insbesondere im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V und beim Einsatz von Arzneimitteln. Eine unverzügliche Versorgung mit Hilfsmitteln ist von den Krankenkassen zu gewährleisten.
- e) Bereitschaft zum multiprofessionellen und interdisziplinären Gespräch und zur Abstimmung mit den anderen Leistungserbringern zur weiteren Versorgung der jeweiligen Patienten

## **§ 6 Versorgungskonzept**

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer handelt als einheitlicher Leistungserbringer im Sinne der Konzeption eines Palliative-Care-Teams (PCT) und eines verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Versorgungskonzeptes.
- (2) Das Versorgungskonzept formuliert alle palliativmedizinisch-palliativpflegerischen Maßnahmen klar und eindeutig unter Beachtung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung (§ 11). Es muss darüber hinaus verdeutlichen, wie eine qualifizierte Leistungserbringung zu erfolgen hat, damit die in § 2 dieses Vertrages genannten Vertragsziele erreicht werden können.
- (3) Die regionalen Netzwerkstrukturen, in die sich der SAPV Leistungserbringer im Rahmen der Vernetzung integriert, sind vor Vertragsabschluss vom SAPV-Leistungserbringer zu beschreiben.
- (4) Das Versorgungskonzept ist den Krankenkassen vorab zur Verfügung zu stellen. Die Vertragsziele gemäß § 2 dieses Vertrages werden mit dem Versorgungskonzept umgesetzt und erfüllt.
- (5) Das Versorgungskonzept beinhaltet insbesondere folgende Aspekte:
  - a. Standort des Leistungserbringers,
  - b. Versorgungsgebiet,
  - c. Versorgungsprozess,
  - d. Kooperationspartner,
  - e. Kooperationsvereinbarungen mit im Rahmen des Netzwerkes an der Versorgung Beteiligten im Versorgungsgebiet (z. B. ambulante Hospizdienste, Seelsorge) zur Sicherung der psychosozialen Unterstützung,
  - f. Mitarbeiterkapazität (Stellenplan),
  - g. Personelle Zuständig- und Verantwortlichkeiten der Mitarbeiter der SAPV-Leistungserbringer (u.a. Weisungsbefugnisse, Weisungsgebundenheit),
  - h. Qualifikationsnachweise der Personen gemäß § 5 Abs. 2,
  - i. sächliche Ausstattung,
  - j. Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 11,
  - k. Konzept zur Sicherstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,
  - l. Konzept zur Sicherstellung der psychosozialen und seelischen Unterstützung,
  - m. Konzept zur Sicherstellung der 24-Stunden-Rufbereitschaft,
- (6) Die Leistungserbringung ist durch den SAPV-Leistungserbringer in Form geeigneter Maßnahmen unter Einsatz entsprechender personeller und sächlicher Mittel für die Dauer des Vertrages sicher-

zustellen. Die Krankenkassen sind umgehend zu informieren, wenn die Voraussetzungen zur Leistungserbringung nicht mehr erfüllt sind.

- (7) Der SAPV-Leistungserbringer ist weisungsunabhängig.
- (8) Die Personalstärke eines Teams bestimmt sich u.a. durch die Anforderungen zur Erbringung ärztlicher und pflegerischer Leistungen, der 24-Stunden-Erreichbarkeit für betreute Versicherte, der qualifizierten Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten und der regionalen strukturellen Gegebenheiten.
- (9) Der SAPV-Leistungserbringer trägt die Verantwortung für das Versorgungskonzept.

## **§ 7**

### **Anzeigepflichten / Mitteilungspflichten**

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer ist verpflichtet, den Krankenkassen anstehende Änderungen wesentlicher Umstände im Versorgungskonzept schriftlich innerhalb von 4 Wochen mitzuteilen. Dies sind insbesondere:
  - a. jede Änderung der betrieblichen/organisatorischen Gegebenheiten
  - b. Änderungen von Kooperationsvereinbarungen (Neuabschlüsse, Kündigung, inhaltliche Änderungen)
  - c. Strafrechtliche Maßnahmen gegen den SAPV-Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Leistungserbringung
  - d. personelle Änderungen beim SAPV-Leistungserbringer.
- (2) Die Krankenkassen sind berechtigt, bei begründetem Anlass zum Nachweis der organisatorischen und/oder personellen Voraussetzungen weitere Unterlagen zur Einsichtnahme zu verlangen. Der SAPV-Leistungserbringer ist verpflichtet, diese zur Verfügung zu stellen.

## **§ 8**

### **Verordnung / Genehmigung der SAPV**

- (1) Art, Umfang und Dauer der vom SAPV-Leistungserbringer zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der von der jeweiligen Krankenkasse genehmigten Verordnung der behandelnden Vertragsärztin/des behandelnden Vertragsarztes oder der Krankenhausärztin/des Krankenhausarztes.
- (2) Die Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (3) Die Annahme von Aufträgen zur Versorgung anspruchsberechtigter Personen dieses Vertrages und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) gilt als Verstoß gemäß § 16. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen zur Versorgung anspruchsberechtigter Personen dieses Vertrages an Dritte gegen Kostenerstattung. Vorstehendes gilt nicht für die Weitergabe an Mitglieder des SAPV-Teams oder an Kooperationspartner gem. § 6.
- (4) Findet im Verordnungszeitraum eine Veränderung der Patientensituation statt, die eine Anpassung ermöglicht (Verringerung des Leistungsspektrums) oder nötig macht (Erhöhung des Leistungsspektrums) ist die SAPV-Leistung durch den SAPV-Leistungserbringer entsprechend und unverzüglich anzupassen. Eine erneute Verordnung innerhalb des ursprünglichen Geltungszeitraumes ist nicht erforderlich.
- (5) Leistungen der SAPV werden von der jeweiligen Krankenkasse nur genehmigt, wenn eine ärztliche Verordnung gemäß der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossenen Vereinbarung vorliegt. Der/die Versicherte oder sein/ihr ge-

gesetzlicher Vertreter oder die Angehörigen hat die Genehmigung der Verordnung schriftlich auf der Verordnung zu beantragen und eigenhändig zu unterzeichnen.

- (6) Die Unterschrift auf dem Genehmigungsformular durch den SAPV-Leistungserbringer bzw. dessen Mitarbeiter ist ausgeschlossen. Kann die Unterschrift nicht erbracht werden, weil der Versicherte bzw. sein gesetzlicher Vertreter nicht in der Lage ist zu unterschreiben, bleibt das Unterschriftsfeld auf der Verordnung frei. Der Leistungserbringer gibt dort oder auf einer Anlage zur Verordnung die Gründe hierfür an.
- (7) Die SAPV-Richtlinie ist für die Verordnung sowie für die Genehmigung durch die Krankenkasse maßgeblich. Dort nicht aufgeführte Inhalte bedürfen einer nachvollziehbaren Begründung, damit sie von den Krankenkassen genehmigt werden können.
- (8) Der verordnende Arzt/die verordnende Ärztin legt nach aktuellem Versorgungsbedarf die Dauer und den Umfang der SAPV-Leistungen der Verordnung fest. Auch die Krankenhausärztin/der Krankenhausarzt kann Leistungen verordnen. Sollte eine Versorgung für einen längeren Zeitraum erforderlich sein, ist rechtzeitig eine Folgeverordnung bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen.
- (9) Die Verordnung für einen zurückliegenden Zeitraum ist nicht zulässig. Zulässig ist es jedoch, den Verordnungsumfang in nicht voraussehbaren Krisensituationen dem aktuellen Bedarf anzupassen. Die Änderung des Verordnungsumfanges ist der zuständigen Krankenkasse vom SAPV-Leistungserbringer unverzüglich mit Begründung mitzuteilen.
- (10) Der SAPV-Leistungserbringer prüft schnellstmöglich jedoch spätestens innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Erhalt der Verordnung die Notwendigkeit und Eignung der besonderen Mittel der SAPV. Sofern für eine bedarfsgerechte Versorgung die Mittel der Regelversorgung ausreichen, ist die zuständige Krankenkasse hierüber unverzüglich zu informieren. Neben der Krankenkasse sind auch der/die Versicherte / bzw. sein gesetzlicher Vertreter und der Verordner über die Ergebnisse der Prüfung zu informieren.
- (11) Kann die Durchführung der verordneten Leistung nicht mehr erfolgen, z. B. weil der/die Versicherte in ein Krankenhaus eingewiesen wurde, informiert der SAPV-Leistungserbringer die zuständige Krankenkasse und den behandelnden Arzt unverzüglich. Gleiches gilt, wenn nach initialer Aufnahme in die SAPV, im Rahmen einer SAPV-Leistungserbringung mit direktem Patientenkontakt festgestellt wird, dass die besonderen Mittel der SAPV nicht mehr notwendig sind und die Mittel der Regelversorgung ausreichen.
- (12) Umfasst die Dauer der Verordnung einen längeren Zeitraum als die Leistungserbringung am Versicherten notwendig oder möglich ist, kann nur dieser Zeitraum abgerechnet werden. Die Gültigkeitsdauer der SAPV-Verordnung endet automatisch mit dem Tod der / des Versicherten.

## **§ 9 Kostenzusage**

- (1) Die Krankenkasse übernimmt vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütung gemäß dieses Vertrages, wenn die ärztliche Verordnung einschließlich der Anlage 5 spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (ggf. vorab per Fax) der Krankenkasse vorliegt. Sie informiert hierüber unverzüglich den Leistungserbringer. Der Leistungserbringer wird von der Krankenkasse umgehend informiert, wenn der MDK eingeschaltet wird.<sup>1</sup>
- (2) Soweit die verordneten Leistungen nicht oder nur zum Teil übernommen werden, informiert die Krankenkasse den/die Versicherte/n oder eine ihm nahe stehende Person, den Leistungserbringer und den verordnenden Arzt unverzüglich.
- (3) Sofern die Verordnung verspätet eingereicht wird, werden die Kosten erst ab Eingangsdatum übernommen.

---

<sup>1</sup> Die Bezeichnung MDK wird in diesem Vertrag synonym für die medizinischen Dienste aller Kassen verwendet.

## **§ 10**

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

- (1) Die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln erfolgt ausschließlich unter Verwendung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Vordrucke (Muster 13, 14, 16 und 18). Bei der (zeitgleichen) Verordnung von Arzneimitteln einerseits und Hilfsmitteln andererseits sind jeweils getrennte Vordrucke nach Muster 16 zu verwenden.
- (2) Die Verordnungen sind auf Basis der geltenden Richtlinien des G-BA auszuführen. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten. Soweit generische Substanzen verfügbar sind, sind diese grundsätzlich zu verordnen. Haben Krankenkassen Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V abgeschlossen, sind diese grundsätzlich zu beachten.
- (3) Die Belieferung von verordneten Hilfsmitteln erfolgt grundsätzlich im Rahmen des jeweiligen Hilfsmittelverfahrens der einzelnen Krankenkasse. Damit eine schnelle Sicherstellung der Belieferung realisiert werden kann, sollte die leistungspflichtige Krankenkasse über die Notwendigkeit der Hilfsmittelverordnung sofort informiert werden.
- (4) Für die im Rahmen der SAPV verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel gelten die nach §§ 300, 302 SGB V vereinbarten Abrechnungsverfahren entsprechend.
- (5) Die Vordrucke nach Abs. 1 dürfen im Rahmen der SAPV nur von den qualifizierten Palliativärzten des SAPV-Leistungserbringers verwendet werden, wenn der SAPV Leistungserbringer einen rechtsgültigem Vertrag nach § 132 d Abs. 1 SGB V hat. Auf jeder Verordnung im Rahmen der SAPV sind die SAPV-spezifische Betriebsstätten-Nummer des SAPV-Leistungserbringers und die Pseudo-Arztnummer des SAPV-Leistungserbringers (333333300) anzugeben. Diese Nummern dürfen nur für Verordnungen im Rahmen der SAPV auf Basis einer gültigen SAPV-Verordnung verwendet werden.
- (6) Auch auf Betäubungsmittel-Rezepten sind die SAPV Betriebsstätten-Nummer sowie die Pseudo-Arztnummer anzugeben. Solange das BtM-Muster noch nicht angepasst ist, ist die Betriebsstätten-Nummer in das Feld „Vertragsarzt Nummer“ und die Pseudo-Arztnummer in das Feld „VK gültig bis“ einzutragen.<sup>2</sup>
- (7) Die Betriebsstättennummer und die Pseudoarztnummer müssen vom SAPV-Leistungserbringer gemäß den Bestimmungen der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Vergabe von Betriebsstätten-Nummern und einer Pseudo-Arztnummer an Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 132 d Abs. 1 SGB V zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV (SAPV-BSNR-Vereinbarung), in der jeweils gültigen Fassung, beantragt und den Krankenkassen mitgeteilt werden.
- (8) Der SAPV-Leistungserbringer erstattet den Krankenkassen die Kosten für die Vergabe der Betriebsstätten-Nummer, die Bearbeitung von diesbezüglichen Änderungsmeldungen sowie die Führung und Bereitstellung des Verzeichnisses nach Nr. 3 Absatz 3 der in Abs. 7 genannten Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

## **§ 11**

### **Qualitätssicherungsmaßnahmen**

- (1) Die SAPV-Leistungserbringer sind verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen. Sie nehmen regelmäßig an palliativmedizinischen/-pflegerischen Fortbildungen teil und führen möglichst halbjährlich multiprofessionelle Qualitätszirkel durch, an denen auch die übrigen in der Ver-

---

<sup>2</sup> Regelung zur Weiterverwendung von nicht aufgebrauchten BtM i.R.d. Vorhaltung (z.B. eines Notfallkoffers) auf Bundesebene notwendig => MASGFF RLP hat Prüfung zugesichert

- sorgung Tätigen teilnehmen. Die SAPV-Leistungserbringer sollen sich außerdem an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.
- (2) Regelmäßige Teamsitzungen sowie multiprofessionelle Fallbesprechungen sind in regelmäßigen Intervallen durchzuführen. Die inhaltliche und zeitliche Organisation ist den Beteiligten überlassen. Die Teilnahme an der Supervision ist zu ermöglichen.
  - (3) Der SAPV-Leistungserbringer erstellt einen jeweils individuellen Hilfeplan, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist.
  - (4) Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Es muss patientenbezogene Daten und soweit vorhanden allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen.
  - (5) Die SAPV-Dokumentation gemäß Anlage 8 ist allen an der spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung des jeweiligen Versicherten beteiligten Leistungserbringern zugänglich zu machen.
  - (6) Der SAPV-Leistungserbringer hat eine Patientendokumentation zu führen, aus der zu jeder Zeit die notwendigen Informationen über den Versicherten und die erbrachten Leistungen hervorgehen. Die Patientendokumentation wird regelmäßig von den Mitarbeitern des SAPV-Leistungserbringers aktualisiert. Die Dokumentation entspricht den Anforderungen nach Abs. 7.
  - (7) Die Dokumentation beinhaltet insbesondere:
    - a. ein Versichertenstammblatt (z.B. mit Angaben zum/zur Versicherten und Angehörigen, Hausarzt/ärztin, Pflegedienst, Diagnosen, Absprachen, Behandlungsort, Medikation, Maßnahmen, u.w.)
    - b. informationsberechtigte Personen u. zeichnungsberechtigte Personen
    - c. Assessment gemäß Anlagen 5 und 8
    - d. Hilfeplan und Durchführungsdokumentation
    - e. Nachweise über die durchgeführten Maßnahmen in den Bereichen Beratung, Koordination, Pflege, Medizin, psychosoziale Unterstützung (Datum, Uhrzeit, Dauer), Leistungsnachweis gemäß Anlage 6
    - f. einen Notfallplan / vorausschauenden Behandlungsplan
    - g. Untersuchungsbefunde
    - h. das vertragsärztliche Verordnungsblatt für die Dokumentation der medizinischen Diagnostik und Therapie
    - i. Dokumentation der Beurteilung und Anpassung der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Maßnahmen
  - (8) Jede an dem/der Versicherten bzw. für dessen/deren Angehörige erbrachte Leistung wird durch die behandelnde qualifizierte Person am Tag der Leistungserbringung dokumentiert. Der Leistungsnachweis über die durchgeführten Hausbesuche ist vom Versicherten, seinem/ihrer gesetzlicher Vertreter oder den berechtigten Angehörigen gegenzuzeichnen.
  - (9) Sämtliche zur Dokumentation gehörenden Dokumente sind Eigentum des SAPV-Leistungserbringers. Die Dokumente, die zum abgestimmten Handeln der an der pflegerischen und medizinischen Versorgung beteiligten Personen erforderlich sind, verbleiben jedoch während des Versorgungszeitraumes durchgängig beim Versicherten.
  - (10) Die SAPV-Dokumentation gemäß Anlage 8 ist gemäß den gesetzlichen Regelungen dem MDK und – soweit der Versicherte eingewilligt hat (§ 67 b Abs. 1 SGB X) – der Krankenkasse auf Anforderung zugänglich zu machen.
  - (11) Die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation beträgt 10 Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung und obliegt dem SAPV-Leistungserbringer.

## **§ 12**

### **Sicherstellungsauftrag / sonstige Versorgungsverträge**

- (1) Durch den Vertrag über die „spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ und dessen Durchführung wird der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung nicht in Frage gestellt bzw. eingegrenzt.
- (2) Durch den Vertrag über die „spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ und dessen Durchführung bleiben die im übrigen bestehenden Versorgungsverträge der anderen Leistungserbringer mit den Krankenkassen unberührt.
- (3) Den an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung teilnehmenden Versicherten bleibt das Recht auf Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erhalten.
- (4) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass – soweit Versorgung im Rahmen des Sicherstellungsauftrags bzw. im Rahmen bestehender Versorgungsverträge erfolgt – diese mit der Gesamtvergütung bzw. der im jeweiligen Versorgungsvertrag vereinbarten Vergütung abgegolten ist. Lediglich die besonderen Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in diesem Vertrag werden vom teilnehmenden Leistungserbringer außerhalb des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. außerhalb der bestehenden Versorgungsverträge geleistet.

## **§ 13**

### **Vergütung und Abrechnung**

- (1) Die Vergütung der erbrachten Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt nach der Vergütungsvereinbarung (Anlage 3).
- (2) Die Sätze der Vergütungsvereinbarung gelten auch dann, wenn die Krankenkasse im Ausnahmefall aus versicherungsrechtlichen Gründen (z.B. Kassenwechsel) nur einen Teil der Leistungen vergütet. Zuzahlungen dürfen im Rahmen der SAPV-Leistungen nach diesem Vertrag nicht gefordert werden. Soweit für die Vergütungen nach diesem Vertrag Umsatzsteuerpflicht besteht, ist diese mit dem vereinbarten Betrag abgegolten.
- (3) Die Rechnungen über die nach diesem Vertrag zu vergütenden SAPV-Leistungen sind vom SAPV-Leistungserbringer nach Leistungserbringung quartalsweise, sofern mit der einzelnen Krankenkasse nichts Abweichendes vereinbart ist, bei den zuständigen Krankenkassen oder den von ihnen benannten Abrechnungsstellen einzureichen.  
Die vom Leistungserbringer durchgeführten Leistungen sind im Leistungsnachweis bzw. Durchführungskontrollblatt zu dokumentieren und je Einsatz durch den die Leistung erbringenden Mitarbeiter abzuzeichnen.  
Bei elektronischer Datenerfassung muss die Zuordnung der Leistungen zu dem sie erbringenden Mitarbeiter eindeutig sein.  
Der Leistungsnachweis bzw. das Durchführungskontrollblatt ist monatlich durch den/die Versicherte/n bzw. einer von ihm/ihr beauftragten Person zu bestätigen.  
Eine Bestätigung im Voraus ist unzulässig. In Ausnahmefällen, die entsprechend zu kennzeichnen und zu begründen sind, bleibt das Unterschriftenfeld frei.  
Der Leistungsnachweis ist als rechnungsbegründende Unterlage im Original den Krankenkassen zu übermitteln. Alternativ kann das Durchführungskontrollblatt in Kopie mit der Originalunterschrift des Versicherte/n bzw. einer von ihm/ihr beauftragten Person als rechnungsbegründende Unterlage den Krankenkassen übermittelt werden.
- (4) Für die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag gilt die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Umsetzung Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V, solange keine bundeseinheitl. Vorgaben f. DTA

- (5) Nach § 303 Abs. 3 SGB V dürfen die Krankenkassen Abrechnungen der SAPV-Leistungserbringer nur vergüten, wenn die jeweils gesetzlich vorgeschriebenen Daten nach § 2 Abs. 1 Buchstabe a) (Abrechnungsdaten) und d) (Gesamtaufstellung der Abrechnung) der Abrechnungsrichtlinien im zugelassenen Umfang maschinenlesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern angegeben oder übermittelt und die Daten nach Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) sowie Leistungsnachweise in der dem SAPV-Leistungserbringer vorliegenden Form vorgelegt worden sind.
- (6) Die Leistungserbringer sind verpflichtet,
  - a) in den Abrechnungsunterlagen die im Rahmen der multiprofessionellen Zusammenarbeit erbrachten Leistungen unter Angabe des jeweiligen Leistungserbringers nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tagesdatums und des Zeitpunkts (z.B. morgens, mittags, abends) der Leistungserbringung aufzuzeichnen und zu übermitteln,
  - b) in den Abrechnungsunterlagen die Institutionskennzeichen (IK) der jeweils beteiligten Leistungserbringer aufzuzeichnen und zu übermitteln,
  - c) die KV-Nummer des/der Versicherten aufzuzeichnen und zu übermitteln.
- (7) Die Krankenkasse ist verpflichtet, die bei ihnen oder von ihnen benannten Abrechnungsstellen eingereichten Rechnungen, innerhalb von 28 Tagen nach Zugang zu begleichen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (8) Der SAPV-Leistungserbringer ist zu einer ordnungsgemäßen Abrechnung der erbrachten Leistungen gegenüber den Kostenträgern verpflichtet. Bei sachlichen oder rechnerischen Fehlern kann die Krankenkasse oder deren Abrechnungsstelle den fehlerhaften Teil der Rechnung beanstanden und zur Berichtigung zurückgeben. Im Übrigen bleibt die Verpflichtung zur fristgerechten Zahlung des nicht beanstandeten Teils der Rechnung bestehen.
- (9) Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang geltend gemacht werden. Schadensersatzansprüche bleiben hiervon unberührt.
- (10) Jeder neue Vertragspartner ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung bei der Datenstelle der Krankenkassen anzumelden. Dies gilt auch, wenn ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt wurde.
- (11) Die Rechnungstellung hat spätestens innerhalb von 12 Monaten zu erfolgen (Ausschlussfrist). Eine private Abrechnung dieser SAPV-Leistungen gegenüber dem Versicherten ist nicht möglich.
- (12) Überträgt der SAPV-Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Krankenkasse unverzüglich schriftlich zu informieren. Der Krankenkasse ist der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Es ist eine Erklärung des SAPV-Leistungserbringers beizufügen, dass die Zahlungen der Krankenkasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt. Der SAPV-Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der Krankenkasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der Krankenkasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Das Abrechnungszentrum ist verpflichtet, sich ebenfalls gem. Abs. 4 zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Abrechnungszentren liefern die Abrechnung ausschließlich auf maschinell verwertbaren Datenträgern.
- (13) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 12 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch den SAPV-Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist der Krankenkasse vorzulegen.

## **§ 14 Institutionskennzeichen**

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

Das IK ist vom SAPV-Leistungserbringer bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

- (2) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist den jeweiligen Krankenkassen sowohl bei Vertragsabschluss 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 unbekannten IK.

Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

## **§ 15 Datenschutz / Schweigepflicht**

- (1) Der SAPV-Leistungserbringer ist verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X 2. Kapitel) zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekanntzugeben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Der SAPV-Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind. Ausgenommen sind außerdem Angaben gegenüber den übrigen an der Versorgung Beteiligten im Rahmen ihrer Tätigkeit im Sinne dieses Vertrags.
- (3) Der SAPV-Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht zu verpflichten.
- (4) Der SAPV-Leistungserbringer sichert Datentransparenz gegenüber der Krankenkasse im Rahmen der rechtlichen Grundlagen zum Zwecke der Abrechnung und Versorgungsevaluation sowie -analyse zu.
- (5) Versicherte, die an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung teilnehmen, bzw. deren gesetzliche Betreuer sind über die Inhalte der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ausführlich zu informieren und haben ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Versorgungsform schriftlich zu erklären.
- (6) Mit der Erklärung gemäß Anlage 7 können Versicherte die an der jeweiligen spezialisierten ambulanten Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringer von der Schweigepflicht entbinden, soweit dies im Rahmen dieser Versorgung erforderlich ist und erteilen ihre Einwilligung zur Datenerhebung / -verarbeitung / -nutzung zum Zwecke der Evaluation und ggf. späteren Veröffentlichung von anonymisierten Evaluationsergebnissen.

## **§ 16 Vertragsverstöße**

- (1) Bei Verstößen einzelner SAPV-Leistungserbringer gegen Vertragspflichten kann die Krankenkasse eine Verwarnung bzw. Abmahnung aussprechen. Im Falle von schweren Vertragsverstößen kann die Krankenkasse dem jeweiligen SAPV-Leistungserbringer fristlos kündigen.
- (2) Als schwere Vertragsverstöße gelten insbesondere
  - a) grobe Verletzungen der gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Patienten oder der Krankenkasse, so dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist, dies gilt insbesondere dann,
    - wenn ein Patient infolge grober Pflichtverletzung gesundheitlichen Schaden erleidet bzw. durch eine grobe Pflichtverletzung konkrete gesundheitliche Schädigung droht oder
    - wenn verordnete Leistungen nicht erbracht und gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden oder
    - wenn der Leistungserbringer Aufträge annimmt und gegen Entgelt oder zur Erlangung anderer geldwerter Vorteile an Dritte (Vermittlung) weitergibt,
    - wenn nicht nur vorübergehend (länger als 3 Monate) die fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen gemäß dieses Vertrages nicht erfüllt werden. In besonderen begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse von Sanktionen absehen.
    - wenn Straftaten vorliegen, die einer Tätigkeit im Bereich der SAPV entgegenstehen.
  - b) Forderungen bzw. Annahme von Zahlungen für vertragsärztlich verordnete und von der Krankenkasse genehmigte Leistungen von Versicherten.

## **§ 17 Schlussbestimmungen**

- (1) Änderungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Sind einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig, so bleibt hiervon die Wirksamkeit des übrigen Vertrages unberührt. Nichtige Vertragsbestimmungen sind unter Wahrung des Grundsatzes der Vertragstreue neu zu regeln.
- (2) Sollten einzelne Regelungen dieses Vertrags unwirksam sein oder unwirksam werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Regelungen nicht berührt. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass in einem solchen Fall, die unwirksame Bestimmung durch eine dieser in Interessenlage und Bedeutung (Regelungsgehalt und -intention) möglichst nahekommende Regelung zu ersetzen ist.

## **§ 18 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am            in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden.
- (3) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder unwirksam werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Regelungen nicht berührt. Dies gilt auch, wenn Gesetzesänderungen auf Inhalte dieses Vertrages einwirken. Die Vertragsparteien verpflichten sich für diesen Fall, unverzüglich in Verhandlungen über einen neuen Vertrag bzw. neue einzelne Bestimmungen einzutreten.

Eisenberg/Hannover/Koblenz/Mainz/Saarbrücken/Speyer, den

Für den SAPV-Leistungserbringer

Für die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesund-  
heitskasse

.....

.....

Für den Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),  
vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz

Für den BKK-Landesverband Mitte  
Landesvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland

.....

.....

Für die Knappschaft,  
Regionaldirektion Saarbrücken

Für die IKK Südwest

.....

.....

Für die Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau, Kassel

.....

Anlage 1 – Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses  
Stand: 12. März 2008

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

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

**i.d.F. ab 16.04.2010**

## **Inhalt**

- § 1 Grundlagen und Ziele
- § 2 Anspruchsvoraussetzungen
- § 3 Anforderungen an die Erkrankungen
- § 4 Besonders aufwändige Versorgung
- § 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
- § 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer
- § 7 Verordnung von SAPV
- § 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse

## § 1 Grundlagen und Ziele

- (1) Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern
- (2) SAPV kann im Haushalt des schwerstkranken Menschen oder in seiner Familie oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI) erbracht werden. Darüber hinaus kann SAPV auch erbracht werden
  - in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 55 SGB XII und der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne von § 34 SGB VIII
  - an weiteren Orten, an denen
    - sich der schwerstkranke Mensch in vertrauter häuslicher oder familiärer Umgebung dauerhaft aufhält und
    - diese Versorgung zuverlässig erbracht werden kannwenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind.
- (4) In stationären Hospizen besteht ein Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV, wenn die ärztliche Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund des besonders aufwändigen Versorgungsbedarfs (siehe § 4) nicht ausreicht.
- (4) Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.
- (5) Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. 2Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.
- (6) Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Ande-

re Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.

## **§ 2 Anspruchsvoraussetzungen**

Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn

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

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

- (1) Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können.
- (2) Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann.
- (3) Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.

## **§ 4 Besonders aufwändige Versorgung**

Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen.

chen. Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und / oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

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

### **§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung**

- (1) Die SAPV umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen. Sie umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der verordnenden oder behandelnden Ärztin oder des verordnenden oder behandelnden Arztes sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132d SGB V.
- (2) SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht, die in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, bestehend insbesondere aus qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften unter Beteiligung der ambulanten Hospizdienste und ggf. der stationären Hospize, organisiert sind. Sie wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. 4), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen. Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als
  - Beratungsleistung,

- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung
- vollständige Versorgung
- erbracht werden. Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

(3) Inhalte der SAPV sind insbesondere:

- Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen
- apparative palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen (z. B. Medikamentenpumpe)
- palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht
- spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care entspricht
- Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement, Bedarfsinterventionen
- Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die im Rahmen der SAPV betreuten Patienten zur Sicherstellung der im Rahmen der SAPV erforderlichen Maßnahmen
- Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur palliativen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod
- spezialisierte Beratung der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung
- psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten
- Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen
- Dokumentieren und Evaluieren der wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV

## **§ 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer**

(1) Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen; die diesbezügliche Koordination ist sicherzustellen. Hierüber sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen schriftlich oder mündlich zu treffen.

Kooperationspartner ist auch der ambulante Hospizdienst, der auf Wunsch der Patientin

oder des Patienten an der Versorgung beteiligt wird.

Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der dauerbehandelnde Arzt im Einzelfall Kooperationspartnerin oder Kooperationspartner werden. Das Nähere regeln die Verträge nach § 132d SGB V.

- (2) Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten.
- (3) Es ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Regelungen ausgetauscht werden.
- (4) Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen.
- (5) Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.

### **§ 7 Verordnung von SAPV**

- (1) SAPV wird von der behandelnden Vertragsärztin oder von dem behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet. Satz 1 gilt für die Behandlung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt bei einer oder einem von ihr oder ihm ambulant versorgten Patientin oder Patienten entsprechend. Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht SAPV erforderlich, kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, in der Regel jedoch längstens für 7 Tage.
- (2) Die ärztliche Verordnung erfolgt auf einem zu vereinbarenden Vordruck, der der Leistungserbringung nach dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf (§ 5 Abs. 2) Rechnung zu tragen hat und Angaben zur Dauer der Verordnung enthält.

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

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

Die SAPV-Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Siegburg, den 20. Dezember 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess

## **Empfehlungen**

des GKV-Spitzenverbandes<sup>4</sup>

**nach § 132d Abs. 2 SGB V**

**für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

**vom 23.06.2008**

**in der Fassung vom  
05.11.2012<sup>5</sup>**

unter Beteiligung

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

---

<sup>4</sup> Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

<sup>5</sup> Die Empfehlungen vom 05.11.2012 lösen die Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V des AOKBundesverbandes, des BKK Bundesverbandes, (jetzt) des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, des IKK-Bundesverbandes, der Knappschaft, (jetzt) des Verbandes der Ersatzkassen e.V. vom 23.06.2008 ab  
(vgl. § 217f Abs. 5 SGB V).

## **1. Zielsetzung**

- 1.1 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen (§ 37b Abs. 1 Satz 1 SGB V) zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV.
- 1.2 Die SAPV ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung.
- 1.3 Der GKV-Spitzenverband wird die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Empfehlungen fortlaufend auswerten und diese erforderlichenfalls weiterentwickeln.

## **2. Zulassungsvoraussetzungen**

- 2.1 SAPV wird von Leistungserbringern erbracht, mit denen die Krankenkasse zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung einen Vertrag geschlossen hat. Sie wird intermittierend oder durchgängig nach Bedarf als
  - Beratungsleistung,
  - Koordination der Versorgung,
  - additiv unterstützende Teilversorgung,
  - vollständige Versorgung

erbracht. Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ist Rechnung zu tragen.
- 2.2 Bei der Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung sind die bereits bestehenden Strukturen so weit wie möglich einzubeziehen. Auf die bereits tätigen Leistungserbringer ist zurückzugreifen, soweit sie die erforderlichen Anforderungen erfüllen. Verträge sind nur in dem Umfang abzuschließen, wie sie für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind. Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht.
- 2.3 Eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV ist insbesondere dann gegeben, wenn sie wohnortnah ausgerichtet ist und die Palliativpatienten, die einen besonderen Versorgungsbedarf haben, der durch die allgemeine Palliativversorgung nicht gewährleistet werden kann, ausreichend und zweckmäßig mit der Leistung der SAPV versorgt werden können. Die bedarfsgerechte Versorgung zeigt sich auch darin, dass es mit der Leistung der SAPV mehr Menschen als bisher ermöglicht wird, in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu führen.
- 2.4 Der Versorgungsbedarf kann in einzelnen Regionen unterschiedlich sein. Anhaltszahlen zur Bedarfsschätzung, wie sie mit einem SAPV-Leistungserbringer mit 8 Vollzeitstellen auf 250.000 Versicherte in der Gesetzesbegründung zu § 132d Abs. 2 SGB V für die Versorgung von erwachsenen Palliativpatienten genannt sind, können zur Orientierung herangezogen werden, ersetzen eine individuelle Prüfung des regionalen Bedarfs jedoch nicht. Indikatoren für die individuelle Feststellung des Bedarfs an SAPV-Leistungserbringern können insbesondere sein,
  - die regionale Siedlungsstruktur und die daraus resultierenden Rahmenbedingungen,
  - die Altersstruktur,

- epidemiologisch relevante Erkrankungen sowie
- die demografische Entwicklung.

So ist zwischen Regionen geringer, mittlerer und hoher Bevölkerungsdichte zu unterscheiden. Die Unterscheidung ist ggf. nicht allein auf der Ebene der Bundesländer durchzuführen, sondern kann bis auf die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte vollzogen werden, um dem erheblichen Unterschied in der Bevölkerungsdichte auch innerhalb der Bundesländer gerecht zu werden. Nach den zum Zeitpunkt des Gesetzgebungsverfahrens vorliegenden Schätzungen von Experten hatten bis zu 10 Prozent aller Sterbenden einen solchen besonderen Versorgungsbedarf, der im Rahmen der SAPV abzudecken ist. Für Kinder und Jugendliche lag keine gesonderte Schätzung vor.

### **3. Inhalt und Umfang der Leistungen**

- 3.1 Inhalt und Umfang der zu erbringenden SAPV-Leistungen ergeben sich aus der gemäß der SAPV-Richtlinie nach § 37b SGB V in Verbindung mit § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 14 SGB V ausgestellten und genehmigten Verordnung. Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, wenn die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 der SAPV-Richtlinie spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Den Vertragspartnern wird empfohlen, Regelungen zur Übermittlung der Verordnung in den Verträgen zu treffen, um die vorgenannte 3-Tagesfrist zu wahren.
- 3.2 Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen. Soweit die allgemeine Palliativversorgung ausreichend ist, darf SAPV nicht erbracht werden.
- 3.3 Im Falle der Besserung bzw. einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf ist der Versorgungsumfang der SAPV so weit wie möglich zu reduzieren und eine Weiterversorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung anzustreben.
- 3.4 In den Vereinbarungen über die SAPV sind Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass für den Palliativpatienten eine reibungslose Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln auch weiterhin gewährleistet ist. Die in der SAPV tätigen Ärzte sind berechtigt, für die SAPV-Patienten die zulasten der GKV verordnungsfähigen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel auf den für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Verordnungsvordrucken zu verordnen. Das Nähere ist in der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Vergabe von Betriebsstätten-Nummern und einer Pseudo-Arztnummer an Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 132d Abs. 1 SGB V zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV (SAPV-BSNR-Vereinbarung) in der jeweils gültigen Fassung festgelegt.

### **4. Organisatorische Voraussetzungen**

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

- 4.2 Die spezialisierten Leistungserbringer sind Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie arbeiten mit den an der Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und -ärzten, weiteren Leistungserbringern sowie darüber hinaus mit den ambulanten Hospizdiensten und ggf. Kinderhospizdiensten (vgl. § 39a Abs. 2 SGB V) eng zusammen (integrativer Ansatz). Mit den regelhaft an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern sind Kooperationsvereinbarungen schriftlich abzuschließen und der Krankenkasse vorzulegen.
- 4.3 Die spezialisierten Leistungserbringer arbeiten nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzept, in dem der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung (inkl. der personellen und sächlichen Ausstattung) sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben sind. Das Konzept ist der Krankenkasse vorzulegen.
- 4.4 Die spezialisierten Leistungserbringer haben als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:
- eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation
  - Notfallvorrat an Betäubungsmitteln für den unvorhersehbaren, dringenden und kurzfristigen Bedarf der Patienten nach § 5c BtMVV
  - Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (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 administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik.
- 4.5 Die spezialisierten Leistungserbringer müssen über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für
- die Beratung von Patienten und Angehörigen
  - Teamsitzungen und Besprechungen
  - die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und Hilfsmitteln

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

## **5. Personelle Anforderungen**

- 5.1 Die spezialisierten Leistungserbringer stellen sicher, dass das für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch den spezialisierten Leistungserbringer eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Patienten, deren vertrauten Personen und die an der Versorgung Beteiligten sicherzustellen ist. Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer qualifizierten Ärztin/eines qualifizierten Arztes und/oder einer qualifizierten Pflegefachkraft ist zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein.
- 5.2 Die nach Nr. 4.1 tätigen qualifizierten Ärztinnen und Ärzte verfügen über
- eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung) und
  - Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten/innen, z. B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit bei spezialisierten Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V) 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. Wenn ein spezialisierter Leistungserbringer

ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgt, können von der vorgenannten Anzahl bisher versorgter Palliativpatienten/innen abweichende Regelungen getroffen werden.

5.3 Die nach Nr. 4.1 tätigen qualifizierten Pflegefachkräfte verfügen über:

- die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen
  - Gesundheits- und Krankenpfleger/in
  - Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
  - Altenpfleger/in (dreijährige Ausbildung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung und
- den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder den Abschluss eines vergleichbaren Studiums

und

- Erfahrung aus der ambulanten palliativen Pflege von mindestens 75 Palliativpatienten/innen, z. B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit bei spezialisierten Leistungserbringern nach § 132d Abs. 1 SGB V) 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. Wenn ein spezialisierter Leistungserbringer ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgt, können von der vorgenannten Anzahl bisher versorgter Palliativpatienten/innen abweichende Regelungen getroffen werden.

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

5.5 Bei Leistungserbringern, die nach ihrer Konzeption sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche versorgen, muss mindestens eine/ein Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den unter Punkt 5.2 genannten Voraussetzungen sowie ein/e Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in mit den unter 5.3. genannten Voraussetzungen innerhalb des Teams tätig sein.

5.6 Die Vertragspartner nach § 132d Abs. 1 SGB V können Übergangsregelungen vorsehen, wonach Ärztinnen oder Ärzte, die die berufspraktische Erfahrung nach Ziffer 5.2, bzw. Pflegefachkräfte, die die berufspraktische Erfahrung nach Ziffer 5.3 nicht vollständig erfüllen, diese Erfahrung auch im Rahmen der SAPV erwerben können, sofern im Team insgesamt ausreichende Erfahrung zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung vorliegt. Die berufspraktische Erfahrung nach Ziffer 5.2 bzw. Ziffer 5.3 muss innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss des Arbeitsvertrags abgeschlossen sein.

## 6. Qualitätssicherung

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

6.2 Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und auf Wunsch der Krankenkasse als Konzept vorzulegen. Das Dokumentationssystem muss patientenbezogene Daten und - soweit vorhanden - allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Es soll

kompatibel zu den bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sein.

- 6.3 Die Teilnahme an Supervision ist zu ermöglichen. Regelmäßige multiprofessionelle Fallbesprechungen sind in überschaubaren Intervallen durchzuführen; die inhaltliche und zeitliche Organisation ist den Beteiligten überlassen.
- 6.4 Die spezialisierten Leistungserbringer erstellen einen jeweils individuellen Behandlungsplan, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist.

*Anlage 3 – Vergütung und Leistungsbeschreibung*

**Abschnitt I**  
**Beschreibung der besonderen SAPV-Leistungen**

Die besonderen Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung werden in vier Versorgungsebenen erbracht:

**Ebene 1: Beratungsleistung**

- a) Erhebung des Erstassessments gemäß Anlage 5 einschließlich Prüfung der Verordnungsintensität im persönlichen Gespräch mit Betroffenen (Kranken und/oder deren Angehörige)
- b) Spezialisierte Beratung des Patienten, seines Umfeldes oder der betreuenden Leistungserbringer der Primärversorgung bezogen auf die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Patienten und seines Umfeldes.
- c) Dokumentation und Evaluation der Beratung gemäß § 11 im jeweils erforderlichen Umfang

**Ebene 2: Koordination der Versorgung**

- a) beinhaltet die Beratungsleistung gemäß Ebene 1
- b) Fortlaufende Koordination der spezialisierten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit. Dazu werden auch viermal jährlich Qualitätszirkel bzw. Netzwerkkonferenzen durchgeführt.
- c) Erstellung, Abstimmung und ggf. Anpassung einer ressourcenfokussierten Hilfeplanung einschließlich einer Notfallplanung
- d) Sicherstellung der Umsetzung der Hilfe- und Notfallplanung, Monitoring (Regel-Hausbesuche nach Ebene 3 und 4), Verlaufskontrolle
- e) 24-Stunden-Rufbereitschaft für den betreffenden Patienten.
- f) Dokumentation und Evaluation gemäß § 11 dieses Vertrags im jeweils erforderlichen Umfang

**Ebene 3: Additiv unterstützende Teilversorgung**

- a) beinhaltet die Beratungs- und Koordinationsleistung gemäß Ebenen 1 und 2
- b) Der Umfang der spezialisierten Leistungen richtet sich nach dem Bedarf des Betroffenen und kann einzelne Leistungen des SAPV-Spektrums, wie unter der Vollversorgung aufgeführt, umfassen.
- c) Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin gemäß Anlagen 1 und 2 entspricht.
- d) Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care gemäß Anlagen 1 und 2 entspricht.
- e) Die spezialisierten Leistungen der SAPV werden als multiprofessionelle Komplexleistungen erbracht.
- f) Dokumentation und Evaluation gemäß § 11 dieses Vertrags im jeweils erforderlichen Umfang

Additiv unterstützende Teilversorgung findet statt, wenn entweder der betreuende Hausarzt oder der betreuende Pflegedienst Teile der Behandlung, die spezielle palliativmedizinische oder palliativpflegerische Kompetenz erfordern, an das SAPV-Team abgegeben hat. Neben der im Rahmen der SAPV übernommenen Behandlungspflege ist dann diese Behandlungspflege gemäß § 37 SGB V durch einen anderen Pflegedienst nicht abrechenbar; Ansprüche nach SGB XI bleiben hiervon unberührt.

#### **Ebene 4: Vollständige Versorgung**

- a) beinhaltet die Beratungs- und Koordinationsleistung gemäß Ebenen 1 und 2
- b) umfasst sämtliche palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Leistungen des in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskatalogs für den betroffenen Patienten, soweit diese nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine fachliche Qualifikation gemäß Anlagen 1 und 2 erfordern.
- c) Dokumentation und Evaluation gemäß § 11 dieses Vertrags im jeweils erforderlichen Umfang

Vollständige Versorgung findet statt, wenn die Primärversorger (Hausarzt und Pflegedienst) die Behandlung, die spezielle palliativmedizinische oder palliativpflegerische Kompetenz erfordert, an das SAPV-Team abgegeben haben. Neben der im Rahmen der SAPV übernommenen Behandlungspflege ist dann diese Behandlungspflege gemäß § 37 SGB V durch einen anderen Pflegedienst nicht abrechenbar; Ansprüche nach SGB XI bleiben hiervon unberührt.

### **Abschnitt II** **Vergütung der besonderen SAPV-Leistungen**

- (1) Die besonderen Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in diesem Vertrag werden von den teilnehmenden spezialisierten Leistungserbringern außerhalb des Sicherstellungsauftrags der KV bzw. außerhalb der bestehenden Versorgungsverträge geleistet und von den Krankenkassen gesondert vergütet. Daneben ist die Abrechnung von Leistungen i.R.d. vertragsärztlichen Versorgung und die Abrechnung von Leistungen der Behandlungspflege gemäß § 37 SGB V ausgeschlossen; bei einer Doppelabrechnung (KV/Behandlungspflege und SAPV) entfällt der Vergütungsanspruch aus dieser SAPV-Versorgung. Überzahlungen werden mit Folgezahlungen verrechnet.
- (2) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.
- (3) Inhalt dieser besonderen Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist der – über das Maß der Regelversorgung und allgemeinen Palliativversorgung hinausgehende – besondere Beratungs- / Betreuungs- / Koordinations- und Dokumentationsaufwand für die nach § 3 des Vertrags über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld anspruchsberechtigten Versicherten.
- (4) Grundsätzlich gilt, dass SAPV nur dann und nur solange erbracht wird, wie eine Versorgung im Rahmen der Primärversorgung / allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht. Die SAPV ist ausschließlich vorgesehen als terminale Betreuung von Patienten, die keine kurative Therapie mehr erhalten. Im Falle der mittel- und langfristigen Besserung bzw. einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf ist der Versorgungsumfang der SAPV so weit wie möglich zu reduzieren und eine Weiterversorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung anzustreben.
- (5) Die Vergütung für die besonderen Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung durch den spezialisierten Leistungserbringer beträgt\*<sup>1</sup>

|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | bei Aufenthalt<br>des Patienten<br>im häuslichen<br>Umfeld | bei Aufenthalt<br>des Patienten<br>in einer stati-<br>onären Pfl-<br>geeinrichtung | bei Aufenthalt<br>des Patienten<br>in einem<br>stationären<br>Hospiz |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| für die Leistungen<br>der <b>Ebene 1</b><br>(Beratung)                                                                              | Einmalig je Patient unabhängig von der<br>Zahl der Verordnungstage (Erstassess-<br>ment).<br><br>Für den ärztlichen und/oder pflegerischen<br>Hausbesuch zur Erhebung des Erstas-<br>sessments, sind neben der Vergütung<br>der Ebene 1 die gesondert gekennzeich-<br>neten Vergütungssätze der Ebenen 3<br>und 4 abrechenbar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 268,80 €                                                   | 268,80 €                                                                           | entfällt                                                             |
|                                                                                                                                     | Sollte die SAPV unterbrochen werden,<br>kann erneut ein reduziertes Assessment<br>zur Abrechnung gelangen, wenn zwi-<br>schen dem letzten Tag der Leistungser-<br>bringung und einer erneuten Verordnung<br>mindestens 28 Tage liegen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 153,90 €                                                   | 153,90 €                                                                           | entfällt                                                             |
|                                                                                                                                     | Stellt sich beim Erstassessment heraus,<br>dass die Leistungen der SAPV nicht er-<br>forderlich sind, kann einmalig ein Betrag<br>von 153,90 € abgerechnet werden.<br><br>Werden SAPV-Leistungen zu einem spä-<br>teren Zeitpunkt notwendig, erfolgt eine<br>Verrechnung mit dieser Vergütung.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 153,90 €                                                   | 153,90 €                                                                           | entfällt                                                             |
| zusätzlich zu<br>Ebene 1 für die<br>Leistungen der<br><b>Ebene 2</b><br>(Koordination der<br>Versorgung)                            | je Tag an dem mindestens eine der in der<br>Leistungsbeschreibung gemäß Ebene 2<br>aufgeführten Koordinationsleistungen<br>durchgeführt und dokumentiert wurden,<br>inkl. Morgenbesprechungen, Fallkonfe-<br>renzen / Telefonate etc.;<br>die Leistungen gemäß Ebene 2 e) und f)<br>sind in dieser Vergütung enthalten<br>zusätzlich Vergütungssätze der Ebenen 3<br>und 4 für den wöchentlichen<br>Monitoringbesuch und Aktiveinsätze in<br>der Rufbereitschaft abrechenbar.<br><br>Erfolgt im Verordnungszeitraum eine<br>Verlegung ins Krankenhaus, kann für den<br>Aufnahmetag ins Krankenhaus keine<br>Tagespauschale abgerechnet werden.<br>Eine erneute Abrechnung der Tagespau-<br>schale ist wieder möglich ab dem Entlas-<br>sungstag aus dem Krankenhaus. Aus-<br>nahme: weist der SAPV-<br>Leistungserbringer am Aufnahmetag ins<br>Krankenhaus einen Einsatz nach, kann<br>für diesen Tag auch eine Tagespauschale<br>abgerechnet werden. | 78,00 €                                                    | 78,00 €                                                                            | entfällt                                                             |
| zusätzlich zu<br>Ebene 1 und 2 für<br>die Leistungen<br>der <b>Ebene 3</b><br>(additiv unterstüt-<br>zende Teilversor-<br>gung) und | für jeden ärztlichen Hausbesuch (auch<br>Hausbesuch zum Erstassessment der<br>Ebene 1 oder Monitoringbesuche der<br>Ebene 2 oder Aktiveinsätze im Rufdienst)<br>mind. 20'-45' Besuchszeit beim Patienten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 101,20 €                                                   | 101,20 €                                                                           | 101,20 €                                                             |
|                                                                                                                                     | <b>Vor- und Nachbereitung Arzt</b><br>Abrechenbar bei jedem Hausbesuch Arzt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 35,84 €                                                    | 35,84 €                                                                            | 35,84 €                                                              |

|                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |           |           |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>Ebene 4</b> (vollständige Versorgung) inklusive Fahrzeiten, Fahrtkosten | Zusatzentgelt für weitere 15' Hausbesuchszeit für ärztliche Hausbesuche, auch im Rahmen der Rufbereitschaft; abrechenbar ab Vollendung der 1.'                                                                                                                                              | 17,92 €   | 17,92 €   | 17,92 €   |
|                                                                            | Abschlag für ärztliche Hausbesuche, auch im Rahmen der Rufbereitschaft bei Unterschreitung der Mindestbesuchszeit von 20' beim Patienten                                                                                                                                                    | - 17,92 € | - 17,92 € | - 17,92 € |
|                                                                            | für jeden pflegerischen Hausbesuch (auch Hausbesuch zum Erstassessment der Ebene 1 oder Monitoringbesuche der Ebene 2 oder Aktiveinsätze im Rufdienst) mind. 20'-45' Besuchszeit beim Patienten                                                                                             | 65,35 €   | 65,35 €   | entfällt  |
|                                                                            | <b>Vor- und Nachbereitung Pflege</b><br>Abrechenbar bei jedem Hausbesuch Pflege                                                                                                                                                                                                             | 29,52 €   | 29,52 €   | entfällt  |
|                                                                            | Zusatzentgelt für weitere 15' Hausbesuchszeit für pflegerische Hausbesuche, auch im Rahmen der Rufbereitschaft; abrechenbar ab Vollendung der 1.'                                                                                                                                           | 11,07 €   | 11,07 €   | entfällt  |
|                                                                            | Abschlag für pflegerische Hausbesuche, auch im Rahmen der Rufbereitschaft bei Unterschreitung der Mindestbesuchszeit von 20' beim Patienten                                                                                                                                                 | - 11,07 € | - 11,07 € | entfällt  |
| Fallabschluss bei Beendigung der SAPV im Verordnungszeitraum               | Dokumentations- und Aufwandspauschale; nicht abrechenbar<br>- wenn der Versicherte die SAPV auf eigenen Wunsch beendet.<br>- wenn die Kriterien der Versorgung nicht (mehr) erfüllt sind.<br>- bei stationären Krankenhausaufnahmen.<br>- bei Wohnortwechsel in andere Versorgungsregionen. | 108,57 €  | 108,57 €  | 54,29 €   |

\*<sup>1</sup> in allen Leistungen wurden Sach- und Gemeinkosten berücksichtigt

- (6) Mit den Vergütungssätzen nach Absatz 5 ist die gesamte spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich Fahrtkosten / Wegegeldern in der vereinbarten Versorgungsregion abgegolten. Wird ein Versicherter in ein Krankenhaus, eine stationäre Pflegeeinrichtung oder ein stationäres Hospiz verlegt, so ist dies unmittelbar der jeweiligen Krankenkasse mitzuteilen. Soweit für die Vergütungen nach diesem Vertrag Umsatzsteuerpflicht besteht, ist diese mit dem vereinbarten Betrag abgegolten.
- (7) Die Abrechnung der besonderen Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erfolgt durch den spezialisierten Leistungserbringer nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Vertrags über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld.
- (8) Der SAPV-Leistungserbringer bestätigt mit jedem Abrechnungsfall gegenüber der zuständigen Krankenkasse, dass die erbrachten und abgerechneten SAPV-Leistungen ausschließlich durch sozialversicherungspflichtig beschäftigte Palliativpflegekräfte/sonstige Fachkräfte des jeweiligen SAPV-Leistungserbringers erbracht wurden. Bestandteil jeder Abrechnung ist die Datenlieferung gemäß Anhang 1 dieser Anlage 3.
- (9) Diese Vergütungsvereinbarung tritt am 01.01.2015 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres – frühestens zum 31.12.2015 – gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung gilt diese Vereinbarung fort.

Anhang 1 zur Anlage 3 – Datensatzbeschreibung

**Datensatzbeschreibungen zur Vergütungsvereinbarung des Vertrags nach  
§ 132d SGB V über die spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung  
von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld**

6.1 Erläuterungen

Die Abrechnungsunterlagen sind vom SAPV-Leistungserbringer im Wege elektronischer Daten-übertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern (Disketten oder CD) an die Krankenkassen zu übermitteln. Vor der Übermittlung müssen die Datensätze verschlüsselt werden. Die Vertragspartner einigen sich auf eine mit den Datenschützern abgestimmte Form der Verschlüsselung (z. B. PGP).

Die Daten sind als Textdatei mit ; als Feldbegrenzungszeichen ohne Textbegrenzungszeichen zu liefern. Zur Trennung der Datensätze wird der Zeilenumbruch verwendet. Ein Kopfdatensatz mit der Feldbezeichnung wird nicht mitgeliefert. Datumsfelder sind generell im Format „DD.MM.YYYY“ zu liefern. Die Diagnosen im Datensatz 1 und Datensatz 2 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des BMG herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln.

6.2 Datensatz 1 – SAPV-Abrechnung

| Nr | Feldinhalt                        | Datentyp | Feldgröße | Format | Pflichtfeld                       | Erläuterungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|-----------------------------------|----------|-----------|--------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | BSNR des SAPV-Leistungserbringers | NUM      | 9         |        | ja                                | IK-Nummer des SAPV-Stützpunktes                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 2  | SAPV-Rechnungsnummer              | TEXT     | 19        | #-000  | ja                                | Die SAPV-Rechnungsnummer setzt sich aus der SAPV-Fall-Nummer, Bindestrich und einer fortlaufenden 3stelligen Nummer zusammen:<br>BSP: AOK0001-001<br>Die SAPV ist der Primärschlüssel beim Leistungserbringer und bildet zusammen mit der BSNR des SAPV-Leistungserbringers den Primärschlüssel bei den Krankenkassen. |
| 3  | SAPV-Fall-Nummer                  | TEXT     | 15        |        | ja                                | BSP: AOK0001                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4  | Kassennummer                      | NUM      | 7         |        | optional                          | Kassennummer wie auf der Verordnung / KV-Karte des Versicherten abgebildet<br>Kann fehlen, wenn nicht bekannt                                                                                                                                                                                                          |
| 5  | Kasse                             | TEXT     | 50        |        | ja, wenn Kassennummer fehlt       | AOK, BARMER-GEK, DAK, TK, KKH-Allianz, HEK, hkk, IKK Südwest, Privat,....                                                                                                                                                                                                                                              |
| 6  | Versichertennummer                | TEXT     | 15        |        | optional                          | wie auf der Verordnung / KV-Karte des Versicherten abgebildet<br>Kann fehlen, wenn nicht bekannt                                                                                                                                                                                                                       |
| 7  | Name                              | TEXT     | 50        |        | ja, wenn Versichertennummer fehlt |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| Nr | Feldinhalt                                                                                   | Datentyp | Feldgröße | Format     | Pflichtfeld                       | Erläuterungen                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8  | Vorname                                                                                      | TEXT     | 25        |            | ja, wenn Versichertennummer fehlt |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 9  | Geb.Datum                                                                                    | DATUM    |           | DD.MM.YYYY | ja                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 10 | Geschlecht                                                                                   | NUM      | 1         |            | ja                                | 0 = männlich<br>1 = weiblich                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 11 | Pflegestufe bei Abrechnung der Verordnung/Beendigung der SAPV                                | NUM      | 1         |            | Ja, wenn bekannt                  | 0= keine Pflegestufe<br>1= Pflegestufe 1<br>2= Pflegestufe 2<br>3= Pflegestufe 3<br>4= Pflegestufe 3+<br>5= unbekannt<br><br>wird bei Abschluss des Falles erhoben, sonst Angabe evtl. nicht korrekt, da während der Betreuung eine Pflegestufe bzw. Höhergruppierung der Pflegestufe beantragt wurde |
| 12 | Abrechnungszeitraum Beginn                                                                   | DATUM    |           | DD.MM.YYYY | ja                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 13 | Abrechnungszeitraum Ende                                                                     | DATUM    |           | DD.MM.YYYY | ja                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 14 | BSNR Verordner                                                                               | NUM      | 9         |            | ja                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 15 | LANR Verordner                                                                               | NUM      | 9         |            | ja                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 16 | Art der Verordnung                                                                           | NUM      | 1         |            | ja                                | 1= Erstverordnung<br>2= Folgeverordnung                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 17 | Verordnung von                                                                               | NUM      | 1         |            | ja                                | 1= Hausarzt<br>2= Facharzt<br>3= Klinikarzt<br>0= unbekannt                                                                                                                                                                                                                                           |
| 18 | Verordnungsdatum                                                                             | DATUM    |           | DD.MM.YYYY | ja                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 19 | Verordnungszeitraum von                                                                      | DATUM    |           | DD.MM.YYYY | ja                                | wenn kein Verordnungsdatum bekannt ist, ist das Feld mit dem Wert 31.12.9999 zu füllen                                                                                                                                                                                                                |
| 20 | Verordnungszeitraum bis                                                                      | DATUM    |           | DD.MM.YYYY | ja                                | wenn kein Verordnungsdatum bekannt ist, ist das Feld mit dem Wert 31.12.9999 zu füllen                                                                                                                                                                                                                |
| 21 | Anzahl tatsächliche Betreuungstage (= Abrechnungstage) des SAPV Teams im Verordnungszeitraum | NUM      | 3         |            | ja                                | Anzahl Abrechnungstage<br>0= Standardwert                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 22 | ICD 10-Hauptdiagnose                                                                         | TEXT     | 10        |            | ja                                | ICD 10, Bsp. I63.3                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Nr                                                                          | Feldinhalt                                                              | Datentyp | Feldgröße | Format | Pflichtfeld | Erläuterungen                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|--------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Welches komplexe Symptomgeschehen wurde auf der Verordnung angegeben</b> |                                                                         |          |           |        |             |                                                                                                          |
| 23                                                                          | ausgeprägte Schmerzsymptomatik                                          | NUM      | 1         |        | ja          | 1= war angekreuzt<br>0= war nicht angekreuzt                                                             |
| 24                                                                          | ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik                               | NUM      | 1         |        | ja          | 1= war angekreuzt<br>0 = war nicht angekreuzt                                                            |
| 25                                                                          | ausgeprägte neurologische/<br>psychiatrische/ psychische<br>Symptomatik | NUM      | 1         |        | ja          | 1= war angekreuzt<br>0= war nicht angekreuzt                                                             |
| 26                                                                          | ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik                        | NUM      | 1         |        | ja          | 1= war angekreuzt<br>0= war nicht angekreuzt                                                             |
| 27                                                                          | ausgeprägte urogenitale Symptomatik                                     | NUM      | 1         |        | ja          | 1= war angekreuzt<br>0= war nicht angekreuzt                                                             |
| 28                                                                          | ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden und Tumore                 | NUM      | 1         |        | ja          | 1= war angekreuzt<br>0= war nicht angekreuzt                                                             |
| 29                                                                          | Sonstiges                                                               | NUM      | 1         |        | ja          | 1= war angekreuzt<br>0= war nicht angekreuzt                                                             |
| <b>Verordnete Leistung</b>                                                  |                                                                         |          |           |        |             |                                                                                                          |
| 30                                                                          | Beratung                                                                | NUM      | 1         |        | ja          | 1= war angekreuzt<br>0= war nicht angekreuzt                                                             |
| 31                                                                          | Koordination                                                            | NUM      | 1         |        | ja          | 1= war angekreuzt<br>0= war nicht angekreuzt                                                             |
| 32                                                                          | Teilversorgung                                                          | NUM      | 1         |        | ja          | 1= war angekreuzt<br>0= war nicht angekreuzt                                                             |
| 33                                                                          | Vollversorgung                                                          | NUM      | 1         |        | ja          | 1= war angekreuzt<br>0= war nicht angekreuzt                                                             |
| 34                                                                          | keine Angabe                                                            | NUM      | 1         |        | ja          | 1= keine Leistung angekreuzt<br>auf der Verordnung<br>0= war nicht angekreuzt                            |
| <b>Tatsächlicher SAPV Bedarf</b>                                            |                                                                         |          |           |        |             |                                                                                                          |
| 35                                                                          | kein SAPV-Bedarf                                                        | NUM      | 1         |        | ja          | 1= kein SAPV-Bedarf<br>0= Standardwert                                                                   |
| 36                                                                          | Beratung                                                                | NUM      | 3         |        | ja          | Anzahl Tage, Bsp. "3", wenn 3<br>Tage Beratung<br>0= Standardwert                                        |
| 37                                                                          | Koordination                                                            | NUM      | 3         |        | ja          | Anzahl Tage, Bsp. "3", wenn 3<br>Tage Beratung und Koordination<br>0= Standardwert                       |
| 38                                                                          | Teil-/Vollversorgung                                                    | NUM      | 3         |        | ja          | Anzahl Tage, Bsp. "3", wenn 3<br>Tage Beratung Koordination,<br>Teil-/Vollversorgung.<br>0= Standardwert |

| Nr | Feldinhalt                                          | Datentyp | Feldgröße | Format | Pflichtfeld                      | Erläuterungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-----------------------------------------------------|----------|-----------|--------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 39 | Anzahl der beteiligten Ehrenamtlichen               | NUM      | 3         |        | optional                         | Soweit nicht im Datensatz SAPV-Leistungserbringer vorhanden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 40 | Anzahl der beteiligten Angehörigen                  | NUM      | 3         |        | optional                         | Soweit nicht im Datensatz SAPV-Leistungserbringer vorhanden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 41 | Anzahl der sonstigen beteiligten Leistungserbringer | NUM      | 3         |        | optional                         | soweit nicht im Datensatz SAPV-Leistungserbringer vorhanden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 42 | Therapieende                                        | NUM      | 1         |        | ja                               | 1= verstorben<br>2= Verlegung und damit Be-<br>endigung der SAPV<br>3= Entlassung<br>4= Wechsel SAPV-<br>Leistungserbringer<br>5= Sonstiges<br>6= Patient noch in laufender<br>Behandlung<br>7= Patient ruhend<br>Wenn zum Zeitpunkt der Da-<br>tenabfrage noch kein Thera-<br>pieende - dann Angabe 6 oder<br>7                                                                                                                                                              |
| 43 | Sterbeort des Versicherten                          | NUM      | 1         |        | ja, wenn<br>Patient<br>verstirbt | 1= zu Hause<br>2= Alten-/Pflegeheim<br>3= stationäres Hospiz<br>4= Palliativstation<br>5= Krankenhaus<br>6= sonstige Hei-<br>me/Einrichtungen<br>7= unbekannt<br>8= Sonstige<br><br>wenn der Versicherte im Ve-<br>rordnungszeitraum der SAPV<br>verstirbt, muss hier eine An-<br>gabe erfolgen, es muss auch<br>eine Angabe erfolgen, wenn<br>der Patient in der Kli-<br>nik/Pallitivstation verstirbt,<br>obwohl durch diese Aufenthal-<br>te die SAPV unterbrochen<br>wird |

**Beispiel „SAPV\_ABRECHNUNG.csv“:**

745112363;A2010\_001-001;A2010\_001;7310373;;123456789;;;03.01.1923;0;2;01.11.2010;30.11.201  
0;481911300;773223403;1;1;02.11.2010;03.11.2010;30.11.2010;10;C83.2;1;0;1;0;0;1;0;1;0;1;0;0;1;  
2;2;0;1;0;1;1

## Datensatz 2 – SAPV-Diagnosen

| Nr | Feldinhalt           | Datentyp | Feldgröße | Format     | Pflichtfeld | Erläuterungen                   |
|----|----------------------|----------|-----------|------------|-------------|---------------------------------|
| 1  | BSNR der SAPV        | NUM      | 9         |            | ja          | IK-Nummer des SAPV-Stützpunktes |
| 2  | SAPV-Rechnungsnummer | TEXT     | 24        |            | ja          |                                 |
| 3  | ICD 10               | TEXT     | 10        |            | ja          | Bsp. I63.3                      |
| 4  | BSNR Verordner       | NUM      | 9         |            | ja          |                                 |
| 5  | LANR Verordner       | NUM      | 9         |            | ja          |                                 |
| 6  | Datum der Verordnung | DATUM    |           | DD.MM.YYYY | ja          |                                 |

### Beispiel „SAPV\_DIAGNOSEN.csv“:

745112363;A2010\_001-001;C83.2;481911300;773223403;02.11.2010

745112363;A2010\_001-001;E14.7;481911300;773223403;02.11.2010

745112363;A2010\_001-001;J44.09;481911300;773223403;02.11.2010

### 6.3 Datensatz 3 – weitere Leistungserbringer, die außerhalb des SAPV-Teams eingesetzt werden bei der Versorgung des Patienten

| Nr | Feldinhalt                           | Datentyp | Feldgröße | Format | Pflichtfeld                  | Erläuterungen                                                                                                                                                                                                  |
|----|--------------------------------------|----------|-----------|--------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | BSNR der SAPV                        | NUM      | 9         |        | ja                           | IK-Nummer des SAPV-Stützpunktes                                                                                                                                                                                |
| 2  | SAPV-Rechnungsnummer                 | TEXT     | 24        |        | ja                           |                                                                                                                                                                                                                |
| 3  | Art des Leistungserbringers          | NUM      | 1         |        | ja                           | 0= sonstige Leistungserbringer<br>1= Hausarzt<br>2= Facharzt<br>3= Klinikarzt<br>4= Psychotherapeut<br>5= Pflegedienst<br>6= Physiotherapeut<br>7= amb. Hospizdienst<br>8= Alten-/Pflegeheim<br>9= Krankenhaus |
| 4  | BSNR / IKNR                          | NUM      | 9         |        | Optional                     |                                                                                                                                                                                                                |
| 5  | LANR                                 | NUM      | 9         |        | ja, wenn ärztliches Personal | bedingtes Pflichtfeld: handelt es sich bei dem Leistungserbringer um ärztliches Personal ist die Lebenslange Arztnummer des beteiligten Arztes anzugeben                                                       |
| 6  | Name des Leistungserbringers         | TEXT     | 100       |        | ja, wenn BSNR / IKNR fehlt   | bedingtes Pflichtfeld: Der Name des Leistungserbringers ist anzugeben, wenn die Kas- sennummer nicht bekannt ist                                                                                               |
| 7  | Vorname des Leistungserbringers      | TEXT     | 50        |        | ja, wenn BSNR / IKNR fehlt   | bedingtes Pflichtfeld: Der Vorname des Leistungserbringers ist anzugeben, wenn die Kas- sennummer nicht bekannt ist und es sich bei dem Leistungserbringer um eine natürliche Person handelt                   |
| 8  | Strasse /HNR des Leistungserbringers | TEXT     | 25        |        | ja, wenn BSNR / IKNR fehlt   | bedingtes Pflichtfeld: Die Strasse des Leistungserbringers ist anzugeben, wenn die Kas- sennummer nicht bekannt ist                                                                                            |

| Nr | Feldinhalt                                  | Datentyp | Feldgröße | Format     | Pflichtfeld                | Erläuterungen                                                                                                   |
|----|---------------------------------------------|----------|-----------|------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9  | PLZ des Leistungserbringers                 | TEXT     | 5         |            | ja, wenn BSNR / IKNR fehlt | bedingtes Pflichtfeld: Die PLZ des Leistungserbringers ist anzugeben, wenn die Kas- sennummer nicht bekannt ist |
| 10 | Ort des Leistungserbrin- ges                | TEXT     | 25        |            | ja, wenn BSNR / IKNR fehlt | bedingtes Pflichtfeld: Der Ort des Leistungserbringers ist anzugeben, wenn die Kas- sennummer nicht bekannt ist |
| 11 | Datum der Leistungser- bringung Beginn / ab | DATUM    |           | DD.MM.YYYY | ja                         |                                                                                                                 |
| 12 | Datum der Leistungser- bringung Ende / bis  | DATUM    |           | DD.MM.YYYY | optional                   |                                                                                                                 |

**Beispiel „SAPV\_LE.csv“:**

745112363;A2010\_001-001;1;481911300;773223403;;;;;03.11.2010

745112363;A2010\_001-001;5;;;Wichtig;Willi;Musterstr. 1;12345;Musterstadt;03.11.2010

**6.4 Datensatz 4 – SAPV-Hausbesuche/Fahrten**

| Nr | Feldinhalt                                                               | Datentyp | Feldgröße | Format     | Pflichtfeld | Erläuterungen                                       |
|----|--------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|------------|-------------|-----------------------------------------------------|
| 1  | BSNR der SAPV                                                            | NUM      | 9         |            | ja          | IK-Nummer des SAPV- Stützpunktes                    |
| 2  | SAPV- Rechnungsnummer                                                    | TEXT     | 20        |            | ja          |                                                     |
| 3  | Fahrzeit (Min.) einfach vom Standort des SAPVT zum Patienten             | NUM      | 3         |            | ja          |                                                     |
| 4  | Art der Fahrten                                                          |          | 1         |            | ja          | 1= Pflege<br>2= Arzt<br>3= sonstige SAPV-Fachkräfte |
| 5  | Datum der Fahrt                                                          | DATUM    |           | DD.MM.YYYY | ja          |                                                     |
| 6  | Gesamtbetreuungszeit vor Ort beim Patienten in Minuten (ohne Fahr- zeit) | NUM      | 6         |            | ja          |                                                     |

**Beispiel „SAPV\_FAHRTEN.csv“:**

745112363;A2010\_001-001;15;3;2;240

745112363;A2010\_001-001;15;2;1;60

745112363;A2010\_001-001;15;1;3;90

## Datensatz 5 – SAPV-Stationär

| Nr | Feldinhalt                           | Datentyp | Feldgröße | Format     | Pflichtfeld         | Erläuterungen                                                                                                        |
|----|--------------------------------------|----------|-----------|------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | BSNR der SAPV                        | NUM      | 9         |            | ja                  | IK-Nummer des SAPV-Stützpunktes                                                                                      |
| 2  | SAPV-Rechnungsnummer                 | TEXT     | 20        |            | ja                  |                                                                                                                      |
| 3  | Art der Einrichtung                  |          | 1         |            | ja                  | 1= Krankenhaus<br>2= Reha-Klinik<br>3= Alten-/Pflegeheim<br>4= sonstige Heime<br>5= stationäre Hospiz<br>6= sonstige |
| 4  | IKNR                                 | NUM      | 9         |            | optional            | IKNR ist anzugeben; dass Feld ist optional wenn die IKNR des beteiligten Leistungserbringers nicht bekannt ist       |
| 5  | Name des Leistungserbringers         | TEXT     | 100       |            | ja, wenn IKNR fehlt | bedingtes Pflichtfeld: Der Name des Leistungserbringers ist anzugeben, wenn die IKNR nicht bekannt ist               |
| 6  | Strasse /HNR des Leistungserbringers | TEXT     | 25        |            | ja, wenn IKNR fehlt | bedingtes Pflichtfeld: Der Name des Leistungserbringers ist anzugeben, wenn die IKNR nicht bekannt ist               |
| 7  | PLZ des Leistungserbringers          | TEXT     | 5         |            | ja, wenn IKNR fehlt | bedingtes Pflichtfeld: Der Name des Leistungserbringers ist anzugeben, wenn die IKNR nicht bekannt ist               |
| 8  | Ort des Leistungserbringers          | TEXT     | 25        |            | ja, wenn IKNR fehlt | bedingtes Pflichtfeld: Der Name des Leistungserbringers ist anzugeben, wenn die IKNR nicht bekannt ist               |
| 9  | Art der Einweisung                   | NUM      | 1         |            | ja                  | 1= Einweisung<br>2= Verlegung                                                                                        |
| 10 | Behandlungszeitraum von              | DATUM    |           | DD.MM.YYYY | Ja                  |                                                                                                                      |
| 11 | Behandlungszeitraum bis              | DATUM    |           | DD.MM.YYYY | ja                  | Pflichtfeld, ist der stationäre Aufenthalt noch laufend, ist der Wert „31.12.9999“ zu übermitteln.                   |

### Beispiel „SAPV\_STATIONAER.csv“:

745112363;A2010\_001-001;1;260730207;;;;;1;02.11.2010;02.11.2010

## Datensatz 6 – SAPV-Teambesprechungen

| Nr | Feldinhalt                                      | Datentyp | Feldgröße | Format     | Pflichtfeld | Erläuterungen |
|----|-------------------------------------------------|----------|-----------|------------|-------------|---------------|
| 1  | BSNR der SAPV                                   | NUM      | 9         |            | ja          |               |
| 2  | SAPV-Rechnungsnummer                            | TEXT     | 20        |            | ja          |               |
| 3  | Datum der Teambesprechung                       | DATUM    |           | DD.MM.YYYY | ja          |               |
| 4  | Durchschnittl. Dauer in Minuten für den Patient | NUM      | 3         |            | ja          |               |
| 5  | Anzahl der Mitarbeiter                          | NUM      | 3         |            | ja          |               |

### Beispiel „SAPV\_TEAM.csv“:

745112363;A2010\_001-001;02.11.2010;30;3

745112363;A2010\_001-001;03.11.2010;20;3

Anhang 2 zur Anlage 3 – SAPV-Abrechnungsbogen

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |  |
| Name, Vorname des Versicherten |  |
| geb. am                        |  |
|                                |  |
| Betriebsstätten-Nr             |  |

## SAPV- Abrechnungsbogen

Abrechnungs-  
IK:

Stempel

Rechnungs-Nr.:

SAPV-Fall-Nr

☐ Erstverordnung

☐ Folgeverordnung

vom

bis

Abrechnungszeitraum:

bis

Diagnose(n)  
ICD-10:

| Gebührenposition                                                                                                                    | Häusliches Umfeld | Stat. Pflege-<br>einrichtung | Stat. Hospiz | Anzahl | Summe |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------|--------------|--------|-------|
| <b>Ebene 1</b><br>(Assessment/Beratung)                                                                                             | 268,80 EUR        | 268,80 EUR                   | →            |        |       |
| <b>Ebene 1</b><br>(reduziertes Assessment)                                                                                          | 153,90 EUR        | 153,90 EUR                   | →            |        |       |
| <b>Ebene 2</b><br>(Koordination der Versor-<br>gung)                                                                                | 78,00 EUR         | 78,00 EUR                    | →            |        |       |
| <b>Ärztlicher Hausbesuch</b>                                                                                                        | 101,20 EUR        | 101,20 EUR                   | 101,20 EUR   |        |       |
| <b>Vor- und Nachbereitung<br/>Arzt</b>                                                                                              | 35,84 EUR         | 35,84 EUR                    | 35,84 EUR    |        |       |
| <b>Zusatzentgelt</b> für weitere<br>15' Hausbesuchszeit für<br><b>ärztl.</b> Hausbesuche; ab-<br>rechenbar ab Vollendung<br>der 1.' | 17,92 EUR         | 17,92 EUR                    | 17,92 EUR    |        |       |
| <b>Abschlag</b> für <b>ärztl.</b> Haus-<br>besuche bei Unterschrei-<br>tung der Mindestbe-<br>suchszeit von 20'                     | -17,92 EUR        | -17,92 EUR                   | -17,92 EUR   |        |       |
| <b>Pflegerischer<br/>Hausbesuch</b>                                                                                                 | 65,35 EUR         | 65,35 EUR                    | →            |        |       |
| <b>Vor- und Nachbereitung<br/>Pflege</b>                                                                                            | 29,52 EUR         | 29,52 EUR                    | →            |        |       |
| <b>Zusatzentgelt</b> für weitere<br>15' Hausbesuchszeit für<br><b>pfleg.</b> Hausbesuche; ab-<br>rechenbar ab Vollendung<br>der 1.' | 11,07 EUR         | 11,07 EUR                    | →            |        |       |
| <b>Abschlag</b> für <b>pfleg.</b> Haus-<br>besuche bei Unterschrei-<br>tung der Mindestbe-<br>suchszeit von 20'                     | -11,07 EUR        | -11,07 EUR                   | →            |        |       |
| Fallabschluss                                                                                                                       | 108,57 EUR        | 108,57 EUR                   | 54,29 EUR    |        |       |

Gesamtbetrag:

Die vollständige Datenlieferung zur  
Abrechnung wurde am

übermittelt.

Wir bestätigen, dass die erbrachten und abgerechneten SAPV-Leistungen ausschließlich durch sozialversicherungspflichtig beschäftigte Palliativpflegekräfte/sonstige Fachkräfte des SAPV-Leistungserbringers erbracht wurden.

Datum, Unterschrift







## **Dokumentation der Excel-Anwendung „SAPV-Patientenakte.xlt“**

### **Inhalt:**

|       |                                                                                             |    |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.    | Informationen zur Anwendung .....                                                           | 48 |
| 2.    | Starten der Anwendung .....                                                                 | 48 |
| 3.    | Tabellenblatt Patientendaten.....                                                           | 48 |
| 3.1   | Verordnungsdaten .....                                                                      | 48 |
| 3.1.1 | Muster 63: .....                                                                            | 50 |
| 3.2   | Erfassung und Übersicht weiterer Beteiligter .....                                          | 51 |
| 3.3   | Aktivitäten erfassen und anzeigen .....                                                     | 51 |
| 3.4   | Schaltfläche „eigene Daten ändern...“ .....                                                 | 52 |
| 3.4.1 | Schaltfläche „Abrechnung erzeugen“ .....                                                    | 52 |
| 4.    | Abrechnung erzeugen.....                                                                    | 52 |
| 4.1   | Tabellenblatt Leistungsnachweis .....                                                       | 53 |
| 4.1.1 | Mögliche Korrekturen im Leistungsnachweis .....                                             | 53 |
| 4.1.2 | Schaltfläche „Abrechnungsbogen anzeigen/ausblenden“ .....                                   | 53 |
| 4.1.3 | Schaltfläche „Leistungsnachweis und Abrechnungsbogen drucken und Datensätze erzeugen“ ..... | 53 |

## 1. Informationen zur Anwendung

Das Tool „SAPV-Patientenakte.xlt“ soll SAPV-Leistungserbringer ohne eigene Softwarelösung bei der Dokumentation und Abrechnung der SAPV-Leistung unterstützen. Bei der Anwendung handelt es sich um eine Excel-Vorlage. Für jeden Patienten muss auf Grundlage der Excel-Vorlage „SAPV-Patientenakte.xlt“ eine eigen Excel-Datei erstellt und gespeichert werden. Der ordnungsgemäße datenschutzrechtliche Umgang, die ordnungsgemäße Sicherung der Daten und die ordnungsgemäße Abrechnung der Leistung obliegt dem Leistungserbringer.

## 2. Starten der Anwendung

Speichern Sie zunächst die „SAPV-Patientenakte.XLT“ im Vorlagenverzeichnis. Standardmäßig befinden sich die Benutzervorlagendateien am folgenden Speicherort:

C:\Dokumente und Einstellungen\Benutzername\Anwendungsdaten\Microsoft\Vorlagen

Die Benutzervorlage lässt sich nun über das Menü Datei/Neu... (STRG+N) auswählen. Beim ersten Starten der Benutzervorlage wird man in einem Pop-Up-Formular aufgefordert, die Eigenen Daten zu erfassen. Die Eingabe ist nur beim ersten mal erforderlich. Die Eigenen Daten werden beim Schließen des Pop-Up-Fensters in der Datei „C:\sapv.xml“ abgelegt und bei jedem öffnen der Datei neu ausgelesen. Jetzt wird das Excelblatt zur Erfassung der Patientendaten angezeigt.

Hinweis:

Änderungen an den Eigenen Daten haben Auswirkungen auf alle Dateien, die auf der Grundlage der Vorlage „SAPV-Patientenakte.XLT“ erstellt wurden.

## 3. Tabellenblatt Patientendaten

Im Excelblatt Patientendaten werden die Stammdaten des Patienten erfasst. Zunächst ist eine SAPV-Fall-Nr. zu vergeben. Dieses Identifikationskennzeichen muss für jeden Patienten neu vergeben werden und darf aus Zahlen, Textzeichen und Sonderzeichen bestehen. Die SAPV-Fall-Nr. darf 15 Zeichen nicht überschreiten. Die nachfolgenden Daten können der SAPV-Verordnung entnommen werden: Nachname, Vorname, Strasse PLZ, Ort, geboren am. Im Eingabefeld „Geschlecht“ stehen die Parameter „männlich“ oder „weiblich“ in einer Auswahlliste zur Verfügung. Die Felder „Kassen-Nr.“ und „Versicherten-Nr.“ sind Pflichtfelder. Die Informationen zur Kassen-Nr., Versicherten-Nr. und Versicherten-Status sind auf der Verordnung der SAPV-Leistung oder auf der Versichertenkarte des Patienten abgebildet. Zum Tag der Erstellung der Anwendung sind alle in Rheinland-Pfalz gültigen Kassennummern hinterlegt und werden nach der Eingabe in der Zelle rechts neben der Nummer angezeigt. Ist die Kassennummer vereinzelt nicht bekannt, kann ausnahmsweise der Kurzname der Kasse im Feld „Kassen-Nr.“ erfasst werden. Die Zelle ist auf 7 Zeichen begrenzt.

Mit der Abrechnung der Leistung ist im Abrechnungsdatensatz grundsätzlich ein Therapieendegrund anzugeben. Die gültigen Therapieendegründe können in der Auswahlliste der Zelle gewählt werden. Als Standardwert ist der Wert „6 in lfd. Behandlung“ vorgegeben. Ist der Patient verstorben, ist der Sterbeort anzugeben. Auch hier sind die Werte in einer Auswahlliste vorgegeben. Die Kontaktdaten Telefon, Handy und eMail des Patienten/Angehörigen und die Betreuerdaten dienen lediglich zur eigenen Information und sind kein Bestandteil des Abrechnungsdatensatzes.

### 3.1 Verordnungsdaten

Grundlage der Leistungserbringung und der späteren Abrechnung der Leistung ist die Verordnung Muster 63 (s. nächste Seite) durch einen behandelnden Arzt. Daher ist es erforderlich, die Verordnungsinformationen der Abrechnung und dem Leistungsnachweis zuzuordnen. Für die Erfassung der Verordnungsdaten sind die Zeilen 22 bis 84 reserviert. Pro Verordnung ist eine Zeile vorgesehen. Folgende Daten der Verordnung müssen erfasst werden:

- **Betriebsstättennummer** (BSNR) des verordnenden Arztes. Wurde die Verordnung von einem Krankenhausarzt ausgestellt, der nicht über eine BSNR als ermächtigter Arzt verfügt, ist die IKNR des Krankenhauses anzugeben.
- **Arztnummer**, bzw. lebenslange Arztnummer (LANR) des verordnenden Arztes. Liegt die LANR auf der Verordnung nicht vor (z. B. bei einer Verordnung durch einen Krankenhausarzt) kann das Feld leer bleiben.
- **Art der Verordnung** muss einen Wert der Auswahlliste enthalten. Zur Verfügung stehen Erstverordnung oder Folgeverordnung.
- **Verordnungsdatum** ist das Datum der Verordnung und steht
- **Verordnungszeitraum** ist das Beginndatum und das Endedatum, das auf der Verordnung angegeben ist
- **Diagnosen** sind die Diagnosen, die auf der Verordnung angegeben wurden. Die Diagnosen sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)) im Auftrag des BMG herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Die einzelnen Diagnosen müssen durch Semikolon getrennt werden. Beispiel: I63.1;M53.9
- **Komplexes Symptomgeschehen**. Die Felder können mit „Ja“ oder „Nein“ aus der Auswahlliste gefüllt werden. Es reicht aus, die angegebenen Felder der Verordnung mit „Ja“ zu füllen.
- Folgende **Maßnahmen** können auf der Verordnung angekreuzt sein: Beratung (B), Koordination (K), Teilversorgung (TV) und Vollversorgung (VV). Die entsprechenden Felder können aus der Auswahlliste mit den Werten „Ja“ oder „Nein“ belegt werden. Es reicht aus, die angekreuzten Maßnahmen mit dem Wert „Ja“ zu füllen.
- Nach Durchführung des Erstassessment sollte der **Bedarf** der Leistung festgelegt werden. Hier kann das Feld KE (keine Leistung erforderlich) mit dem Wert „Ja“ oder „Nein“ gefüllt werden, wenn keine SAPV-Leistung erforderlich wird. In die Felder B (Anzahl der Tage der Beratung), K (Anzahl der Tage der Koordination) und TV/VV sind jeweils die Anzahl der Leistungstage einzutragen.



### 3.2 Erfassung und Übersicht weiterer Beteiligter

Der Datensatz zur Abrechnung sieht vor, dass weitere am Behandlungsgeschehen beteiligte Leistungserbringer übermittelt werden. Des weiteren dienen diese Daten zur eigenen Information, um die Aufgaben der Koordination und Beratung wahrnehmen zu können. In den Zellen H5 bis S9 werden bis zu fünf beteiligte Leistungserbringer angezeigt. Die Liste ist nach dem Beginndatum der Leistung absteigend sortiert. Eine Erfassung der Leistungserbringer in diesem Tabellenblatt ist nicht vorgesehen. Nach betätigen der Schaltfläche „Beteiligte erfassen“ wird ein Tabellenblatt „Beteiligte“ geöffnet. Hier können die Daten weiterer beteiligter Leistungserbringer erfasst werden. Die Erfassung umfasst

- den Leistungszeitraum,
- die Art des Leistungserbringers, die in der Auswahlliste der Zelle hinterlegt ist,
- Betriebsstättennummer (BSNR) oder Institutionskennzeichen (IKNR) soweit vorhanden oder bekannt,
- die lebenslange Arztnummer, wenn es sich um einen Arzt handelt,
- Namen des Leistungserbringers,
- Vornamen des Leistungserbringers, wenn es sich um eine Person handelt
- Strasse des Leistungserbringers,
- Postleitzahl und Ort des Leistungserbringers.

Beim Verlassen des Tabellenblattes wird das Blatt zur besseren Übersicht automatisch ausgeblendet. Die Tabelle wird nach dem Beginndatum des Leistungszeitraumes sortiert, die Zeilen 4 bis 9 werden in der Übersicht über weitere Beteiligte im Tabellenblatt „Patientendaten“ angezeigt.

### 3.3 Aktivitäten erfassen und anzeigen

In den Zellen H13 bis N18 werden die letzten sechs Aktivitäten angezeigt. Die Erfassung der Aktivitäten dienen zum einen der eigenen Dokumentation und Übersicht über den Patienten. Zum anderen wird ein Teil der Aktivitäten bereits in den Leistungsnachweis zur Abrechnung eingetragen.

Die Erfassung der Aktivitäten erfolgt über die Schaltfläche „Aktivitäten erfassen“. Nach einem Klick auf die Schaltfläche wird ein Tabellenblatt zur Erfassung der Aktivitäten geöffnet. Hier können

- die Art der Aktivität,
- das Datum,
- der Beginn und das Ende der Betreuungszeit (Uhrzeit),
- die gefahrenen Kilometer,
- die Anzahl der beteiligten Mitarbeiter,
- und ein Feld für weitere freie Informationen

erfasst werden.

Die Art der Aktivität ist mit folgenden Werten in einer Auswahlliste vorbelegt:

- 10 Beratung des Patienten
- 11 Beratung Hausarzt
- 12 Beratung Leistungserbringer
- 13 Beratung von Angehörigen
- 14 Dokumentation
- 15 Erhebung Erstassessment
- 16 Erstellung Notfallplan
- 30 Hausbesuch Arzt
- 40 Hausbesuch Pflegekraft
- 80 Hausbesuch sonstige Kraft
- 70 Hospizbesuch Arzt
- 82 Hospizbesuch sonstige Kraft
- 50 Pflegeheimbesuch Arzt
- 60 Pflegeheimbesuch Pflegekraft
- 81 Pflegeheimbesuch sonstige Kraft – nicht abrechnungsrelevant
- 90 sonstige – nicht abrechnungsrelevant
- 17 Teambesprechung

Anhand der ersten Zahl der Aktivität werden im Leistungsnachweis folgende Einträge erzeugt:

- 1 = Koordination (häusl.)
- 2 = Koordination (Pflege)
- 3 = ärztl. Hausbesuch
- 4 = pfleg. Hausbesuch
- 5 = ärztl. Besuch (Pflege)
- 6 = pfleg. Besuch (Pflege)
- 7 = ärztl. Hospizbesuch

Des weiteren wird aus den erfassten Aktivitäten die Datensätze für den Datensatz 4 – SAPV-Fahrten des Anhang 1 der Anlage 3 – Vergütung und Leistungsbeschreibung des SAPV-Vertrages beim Drucken der Abrechnung erzeugt, wenn es sich bei der Aktivität um einen Besuch (3, 4, 5, 6, 7) des SAPV-Teams handelt. Aus den erfassten Daten der Aktivität „17 Teambesprechung“ wird beim Drucken der Abrechnung die Datensätze nach Datensatz 6 – SAPV-Teambesprechungen erstellt.

### 3.4 Schaltfläche „eigene Daten ändern...“

Mit der Schaltfläche „eigene Daten ändern...“ wird ein Pop-Up-Fenster mit den zu Beginn erfassten eigenen Daten angezeigt. Im Pop-Up-Fenster können die Daten angepasst werden. Beim Schließen des Fensters werden die Informationen in die „C:\sapv.xml“ geschrieben und stehen dort für alle angelegten SAPV-Excel-Dateien zur Verfügung.

#### Hinweis:

Änderungen an den Eigenen Daten haben Auswirkungen auf alle Dateien, die auf der Grundlage der Vorlage „SAPV-Patientenakte.XLT“ erstellt wurden.

#### 3.4.1 Schaltfläche „Abrechnung erzeugen“

Beim Betätigen der Schaltfläche „Abrechnung erzeugen“ werden, für die gewählte Verordnung (Auswahlknopf aktiviert) Leistungsnachweis und Abrechnungsformular erzeugt. Die Abrechnung kann erst erzeugt werden, wenn die Arbeitsmappe gespeichert wurde. Es wird empfohlen, die Arbeitsmappen für die einzelnen Patienten in der gleichen Struktur in einem eigenen Verzeichnis abzuspeichern.

## 4. Abrechnung erzeugen

Über die Schaltfläche „Abrechnung erzeugen“ im Tabellenblatt „Patientendaten“ werden Leistungsnachweis und Abrechnungsformular erzeugt. Beim Erzeugen des Leistungsnachweises wird eine 3stellige fortlaufende Nummer vergeben. Jeder erzeugte Leistungsnachweis und Abrechnungsbogen wird im Namen mit dieser Nummer ergänzt: Tabellenblatt: Leistungsnachweis\_001, Abrechnung\_001. Die 3stellige Nummer bildet zusammen mit der SAPV-Fallnummer die SAPV-Rechnungsnummer.

#### 4.1 Tabellenblatt Leistungsnachweis

In der Zelle L2 kann nach der Erzeugung des Leistungsnachweises der Abrechnungsmonat gewählt werden. In der Auswahlliste werden alle Monate (im Format MM/JJJJ) des Zeitraums der gewählten Verordnung angezeigt. Nachdem der Abrechnungsmonat gewählt wurde, werden in den Zeilen 9 bis 57 des Tabellenblattes erfasste Daten des Tabellenblatts Aktivitäten mit den entsprechenden Uhrzeiten gefüllt.

##### 4.1.1 Mögliche Korrekturen im Leistungsnachweis

Das Programm ermittelt beim Erzeugen der Abrechnungsdaten, ob sich der Patient am Tag des Beginns des Verordnungszeitraums in einer Pflegeeinrichtung befand. Daher wird entweder der Abrechnungskomplex „1 Koordination (häusl.)“ oder „2 Koordination (Pflege)“ mit Daten der Aktivitäten befüllt. Tatsächlich kann aber in Einzelfällen während des gesamten Abrechnungszeitraums ein Wechsel zwischen der Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung und einer häuslichen Unterbringung stattfinden. Hier ist eine manuelle Korrektur des Leistungsnachweises erforderlich.

Des weiteren ist es möglich, dass an einem Leistungstag mehrere Besuche der SAPV-Pflegekraft oder des SAPV-Arztes notwendig waren. Diese zusätzlichen Hausbesuche können in den Zeilen 16 bis 18, 30 bis 32, 44 bis 46 und 58 bis 60 ergänzt werden.

##### 4.1.2 Schaltfläche „Abrechnungsbogen anzeigen/ausblenden“

Um die Anzahl der Tabellenblätter zur besseren Übersicht zu begrenzen, wird das Tabellenblatt Abrechnung standardmäßig ausgeblendet. Um ggf. vor dem Druck der Abrechnung und des Leistungsnachweises die Abrechnung zu überprüfen, kann das Tabellenblatt Abrechnung eingeblendet werden. Ist das Tabellenblatt bereits eingeblendet, wird es beim Betätigen der Schaltfläche ausgeblendet.

##### 4.1.3 Schaltfläche „Leistungsnachweis und Abrechnungsbogen drucken und Datensätze erzeugen“

Durch einen Klick auf die Schaltfläche wird der aktive Leistungsnachweis und das dazugehörige Tabellenblatt „Abrechnung“ gedruckt. Im Anschluss werden die Dateien zur Abrechnung entsprechend der Datensatzbeschreibung (Anhang 1 der Anlage 3 – Vergütung und Leistungsbeschreibung des SAPV-Vertrages) erzeugt. Da nach der Erzeugung der Datensätze keine Korrektur mehr möglich ist, ist es sinnvoll, Leistungsnachweis und Abrechnungsbogen vor dem Druck zu überprüfen.

Anlage 4 – Leitfaden für einen Antrag/Konzeption zur SAPV

**Leitfaden**  
**für einen Antrag / Konzeption zur**  
**spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gem. § 132d SGB V**  
**in Rheinland-Pfalz**

| <b>Inhalt der Konzeption<br/>„SAPV“</b> | <b>Kurzbeschreibung, was zu diesem<br/>Punkt angegeben werden soll</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| → <i>Projekt / Netzwerk</i>             | Bezeichnung des spezialisierten Leistungserbringers                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| → <i>Inhalt des Projekts</i>            | <p>Beschreiben Sie hier bitte den Inhalt Ihres Versorgungsmodells. Aus welchen „klassischen“ Bereichen werden Leistungen miteinander verzahnt. Worin besteht die Versorgungsverbesserung zur bisherigen Versorgung. Welche verbindlichen Regelungen zur Zusammenarbeit der Kooperationspartner untereinander sind vorgesehen.</p> <p>Zu den nachfolgenden Punkten sollten Sie in Ihrer Konzeption mindestens Stellung nehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Standort des Leistungserbringers,</li> <li>➤ Versorgungsgebiet,</li> <li>➤ Versorgungsprozess,</li> <li>➤ Kooperationspartner,</li> <li>➤ Kooperationsvereinbarungen mit im Rahmen des Netzwerkes an der Versorgung Beteiligten im Versorgungsgebiet (z. B. ambulante Hospizdienste, Seelsorge) zur Sicherung der psychosozialen Unterstützung,</li> <li>➤ Mitarbeiterkapazität (Stellenplan),</li> <li>➤ Personelle Zuständig- und Verantwortlichkeiten im SAPV-Team (u. a. Weisungsbefugnisse, Weisungsgebundenheit),</li> <li>➤ Qualifikationsnachweise der beteiligten Personen,</li> <li>➤ sächliche Ausstattung,</li> <li>➤ Qualitätssicherungsmaßnahmen,</li> <li>➤ wie wird die reibungslose Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sichergestellt,</li> <li>➤ wie wird die psychosoziale und seelische Unterstützung sichergestellt,</li> <li>➤ wie wird die 24-Stunden-Rufbereitschaft sichergestellt.</li> </ul> |
| → <i>Region</i>                         | Geben Sie uns bitte die Versorgungsregion an, in welcher die SAPV realisiert und der Versorgungsauftrag übernommen werden soll.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| → <i>Kooperationspartner</i>                                                                                       | Nennen Sie bitte alle Kooperationspartner, die an der SAPV mitwirken sollen resp. mit welchen der Vertrag geschlossen werden soll. Welchen Zulassungsstatus bringen diese Kooperationspartner in die SAPV ein. Beschreiben Sie die regionalen Netzwerkstrukturen, in die Sie sich als SAPV-Leistungserbringer integrieren.                                                                                                                                                                                    |
| → <i>Rechtsformen</i>                                                                                              | Gibt es in Ihrer geplanten SAPV eine Rechtsform, wie zum Beispiel ein Verein, GbR, GmbH, Genossenschaft, AG, etc.? Geben Sie uns dies bitte konkret an.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| → <i>Ansprechpartner</i>                                                                                           | Wer ist für die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz primärer Ansprechpartner für Ihr SAPV-Konzept?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| → <i>Qualitätsmanagementtools</i>                                                                                  | Welche Qualitätsmanagementtools kommen in Ihrem Konzept zum Einsatz (wie Leitlinien, allgemeine und/oder medizinische Qualitätsindikatoren, Qualitätszirkel, Fallkonferenzen, Fort- und Weiterbildung der Leistungserbringer etc.)?                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| → <i>Qualitätsmessung</i>                                                                                          | Wie soll in Ihrem Konzept die SAPV-Versorgungsqualität gemessen werden.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| → <i>Organisatorische Anforderungen / wirtschaftliche Verantwortung sowie Prozessverantwortung und Controlling</i> | Zu den organisatorischen Anforderungen der SAPV sollte festgelegt / definiert sein, wie eine Zuordnung der wirtschaftlichen Verantwortung und der Prozessverantwortung der Leistungserbringer definiert sein soll. Sie müssen hier angeben, wie die Zusammenarbeit der Kooperationspartner untereinander geregelt sein soll und wie interne organisatorische Abläufe der SAPV transparent dargestellt werden können. Wir bitten auch um Angabe, ob und welchem Umfang ein internes Controlling angedacht ist. |
| → <i>Datentransparenz gegenüber den Krankenkassen in Rheinland-Pfalz</i>                                           | In welchem Format können Sie Ihre Daten aus der SAPV den Krankenkassen in Rheinland-Pfalz elektronisch zur Verfügung zu stellen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| → <i>Mein Projekt / Konzept ist attraktiv, weil ...</i>                                                            | Beschreiben Sie hier in kurzen Worten bitte die Attraktivität Ihres SAPV-Versorgungsprojektes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

**5.**

**6. Ihr Konzept schicken Sie bitte an**

|                                                                                                                                          |                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse<br>Bereich 4.2.2<br>Frau Alexandra Schanzenbach<br>Virchowstr. 30<br>67304 Eisenberg | vdek e.V.<br>Landesvertretung Rheinland-Pfalz<br>Bereich SAPV<br>Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22<br>55130 Mainz |
| BKK-LKK-Arbeitsgemeinschaft<br>Referat Pflege<br>Essenheimer Str. 126<br>55128 Mainz                                                     | IKK Südwest<br>Herrn Lars Poppe<br>Berliner Promenade 1<br>66111 Saarbrücken                                      |
| vdek e.V.<br>Landesvertretung Saarland<br>Bereich SAPV<br>Talstr. 30<br>66119 Saarbrücken                                                | Knappschaft<br>Regionaldirektion Saarbrücken<br>Bereich SAPV<br>St. Johanner Str. 46-48<br>66111 Saarbrücken      |

Anlage 5 – Ergebnis Assessment

|                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Name:</b><br><b>Vorname:</b><br><b>Straße:</b><br><b>PLZ / Wohnort:</b><br><b>Tel.:</b><br><b>Gesetzl. Vertreter:</b><br><br><b>Informationsberechtigter Angehöriger:</b> | <b>1. Versicherten-Nr.</b><br><b>2. Geburtsdatum</b><br><b>3. Geschlecht</b><br><b>4. Datum:</b><br><b>Erstverordnung</b><br><b>4. Datum:</b><br><b>Folgeverordnung</b><br><b>5. Datum:</b><br><b>Mitteilung bei</b><br><b>Beendigung SAPV</b> | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich<br><br>bis    Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV<br>bis    Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV<br>letzter Tag SAPV: |
|                                                                                                                                                                              | <b>SAPV-Team:</b><br><br><b>Hausarzt:</b><br><br><b>Häusl. Krankenpflege:</b>                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

ICD 10:   

**Pat. befindet sich** ☐ im häuslichen Umfeld (eigener Haushalt)    ☐ im häuslichen Umfeld (Haushalt Angehörige)  
☐ im Pflegeheim    ☐ im stationären Hospiz  
☐ in einer Einrichtung der Behinderten- oder Jugendhilfe

**Pat. wird aktuell mitbetreut durch:**

☐ Hausarzt    ☐ ambulanten Pflegedienst    ☐ Physiotherapeut  
☐ Facharzt    ☐ hauswirtschaftliche Versorgung    ☐ Logopäde  
☐ Kinderarzt    ☐ amb. Hospizdienst    ☐ Sonstige:

**Letzte Krankenhausbehandlung** wann:    wo:  
Krankenhaus-Entlassbericht liegt bei : ja/ nein (bitte nicht zutreffendes streichen)

**Palliativfall definierende Diagnose (mit detaillierter Beschreibung des Krankheitsstadiums):**

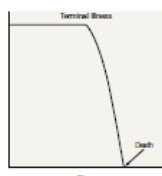
**Für die Palliativversorgung relevante Begleiterkrankungen:**

**Aktuelle Medikation** (falls nicht aus der Verordnung ersichtlich),  
insbesondere **Änderungen** im Vergleich zur Ausgangsmedikation:

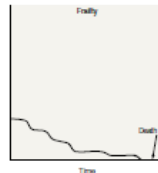
**Der Patient befindet sich in folgendem Krankheitsverlauf/-stadium:**

☐


Organversagen, z.B. Herzinsuffizienz

☐


Terminale Erkrankung, z.B. Krebs

☐


Gebrechlichkeit, z.B. multiple internistische Erkrankungen

Lunney JR et al, 2003: Patterns of Functional Decline at the End of Life, JAMA 289: 2387-2392

☐ Krisenhafter Verlauf bei weit fortgeschrittener chronischer Erkrankung

☐ Präterminale Phase (letzte Monate)

☐ Terminale Phase (letzte Wochen)

☐ Finale Phase (letzte Tage)

☐ Sonstiges (näher beschreiben)

**Kurative Behandlungen sind abgeschlossen:** ☐ ja ☐ nein

Noch laufende **tumorgerichtete Therapie** (z.B. Strahlentherapie, Chemotherapie, Hormontherapie)

☐ ja ☐ nein

Wenn ja -> Angabe der Indikation:

Die Mittel der Regelversorgung/der allgemeinen Palliativversorgung reichen nicht aus, weil

**Komplexes Symptomgeschehen nach SAPV – RL:** ☐ liegt vor ☐ liegt nicht vor

Zutreffende Bereiche ankreuzen – die Ausprägung **muss** beschrieben werden:

☐ ausgeprägte Schmerzsymptomatik

☐ ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik

☐ ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

☐ ausgeprägte urogenitale Symptomatik

☐ ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden/Tumore

☐ ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik

☐ Sonstiges komplexes Symptomgeschehen:

### Symptomverstärkende Faktoren

☐ somatische Faktoren:

☐ psychische Faktoren:

☐ soziale Faktoren:

☐ spirituelle Faktoren:

Der Patient / die Patientin benötigt die Leistungen der SAPV: ☐ ja ☐ nein

**Folgende SAPV-Leistungen sind notwendig:**

☐ **Beratung** zu folgendem Sachverhalt

☐ Patienten- und Angehörigenedukation

☐ Schmerzmanagement

☐ Wundmanagement, Wundversorgung

☐ bedarfsgerechte Nährstoff- und Flüssigkeitsversorgung

☐ Angemessene Lagerungsmaßnahmen

☐ bedarfsgerechte Medikation mit Anpassung von Dosierungen und Applikationsformen

☐ Adäquate medizinisch - apparative Ausstattung und sachgerechter Einsatz dieser Ausstattung

☐ Angemessene Heil- und Hilfsmittelversorgung

☐ Förderung der Kommunikation/Interaktion

- ☐ Integration in das Soziale Umfeld, Milieugestaltung
- ☐ Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod
- ☐ Veranlassung / Implementierung von Unterstützungsangeboten zu hospizlichen, seelsorgerischen, psychoonkologischen und sozialrechtlichen Belangen
- ☐ Anderes:

In die Beratung werden folgende Personen/Leistungserbringer einbezogen:

- ☐ Patient ☐ Angehörige ☐ Hausarzt ☐ Pflegedienst ☐ Andere:

☐ **Koordination / Teil- / Vollversorgung gemäß Vertrag § 132d SGB V** folgender Versorgungsnotwendigkeiten:

- ☐ Koordination des häuslichen Versorgungssettings
- ☐ Bedarfsgerechte Präsenz mit Ruf-, Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr
- ☐ Vorbeugendes Krisenmanagement
- ☐ Sicherstellung des Informationsaustauschs zwischen allen Beteiligten
- ☐ Patienten- und Angehörigenbegleitung mit kontinuierlichem Gesprächsangebot zu sozialrechtlichen, pflegerischen, spirituellen, medizinischen und psychosozialen Fragestellungen und Bedürfnissen
- ☐ Führung eines individuellen Behandlungsplans
- ☐ Symptomlinderung durch Verordnung/Beratung zur Anwendung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen
- ☐ Evaluation / Re- Assessment der geplanten und durchgeführten Interventionen
- ☐ Organisation regelmäßiger Fallbesprechungen
- ☐ Anderes:

---

**Behandlungsplan muss abgestimmt werden mit folgenden Leistungserbringern:**

- ☐ Hausarzt    ☐ Apotheke    ☐ Pflegeeinrichtung    ☐ Physiotherapeut  
☐ Facharzt    ☐ Sanitätshaus    ☐ Hospiz    ☐ Logopädie  
☐ Kinderarzt    ☐ Sonstige:

---

**Behandlungsplan ist:**    ☐ konsentiert    ☐ teilweise konsentiert    ☐ muss noch abgestimmt werden  
                                  ☐ Notfallplan erstellt    ☐ Rufbereitschaft organisiert

---

Derzeit geschätzter **Aufwand** für die nächsten 7 Tage:

- ☐ Schwerpunkt Koordination    ☐ Schwerpunkt Hausbesuche  
☐ 1-2 Hausbesuche/Woche    ☐ 3-5 Hausbesuche/Woche    ☐ > 5 Hausbesuche/Woche

---

**SAPV-Verordnung:**

- ☐ Es besteht kein Bedarf an SAPV. Die Mittel der Regelversorgung reichen aus.
- ☐ SAPV –Verordnung liegt nach Anspruch und Bedarf vor.
- ☐ SAPV – Verordnung muss gemäß dem oben genannten Leistungsbedarf folgendermaßen  
angepasst werden.

**Hinweis für den Verordner:** Wir gehen davon aus, dass Sie mit der Änderung des Verordnungsumfangs einverstanden sind, wenn Sie dem nicht innerhalb von 2 Arbeitstagen nach Zustellung widersprechen.

- ☐ SAPV – Folgeverordnung muss nach dem oben genannten Leistungsbedarf bis zum vorliegen.

Assessment durchgeführt am:

Unterschrift der / des Verantwortlichen: \_\_\_\_\_

Anlage 6 – Änderungsmitteilung

|                                                                                                                                                                                              |                                                                                   |                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Name:</b><br><b>Vorname:</b><br><br><b>Straße:</b><br><b>PLZ / Wohnort:</b><br><br><b>Tel.:</b><br><br><b>Gesetzl. Vertreter:</b><br><br><br><b>Informationsberechtigter Angehöriger:</b> | <b>1. Versicherten-Nr.</b>                                                        |                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                              | <b>2. Geburtsdatum</b>                                                            |                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                              | <b>3. Geschlecht</b>                                                              | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich                                                          |
|                                                                                                                                                                                              | <b>4. Datum:</b><br><b>Erstverordnung</b>                                         | bis    Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV |
|                                                                                                                                                                                              | <b>4. Datum:</b><br><b>Folgeverordnung</b>                                        | bis    Umfang: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV |
|                                                                                                                                                                                              | <b>5. Datum:</b><br><b>Mitteilung bei Beendigung SAPV</b>                         | letzter Tag SAPV:                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                              | <b>SAPV-Team:</b><br><br><br><b>Hausarzt:</b><br><br><b>Häusl. Krankenpflege:</b> |                                                                                                                              |

**SAPV-Verordnung:**

- ☐ Aktuell besteht kein Bedarf mehr. Die Mittel der Regelversorgung reichen momentan aus.
- ☐ SAPV – Verordnung muss gemäß dem oben genannten Leistungsbedarf folgendermaßen angepasst werden.

**Hinweis für den Verordner:** Wir gehen davon aus, dass Sie mit der Änderung des Verordnungsumfangs einverstanden sind, wenn Sie dem nicht innerhalb von 2 Arbeitstagen nach Zustellung widersprechen.

- ☐ Die SAPV endet am:
- ☐ mit der stationären Aufnahme am :
- ☐ mit dem Tod des Patienten am :
- ☐ Verlegung in stationäres Hospiz am
- ☐ SAPV – Folgeverordnung muss nach dem oben genannten Leistungsbedarf bis zum vorliegen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der / des Verantwortlichen: \_\_\_\_\_

[illegible]

[illegible][illegible]

| Anzahl Komplexe<br>gesamt | Komplexe Preis<br>einzel | Gesamtpreis |
|---------------------------|--------------------------|-------------|
|                           |                          |             |
|                           |                          |             |
|                           |                          |             |
|                           |                          |             |
|                           |                          |             |

Ich bestätige die vertragsmäßige Ausführung der o.a. Leistungen:

Datum:

Unterschrift Verantwortlicher SAPV-Team:

Datum:

Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter od. Bevollmächtigter

Anlage 8 – Einverständnis-/Teilnahmeerklärung (Versicherter)

## Einverständnis- /Teilnahmeerklärung (Versicherter)

### Meine Personalien:

|                                                 |              |
|-------------------------------------------------|--------------|
| ggf. Eindruck oder Aufkleber aus Praxissoftware | Name         |
|                                                 | Vorname      |
|                                                 | Adresse      |
|                                                 | Geburtsdatum |
|                                                 | KV-Nr.       |
| gesicherte Behandlungsdiagnosen (nach ICD 10)   |              |
| mein Hausarzt (Name und Anschrift)              |              |

### Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der

#### „spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“.

### Die entsprechenden Informationen zum Betreuungskonzept habe ich erhalten.

Mir ist bekannt, dass in diesem Betreuungskonzept über meine Behandlung durch Ärzte, Pflegepersonal und andere Leistungserbringer in dieser Versorgungsform Aufzeichnungen gemacht werden. Durch mein Vertrauensverhältnis zu Ärzten und Pflegepersonal, etc. enthalten diese Aufzeichnungen Angaben, die meine Privatsphäre betreffen und somit einer gesetzlichen **Geheimhaltungspflicht** unterliegen.

Von mir in Patientenbefragungen in **Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern (wie z. B.: Frau / Herrn Doktor, Krankenpflegekraft, etc.)** gemachte Angaben dürfen in dieser Versorgung dokumentiert und an die Leistungserbringer und meine Krankenkasse im jeweils erforderlichen Umfang ggf. für eine Projektauswertung / -analyse weitergeleitet und ausgewertet werden.

Ich erkläre ausdrücklich, dass meine Teilnahme an dieser **„spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“** freiwillig ist.

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung schriftlich widerrufen kann.

---

Datum / Unterschrift der / des Versicherten, ggf. gesetzlicher Vertreter oder Betreuer

Anlage 9 – Dokumentation Erstassessment

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Name:</b><br><b>Vorname:</b><br><b>Straße:</b><br><b>Wohnort:</b><br><b>Tel.:</b><br><b>Handy:</b><br><br><b>Bevollmächtigte Personen /</b><br><b>Gesetzl. Betreuer:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Name:<br>Bezug:<br>Telefonnummer:                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1. ID-NR                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2. Geburtsdat.                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3. Geschlecht                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 4. Nationalität:                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                     | Dolmetscher benö-<br>tigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 5. Konfession:                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 6. Erstverordnung                                                                                                                   | Datum bis: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV<br>Umfang:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 7. Folgeverordnung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Datum bis: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV<br>Umfang: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>8b Tumorausbreitung / Metastasen</b><br><input type="checkbox"/> Hirn <input type="checkbox"/> Leber<br><input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Knochen<br><input type="checkbox"/> Sonstige:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>8a Diagnosen / Probleme: wenn keine ICD bitte Text eintragen</b><br><b>Hauptdiagnose- ICD-10</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> internistische Erkrankung<br><input type="checkbox"/> neurologische Erkrankung<br><b>Nebendiagnose-ICD-10</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung                              |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>9. Absprachen/Vorlagen</b><br><input type="checkbox"/> Notfallplan: _____<br><input type="checkbox"/> Patientenverfügung: _____<br><input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht: _____<br><input type="checkbox"/> Betreuung: _____<br><input type="checkbox"/> Sonstiges (Bitte ausformulieren): _____                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                     | <b>11. Aktuelle medizinische/pflegerische Behandler</b><br><input type="checkbox"/> Hausarzt<br>_____<br><input type="checkbox"/> Facharzt<br>_____<br><input type="checkbox"/> Palliativarzt (QPA)<br>_____<br><input type="checkbox"/> Pflegedienst<br>_____<br><input type="checkbox"/> ambulantes Hospiz<br>_____<br><input type="checkbox"/> Palliativberatung(AHPB) <input type="checkbox"/> Ehrenamtlicher Dienst<br><input type="checkbox"/> Sonstige (bitte angeben) _____<br>_____ |
| <b>10. Behandlungsort</b><br><b>Aktuell / geplant</b><br><input type="checkbox"/> zu Hause<br><input type="checkbox"/> allein - Hausnotruf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt:<br><input type="checkbox"/> mit versorgenden Angehörigen<br><input type="checkbox"/> Pflegeheim<br><input type="checkbox"/> stationäres Hospiz, angemeldet am: _____<br><input type="checkbox"/> Krankenhaus - Palliativstation<br><input type="checkbox"/> Krankenhaus - Allgemeinstation<br><input type="checkbox"/> Sonstiger: _____ |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>12. Pflegestufe</b><br><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Stufe I <input type="checkbox"/> Stufe II <input type="checkbox"/> Stufe III <input type="checkbox"/> Stufe III +<br><input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> Widerspruch eingelegt am: _____ <input type="checkbox"/> Widerspruch abgelehnt am: _____<br><input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> MDK – Termin am: _____                                                                                               |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>13. Schwerbehindertenausweis:</b><br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aktenzeichen: _____<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Grad der Behinderung: _____<br><input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> Verschlimmerungsantrag gestellt am: _____                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>14. Sonstiges</b><br>Zuzahlungsbefreiung beantragt <input type="checkbox"/> ja, am _____ (Datum) <input type="checkbox"/> genehmigt _____ (Jahr)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                                                          |                                                                                                             |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Patient: Krankenversicherung</b>                                                                      |                                                                                                             |                                           |
| Krankenkasse:<br><br><input type="checkbox"/> Selbstversichert<br>Ansprechpartner Krankenkasse:<br>Tel.: | Versicherten-Nr.:<br>Familienversichert über:<br>Name Vorname des Mitglieds:<br>Zuständige Geschäftsstelle: |                                           |
| <b>Patient: gesetzl. Vertreter / sorgeberechtigte Personen</b>                                           |                                                                                                             | <b>■ keine</b>                            |
| Name u. Geburtsname:<br><br>Straße<br>PLZ, Wohnort<br>Bemerkungen:                                       | Vorname:<br><br>Bezug zum Patient:<br>Handy:<br><br>Tel.:                                                   |                                           |
| Name u. Geburtsname:<br>Straße:<br><br>PLZ, Wohnort:<br>Bemerkungen:                                     | Vorname:<br>Bezug zum Patient:<br><br>Handy:<br><br>Tel.:                                                   |                                           |
| <b>Angehöriger: zeichnungsberechtigt / bevollmächtigt</b>                                                |                                                                                                             | <b>■ keine</b>                            |
| Name:<br><br>Straße:<br>Telefon:                                                                         | Vorname:<br><br>PLZ:<br>Ort:                                                                                | Bezug zum Pat.:<br><br>Handy:<br><br>Ort: |
| Name:<br><br>Straße:<br>Telefon:                                                                         | Vorname:<br><br>PLZ:<br>Ort:                                                                                | Bezug zum Pat.:<br><br>Handy:<br><br>Ort: |
| Bemerkungen:                                                                                             |                                                                                                             |                                           |
| <b>Angehörige: informationsberechtigt</b>                                                                |                                                                                                             | <b>■ keine</b>                            |
| Name:<br><br>Straße:<br>Telefon:                                                                         | Vorname:<br><br>PLZ:<br>Ort:                                                                                | Bezug zum Pat.:<br><br>Handy:<br><br>Ort: |
| Bemerkungen:                                                                                             |                                                                                                             |                                           |

|                                                                                                    |     |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------|
| <b>SAPV - Team</b>                                                                                 |     |                 |
| SAPV-Team in:                                                                                      |     | <b>Telefon:</b> |
| Straße:                                                                                            |     |                 |
| Kontaktperson ( Arzt / Ärztin )                                                                    |     | Telefon:        |
|                                                                                                    |     | Handy:          |
| Kontaktperson ( Pflege )                                                                           |     | Telefon:        |
|                                                                                                    |     | Handy:          |
| Kontaktperson (Sozialarbeit )                                                                      |     | Telefon:        |
|                                                                                                    |     | Handy           |
| <b>Hausärztliche / Fachärztliche Versorgung Regelversorgung</b>                                    |     |                 |
| Name Praxis                                                                                        |     | Ansprechpartner |
| Straße                                                                                             | PLZ | Ort             |
| Telefon                                                                                            |     | Handy           |
| Bemerkungen (bitte angeben, ob Haus- oder Facharzt über eine palliativmed. Weiterbildung verfügt): |     |                 |
| Name                                                                                               |     | Ansprechpartner |
| Straße                                                                                             | PLZ | Ort             |
| Telefon                                                                                            |     | Handy           |
| Bemerkungen                                                                                        |     |                 |
| <b>betreuender Pflegedienst ( HKP)</b>                                                             |     | <b>■ kein</b>   |
| Name Dienst                                                                                        |     | Ansprechpartner |
| Straße                                                                                             | PLZ | Ort             |
| Telefon                                                                                            |     | Handy           |
| Bemerkungen (bitte angeben, ob Haus- oder Facharzt über eine palliativmed. Weiterbildung verfügt): |     |                 |
| <b>Hospiz</b>                                                                                      |     | <b>■ kein</b>   |
| Name                                                                                               |     |                 |
| Straße                                                                                             | PLZ | Ort             |
| Telefon                                                                                            |     | Handy           |
| Bemerkungen                                                                                        |     |                 |
| <b>Krankenhaus</b>                                                                                 |     | <b>■ kein</b>   |
| Name                                                                                               | PLZ | Ort             |
| Telefon                                                                                            |     |                 |
| Name                                                                                               | PLZ | Ort             |
| Telefon                                                                                            |     |                 |
| Bemerkungen                                                                                        |     |                 |

|                                                                                                                                                                                          |     |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <b>Apotheke</b> <span style="float: right;">■ keine</span>                                                                                                                               |     |     |
| Name                                                                                                                                                                                     |     |     |
| Straße                                                                                                                                                                                   | PLZ | Ort |
| Telefon                                                                                                                                                                                  |     |     |
| <b>Bemerkungen</b>                                                                                                                                                                       |     |     |
| <b>Sanitätshaus</b> <span style="float: right;">■ kein</span>                                                                                                                            |     |     |
| Name                                                                                                                                                                                     |     |     |
| Straße                                                                                                                                                                                   | PLZ | Ort |
| Telefon                                                                                                                                                                                  |     |     |
| <b>Sonstige Leistungserbringer</b> <span style="float: right;">■ keine</span><br>(z.B. Psychologe /Dolmetscher / Physiotherapeuten / Dienst zur Organisation der parenteralen Ernährung) |     |     |
| <b>Name:</b>                                                                                                                                                                             |     |     |
| <b>Telefon:</b>                                                                                                                                                                          |     |     |
| <b>Bemerkungen:</b>                                                                                                                                                                      |     |     |
| <b>Name:</b>                                                                                                                                                                             |     |     |
| <b>Telefon:</b>                                                                                                                                                                          |     |     |
| <b>Bemerkungen:</b>                                                                                                                                                                      |     |     |
| <b>Name:</b>                                                                                                                                                                             |     |     |
| <b>Telefon:</b>                                                                                                                                                                          |     |     |
| <b>Bemerkungen:</b>                                                                                                                                                                      |     |     |

Erhebung durchgeführt von: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

(Berufsbezeichnung) \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### 15. aktuelle Versorgungssituation Medizin und Pflege

- ☐ Shunt \_\_\_\_\_  
☐ Shuntversorgung \_\_\_\_\_  
☐ Port \_\_\_\_\_  
☐ Portnadel \_\_\_\_\_  
☐ Parenterale Ernährung \_\_\_\_\_  
☐ Portversorgung \_\_\_\_\_  
☐ PEG \_\_\_\_\_  
☐ Enterale Ernährung \_\_\_\_\_  
☐ PEG Versorgung \_\_\_\_\_  
☐ AP \_\_\_\_\_  
☐ AP Versorgung \_\_\_\_\_  
  
☐ Darmspülung, therapeutische Abführmaßnahmen \_\_\_\_\_  
  
☐ Urostoma \_\_\_\_\_  
☐ Urostomaversorgung \_\_\_\_\_  
☐ Strahlentherapie \_\_\_\_\_  
☐ Chemotherapie \_\_\_\_\_  
☐ Opiode der WHO Stufe III      ☐ Steroide  
☐ Wundversorgung \_\_\_\_\_  
  
☐ Lagerungsbehandlung (z.B. Spezialbett) \_\_\_\_\_  
  
☐ Delegationsvereinbarung \_\_\_\_\_

- ☐ Tracheostoma \_\_\_\_\_  
☐ Tracheostomaversorgung \_\_\_\_\_  
☐ Absaugen \_\_\_\_\_  
☐ Beatmen \_\_\_\_\_  
☐ Sauerstoffgabe \_\_\_\_\_  
☐ Inhalation \_\_\_\_\_  
☐ Injektionen / Infusionen / Schmerzpumpe \_\_\_\_\_  
  
☐ Transfusion (EK/TK) \_\_\_\_\_  
  
☐ Ascitespunktion \_\_\_\_\_  
  
☐ Pleuraerguss \_\_\_\_\_  
  
☐ Pleurapunktion \_\_\_\_\_  
☐ Transurethraler Blasenkatheter, letzter Wechsel: \_\_\_\_\_  
CH: \_\_\_\_\_  
☐ Grundpflege \_\_\_\_\_  
  
☐ Behandlungspflege \_\_\_\_\_  
  
☐ hauswirtschaftliche Versorgung \_\_\_\_\_  
  
☐ Sonstiges \_\_\_\_\_

### 16. Physikalische und andere Therapien

- ☐ Krankengymnastik / Physiotherapie \_\_\_\_\_  
☐ Lymphdrainage \_\_\_\_\_  
☐ Ergotherapie \_\_\_\_\_  
☐ Naturheilverfahren \_\_\_\_\_

- ☐ Logopädie \_\_\_\_\_  
☐ Psychologische Betreuung \_\_\_\_\_  
☐ Sonstiges \_\_\_\_\_

## 17. Hilfsmittel

|                                                              | Leihgabe von | Eigentum | Beantragt am: |                                                 | Leihgabe von | Eigentum | Beantragt am |
|--------------------------------------------------------------|--------------|----------|---------------|-------------------------------------------------|--------------|----------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl                           |              |          |               | <input type="checkbox"/> Duschhocker            |              |          |              |
| <input type="checkbox"/> Gehwagen/Rollator                   |              |          |               | <input type="checkbox"/> Absauggerät            |              |          |              |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett                          |              |          |               | <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator |              |          |              |
| <input type="checkbox"/> elektr. verstellbarer Einlegerahmen |              |          |               |                                                 |              |          |              |
| <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe                     |              |          |               | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl         |              |          |              |
| <input type="checkbox"/> Beatmungsgerät                      |              |          |               | <input type="checkbox"/> Toilettensitz-erhöhung |              |          |              |
| <input type="checkbox"/> Infusionspumpe                      |              |          |               | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter       |              |          |              |
| <input type="checkbox"/> PCA Pumpe                           |              |          |               | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze  |              |          |              |
| <input type="checkbox"/> Gehhilfe/Gehstock                   |              |          |               | <input type="checkbox"/> Sonstiges              |              |          |              |

## 18. Symptomklassifikation

Einschätzung unter Anwendung der vereinbarten Legende

|                                   |     | kein                        | leicht                        | mittel                          | stark                                  | Nicht beurteilbar        | Kommentar |
|-----------------------------------|-----|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|-----------|
| <b>Gastrointestinale Symptome</b> |     |                             |                               |                                 |                                        |                          |           |
| Appetitmangel                     |     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |           |
| Mundtrockenheit                   |     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |           |
| Schluckbeschwerden                |     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |           |
| Blutungen                         |     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |           |
| Mucositis                         | WHO | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |           |
| Übelkeit                          | WHO | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |           |
| Erbrechen                         | WHO | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |           |
| Obstipation                       | WHO | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |           |
| Diarrhoe                          | WHO | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |           |
| Kachexie                          |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   |                                        |                          |           |
| <b>Urogenitale Symptome</b>       |     |                             |                               |                                 |                                        |                          |           |
| Harnverhalt                       |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |
| Urininkontinenz                   |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |
| Hämaturie                         |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |
| Pyurie                            |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |
| Renale Ödeme                      |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |
| Renale Hypertonie                 |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |
| Oligurie                          |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |
| Polyurie                          |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |
| Anurie                            |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |
| <b>Neurologische Symptome</b>     |     |                             |                               |                                 |                                        |                          |           |
| Schwierigkeiten bei Bewegung      |     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> |           |
| Spastik                           |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |
| Kontraktur                        |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |
| Lähmungen                         |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |
| Myoklonien                        |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |
| Kribbeln, Taubheit: Hände/Füße    |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |
| Krampfanfälle                     |     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> fokale | <input type="checkbox"/> generalisiert |                          |           |
| Unruhe                            |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |
| Somnolenz                         |     | <input type="checkbox"/> ja |                               | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/>               |                          |           |

|                                            | kein                        | leicht                   | mittel                        | stark                    | Nicht be-<br>urteilbar   | Kommentar |
|--------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| Verstehen                                  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| Verständlichkeit                           | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| Soziale Interaktion                        | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| Problemlösen                               | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| Gedächtnis/Lernfähigkeit/<br>Orientierung  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| Desorientiertheit                          |                             |                          |                               |                          |                          |           |
| Zur Person                                 | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Zum Ort                                    | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Zur Zeit                                   | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Zur Situation                              | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| <b>Emotionale Symptome</b>                 |                             |                          |                               |                          |                          |           |
| Angst                                      | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Konzentrationschwierigkeiten               | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Besorgtheit                                | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Anspannung, Aufregung,                     | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Nervosität, Reizbarkeit                    | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Traurigkeit, Antriebsarmut                 | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Depressivität                              | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| <b>Respiratorische / Kardiale Symptome</b> |                             |                          |                               |                          |                          |           |
| Dyspnoe                                    | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Apnoe                                      | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Zyanose                                    | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Husten                                     | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Hypersekretion/-salivation                 | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Rasseln                                    | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Hämaptoe                                   | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Tachycardie                                | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Bradycardie                                | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Arrhythmie                                 | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Hypertonie                                 | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Nykturie                                   | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Ödeme                                      | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| <b>Hautaffektion</b>                       |                             |                          |                               |                          |                          |           |
| Juckreiz                                   | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Schwitzen                                  | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Ekzeme                                     | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Wunden                                     | <input type="checkbox"/> ja |                          | <input type="checkbox"/> nein |                          | <input type="checkbox"/> |           |
| Lokalisation                               |                             |                          |                               |                          |                          |           |
| Größe                                      |                             |                          |                               |                          |                          |           |
| Wundphase                                  |                             |                          |                               |                          |                          |           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                               |                                                                             |   | Kommentar              |           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---|------------------------|-----------|--|
| Dekubitus ( nach Seiler )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       | 0                             | 1                                                                           | 2 | 3                      | 4         |  |
| Lokalisation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Ferse<br><input type="checkbox"/> Ellenbogen |                               | <input type="checkbox"/> sacral<br><input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |   |                        |           |  |
| Größe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | _____                                                                 |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| Wundphase                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | _____                                                                 |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| Hautbild allgemein:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| <input type="checkbox"/> ikterisch                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Radiodermatitis                              |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| <input type="checkbox"/> trocken                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                             |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| Schleimhäute:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| <input type="checkbox"/> Mund _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Darmschleimhaut _____                        |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| <input type="checkbox"/> Rachen _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                               |                                                                             |   | Nicht be-<br>urteilbar | Kommentar |  |
| <b>Körpertemperatur</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| Fieber                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ja                                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/>                                                    |   |                        |           |  |
| <b>Allgemeinbefinden</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| Müdigkeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> ja                                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/>                                                    |   |                        |           |  |
| Schlafstörung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja                                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/>                                                    |   |                        |           |  |
| Schwäche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja                                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/>                                                    |   |                        |           |  |
| <b>Hämatopoetisches System<br/>der Blutgefäße</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| Manifeste Blutungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ja                                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/>                                                    |   |                        |           |  |
| Hämatome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja                                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/>                                                    |   |                        |           |  |
| Petechien                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> ja                                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/>                                                    |   |                        |           |  |
| Blässe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ja                                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/>                                                    |   |                        |           |  |
| <b>Schmerzsymptome</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                       |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| Visuelle Analogskala                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; top: 0; bottom: 0; width: 10%; background-color: #d9ead3;"></div> <div style="position: absolute; left: 10%; top: 0; bottom: 0; width: 20%; background-color: #f4cccc;"></div> <div style="position: absolute; left: 30%; top: 0; bottom: 0; width: 40%; background-color: #fce4d6;"></div> <div style="position: absolute; left: 70%; top: 0; bottom: 0; width: 30%; background-color: #f4cccc;"></div> <div style="position: absolute; left: 90%; top: 0; bottom: 0; width: 10%; background-color: #d9534f;"></div> </div> <div style="margin-left: 5px;"> <input type="checkbox"/> kein           <input type="checkbox"/> leicht           <input type="checkbox"/> mittel           <input type="checkbox"/> stark         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin-top: 2px;"> <span>0</span><span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span><span>5</span><span>6</span><span>7</span><span>8</span><span>9</span><span>10</span> </div> |                                                                       |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| Lokalisation:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| Besonderheiten:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
| <b>Probleme mit der Organisati-<br/>on der Versorgung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja                                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/>                                                    |   |                        |           |  |
| <b>Überforderung der Fami-<br/>lie/des Umfeldes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                       |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja                                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/>                                                    |   |                        |           |  |
| <b>Sonstiges:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                               |                                                                             |   |                        |           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja                                           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/>                                                    |   |                        |           |  |

| 19. ECOG Leistungsstatus   |                                                                                                       | KARNOFSKY Index              |                                                                                |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | Normale, uneingeschränkte Aktivität, wie vor der Erkrankung                                           | <input type="checkbox"/> 100 | Normalzustand, keine Beschwerden keine manifeste Erkrankung                    |
| <input type="checkbox"/> 1 | Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit möglich         | <input type="checkbox"/> 90  | Minimale Krankheitssymptome                                                    |
| <input type="checkbox"/> 2 | Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen | <input type="checkbox"/> 80  | Normale Leistungsfähigkeit mit Anstrengung                                     |
| <input type="checkbox"/> 3 | Nur begrenzte Selbstversorgung möglich, 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden        | <input type="checkbox"/> 70  | Eingeschränkte Leistungsfähigkeit, arbeitsunfähig, kann sich alleine versorgen |
| <input type="checkbox"/> 4 | Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden        | <input type="checkbox"/> 60  | Gelegentliche fremde Hilfe                                                     |
| <input type="checkbox"/> 5 | Tod                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 50  | Krankenpflegerische und ärztliche Hilfe, nicht dauernd bettlägrig              |
|                            |                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 40  | Bettlägrig, spezielle Pflege erforderlich                                      |
|                            |                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 30  | Schwer krank, Krankenhauspflege notwendig                                      |
|                            |                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 20  | Krankenhauspflege und supportive Maßnahmen erforderlich                        |
|                            |                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 10  | Moribund, Krankheit schreitet schnell fort                                     |
|                            |                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 0   | Tod                                                                            |

| 20. stationäre Behandlung notwendig:                                                                                                                                                                              | 21. Gründe für die Verlegung:                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus<br><input type="checkbox"/> Stationäres Hospiz<br><input type="checkbox"/> Heimunterbringung<br><input type="checkbox"/> Sonstige: _____                                     | <input type="checkbox"/> Verschlechterung AZ<br><input type="checkbox"/> Verschlechterung EZ<br><input type="checkbox"/> unzureichende Schmerztherapie<br><input type="checkbox"/> unzureichende Symptomkontrolle<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Palliative Chemotherapie<br><input type="checkbox"/> Palliative Bestrahlung<br><input type="checkbox"/> Geplanter Klinikaufenthalt<br><input type="checkbox"/> geplante Kurzzeitmaßnahme |                                                                                                                                                                                                                                                                |

| 22. Weitere Angaben zum Assessment                                   |
|----------------------------------------------------------------------|
| Was ist der Grund des Kontaktes, was das Behandlungsziel? (Freitext) |
| Besonderer Aufwand mit (Freitext):                                   |

| 23. Erhebung durchgeführt von:                         |                                                  |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SAPV-Arzt                     | Dauer des Assessments: _____                     |
| <input type="checkbox"/> SAPV-Pflegekraft              | Fahrzeit: _____ Anfahrtsweg einfach in km: _____ |
| <input type="checkbox"/> SAPV-Psychozialer Mitarbeiter |                                                  |
| <input type="checkbox"/> Name: _____                   | Zuständiger Koordinator: _____                   |

| 24. Weitere Angaben zum Verlauf                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Welches Problem konnte besonders gut gelöst werden? (Freitext)                                                                                                                                                        | Welches Problem konnte nicht ausreichend gelöst werden? (Freitext)                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Anzahl der Teambesprechungen zur Problemlösung<br>_____                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Therapieende:</b><br><input type="checkbox"/> verstorben<br><input type="checkbox"/> Verlegung<br><input type="checkbox"/> Entlassung/Wechsel SAPV Leistungserbringer<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | <b>Sterbeort</b><br><input type="checkbox"/> zu Hause<br><input type="checkbox"/> Alten-Pflegeheim<br><input type="checkbox"/> Stationäres Hospiz<br><input type="checkbox"/> Palliativstation<br><input type="checkbox"/> Krankenhaus<br><input type="checkbox"/> Sonstige Hei-<br><input type="checkbox"/> unbekannt<br><input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

Anlage 10 – Strukturhebungsbogen

## Strukturhebungsbogen

Ausgefüllt mit den entsprechenden Anlagen an die Krankenkasse senden.

An die zuständige Krankenkasse

Sollten sich bezüglich der nachfolgenden Angaben Änderungen ergeben, werden diese durch den SAPV-Leistungserbringer unverzüglich den beteiligten Vertragspartnern schriftlich mitgeteilt.

### 1. Angaben zum SAPV-Leistungserbringer

\_\_\_\_\_  
Name des SAPV-Leistungserbringers

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postfach

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Träger der Einrichtung

Rechtsform

☐ Einzelunternehmen

☐ GbR

☐ Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung und Unternehmenszweck in Kopie anliegend

☐ GmbH

☐ Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck in Kopie anliegend

☐ eingetragener Verein (e.V.)

☐ Auszug aus der Ver-

einssatzung in Kopie mit  
Angabe der Vorstands-  
mitglieder, Geschäftsfüh-  
rung, Vereinszweck in  
Kopie anliegend

☐ beglaubigter Auszug  
aus dem Vereinsregister  
anliegend

☐ andere:

☐ entsprechende Nach-  
weise anliegend beige-  
fügt.

---

Gesellschafter

---

Gesetzlicher Vertreter/Funktion

---

Ansprechpartner für Krankenkassen

---

Telefon

---

E-Mail

---

Telefax

---

Internet

---

Institutionskennzeichen

---

Betriebsstättennummer

#### Betriebshaftpflicht

Abschluss einer ausreichenden Betriebshaftpflicht für Personen-, Sach- und Vermögensschäden,  
die regelmäßig an die aktuelle Betriebsgröße angepasst wird.

☐ Antrag in Kopie anliegend

☐ Versicherungsschein in Kopie anliegend

Abgeschlossen am: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

bei: \_\_\_\_\_

## 2. Qualifizierte Palliativ-Ärzte/qualifizierte Pflegefachkräfte/weitere qualifizierte Fachkräfte (Qualifikationsnachweise gemäß des Vertrages sind in der Anlage beizufügen)

### 2.1 Bitte die Namen der qualifizierten Palliativ-Ärzte angeben

---

---

---

---

---

- ☐ jeweils Nachweis der Anmeldung zur Sozialversicherung
- ☐ jeweils Fotokopien zur Führung der Berufsbezeichnung
- ☐ jeweils Fotokopien zum Nachweis der Weiterbildung Palliativmedizin im Umfang von 160 Stunden
- ☐ jeweils Fotokopien zum Nachweis der Berufspraxis und ggf. weiterer Fort- und Weiterbildungsbescheinigungen
- ☐ jeweils Bestätigung des Trägers, aus der hervorgeht, dass mit dem Träger ein Arbeitsvertrag abgeschlossen wurde und der Einsatz beim Leistungserbringer bestätigt wird.
- ☐ jeweils Auszüge vom Bundesamt für Justiz – polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate) beifügen.

2.2 Bitte die Namen und Qualifikation der qualifizierten Pflegefachkräfte angeben:

---

---

---

---

---

---

---

---

- ☐ jeweils Nachweis der Anmeldung zur Sozialversicherung
- ☐ jeweils Fotokopien zur Führung der Berufsbezeichnung
- ☐ jeweils Fotokopien zum Nachweis der Palliative-Care-Weiterbildung im Umfang von 160 Stunden
- ☐ jeweils Fotokopien zum Nachweis der Berufspraxis und ggf. weiterer Fort- und Weiterbildungsbescheinigungen
- ☐ jeweils Bestätigung des Trägers, aus der hervorgeht, dass mit dem Träger ein Arbeitsvertrag abgeschlossen wurde und der Einsatz beim Leistungserbringer bestätigt wird.
- ☐ jeweils Auszüge vom Bundesamt für Justiz – polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate) beifügen.

2.3 Bitte den Namen und Qualifikation der weiteren qualifizierten Fachkräfte angeben:

---

---

---

---

- ☐ jeweils Nachweis der Anmeldung zur Sozialversicherung
- ☐ jeweils Fotokopien zur Führung der Berufsbezeichnung
- ☐ jeweils Fotokopien zum Nachweis der Palliative-Care-Weiterbildung im Umfang von 160 Stunden
- ☐ jeweils Fotokopien zum Nachweis der Berufspraxis und ggf. weiterer Fort- und Weiterbildungsbescheinigungen
- ☐ jeweils Bestätigung des Trägers, aus der hervorgeht, dass mit dem Träger ein Arbeitsvertrag abgeschlossen wurde und der Einsatz beim Leistungserbringer bestätigt wird.

- ☐ jeweils Auszüge vom Bundesamt für Justiz – polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als drei Monate) beifügen.

#### 2.4 Handzeichenliste

Die Handzeichenliste über das nach diesem Vertrag eingesetzte Personal mit Namen, Berufsbezeichnung/Zusatzqualifikation, wöchentlicher Arbeitszeit und Handzeichen ist ausgefüllt für jeden Mitarbeiter beizufügen.

#### 2.5 Personelle Zuständigkeit und Verantwortlichkeit im SAPV-Team (u.a. Weisungsgebundenheit, Weisungsbefugnisse), Organigramm beifügen

---

---

---

---

---

### 3. Versorgungskonzept

Das verbindliche, strukturierte und schriftlich beigelegte Versorgungskonzept des SAPV-Teams enthält mindestens folgende Punkte:

#### 3.1 Standort des SAPV-Leistungserbringers,

Der SAPV-Leistungserbringer muss bestätigen, dass er über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten verfügt

- ☐ zur Beratung von Patienten und Angehörigen
  - ☐ für Teamsitzungen und Besprechungen
  - ☐ die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall-/Krisenintervention und Hilfsmitteln
  - ☐ für die Aufbewahrung von Medikamenten, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, ist ein BtM-Schrank (§15 BtM-G) erforderlich
- Ggf. eine Kopie der Baupläne mit der Ausweisung der o.g. Erfordernisse dem Konzept beifügen.

#### 3.2 Versorgungsgebiet, bitte mit PLZ und Orten ausweisen (ggf. Karte beifügen)

#### 3.3 Versorgungsprozess, Darstellung wer wird wann, wie, vom wem in den Versorgungsprozess integriert

Wer trägt die Prozessverantwortung in der Zusammenarbeit der Kooperationspartner untereinander, interne/externe organisatorische Abläufe der SAPV müssen transparent dargestellt werden

### 3.4 Kooperationspartner, beiliegende Liste ausgefüllt übersenden

Kooperationsvereinbarungen mit im Rahmen des Netzwerkes (vgl. § 1 Abs. 3 und § 3 Abs. 3) mit an der Versorgung Beteiligten im Versorgungsgebiet (z. B. ambulante Hospizdienste, Seelsorge, u.s.w.) zur Sicherung der psychosozialen Unterstützung sind beizufügen.

### 3.5 Mitarbeiterkapazität (Stellenplan) ist auf der beigefügten Handzeichenliste auszuweisen

### 3.6 sächliche Ausstattung

- eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation (Muster beifügen)
- Arzneimittel (inkl. BtM) für die Notfall-/Krisenintervention werden in ausreichender Menge vorgehalten (Arzneimittelliste und Liste der Bevorratungsmenge beilegen)
- Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z.B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen) werden vorgehalten (Liste mit Anzahl der Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche, der vorgehaltenen Verbrauchsmaterialien beifügen)
- eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik (vorhandene Struktur beschreiben, Anzahl Telefone, Handy, Anrufbeantworter, EDV Ausstattung etc.)

### 3.7 Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 11, zusätzlich Ausführungen welche Qualitätsmanagementtools in Ihrem Konzept zum Einsatz kommen (wie Leitlinien/Standards, allgemeine und/oder medizinische/pflegerische Qualitätsindikatoren, Qualitätszirkel, Fallkonferenzen, Fort- und Weiterbildung der Leistungserbringer etc.)?

### 3.8 Ein Konzept, das darstellt wie eine Sicherstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln gewährleistet wird, ist beizufügen.

### 3.9 Ein Konzept, das die Sicherstellung der psychosozialen und seelischen Unterstützung darstellt ist beizulegen.

### 3.10 Konzept zur Sicherstellung der 24-Stunden-Rufbereitschaft, schriftliche Darstellung wie und von wem diese sichergestellt wird, ist beizufügen.

---

Ort, Datum, Stempel/Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers