

HANDREICHUNG

zum Rahmenvertrag der
**Spezialisierten Ambulanten
Palliativversorgung (SAPV)**
für Erwachsene

Stand 20.01.2023



BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT
SPEZIALISIERTE AMBULANTE
PALLIATIVVERSORGUNG ●



Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.

Inhalt

Vorwort	3	Ordentliche Kündigung des Versorgungsvertrages nach §132d Abs. 1 S. 6 SGB V (§ 21 BRV-SAPV)	56
Gesetzlicher Rahmen/Präambel	4	Übergangsregelungen (§ 22 BRV-SAPV)	56
Zielsetzung der SAPV (§ 1 BRV-SAPV)	6	Schiedsverfahren (§ 23 BRV-SAPV)	57
Zielgruppe (§ 2 BRV-SAPV)	8	Hinweise zu den Anlagen BRV-SAPV	58
Organisation der SAPV (§ 3 BRV-SAPV)	9	Impressum	59
Zulassung als SAPV-Team (§ 4 BRV-SAPV)	16		
Exkurs: Hinweise zum Compliance-Konzept SAPV	21		
Versorgungskonzept (§ 5 BRV-SAPV)	27	Abbildungsverzeichnis	
Strukturelle und sächliche Anforderungen an das SAPV-Team (§ 6 BRV-SAPV)	29	Abb. 1 SAPV-Kernteam: Personalausstattung	9
Personelle Anforderungen (§ 7 BRV-SAPV)	33	Abb. 2 SAPV-Kernteam: Berufsfachliche Leitung.....	9
Anzeigepflichten/Mitteilungspflichten (§ 8 BRV-SAPV)	34	Abb. 3 SAPV-Team: Beispiel Mitarbeitende	10
Inhalt und Umfang der SAPV (§ 9 BRV-SAPV)	35	Abb. 4 SAPV-Team: Personalausstattung.....	11
Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Veranlassung von diagnostischen Laboruntersuchungen (§ 10 BRV-SAPV)	36	Abb. 5 Grundsätze fachgerechter und qualitätsgesicherter SAPV-Leistungserbringung	13
Verordnungsverfahren von SAPV (§ 11 BRV-SAPV)	39	Abb. 6 Beispiel der Zusammenarbeit zum Versorgungs- und Behandlungsplan bei Vollversorgung.....	14
Genehmigungsverfahren von SAPV (§ 12 BRV-SAPV)	41	Abb. 7 Prüfverfahren der Krankenkasse	17
Dokumentationssystem (§ 13 BRV-SAPV)	43	Abb. 8 Compliance-Konzept als in sich geschlossener Kreislauf	21
Qualitätssicherung (§ 14 BRV-SAPV)	46	Abb. 9 Vernetzung und Kooperation: Regional kooperativ-vernetzte Versorgungsstruktur	29
Statistik (§ 15 BRV-SAPV)	46	Abb. 10 Verordnungsrichtlinien für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	36
Grundsätze der Vergütung (§ 16 BRV-SAPV)	47	Abb. 11 Indikation SAPV auf Formular 63.....	39
Abrechnung und Datenträgeraustausch (DTA) (§ 16 BRV-SAPV)	50	Abb. 12 Verordnungsdatum auf Formular 63.....	39
Verbot von Aufzahlungen (§ 18 BRV-SAPV)	53	Abb. 13 SAPV-Verordnung Formular 63	39
Vermittlungsverbot (§ 19 BRV-SAPV)	53	Abb. 14 Genehmigungsverfahren der SAPV-Verordnung	41
Maßnahmen bei Vertragsverstößen (§ 20 BRV-SAPV)	54	Abb. 15 Kategorien zur Dokumentation durch das SAPV-Team	43
		Abb. 16 Durchführung der elektronischen Datenübertragung (DTA)	50

Vorwort

„SAPV-Verträge unterliegen dem Vergaberecht und müssen europaweit ausgeschrieben werden.“ Mit dieser Feststellung des OLG Düsseldorf (Beschluss des Vergabese-nats vom 15.06.2016; Az.: VII – Verg 56/15) musste das bisher gehandhabte Zulassungsverfahren von SAPV-Verträgen nach dem damaligen § 132d SGB V überdacht und neu geregelt werden. Ein Vergabeverfahren erschien mit seinen rechtlichen Rahmenbedingungen als wenig geeignet zur Versorgung mit SAPV, da dieses (vornehmlich) am (Preis-)Wettbewerb ausgerichteten Verfahren der speziellen vernetzten Versorgungsstruktur der SAPV bei einer besonders vulnerablen Personengruppe nicht gerecht würde. Vor diesem Hintergrund wurde 2019 der § 132d SGB V entsprechend geändert mit einem neu ausgerichteten Zulassungsverfahren, um so das Vergaberecht auszuschließen.

Der GKV-Spitzenverband und elf maßgebliche Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene haben auf der Grundlage des neuen § 132d Abs. 1 S. 1 SGB V einen Rahmenvertrag zur Durchführung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche zum 01.01.2023 geschlossen. In den Rahmenverträgen wurden insbesondere die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die Grundsätze der Vergütung geregelt.

Ziel der Rahmenverträge ist es, für schwer kranke und sterbende Menschen und Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen, eine qualifizierte Versorgung mit Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV) auf einem bundesweit einheitlichen Qualitätsniveau sicherzustellen. Die Einzelheiten zur Versorgung werden in den Versorgungsverträgen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern (nachfolgend SAPV-Teams genannt) unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V vereinbart.

Wenn die Anforderungen der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Verordnung von Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gemäß § 37b Abs. 3 i.V.m. § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 14 SGB V in der jeweils aktuell geltenden Fassung (nachfolgend SAPV-Richtlinie genannt) sowie die Vorgaben des jeweiligen Bundesrahmenvertrages erfüllt werden, haben die Krankenkassen einzeln oder gemeinsam unter Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes mit einem SAPV-Team einen solchen Vertrag zu schließen.

Um zu einem besseren Verständnis der Bundesrahmenverträge beizutragen und die Anwendung für die Mitglieder zu erleichtern, wurde durch die BAG-SAPV und den DHPV die vorliegende Handreichung erstellt. Allen Beteiligten danken wir an dieser Stelle ausdrücklich für ihre Arbeit und Unterstützung! Unser herzlicher Dank gebührt Rechtsanwalt Volker Ettwig für die Mitarbeit und seine Ausführungen zum Compliance-Konzept.

Die Handreichung soll mit den in der Praxis vorkommenden und entstehenden Fragestellungen und Erfahrungen im Umgang mit den Bundesrahmenvereinbarungen sukzessive überarbeitet und angepasst werden. Die Bundesrahmenverträge SAPV, weiterführende Dokumente sowie künftig auch aktualisierte Versionen dieser Handreichung finden sich online unter www.bag-sapv.de und www.dhvp.de.



Michaela Hach
BAG SAPV



Paul Herrlein
DHPV

Gesetzlicher Rahmen/Präambel

Grundsätzliche Regelungen der SAPV

Die gesetzlichen Grundlagen der SAPV sind im § 37b SGB V und § 132d SGB V geregelt. § 37b SGB V regelt den grundsätzlichen Anspruch von Versicherten auf eine SAPV-Versorgung. Ergänzend hierzu regelt § 132d SGB V die Umsetzung der Versorgung auf der Ebene der Leistungserbringer. Auf der Grundlage des § 132d Abs. 1 SGB V wurden die Bundesrahmenverträge geschlossen, in denen die sächlichen und personellen Anforderungen an die SAPV-Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festgelegt wurden.

In der SAPV-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 SGB V finden sich nähere Regelungen über die Leistungen, insbesondere

- die Anforderungen an die Erkrankungen sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
- den Inhalt und Umfang der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
- den Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

Für die SAPV besteht zudem eine Richtlinie zur Begutachtung der SAPV auf Grundlage des § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V. Diese wurde vom GKV-Spitzenverband nach Abnahme im MDS-Vorstand und nach Beratung im Beirat für MD-Koordinierungsfragen erlassen. Sie ist für die Medizinischen Dienste, die Krankenkassen und deren Verbände verbindlich.

Fragen

Auf welcher rechtlichen Grundlage können SAPV-Verträge abgeschlossen werden?

Antragsstellende, die die im Bundesrahmenvertrag nach § 132d SGB V festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben unter Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung mit SAPV berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen.

Hinweis zum Gleichbehandlungsgrundsatz



Der Gleichbehandlungsgrundsatz wird aus Art. 3 GG und dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (§ 97) hergeleitet und besagt, dass alle Teilnehmenden (an einem Vergabeverfahren) gleich zu behandeln sind, es sei denn, eine Ungleichbehandlung ist ausdrücklich geboten. Der Grundsatz erfordert die gleichen Chancen im Wettbewerb und die gleichen Chancen beim Zugang zum Wettbewerb. Kein Leistungserbringer darf z.B. relevante Informationsvorsprünge haben (vgl. Glossar Deutsches Ausschreibungsblatt). Entscheidungen müssen auf sachlichen Erwägungen beruhen und dürfen nicht willkürlich sein.

Krankenkassen können Verträge, die eine ambulante Palliativversorgung und die SAPV umfassen, auch auf der Grundlage des § 73b SGB V („Hausarztzentrierte Versorgung“) oder § 140a SGB V („Besondere Versorgung“) abschließen. Die Qualitätsanforderungen in den Rahmenverträgen nach § 132d Abs. 1 SGB V und der SAPV-Richtlinie gelten entsprechend (§ 132d Abs. 3 SGB V).

Hinweis: In der vorliegenden Handreichung soll es jedoch ausschließlich um den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V gehen.

Die Partner der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V wirken auf der Grundlage dieses Rahmenvertrages auf eine flächendeckende und dem regionalen Bedarf, sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum,

Rechnung tragende Versorgung mit SAPV-Leistungen durch hierfür geeignete SAPV-Teams hin. Die SAPV-Teams sollen sich untereinander sowie im regionalen Versorgungssystem vernetzen (Präambel, Abs. 4).

Können zusätzliche Regelungen zur Ausgestaltung der Versorgungsverträge auf der Länderebene vereinbart werden?

Gemäß Absatz 6 der Präambel ist es den Krankenkassen und den maßgeblichen Organisationen der Hospiz- und Palliativversorgung unbenommen, auf regionaler Ebene ergänzend zum vorliegenden Rahmenvertrag konkretisierende Verfahrensregelungen abzustimmen. Damit sind vier wichtige Kriterien vorgegeben: Erstens können diese Regelungen zwischen einer oder mehreren Krankenkassen mit einer oder mehreren maßgeblichen Organisationen der Hospiz- und Palliativversorgung abgestimmt werden. Zweitens ist es diesen Institutionen überlassen, ob und wie sie diesen Abstimmungsprozess gestalten. Drittens ist nicht näher ausgeführt, welches Gebiet mit „regionaler Ebene“ gemeint ist. Der Gestaltungsspielraum kann sich also auf ein Bundesland oder einzelne Regionen innerhalb eines Bundeslandes beziehen, kann sich aber auch über mehrere Bundesländer erstrecken. Viertens ist zu beachten, dass nur konkretisierende Verfahrensregelungen abgestimmt werden können ergänzend zum vorliegenden Rahmenvertrag. Es geht also um Abstimmung von Verfahrensweisen zu in den Bundesrahmenverträgen enthaltenen Regelungen, die konkretisierungsfähig bzw. –bedürftig sind und zu Regelungen, die sich aus der Praxis der Umsetzung von Zulassung und Vertragsverhandlung ergeben, ohne dass hierfür eine Regelung im Bundesrahmenvertrag vorgegeben ist. Alle diese Konkretisierungen dürfen den Regelungen der Bundesrahmenverträge nicht entgegenstehen.

i

Hinweis zu Regelungen auf Länderebene

Eine weitere vertragliche Ebene auf der Länderebene, die Voraussetzung für die Zulassung als SAPV-Team wäre, kann mit der Regelung in Absatz 6 der Präambel nicht begründet werden.

Zielsetzung der SAPV

Grundsätzliche Zielsetzung der SAPV

Die Zielsetzung der SAPV ist in § 1 des BRV-SAPV geregelt. Die SAPV dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerkranker und sterbenden Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung sowie in einem stationären Hospiz zu ermöglichen (§ 1 Abs. 1 BRV-SAPV; § 1 Abs. 1 der SAPV-RL).

Im Vordergrund stehen die aktive und ganzheitliche Behandlung von Versicherten, die in § 2 des BRV-SAPV näher beschrieben werden (§ 1 Abs. 1 S. 2 BRV-SAPV). Zielsetzung ist es, das Befinden der oder des Versicherten auch unter Einbezug weiterer Angebote physisch, psychisch und sozial zu stabilisieren, die Selbsthilfefähigkeit des sozialen Umfeldes zu unterstützen und somit die Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern (§ 1 Abs. 1 S. 3 BRV-SAPV).

Im Rahmen der SAPV erfolgt ein Perspektivwechsel. Im Vordergrund der SAPV steht die palliative Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. Kurative Ansätze treten in den Hintergrund (§ 1 Abs. 1 S. 4-5 BRV-SAPV). Diese Klarstellung ist – auch vor dem Hintergrund der Begutachtungsanleitung (Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V) – erfolgt, um zu verdeutlichen, dass kurative Ansätze die gleichzeitige Durchführung der SAPV nicht ausschließen.



Hinweis zum kurativen Ansatz

Die Problematik zur Versorgung mit SAPV bei gleichzeitiger Durchführung von medizinisch-pflegerischen Maßnahmen mit einem kurativen Ansatz findet sich unter Punkt 2.3.1. (S. 12 f.) der Begutachtungsanleitung.

Die SAPV ist fachlich kompetent nach den allgemeinen anerkannten medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der oder des Versicherten sowie die Belange ihrer oder seiner Zugehörigen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Wille der oder des Versicherten (Patientenwille), der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten (§ 1 Abs. 2 BRV-SAPV).



Hinweis zu den Zugehörigen

Zugehörige sind in der Fußnote 2 des BRV-SAPV definiert. Zu den Zugehörigen zählen Angehörige und weitere dem oder der Versicherten Nahestehende.

Fragen

Führt die Stabilisierung des Patienten zum Wegfall der SAPV?

Die Stabilisierung der Patientin oder des Patienten führt nicht zwangsläufig zum Wegfall der SAPV. Entscheidend ist, ob die Indikation zur SAPV dennoch gegeben ist, z. B. durch Antizipation von Krisen, oder ob die Mittel der anderen Versorgungsformen ausreichen.

Praxistipps

Während der Dienstzeit bzw. SAPV-Leistungserbringung können von Mitarbeitenden des SAPV-Teams keine zusätzlichen Leistungen anderer Leistungsträger (wie z. B. HKP, Hausärztliche Versorgung) durchgeführt und zur Abrechnung gebracht werden.

Hinweis zur SAPV als ergänzenden Leistung

- Die SAPV ergänzt die Leistungsangebote der anderweitigen Versorgungsformen. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt (§ 1 Abs. 3 BRV-SAPV).
- Der BRV-SAPV wiederholt die Festlegung in § 1 Abs. 6 S. 3 SAPV-RL. Die SAPV ist eine zusätzliche Leistung der GKV, die andere Sozialleistungsansprüche grundsätzlich nicht tangiert (vgl. Tragende Gründe zu dem Beschluss des GBA über die Erstfassung der RL zur SAPV, 20.12.2007, S. 4). Unter „andere Sozialleistungsansprüche“ fallen insbesondere Ansprüche nach dem SGB V und SGB XI (Beispiele für andere Sozialleistungsansprüche wären Heil- und Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege, Hausärztliche Leistungen, digitale Gesundheitsanwendungen, Haushaltshilfe, nicht-ärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung nach § 43b SGB V). Eine Doppelabrechnung bleibt ausgeschlossen.

Zielgruppe

Grundsätzliches zur Zielgruppe der SAPV

Die Zielgruppe der SAPV ist in § 2 des BRV-SAPV analog den Vorgaben der SAPV-RL beschrieben.

Fragen

Welche Altersgruppe der Versicherten wird durch den BRV-SAPV erfasst?

Der Rahmenvertrag (für Erwachsene) regelt die Durchführung der SAPV bei Versicherten, welche zum Beginn der Leistungserbringung das 18. Lebensjahr vollendet haben (§ 2 Abs. 1). Die Versorgung von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, durch ein SAPV-KJ-Team gem. § 2 BRV-KJ nach § 132d Abs. 1 S. 1-2 SGB V bleibt davon unberührt. Die Versorgung von Versicherten über das 18. Lebensjahr hinaus ist dort wie folgt geregelt: „Wenn ein Krankheitsbild aus dem Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin vorliegt und die Versorgung durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer (z.B. Pädiater, SAPV-KJ-Team) in der Vergangenheit erfolgt ist, ist eine Weiterversorgung durch diese Leistungserbringer in der Regel auch über das 18. Lebensjahr möglich. Dies kann im Einzelfall auch sinnvoll sein, wenn ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters jenseits des 18. Lebensjahres auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt.“

Kann ein Erwachsenen-Team auch Kinder und Jugendliche versorgen?

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

handelnden Kinderarzt und möglichst unter Einbindung eines ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienstes auch durch ein nicht auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen spezialisiertes SAPV-Team möglich.

Welcher Voraussetzungen bedarf es, damit Versicherte mit SAPV versorgt werden dürfen?

Die Anspruchsvoraussetzungen sind in § 2 bis 4 RL-SAPV geregelt. Diese Voraussetzungen werden in § 2 Abs. 2 BRV-SAPV noch einmal aufgegriffen und betreffen das Vorliegen:

- einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch die Lebenserwartung begrenzt ist;
- eines Bedarfs an besonders aufwändiger Versorgung. Anhaltspunkt dafür ist ein komplexes Symptomgeschehen, das besondere palliativ-medizinische und/oder palliativ-pflegerische Kenntnisse und Erfahrungen erfordert sowie ein interdisziplinäres, insbesondere zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachpersonen in besonderem Maße abgestimmtes Versorgungskonzept voraussetzt. Aufgrund dieses spezifischen Versorgungsbedarfs sind die Leistungen und Angebote der anderweitigen Versorgungsformen nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichend.

Dürfen Versicherte in stationären Hospizen auch eine SAPV-Versorgung erhalten?

Versicherte in stationären Hospizen haben grundsätzlich einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen palliativ-medizinischen Versorgung im Rahmen der SAPV, sofern die Voraussetzungen gem. § 2 Abs. 1 BRV-SAPV vorliegen. Ein Anspruch auf die palliativ-pflegerische Versorgung im Rahmen der SAPV besteht in diesem Fall nicht (Anmerkung: Diese wird durch das stationäre Hospiz erbracht).

§ 3 BRV-SAPV

Organisation der SAPV

Grundsätzliches zur Organisation eines SAPV-Teams

Die Organisation der SAPV im BRV-SAPV für Erwachsene ist in § 3 geregelt. Grundsätzlich wird die SAPV durch ein multiprofessionelles Team, das aus den in § 7 des BRV-SAPV genannten qualifizierten Fachkräften besteht, erbracht.

Anforderungen an das SAPV-Kernteam

Organisatorische Basis jedes SAPV-Teams ist ein SAPV-Kernteam, welches aus spezialisiert qualifizierten Ärzten und Ärztinnen und spezialisiert qualifizierten Pflegefachpersonen inklusive einer jeweils berufsfachlichen Leitungsperson besteht. Die Mitarbeitenden des SAPV-Teams sollten ausschließlich oder überwiegend in der SAPV tätig sein.¹

Personalausstattung/Personalstärke des Kernteams

Für die Mindestpersonalausstattung des SAPV-Kernteams gelten die nachfolgend festgelegten, bundesweit einheitlichen Maßgaben (in Vollzeitäquivalenten – VZÄ):

- zwei nach § 7 Abs. 3 qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte,
- vier nach § 7 Abs. 4 qualifizierte Pflegefachpersonen.²

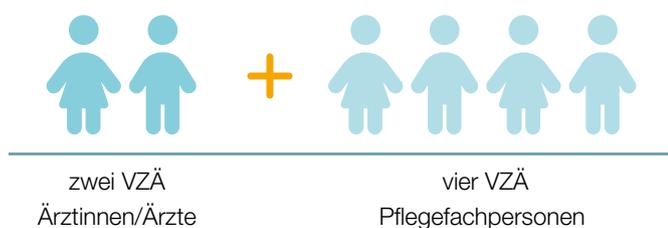


Abb. 1) SAPV-Kernteam: Personalausstattung

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

Hinweis zum Personal

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

Bei den Mitarbeitenden im SAPV-Kernteam muss aus der ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppe jeweils mindestens eine Person mit einem Umfang von mindestens 75 % Vollzeitäquivalent beim Träger des SAPV-Teams angestellt sein, die neben der Tätigkeit in der Versorgung auch die jeweilige fachliche Leitung des SAPV-Teams innehat.



Abb. 2) SAPV-Kernteam: Berufsfachliche Leitung

Dies bedeutet, dass von den vorgenannten Mindestpersonalvorgaben wiederum mindestens 1,5 Vollzeitäquivalente (jeweils 75 %) aus der ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppe zu besetzen sind. Die weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. Mitglieder des SAPV-Kernteams müssen mindestens mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von jeweils 18 Stunden tätig sein.

1) [Leitlinienprogramm Onkologie](#) (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernr.: 128/001OL, S. 65.

2) Berufsbezeichnung der berufsfachlichen Pflege nach dem Pflegeberufegesetz 2020.

Weitere im SAPV-Team Mitarbeitende/ SAPV-Teammitglieder

Zur Umsetzung der SAPV in dem Versorgungsgebiet nach Abs. 13 inklusive der Sicherstellung der Rufbereitschaft sind zusätzlich zum SAPV-Kernteam weitere nach § 7 Abs. 3 qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte und nach § 7 Abs. 4 qualifizierte Pflegefachkräfte anzustellen oder über eine andere Form der vertraglichen Vereinbarung (z. B. Kooperationsvertrag) als SAPV-Team-Mitglieder mit jeweils mindestens 13 Stunden pro Woche einzubinden.

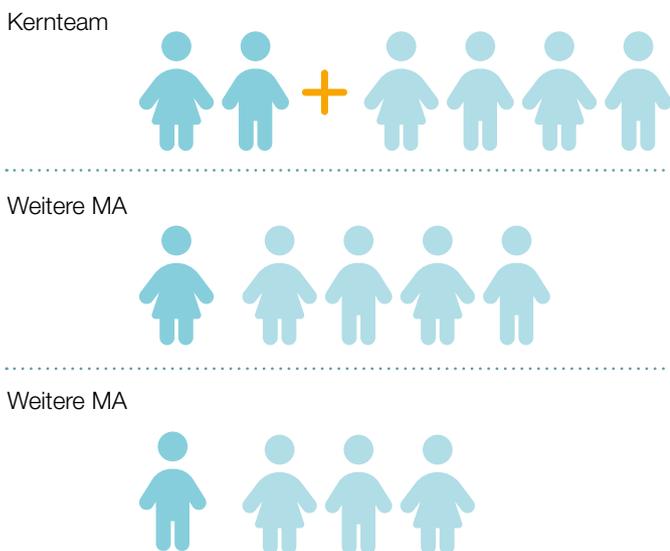


Abb. 3) SAPV-Team: Beispiel Mitarbeitende



Hinweis zur Personalstärke

Die Personalstärke eines SAPV-Teams bestimmt sich u.a. durch die Anforderungen zur Erbringung der SAPV-Leistungen (nach § 9,) die Anzahl der zu versorgenden Versicherten unter Berücksichtigung der spezifischen regionalen Situation und des vereinbarten Versorgungsgebietes nach Abs. 13, die 24-Stunden-Erreichbarkeit für die zu versorgenden Versicherten, die qualifizierte Vertretung in Urlaubs- und Krankheitszeiten und den regionalen strukturellen Gegebenheiten. Die Festlegung der genauen Personalausstattung erfolgt im jeweiligem Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V.

Fragen

Was bedeutet „multiprofessionelles Team“?

Ein multiprofessionelles Team kennzeichnet sich durch die strukturierte Zusammenarbeit von Vertretungen aus verschiedenen Professionen und Berufsgruppen.

Warum ist ein „Kernteam“ notwendig?

Die Organisationsstruktur der SAPV ist in Deutschland bislang sehr heterogen. Die Intention des Gesetzgebers durch die Neufassung des § 132d SGB V lag u.a. darin, die Anwendung vergaberechtlicher Vorschriften zu vermeiden und bundesweit möglichst vergleichbare Versorgungsbedingungen im Rahmen der SAPV zu gewährleisten (vgl. Drucksache 19/5593, S. 117). Je größer die Bandbreite der organisatorischen Gestaltungsmöglichkeiten der Leistungserbringer ist, desto weniger wird diese gesetzgeberische Zweckbestimmung erfüllt, da die Vertragsschlüsse deutschlandweit nicht von weitgehend gleichen Konditionen abhängen würden.

Die SAPV ist eine Komplexleistung durch ein Team von Spezialistinnen und Spezialisten. Das Vorliegen eines Kernteams in festen Strukturen bietet eine größere organisatorische Stabilität und somit mehr Verlässlichkeit in der Versorgung, nicht zuletzt weil eine personelle Stabilität in der SAPV für die zu versorgenden Patientinnen und Patienten sowie Zugehörigen in ihrer schwierigen Lebensphase als entlastend wahrgenommen wird. Das Kernteam soll diese personelle Stabilität gewährleisten. Siehe dazu auch die Ausführungen in der S3-Leitlinie Palliativmedizin.³

Braucht es zusätzliche Teammitglieder?

Das Kernteam reicht für die SAPV der Patientinnen und Patienten und die Unterstützung und Beratung von deren Bezugspersonen in aller Regel nicht aus. Daher können weitere qualifizierte Teammitglieder über Anstellung und andere Vertragsmodelle das Kernteam als zusätzliche Teammitglieder ergänzen.

Welche Vorgaben sind hinsichtlich der Personalausstattung einzuhalten?

Vorgabe für	Mindestanforderung Berufsgruppe	Anforderung Arbeitsstunden/VZÄ	Mögliche Mindestaufteilung
Kernteam	Arzt/Ärztin	2 VZÄ	Leitung: 0,75 VZÄ übrige Stellenanteile: mind. 18 Std./Woche
	Pflegefachperson	4 VZÄ	Leitung: 0,75 VZÄ übrige Stellenanteile: mind. 18 Std./Woche
	davon mind. 50 % beim Träger des SAPV-Teams angestellt oder der Anstellung gleichgestellt		
Zusätzliche Teammitglieder	Arzt/Ärztin	mind. 13 Std./Woche inkl. Rufbereitschaft	zusätzlich zum Kernteam, entsprechend dem Bedarf
	Pflegefachperson	mind. 13 Std./Woche inkl. Rufbereitschaft	zusätzlich zum Kernteam, entsprechend dem Bedarf
	beim Träger des SAPV-Teams angestellt / gleichgestellt oder eine andere Form der vertraglichen Vereinbarung mit dem Träger des SAPV-Teams		

Abb. 4) SAPV-Team: Personalausstattung

Was ist ein Vollzeitäquivalent (VZÄ)?

Vollzeit-Regelarbeitszeit /Woche x 52 Wochen = 1 VZÄ
(Dazu können auch Rufbereithaltungs- und Einsatzzeiten
der Rufbereitschaft gehören.)

BEISPIEL:

Vollzeitäquivalent Arzt/Ärztin oder Pflegefachperson
40 h x 52 Wochen = 2080 Stunden
(inkl. Urlaub, Krankheit, Fortbildung etc.)

Zu beachten sind die jeweiligen tarifrechtlichen Regular-
beitszeiten des SAPV-Trägers.



Hinweis zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeit eines VZÄ ist nicht die tatsächlich zur
Verfügung stehende Arbeitszeit. Für die Dienstplange-
staltung müssen Urlaubs-, Fortbildungs- und Krank-
heitszeiten abgezogen werden.



Hinweis zu Mini- und Midijobs

Die Mindestarbeitszeit eines Mitarbeitenden im SAPV-
Team beträgt im Jahresdurchschnitt 13 Wochenstun-
den. In Verbindung mit dem gesetzlichen Mindest-
lohn ist die Beschäftigung nicht in einem Minijob,
jedoch aber in einem Midijob abbildbar. Die unter
Umständen arbeitgeberseitig anfallenden Soziallei-
stungen und Steuern sind unter Personalkosten einzu-
kalkulieren. Je nach Steuerklasse des Mitarbeitenden
sind keine oder nur geringfügige Steuern und Sozial-
versicherungsbeiträge zu zahlen.

BEISPIEL:

Rufbereitschaft Arzt/Ärztin

5 Rufdienste à 8 Stunden + 2 Rufdienste à 24 Stunden
= 88 Stunden, innerhalb des Rufdienstes von 88 Stun-
den 12 Stunden Einsatz

(Hinweis: 88 Stunden Rufdienst mit 12 Stunden Einsatz
bedeuten in diesem Fall:

76 Stunden Rufdienst und 12 Stunden Arbeitszeit.)

Die einzelne Rufbereitschaftsstunde kann mit 12,5 %
von einer Stunde Arbeitszeit gewertet werden,⁴ d.h. 8
Rufbereitschaftsstunden entsprechen einer Arbeits-
zeitstunde. Angefallene Arbeitseinsätze werden ent-
sprechend der geleisteten Arbeitsstunden berück-
sichtigt. Anhand des Beispiels ergibt sich folgende
Berechnung: 76 Stunden Rufdienst geteilt durch 8
Stunden ergeben 9,5 Arbeitsstunden; diese 9,5 Ar-
beitsstunden plus 12 Arbeitsstunden ergeben 21,5
Arbeitszeitstunden.

4) Siehe z. B. Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes (AVR).

Wie berechne ich die VZÄ der Rufbereitschaft pro Jahr?

Der Anteil der Rufbereitschaft der einzelnen Berufsgruppe (Arzt/Ärztin, Pflegefachperson) am VZÄ umfasst 7 x 24 Stunden pro Woche = 168/8 = 21 Stunden pro Woche, multipliziert mit 52,14 Wochen ergibt dies 1095 Stunden pro Berufsgruppe im Jahr. So sind in der ärztlichen Mindestpersonalisierung daher z. B. ca. 0,53 VZÄ pro Jahr für Rufbereitschaften enthalten.

Sieht der Bundesrahmenvertrag eine psychosoziale Fachkraft als festen Bestandteil in einem SAPV-Team vor?

Nein, im Ergebnis des Schiedsverfahrens sieht der BRV-SAPV für Erwachsene eine psychosoziale Fachkraft nicht als festen Bestandteil in einem SAPV-Team vor. Die im § 37b Abs. 1 S. 3 SGB V getroffene Regelung umfasst nur ärztliche und pflegerische Leistungen. Die gesetzliche Regelung ist nicht disponibel. Der Einbezug einer psychosozialen Fachkraft mag zwar sinnvoll sein. Eine Finanzierung durch die Krankenkassen ist vom Gesetzgeber jedoch nicht vorgesehen. Vergütungsansprüche über psychosoziale Fachkräfte können gegenüber den Kostenträgern somit nicht zwingend geltend gemacht werden.

Nach der S3-Leitlinie Palliativmedizin⁵ sollte eine qualifizierte psychosoziale Fachkraft jedoch Teil des SAPV-Kernteams sein. Sofern das SAPV-Team ein Unterstützungsangebot über eine psychosoziale Fachkraft anbietet, müsste dies über andere Mittel finanziert werden.

Gegenüber Patientinnen und Patienten ist dieses Unterstützungsangebot, sofern vorhanden, kenntlich zu machen. Es bedarf in diesem Fall einer gesonderten Schweigepflichtentbindung und einer Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten bezüglich des Datenschutzes.

Praxistipps

Nach den Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 04.06.2019 sind Kooperationen mit ärztlichem oder pflegerischem Personal noch einmal mehr mit dem rechtlichen Risiko behaftet, dass die Eingliederung in die Organisation des SAPV-Teams nicht als selbständige Tätigkeit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn gewertet wird. Ob eine sozialversicherungsrechtliche Beschäftigung vorliegt, wird anhand der Betrachtung sämtlicher Umstände des Einzelfalls bewertet (u.a. Weisungsgebundenheit bzw. Eingliederung in die Arbeitsorganisation). Für das SAPV-Team kann eine fehlerhafte Einordnung gravierende Auswirkungen haben, insbesondere die (rückwirkende) Nachzahlung von Sozialversicherungsbeiträgen und Lohnsteuer; auch steht eine Strafbarkeit wegen nicht abgeführter Sozialversicherungsbeiträge gem. § 266a StGB im Raum. Zur Absicherung des SAPV-Teams ist die Durchführung eines Statusfeststellungsverfahrens vorab zu empfehlen.

Grundsätzliches zur Anforderung an eine fachgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung

Es ist sicherzustellen, dass die Anforderungen an eine fachgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung entsprechend des BRV-SAPV gewährleistet sind. Dabei gelten insbesondere folgende Grundsätze:

- Verbindliche, regelmäßige und situativ angepasste Kommunikations- und Abstimmungsstrukturen zur Sicherstellung der kontinuierlichen Begleitung und Versorgung der oder des Versicherten und ihrer oder seiner Zugehörigen,
- Teilnahme der in die Versorgung der Versicherten eingebundenen, diensthabenden SAPV-Team-Mitglieder an den regelmäßig und bei Bedarf stattfindenden multiprofessionellen Fallbesprechungen und
- einschlägige regelmäßige Fortbildungen gemäß § 14 Abs. 5 BRV-SAPV.
- Teilnahme der in die Versorgung der Versicherten eingebundenen, diensthabenden SAPV-Team-Mitglieder an den regelmäßig stattfindenden, multiprofessionellen Teambesprechungen,



Abb. 5) Grundsätze fachgerechter und qualitätsgesicherter SAPV-Leistungserbringung

Es erfolgt hinsichtlich der Versorgungsplanung eine enge Zusammenarbeit des SAPV-Teams mit den weiteren an der Versorgung beteiligten Diensten und Einrichtungen, insbesondere mit den behandelnden Vertragsärztinnen und behandelnden Vertragsärzten, vorzugsweise mit der behandelnden Hausärztin oder dem behandelnden Haus-

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

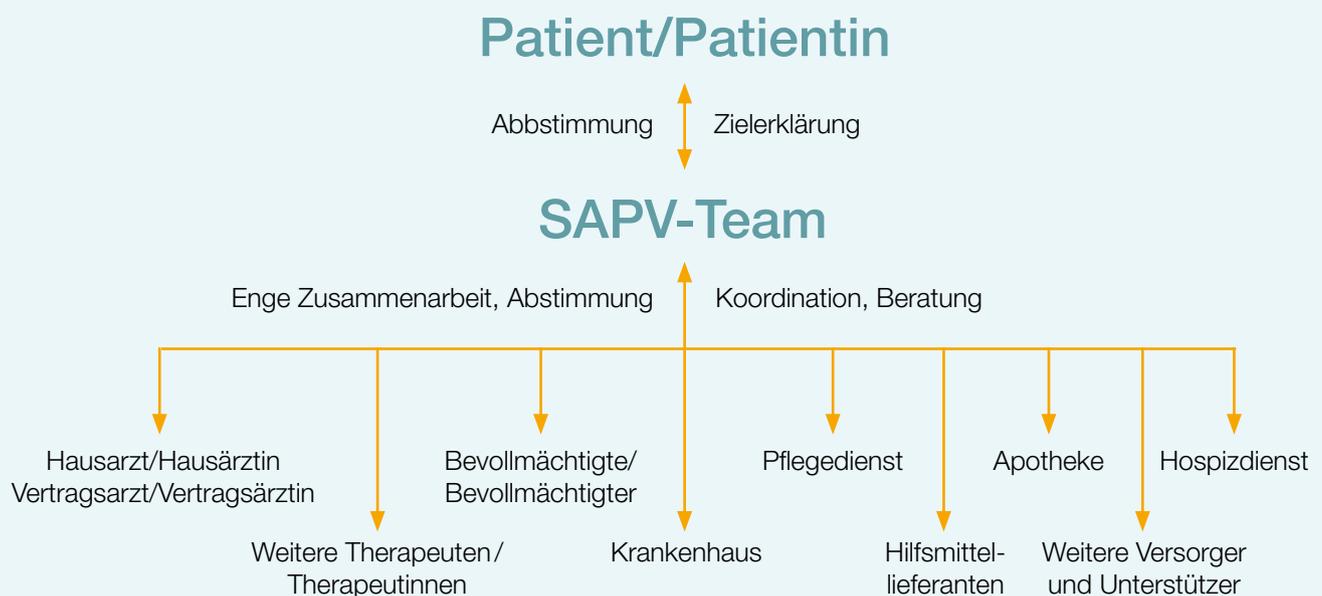


Abb. 6) Beispiel der Zusammenarbeit zum Versorgungs- und Behandlungsplan bei Vollversorgung

Das SAPV-Team stellt durch eine geeignete Infrastruktur sicher, dass die ständige Kommunikation innerhalb des SAPV-Teams gewährleistet ist und die ständige Kommunikation des SAPV-Teams mit allen weiteren an der Versorgung der oder des jeweiligen Versicherten Beteiligten ermöglicht werden kann.

Die Erreichbarkeit des SAPV-Teams (persönlich, digital und/oder telefonisch) ist allgemein zugänglich zu veröffentlichen.

Fragen

Was ist bezüglich einer fachgerechten und qualitätsgesicherten SAPV zu beachten?

SAPV berücksichtigt die jeweils berufsfachlichen und die für eine spezialisierte und qualitativ hochwertige Palliativversorgung erforderlichen aktuellen Leitlinien, Standards und Gepflogenheiten und wird diesen in entsprechender Fach-, Sozial- und Handlungskompetenz jederzeit gerecht.

Was beinhaltet eine „aufsuchende Tätigkeit“?

Im Rahmen der ganzheitlichen SAPV ist das SAPV-Team aufsuchend an den jeweiligen Lebensmittelpunkten der Patientinnen und Patienten tätig. Da schwer kranke und sterbende Menschen sowie deren Bezugspersonen oftmals sehr sensibel auf Veränderungen reagieren, können Anspannung und Ängste dadurch gemildert werden, indem sie in ihrer jeweiligen vertrauten Umgebung von den ihnen bekannten und mit ihrer individuellen Lebenssituation vertrauten SAPV-Team-Mitarbeitenden begleitet und versorgt werden.

Wie ist die Rufbereitschaft zu organisieren?

Das SAPV-Team ist an jedem Tag der Woche zu einer 24-Stunden-Rufbereitschaft für die aktuell versorgten Patientinnen und Patienten verpflichtet. Dies bedeutet, dass eine ständige Verfügbarkeit von den Berufsgruppen Arzt/Ärztin und Pflegefachperson zu gewährleisten ist. Die Abgeltung der Rufbereitschaft gegenüber dem einzelnen SAPV-Teammitglied richtet sich nach dem Tarifrecht des SAPV-Trägers bzw. der einzelnen vertraglichen Vereinbarung. Die Rufbereitschaft kann auch als Arbeitszeit eingestuft werden (Nähere Informationen finden sich im Kapitel zu § 3 „Was ist ein Vollzeitäquivalent?“) und ist bei den prospektiven Kosten mit einzukalkulieren.

Was beinhaltet eine Versorgungsplanung und -abstimmung mit an der Versorgung Beteiligten?

Das SAPV-Team erstellt im Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und ggf. deren Bezugspersonen ein Assessment mit einer sachgerechten Darstellung des jeweiligen komplexen Symptomgeschehens, der Lebens- und Versorgungssituation mit deren Ressourcen, den individuellen Bedürfnissen sowie den Fähigkeiten zur Ausübung der persönlichen Selbstbestimmung. Ziel ist es, dabei relevante Informationen aus fachlich-professioneller und aus Sicht der Betroffenen zu erfassen. Dabei gilt es, die beteiligten Personen und Organisationen zu koordinieren und eine vereinbarte Sichtweise für die weitere Bearbeitung herzustellen.⁶ Im Folgenden werden Ziele und Unterstützungsleistungen vereinbart und mit allen abgestimmt, so dass alle Beteiligten Hand in Hand und passgenau zusammenarbeiten.

Was gilt es im Hinblick auf die Erreichbarkeit des SAPV-Teams zu beachten?

Es ist jederzeit sicherzustellen, dass für die Erbringung der SAPV jederzeit das geeignete und erforderliche Personal (Ärzte/Ärztinnen und Pflegefachpersonen) zur ständigen Verfügung steht. Dies schließt sowohl die ständige Rufbereitschaft als auch notwendige Hausbesuche mit ein.

Praxistipps

- Mit Hilfe von einem patientenzentrierten Netzwerk mit entsprechenden Partnern und Kooperationsvereinbarungen können die verschiedenen individuell vereinbarten Maßnahmen vertrauensvoll abgestimmt und eingeleitet werden.
- Oftmals sind Kommunikationswege durch unterschiedliche Arbeitsorganisationen erschwert und mit einem höheren Zeitaufwand verbunden. Empfehlenswert ist es daher, mit dem Verordner der SAPV dessen gewünschte Einbindung und die wechselseitigen Kommunikationsmöglichkeiten möglichst frühzeitig zu klären.

6) Vgl. Wingenfeld, Klaus: Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer, 2011, S. 69; Monzer, Michael: Case-Management Grundlagen. Case Management in der Praxis, Heidelberg: Medhochzwei, 2013, S. 4.

Zulassung als SAPV-Team

Grundsätzliches zur Zulassung als SAPV-Team

Die Zulassung als SAPV-Team ist in § 4 des BRV-SAPV geregelt. Die SAPV wird von SAPV-Teams erbracht, mit denen die Krankenkassen zur Sicherung der Versorgung einen Versorgungsvertrag nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V für ein darin zwischen den Parteien festgelegtes Versorgungsgebiet geschlossen haben (§ 4 Abs. 1 S. 1 BRV-SAPV). Durch Abschluss des Versorgungsvertrages ist das SAPV-Team zur Leistungserbringung gemäß des vorliegenden Rahmenvertrages berechtigt (§ 4 Abs. 1 S. 2 BRV-SAPV).

Fragen

Dürfen die Krankenkassen das Versorgungsgebiet einseitig festlegen?

Nein. Das Versorgungsgebiet wird von den Parteien – d.h. dem SAPV-Team und der Krankenkasse – festgelegt (§ 1 Abs. 1 S. 1 BRV-SAPV).

Wann besteht ein Anspruch des SAPV-Teams auf Vertragsabschluss?

Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht, wenn die Anforderungen der SAPV-Richtlinie sowie des Rahmenvertrages durch das SAPV-Team erfüllt werden. Bei Vorliegen der Voraussetzungen ist mit dem SAPV-Team umgehend in Verhandlungen zum Abschluss eines regionalen Versorgungsvertrages und in Vergütungsverhandlungen einzutreten (§ 4 Abs. 2 S. 4 BRV-SAPV).

Die Liste der erforderlichen Unterlagen ist in Anlage 1 (Strukturerhebungsbogen) des BRV-SAPV aufgeführt. Zum Nachweis ist die Anlage 1 (Strukturerhebungsbogen) inklusive der erforderlichen Unterlagen vollständig vorzulegen (§ 4 Abs. 6 BRV-SAPV). Voraussetzung für einen Vertragsabschluss ist im Weiteren die Vorlage eines aussagekräftigen Versorgungskonzeptes nach § 5 BRV-SAPV (§ 4 Abs. 4 BRV-SAPV).

Welche Unterlagen sind einzureichen?

Zum Nachweis der organisatorischen und personellen Voraussetzungen, einschließlich der erforderlichen Eignung und Zuverlässigkeit, hat das SAPV-Team die nachfolgenden Unterlagen vor Abschluss des Versorgungsvertrages bei der zuständigen oder federführenden Krankenkasse bzw. dem Landesverband der Krankenkasse bzw. dem Verband der Ersatzkassen (vdek) als gemeinsamen Bevollmächtigten gem. § 212 Abs. 5 SGB V einzureichen:

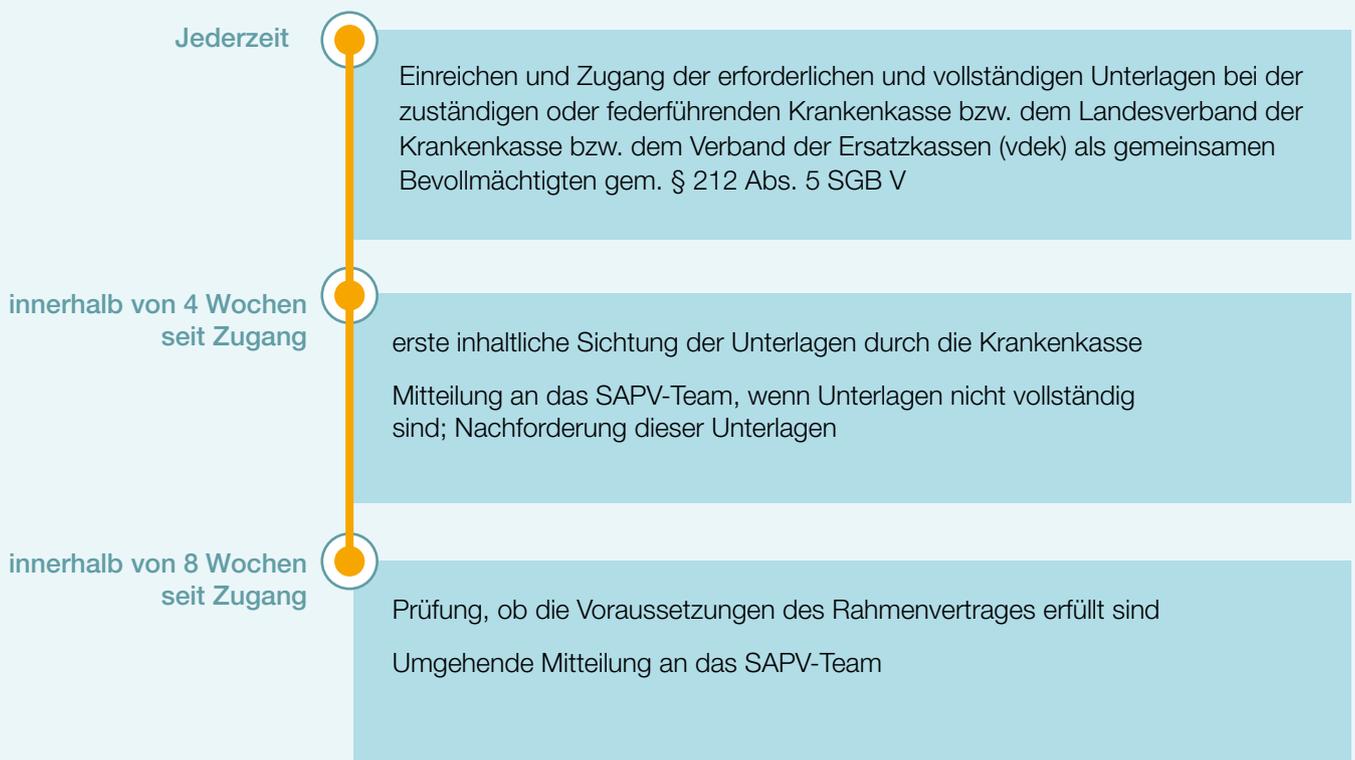
- a) Versorgungskonzept gem. § 5 BRV-SAPV (Nähere Informationen zum Versorgungskonzept finden sich im Kapitel zu § 5 BRV-SAPV.)
- b) Liste der geplanten SAPV-Team-Mitglieder gem. § 7 BRV-SAPV mit Unterschrift, lebenslanger Arztnummer und, wenn vorhanden, Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 SGB V sowie Handzeichen (Handzeichenliste) wie auch die entsprechenden Berufszulassungen
 - Ärztin/Arzt: Facharzturkunden, Zertifikate über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
 - Pflegefachkräfte: Anerkennungsurkunden und Palliativ-Care-Zertifikate (gem. § 7 Abs. 5 BRV-SAPV)
- c) Nachweis über die Erfahrungen
 - für die qualifizierten Ärztinnen und Ärzte (vgl. § 7 Abs. 3 BRV-SAPV)
 - für die qualifizierten Pflegefachkräfte (vgl. § 7 Abs. 4 BRV-SAPV)
- d) Nachweis der Rechtsform des Trägers
 - bei einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR): Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck
 - bei einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH): Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, Geschäftsführung, Unternehmenszweck sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichts

- bei einem eingetragenen Verein (e.V.): Auszug aus der Vereinssatzung in Kopie mit Angabe der Vorstandsmitglieder, Geschäftsführung, Vereinszweck sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Vereinsregister
- e) für andere Gesellschaftsformen und Körperschaften, Anstalten und Stiftungen gelten die Nachweispflichten entsprechend,
- f) Nachweis eines Institutionskennzeichens (IK) für das SAPV-Team
- g) abgeschlossene vertragliche Vereinbarungen (z. B. Kooperationsverträge) mit qualifizierten Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften
- h) Nachweis der Netzwerkkoooperation und ggf. der Verträge mit den Netzwerkpartnern
- i) Nachweis einer Betriebshaftpflichtversicherung
- j) Anmeldung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft
- k) Nachweis der Zuverlässigkeit

Wie läuft das Prüfverfahren mit der Krankenkasse zeitlich ab?

Die Krankenkassen haben innerhalb von acht Wochen nach Zugang der erforderlichen und vollständigen Unterlagen gem. Abs. 5 zu prüfen, ob die Voraussetzungen des Rahmenvertrages erfüllt sind und teilen das Ergebnis der Prüfung dem SAPV-Team umgehend mit. Die zuständige Krankenkasse nimmt eine erste inhaltliche Sichtung der Unterlagen vor und teilt dem SAPV-Team innerhalb von vier Wochen nach erstmaligem Eingang der Unterlagen mit, wenn Unterlagen nicht vollständig sind, und fordert diese nach (§ 3 Abs. 1 S. 2 bis 3 BRV-SAPV).

Abb. 7) Prüfverfahren der Krankenkasse



Was haben bereits bestehende SAPV-Teams bei der Zulassung zu beachten?

Die Erfüllung der Kriterien des Bundesrahmenvertrages und der entsprechenden Nachweise ist Grundvoraussetzung zur Zulassung.

Wie kann das SAPV-Team strukturell organisiert sein?

Strukturell kann das SAPV-Team entweder rechtlich selbstständig (eigene Rechtsform) oder durch Anbindung an einen bereits bestehenden Träger organisiert sein. Bei Anbindung an einen bereits bestehenden Träger ist aufgrund seines Versorgungsauftrages die organisatorische und wirtschaftliche Selbstständigkeit des SAPV-Teams zu gewährleisten und gegenüber den vertragsschließenden Krankenkassen in geeigneter Form nachzuweisen (§ 4 Abs. 3 BRV-SAPV).

Was versteht man unter Netzwerkpartnern im Sinne des BRV-SAPV?

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

Welche Unterlagen sind zum Nachweis der Zuverlässigkeit einzureichen?

In § 4 Abs. 5 lit. k) ist geregelt, welche Unterlagen zum Nachweis der Zuverlässigkeit einzureichen sind. Die Regelung lautet wie folgt:

1. Aktuelles Führungszeugnis nach § 30 BZRG der vertretungsberechtigten Person(en) des SAPV-Teams (z. B. Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer, Gesellschafterinnen und Gesellschafter, Prokuristinnen und Prokuristen).

2. Schutzkonzept zugunsten von Versicherten und im SAPV-Team tätigen Personen zur Prävention von Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit und gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Dieses Schutzkonzept beinhaltet u.a. die folgende Verpflichtung: ausschließlich in der Verantwortung des SAPV-Teams gem. § 3 Abs. 1 liegende interne Überprüfung der Zuverlässigkeit durch Einholung eines Führungszeugnisses nach § 30 BZRG aller Personen, die unmittelbar in die Versorgung der Versicherten eingebunden sind, durch das SAPV-Team.

3. Compliance-Konzept mit nachfolgenden Inhalten:

- a. Bekenntnis zur Compliance
- b. Zuständigkeit/Verantwortlichkeiten bzgl. der Compliance,
- c. Risikoanalyse zur Compliance und Festlegung von Präventivmaßnahmen,
- d. Kontrolle der Compliance und Einführung eines Hinweisgeber-Systems,
- e. Information und Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- f. Information der Versicherten.

Was versteht man unter „Unzuverlässigkeit“ im Sinne des BRV-SAPV?

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

Praxistipps

LANR, LBNR, IK und BSNR

- Lebenslange Arztnummer (LANR):
Mit der Eintragung in das Arztregister bekommt der Arzt oder die Ärztin eine Eintragsnummer (ENR). Die LANR erhält der Arzt oder die Ärztin mit Aufnahme einer vertragsärztlichen/kassenärztlichen Tätigkeit in Anstellung oder eigener Zulassung (vgl. § 293 Abs. 4 SGB V). Haben der SAPV-Arzt oder die SAPV-Ärztin keine LANR, ist noch nicht abschließend geklärt, ob ggf. die Pseudo-Arzt-Nummer 333333300 gem. Nr. 6 der Ver- einbarung zwischen KBV und GKV-SV über die Vergabe von Betriebsstättennummern einzutragen wäre oder ob eine Eintragung unterbleibt. Ggf. kann die LANR auch nach Beendigung der vertragsärztlichen Zulassung weiter genutzt werden. Auch dies bedarf noch einer abschließenden Klärung.
- Lebenslange Beschäftigtennummer (LBNR):
Das Beschäftigtenverzeichnis ist in § 293 Abs. 8 SGB V geregelt. Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste bzw. deren Träger sind verpflichtet, ihre Beschäftigten, sofern diese Leistungen im Rahmen der ambulanten Pflege erbringen, dort einzutragen. Dadurch erhält der bzw. die Beschäftigte eine sog. lebenslange Beschäftigtennummer (LBNR). Für die SAPV existiert eine solche Verpflichtung bislang noch nicht. Im Einzelfall ist zu prüfen, ob die bzw. der Beschäftigte eine LBNR hat. Weitere Infos zur LBNR finden sich beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zum Thema „Be- schäftigtenverzeichnis der ambulanten Pflege“.
- Institutionskennzeichen (IK):
Das Institutionskennzeichen ist eine bundesweit gültige eindeutige Identifikation für Leistungserbringer im Gesundheitswesen zur Abrechnung mit den Krankenkassen (vgl. § 293 SGB V). Sollte noch kein IK vorhanden sein, ist dieses bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskenn- zeichen zu beantragen. Das SAPV-Team verfügt gem. § 293 SGB V über ein IK: Es ist der zuständigen Krankenkasse sowohl bei Vertragsabschluss nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V als auch bei Änderungen mitzuteilen.

- Betriebsstättennummer (BSNR):
Jeder Vertragspartner einer Krankenkasse nach § 132d Abs. 1 SGB V (SAPV-Team) erhält eine Betriebsstät- tennummer, die die Zuordnung von Verordnungen zu diesem gewährleistet. Die Betriebsstättennummer ist bei Verordnungen immer in das vorgesehen Feld auf den Vordrucken einzutragen (Nr. 4 der Vereinbarung zwischen KBV und GKV-SV über die Vergabe von Be- tribsstättennummern).

Führungszeugnis

- Beantragung des Führungszeugnisses:
Informationen zur Beantragung des Führungszeugnis- ses stellt das Bundesjustizamt online zur Verfügung. Das Bundesamt für Justiz hat „Häufige Fragen“ und Antworten zusammengestellt. Der Antrag kann online gestellt werden. Das Führungszeugnis wird von der je- weiligen Person (z. B. dem Geschäftsführer) angefordert und dann dem Antrag bei der Krankenkasse beigelegt.
- Interne Überprüfung der Zuverlässigkeit durch Vorlage eines Führungszeugnisses:
Aus Datenschutzgründen ist das Führungszeugnis nicht in den (Personal-)Akten zu archivieren. Es ist lediglich die Einsichtnahme in das Führungszeugnis (in- klusive Datum des Führungszeugnisses und Datum der Einsichtnahme) und die Information, ob die Person we- gen einschlägiger Straftaten rechtskräftig verurteilt wur- de oder nicht, zu dokumentieren. Das Führungszeugnis sollte bei der Einsichtnahme nicht älter als drei Monate sein. Es ist zu gewährleisten, dass nur Personen, die vom Träger mit der Einsichtnahme in das Führungs- zeugnis beauftragt wurden, die o.g. Informationen ein- sehen dürfen. Unbefugte Dritte dürfen keinen Zugang zu diesen Informationen erhalten. Die Aufzeichnungen sind zu vernichten, wenn es nach der Einsichtnahme nicht zu einer Aufnahme der Tätigkeit kommt bzw. die Tätigkeit nicht weitergeführt wird.

Schutzkonzept

- Informationen zum Thema „Gewalt in der Pflege“ bietet das Pflegenetzwerk Deutschland (eine Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit).
- Die Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) bietet zu ihrem Arbeitsschwerpunkt „Gewaltprävention in der Pflege“ eine Vielzahl von Informationen und Hilfestellungen an.
- Einen Einblick in das Thema „Schutzkonzept im Bereich Wohnen und Pflege“ bieten auch die Malteser.
- Aktuelle Buchtipps:

Dammermann, Anna; Sander, Marco: Gewaltprävention in der Altenpflege: Interventionen und Konzepte. Stuttgart: Kohlhammer, 2023.

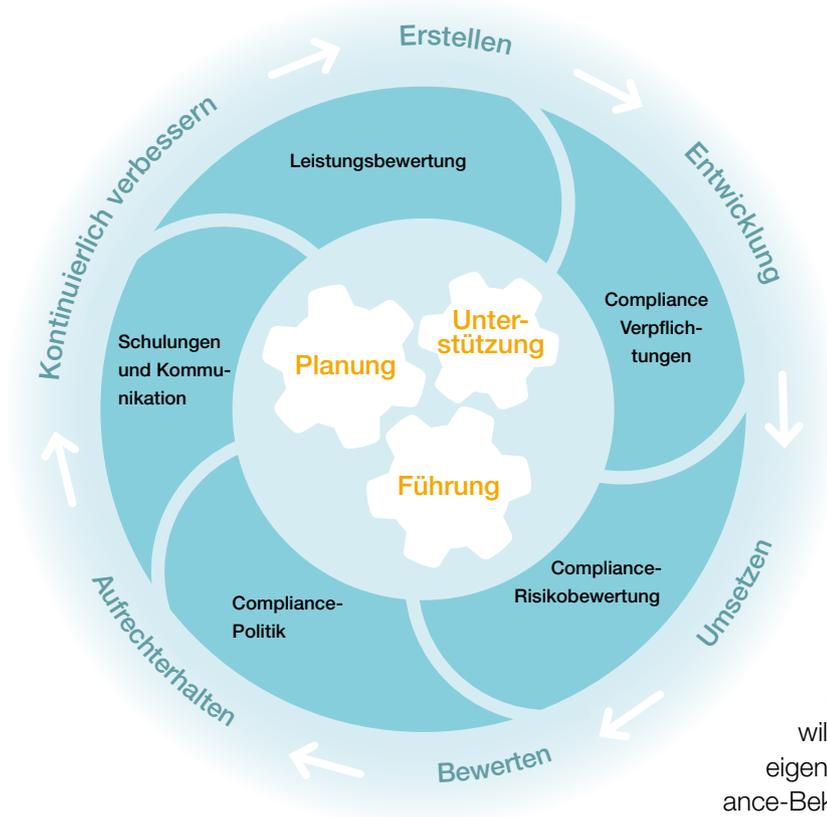
Hecker, Thomas; Jung-Lübke, Michael; Freck, Stefan (Hrsg.): Gewaltprävention in Pflege und Betreuung: Gefahren erkennen, konsequent handeln und deeskalieren. Hannover: Schlütersche, 2021.

Volker Ettwig⁷

Exkurs: Hinweise zum Compliance-Konzept SAPV

Der Bundesrahmenvertrag verlangt in § 4 Abs. 5 lit. k) den Nachweis eines Compliance-Konzepts als Voraussetzung für einen Vertragsabschluss über die Erbringung von SAPV-Leistungen. Das Compliance-Konzept muss bestimmte Anforderungen erfüllen, um ausreichend im Sinne des Bundesrahmenvertrags zu sein. Nachfolgend werden die im Einzelnen zu erfüllenden Anforderungen beschrieben und Hilfen zur praktischen Umsetzung gegeben.

Für die Entwicklung und Implementierung von Compliance-Management-Systemen gibt es verschiedene Standards (z. B. DIN ISO 37301), die teilweise auch eine Zertifizierung ermöglichen. Allen Konzepten gleich ist die Grundidee, dass es sich um einen in sich geschlossenen Kreislauf handeln muss, der immer wieder durchlaufen wird. So wird nach der erstmaligen Implementierung eine stetige Aktualisierung und damit auch Verbesserung der Compliance bewirkt. Dies gilt auch für das nachfolgend dargestellte Compliance-Konzept.



Die folgenden Empfehlungen orientieren sich an diesem Kreislauf, damit am Ende die Summe der vorgeschlagenen Maßnahmen zu einem funktionsfähigen Compliance-Management führen.

Bekanntnis zur Compliance

Essenzielle Grundlage des Compliance-Konzepts ist das kommunizierte Bekenntnis, dass man Compliance-Regeln einhalten will. Das Bekenntnis zur Compliance umfasst die eigenen Werte. Darüber hinaus sollte das Compliance-Bekenntnis deutlich machen, dass man sich dem Transparenz-, Äquivalenz- (Leistung und Gegenleistung stehen in einem angemessenen Verhältnis zueinander), Trennungs- und Dokumentationsgrundsatz (sämtliche Entscheidungen werden dokumentiert und bleiben nachvollziehbar) verpflichtet fühlt. Es sollten Aussagen zum korrekten und wertschätzenden Umgang mit Patientinnen und Patienten und Zugehörigen in ihrer besonderen

Abb. 8) Compliance-Konzept als in sich geschlossener Kreislauf
Quelle: DIN ISO 37301

7) Rechtsanwalt Volker Ettwig berät bei [Tsambikakis & Partner](#) u.a. im Bereich Compliance und im Medizin- und Arbeitsstrafrecht. Er war Compliance-Beauftragter sowie erfolgreich als Prokurist in Personal- und Rechtsabteilungen in einem Krankenhauskonzern tätig. Der zertifizierte Compliance-Experte hat zahlreiche Compliance-Management-Systeme konzipiert und umgesetzt und ist regelmäßiger Dozent und Autor zu aktuellen Compliance-Themen.

Lebenssituation enthalten sein. Darüber hinaus kann das Bekenntnis weitere Themen umfassen, wie die Verpflichtung zum respektvollen Umgang mit eigenen Mitarbeitenden oder mit der Verpflichtung zur möglichst umwelt- und ressourcenschonenden Erbringung der SAPV-Leistungen.

Handlungsempfehlung



Das Bekenntnis sollte in einer knappen Grundsatz-erklärung (ca. 1-1,5 Seiten) ausformuliert werden. Die Grundsatz-erklärung sollte bekannt gemacht werden (z. B. über die eigene Internetseite).

Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten

Compliance funktioniert nur dann, wenn sie auch gelebt wird. Und dazu bedarf es einer Person, die für das Thema Compliance die Verantwortung übernimmt (was nichts daran ändert, dass die Letztverantwortung immer bei der Geschäfts- oder Einrichtungsleitung verbleibt). Gerade bei kleineren Einrichtungen ist dies kein Vollzeitjob, sondern eine Aufgabe, die man zusätzlich zur sonstigen Arbeitsaufgabe übernehmen kann. Die Aufgaben eines/einer Compliance-Beauftragten sollten nur Personen übertragen werden, die fachlich dazu auch geeignet sind. Compliance kann nur dann wirksam sein, wenn der oder die Compliance-Beauftragte die Aufgabe fachlich weisungsfrei ausführen kann. Das ändert nichts daran, dass der/die Compliance-Beauftragte disziplinarisch eingebunden und insoweit auf weisungsgebunden bleibt. Wichtig ist darüber hinaus, dass Compliance-relevante Sachverhalte der Geschäfts- oder Einrichtungsleitung schnell zur Kenntnis gebracht werden. Daher sollte ein unmittelbarer und zeitnaher Zugang zur Geschäfts- oder Einrichtungsleitung sichergestellt sein.

Handlungsempfehlung



Die Aufgaben des/der Compliance-Beauftragten sollten in einer knappen Stellenbeschreibung festgehalten werden. Der/die Compliance-Beauftragte sollte ihre/seine Aufgaben inhaltlich weisungsfrei ausführen können und jederzeit direkten Zugang zur Geschäftsleitung haben.

Tipps:

Sollte es einmal zu Ermittlungsmaßnahmen kommen, ist es wichtig darlegen zu können, dass man sich sehr bemüht, compliant zu sein. Damit Ermittlungsbehörden dies auch glauben, ist es hilfreich, eine Compliance-Beauftragte oder einen Compliance-Beauftragten vorweisen zu können.

Risikoanalyse zur Compliance und Festlegung von Präventivmaßnahmen

Die Risikoanalyse ist das Herzstück bei der Umsetzung eines jeden Compliance-Konzepts. Ohne Risikoanalyse werden Maßnahmen niemals passgenau sein und deshalb (zumindest teilweise) nutzlos sein. Die Risikoanalyse hingegen stellt sicher, dass mögliche Risiken im eigenen Umfeld erkannt und bewertet werden. Diese wiederum ist Voraussetzung, um sie zu priorisieren. Die Erbringung medizinischer und pflegerischer Leistungen erfolgt in einem Umfeld mit einer hohen Regelungsdichte; das gilt auch für diesbezügliche Straftatbestände und Ordnungswidrigkeiten. Außerdem handelt es sich um einen Markt, in dem ein teils starker Wettbewerb stattfindet. Dies kann dazu verleiten, mit Methoden, die nicht compliant sind, Einfluss auf das Marktgeschehen nehmen zu wollen.

Die Risikoanalyse bringt hervor, wo möglicherweise Risiken liegen. Dies können z. B. Verträge sein, die den Willen von Patientinnen und Patienten missachten, indem diesen die Auswahlentscheidung abgenommen wird, mit welchen Anbietern er zusammenarbeitet. Es können aber auch Konstellationen sein, in denen möglicherweise mehr oder andere Leistungen gegenüber den Kostenträgern abgerechnet werden, als tatsächlich erbracht wurden. Vielleicht sind es aber auch nur organisatorische Mängel, wenn z. B. medizinisch korrekt erbrachte ärztliche Leistungen nicht der richtigen lebenslangen Arztnummer (LANR) im SAPV-Team zugeordnet werden. In solchen Fällen hegen Kostenträger schnell den Verdacht eines Abrechnungsbetrugs.

Erster Schritt der Risikoanalyse ist die Auflistung aller als möglich erscheinender Risikofelder. Im nächsten Schritt betrachtet man mögliche Straftatbestände und Ordnungswidrigkeiten, gegen die man theoretisch verstoßen könnte. Im dritten Schritt sollten bestehende Vertragsbeziehungen (Kooperationen, Lieferverträge etc.) daraufhin geprüft werden, ob sie unter Compliance-Gesichtspunkten bedenken-

lich sind. Und schließlich ist zu prüfen, ob gegenüber Patientinnen und Patienten möglicherweise Rechtsverstöße denkbar sind, z. B. ob es zur unzulässigen Zuweisung von Patientinnen und Patienten kommt. Diese teils speziellen Fragen werden sich oftmals nicht ohne (medizinstrafrechtlichen) juristischen Sachverstand klären lassen.

Die Risikoanalyse muss bestimmte Themen, die per se mit erhöhten Risiken verbunden sind, besonders im Blick haben. Nachfolgend werden sie kurz einzeln angesprochen:

- Abrechnung von Leistungen
Kommt es bei der Abrechnung von Leistungen zu Fehlern, gehen Kostenträger oftmals davon aus, dass dies in betrügerischer Absicht erfolgt. Eher selten wird angenommen, dass es sich lediglich um ein Versehen oder einen Rechenfehler handelt. Deshalb wird bei Abrechnungsfehlern häufig eine Strafanzeige erstattet. Das bietet für die Kostenträger die zusätzliche Chance, durch Akteneinsicht an Informationen zu gelangen, die sie sonst nicht bekommen hätten. Außerdem kommt es dann oftmals zu sehr hohen Rückforderungen, was zu existenziellen wirtschaftlichen Krisen führen kann. Das Ergebnis langwieriger Verhandlungen ist oftmals ein Vergleich, der schmerzhaft ist.
- Annahme von Spenden
Spenden sind natürlich erwünscht, aber sie bergen auch Risiken. Spenden sollten immer nur an die Einrichtung selbst gehen und niemals an Einzelpersonen (z. B. nicht an den leitenden Arzt oder die leitende Ärztin im SAPV-Team, damit sie/er eine Anschaffung für das Team vornimmt). Die Einrichtungen sind dann auch regelmäßig befugt, eine steuerwirksame Spendenquittung auszustellen. Bei Spenden von Sanitätshäusern, Apotheken, Lieferanten usw. ist Vorsicht geboten. Es ist nicht auszuschließen, dass diese Spenden im Zusammenhang mit einer gewünschten Beschaffungsentscheidung für das Sanitätshaus, die Apotheke, den Lieferanten usw. ergeht. Hier muss im Einzelfall geprüft werden, ob die Spende angenommen werden darf. Wenn eine solche Spende angenommen wird, sind die vorherige Prüfung und deren Ergebnis zu dokumentieren.

Möglich sind auch sogenannte Kondolenzspenden, also Spenden, die im Zusammenhang mit der Beerdigung von verstorbenen Patientinnen und Patienten

gemacht werden. Diese sind grundsätzlich unproblematisch. Vorsicht ist nur dann geboten, wenn die Hinterbliebenen Angaben zu Spenderinnen bzw. Spendern und zur Spendenhöhe haben wollen. Das wäre aus Datenschutzgründen nur mit Zustimmung der Spenderinnen und Spender zulässig. Möglich ist aber, die Gesamtsumme ohne Namen zu nennen.

Neben Spenden kann es eventuell zu Erbschaften kommen. Auch hier ist darauf zu achten, dass nicht einzelne Personen begünstigt werden, sondern dass eine Erbschaft der Einrichtung an sich zugutekommt. Im Zusammenhang mit der Annahme einer Erbschaft sollte daher regelmäßig rechtlicher Rat eingeholt werden.

- Schutz des Eigentums im Haushalt der oder des Versicherten
SAPV-Teammitglieder kommen unvermeidlich in Situationen, in denen sie mit dem Eigentum von Versicherten umgehen müssen. Das kann das Portemonnaie im Nachttisch oder die wertvolle Uhr am Handgelenk sein. Die Geschäfts- oder Einrichtungsleitung sollte daher eine Handlungsanweisung zum Umgang mit Patienteneigentum erlassen. Außerdem sollten alle SAPV-Mitglieder in regelmäßigen Abständen von 2 Jahren eine Selbstverpflichtung zum korrekten Umgang mit Patienteneigentum unterzeichnen. In die Arbeitsverträge von SAPV-Teammitgliedern kann eine Klausel aufgenommen werden, die diese verpflichtet, den Arbeitgeber zu informieren, wenn ein Ermittlungsverfahren wegen eines Vermögensdelikts (z. B. Versicherungsbetrug, Diebstahl) eingeleitet worden ist. Bei neu eintretenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern muss ein aktuelles polizeiliches Führungszeugnis vorgelegt werden, wie es auch der Bundesrahmenvertrag verlangt.

Handlungsempfehlung



Weil der Umgang mit Patienteneigentum mit Risiken behaftet ist und es leicht zu Vorwürfen von Seiten der Patientinnen und Patienten oder der Zugehörigen kommen kann, sollte eine Handlungsanweisung erlassen werden. Weitergehende Schutzmaßnahmen sind zu empfehlen.

- Anforderungen an Kooperationen mit Leistungserbringern
Kooperationen mit Leistungserbringern bergen immer die Gefahr, dass es zur unzulässigen Zuweisung von Patientinnen und Patienten kommt. Diese Gefahr ist dann besonders groß, wenn die Leistungsbeziehungen zwischen SAPV-Team und anderen Leistungserbringern so eng miteinander verzahnt sind, dass der Patient oder die Patientin (oder deren Zugehörige) gar keine eigenen Entscheidungen mehr trifft, wer in das Behandlungskonzept eingebunden wird. Das mag aus Sicht der Patientinnen und Patienten als unproblematisch oder sogar vorteilhaft angesehen werden. Die Rechtslage ist eine andere. Seit dem Jahr 2016 stellen die §§ 299a, 299b Strafgesetzbuch u.a. solche Patientenzuweisungen unter Strafe. Die Maxime ist der voll aufgeklärt und eigenverantwortlich entscheidende Patient oder die Patientin, die/der selbst entscheidet, wann welche Leistungserbringer eingebunden werden.

Daher muss sichergestellt werden, dass vor der Einbeziehung weiterer Leistungserbringer eine Aufklärung der Patientinnen und Patienten stattgefunden hat und man ihnen eine Auswahlentscheidung zwischen mindestens zwei geeigneten Anbietern belassen hat. Die Aufklärung muss unbedingt dokumentiert werden.

- Honorarverträge
In der Vergangenheit war es üblich, Personalengpässe durch Honorarkräfte zu beheben. Mit den Honorarkräften wurden entsprechende Verträge abgeschlossen und sie waren für ihre soziale Absicherung und für die Abführung von Steuern selbst zuständig. Das Bundessozialgericht hat dies in mehreren Entscheidungen im Jahr 2019 als unzulässig erachtet. Aufgrund der Einbindung in betriebliche Abläufe und aufgrund der Weisungsgebundenheit ist regelmäßig von einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis auszugehen. Es ist daher nahezu unmöglich geworden, Honorarkräfte legal einzusetzen. Vor einem Einsatz von Honorarkräften sollte daher unbedingt der Erwerbsstatus durch die Deutsche Rentenversicherung Bund geklärt werden. Kommt es hier zu Verstößen, steht § 266a StGB (Nichtabführung von Sozialversicherungsbeiträgen) als Straftatbestand im Raum. Dies kann aber auch als Ordnungswidrigkeit mit einem Bußgeld bis zu 50.000 EUR geahndet werden (§ 8 Abs. SchwarzArbG).

Umfang und Ergebnis dieser Risikoanalyse müssen unbedingt dokumentiert werden. Nur bei Risiken, die ordentlich dokumentiert sind, wird man am Ende des Prozesses an den Punkt gelangen können, dass die Feststellung erfolgt, dass Risiken abgestellt wurden.

Handlungsempfehlung



Bei der unzulässigen Zuweisung von Patientinnen und Patienten wird ein äußerst strenger Maßstab angelegt. Schon das bloße Auslegen von Informationsmaterial, z.B. eines Sanitätshauses, ist unzulässig. Wenn hier Zweifelsfragen entstehen, ist qualifizierter Rechtsrat anzuraten.

Nach durchgeführter Risikoanalyse wird man oftmals erkennen, dass es kaum möglich ist, alle Probleme zeitgleich zu lösen. Daher empfiehlt es sich, auf Grundlage der Risikoanalyse eine Priorisierung der Themen vorzunehmen und Maßnahmen Schritt für Schritt zu ergreifen.

Alles zusammen – Risikoanalyse, Dokumentation der Ergebnisse und Priorisierung – führt zu einem umfassenden Überblick (Risk Map). Zugleich ist dann klar, in welcher Reihenfolge Risiken behoben werden.

Handlungsempfehlung



Durchführung einer Risikoanalyse nebst Dokumentation. Die gefundenen Risiken werden priorisiert, um sicherzugehen, dass die größten zuerst behoben werden.

Tipp:

Die Dokumentation der Risikoanalyse ist besonders dann wertvoll, wenn es zu Ermittlungsmaßnahmen kommen sollte, bevor alle Risiken beseitigt werden konnten. So kann belegt werden, dass ernsthaft an Compliance-Themen gearbeitet wird. Dies wird von Ermittlungsbehörden regelmäßig positiv gewürdigt.

Kontrolle der Compliance und Einführung eines Hinweisgeber-Systems

Wesentliches Element zur dauerhaften und erfolgreichen Implementierung eines Compliance-Managements ist Kontrolle. Dabei ist dies in zweierlei Richtung zu verstehen. Zunächst muss regelmäßig geprüft werden, ob die geschaffenen Regelungen und die ergriffenen Maßnahmen wirklich geeignet sind, um ein Compliance-bewusstes Verhalten zu fördern. Sie dürfen nicht unzureichend oder gar ungeeignet sein. Sie dürfen aber auch nicht als überfordernd wahrgenommen werden. Regelungen und Verhaltensmaßgaben, die von den Mitarbeitenden nicht nachvollzogen werden, werden in der Regel schlecht akzeptiert. Durch regelmäßige Kontrolle von Regelungen und Maßnahmen muss geprüft werden, ob der richtige Weg beschritten wurde.

Ferner muss kontrolliert werden, ob es aufgrund der getroffenen Regelungen und der ergriffenen Maßnahmen tatsächlich nicht zu Compliance-Verstößen kommt. Werden Compliance-Verstöße festgestellt, muss ihnen nachgegangen werden. Es sollten alle erforderlichen Maßnahmen ergriffen werden, damit sich festgestellte Verstöße nicht wiederholen. Das umfasst auch arbeitsrechtliche Maßnahmen; notfalls bis hin zur Kündigung.

Handlungsempfehlung

Es sollte ein Plan aufgestellt werden, wann welche Themen einer turnusmäßigen Kontrolle unterzogen werden. Darüber hinaus sollte durch stichprobenhafte Kontrollen sichergestellt werden, dass die getroffenen Regelungen eingehalten werden.

Damit der/die Compliance-Beauftragte auch erfährt, wenn es zu Compliance-Verstößen gekommen ist, empfiehlt sich die Einrichtung eines Hinweisgeber-Systems. Das kann im einfachsten Falle ein gesonderter E-Mail-Account sein, auf den nur der/die Compliance-Beauftragte Zugriff hat. Wenn es im Unternehmen schon eine Meldestelle im Sinne des künftigen Hinweisgeberschutzgesetzes gibt, dann kann diese Stelle auch für Hinweise im Zusammenhang mit der Erbringung von SAPV-Leistungen zuständig gemacht werden. Dann würde sogar die Möglichkeit bestehen, anonym Hinweise geben zu können.

Information und Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Von zentraler Bedeutung ist, dass das Bewusstsein und das Wissen um Compliance dauerhaft im SAPV-Team verankert werden. Nur dann wird es gelingen, nachhaltig sicherzustellen, dass auch das Verhalten allen Compliance-Anforderungen genügen wird. Dies kann durch Schulungen oder durch andere Informationsmöglichkeiten erreicht werden. Wenn Präsenz- oder Online-Schulungen als nicht zielführend angesehen werden, weil man z.B. nicht eine ausreichende Zahl an Teilnehmern zu einem bestimmten Zeitpunkt zusammenbekommt, können andere Wege beschritten werden. Zu denken ist an verschriftliche Informationen oder an Selbstlernprogramme. Wichtig ist, dass in einem Plan festgehalten wird, wer wie oft an solchen Maßnahmen teilnehmen muss. Zu schulen sind insbesondere die Themen, die als erhebliche Risiken angesehen werden, also z.B. die korrekte Leistungserbringung und -abrechnung.

Handlungsempfehlung

Schulungsplan aufstellen und nachhalten, dass Schulungsmaßnahmen wahrgenommen werden.

Information der Versicherten

Versicherte, die SAPV-Leistungen in Anspruch nehmen, sollten über die Grundzüge des Compliance-Konzepts des jeweiligen SAPV-Teams Bescheid wissen. Das stärkt das Vertrauen zwischen allen Beteiligten. Hierfür kann es sich anbieten, die wichtigsten Punkte dieses Compliance-Konzepts knapp zusammengefasst an die Versicherten auszuhändigen. Darüber hinaus sollte diese Information auch auf der eigenen Internetseite dargestellt werden. Dass man compliant ist und wie das erreicht wird, darf auch dazu verwendet werden, die eigene Außendarstellung positiv zu unterstreichen.

Handlungsempfehlung



Knappes Handout für die Versicherten, in dem das Compliance-Konzept erläutert wird.

Regelmäßige Wiederholung

Alle Compliance-Maßnahmen bedürfen von Zeit zur Zeit der Wiederholung. Das gilt nicht nur für regelmäßige Schulungen. Sondern es gilt insbesondere auch für die Risikoanalyse und die sich daraus ableitenden Maßnahmen. Natürlich ist der Aufwand bei einer Wiederholung der Risikoanalyse deutlich geringer. Im zweiten und jedem folgenden Durchlauf geht es nur noch darum, Veränderungen zu bewerten. Denn durch neue gesetzliche Anforderungen, durch geänderte Richtlinien des G-BA usw. kann sich das Erfordernis ergeben, eigene Handlungsabläufe anzupassen. Im jährlichen Abstand sollte daher geschaut werden, ob bzw. wo es Änderungen gegeben hat. Erforderliche Anpassungen sollten vorgenommen werden. Auch die Wiederholungen sollten fortlaufend dokumentiert werden.

Handlungsempfehlung



Regelmäßige Wiederholung der Risikoanalyse.

Und zu guter Letzt ein Hinweis zum Versicherungsschutz:

Tipp:

Trotz aller Compliance-Maßnahmen kann nicht ausgeschlossen werden, dass es zu Ermittlungsverfahren kommt. Es kann schon reichen, dass gegen einen Kooperationspartner ermittelt wird und man deswegen eine Durchsuchung der eigenen Räumlichkeiten erdulden muss. Wenn man in eine solche Situation gelangt, ist es hilfreich, sich auf erfahrene Strafverteidigerinnen oder Strafverteidiger verlassen zu können. Deren Leistungen sind von einer privaten Rechtsschutzversicherung gar nicht oder nur teilweise gedeckt. Es empfiehlt sich daher, über eine auf den Gesundheitsmarkt spezialisierte Versicherungsmaklerin bzw. einen spezialisierten Versicherungsmakler eine Strafrechtsschutzversicherung für das Unternehmen bzw. die Einrichtung abzuschließen.

§ 5 BRV-SAPV

Versorgungskonzept

Grundsätzliche zum Versorgungskonzept

Die Einzelheiten zu einem Versorgungskonzept sind in § 5 des BRV-SAPV geregelt. Das SAPV-Team versorgt auf der Grundlage eines verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Versorgungskonzeptes. Das Versorgungskonzept ist den vertragsschließenden Krankenkassen vor Vertragsschluss zur Verfügung zu stellen.

Fragen

Welche Aspekte müssen im Versorgungskonzept beschrieben werden?

- Standort des SAPV-Teams
- Veröffentlichung der Kontaktdaten und Darstellung der Erreichbarkeit für die Öffentlichkeit
- Versorgungsgebiet
- Fallzahleinschätzung
- Grundsätze und Teilprozesse der Versorgung (Versorgungsprozess, § 9 BRV-SAPV)
- Mitglieder des SAPV-Teams
- Sicherstellung der 24-Stunden Rufbereitschaft an jedem Tag der Woche
- Personelle Zuständig- und Verantwortlichkeiten im SAPV-Team (u.a. Weisungsbefugnisse, Weisungsgewandtheit)
- Administrative Struktur
- Schutz- und Compliance-Konzept
- Erfüllung der strukturellen und sächlichen Anforderungen gem. § 6 BRV-SAPV
- Beschreibung der regionalen Netzwerkstrukturen sowie der Art und Weise der Einbindung der Netzwerkpartner des SAPV-Teams (insbesondere zur frühzeitigen Einbindung eines ambulanten Hospizdienstes sowie niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, von Pflegediensten, Apotheken, Sanitätshäusern, ggf. einer ambulanten Krebsberatungsstelle nach § 65e SGB V)
- Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im SAPV-Team gem. § 7 BRV-SAPV
- Darstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln unter Maßgabe der regulären Verfügbarkeit von Verordnungsblättern (Rezepten) gem. § 10 BRV-SAPV

- Durchführung des Assessments gem. § 11 Abs. 4 BRV-SAPV
- Dokumentationssystem gem. § 13 BRV-SAPV
- Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 14 BRV-SAPV

Praxistipps

Versorgungsgebiet

- Bei der Auswahl des Versorgungsgebietes sollte der Aspekt der flächendeckenden Versorgung mit SAPV mitberücksichtigt werden, d.h. ländliche Regionen sollten nach Möglichkeit gleichermaßen wie städtische Regionen in das Versorgungsgebiet des einzelnen SAPV-Teams einbezogen werden. Der Standort des SAPV-Teams sollte zentral und wohnortnah im Versorgungsgebiet liegen. Aufgrund der vulnerablen Patientengruppe ist eine Hilfsfrist zur Anfahrt in Krisensituationen von max. einer Stunde vom Standort des SAPV-Teams aus empfehlenswert.
- Im Konzept werden die Gemeinden und Städte benannt, in denen das SAPV-Team die Sicherstellung der Versorgung für die Versicherten der Vertrag schließenden Kassen übernimmt. Es empfiehlt sich, einen kartografischen Ausschnitt der genannten und zur Versorgung vorgesehenen Region hinzuzufügen.
- Bereits gewachsene Strukturen im Hinblick auf Versorgungsleistungen, die über das vereinbarte Versorgungsgebiet hinausgehen, sollten ebenfalls berücksichtigt werden.
- Konditionen in Gebieten, die schwer erreichbar oder sehr dünn besiedelt sind, sollten mit den Kostenträgern (möglichst vorab) geklärt werden. Dergleichen gilt für die Rahmenbedingungen und das Vorgehen in Gebieten, die im Rahmen des Fachkräfte- und Ärztemangels nicht oder nur schwer mit Leistungen der SAPV versorgt werden können.

Fallzahleinschätzung

- Der Bedarf an SAPV kann in einzelnen Regionen durch die Anzahl und Art der Versorgungsverläufe (z.B. die Anzahl durchgängiger oder intermittierender Verläufe) unterschiedlich sein.
- In Anlehnung an die allgemein akzeptierten Anhaltszahlen (s. GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Gesetzentwurf, Bundesdrucksache 16/3100, 24.10.2006, S. 145) ist davon auszugehen, dass in einem Versorgungsgebiet mit ca. 250.000 Einwohnerinnen und Einwohnern mit etwa 250 betroffenen Patientinnen und Patienten pro Jahr zu rechnen ist. Diese Zahl kann zur Orientierung herangezogen werden. Sie ersetzt jedoch nicht die individuelle Überprüfung des regionalen Bedarfs. Mitentscheidend sind z.B. die Altersstruktur der Region, die demografische Entwicklung, die epidemiologisch relevanten Erkrankungen (z.B. onkologische, kardiale oder respiratorische Erkrankungen) und die regionale Siedlungs- und Angebotsstruktur sowie die daraus resultierenden Rahmenbedingungen.
- Auch der Versichertenanteil der teilnehmenden Kassen in der jeweiligen Region ist bei der Fallzahleinschätzung einzubeziehen.

Sicherstellung der 24-Stunden-Rufbereitschaft

Im Konzept sollte berücksichtigt werden, wie die Rufbereitschaft durch die Berufsgruppen Palliativmedizinerin/Palliativmediziner und Palliativpflegefachperson 24 Stunden im Jahr sichergestellt werden kann. Gesetzliche Vorgaben bzgl. der Vergütung von Rufbereitschaften und der Einhaltung von Ruhezeiten, insbesondere wenn in ihr eine Arbeitsaufnahme erfolgt ist, sind hierbei zu beachten. Die Planung der Rufbereitschaft ist Teil des Dienstplanes.

Weisungsbefugnisse im SAPV-Team

- Im Versorgungskonzept sind Festlegungen zur Weisungsbefugnis zu treffen. Dem Arbeitgeber (SAPV-Träger) steht z.B. gegenüber seinen Mitarbeitenden ein Weisungsrecht zu. Er kann einseitig bestimmte Vorgaben machen, die das einzelne Teammitglied befolgen muss – vorausgesetzt der Anweisungsgebende bewegt sich im Rahmen seines Weisungsrechts. Das fachliche Weisungsrecht betrifft die Art und Weise der Aufgabenerfüllung der einzelnen Mitarbeitenden.
- Die eingesetzten Mitarbeitenden in der Patientenversorgung sollten, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, der direkten fachlichen Weisung der jeweiligen berufsfachlichen Leitung (Ärztliche Leitung, Pflegerische Leitung) unterstehen.
- Sinnvoll ist es auch, z.B. mit dem Verordner der SAPV und dem Pflegedienst die Zusammenarbeit in Kooperationsvereinbarungen zu regeln, da das SAPV-Team dem an der Versorgung der Patientin oder des Patienten beteiligten Pflegedienst nicht zwangsläufig weisungsbefugt ist.

Administrative Struktur

Die administrative Struktur, die hier beschrieben werden soll, betrifft die Koordination und Erfüllung der Büroaktivitäten und -vorgänge, um die Effizienz und Einhaltung der Unternehmensrichtlinien sicherzustellen. Dazu zählen z. B. das wechselseitige Zuarbeiten und Beaufsichtigen des Verwaltungspersonals und Aufteilen der Verantwortlichkeiten für eine optimale Leistung. Auch das Überwachen des Büromaterialbestands und Aufgeben von Bestellungen nach Bedarf sowie das Verordnungsmanagement gehören dazu.

§ 6 BRV-SAPV

Strukturelle und sächliche Anforderungen an das SAPV-Team

Grundsätzliche strukturelle und sächliche Anforderungen

Die strukturellen und sächlichen Anforderungen sind in § 6 des BRV-SAPV geregelt. Das SAPV-Team ist Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Es arbeitet mit den an der Versorgung beteiligten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (nach Möglichkeit insbesondere mit der behandelnden Hausärztin bzw. dem behandelnden Hausarzt) sowie weiteren Leistungserbringern eng im Sinne eines integrativen Ansatzes zusammen.

Mit regelhaft an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern der anderweitigen Versorgungsformen (Netzwerkpartner) sind Vereinbarungen zur Zusammenarbeit schriftlich abzuschließen und den Krankenkassen vor Abschluss des Versorgungsvertrages vorzulegen.

Das SAPV-Team arbeitet mit allen in seinem Versorgungsgebiet tätigen ambulanten Hospizdiensten integrativ zusammen.

Das SAPV-Team hat zudem die Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln für den Notfall auch durch Netzwerkkooperationen mit zugelassenen Leistungserbringern der Krankenkassen sicherzustellen. Zur Unterstützung der Sicherstellung der Arzneimittelversorgung kooperiert das SAPV-Team mit mindestens einer Apotheke. Die Kooperation zwischen SAPV-Team und Apotheke regelt die vorrätige Verfügbarkeit einzelner Medikamente und die Verkehrswege. Die Netzwerkkooperation zwischen SAPV-Team und Apotheke ist schriftlich zu vereinbaren und gegenüber den Krankenkassen vor Abschluss des Versorgungsvertrages nachzuweisen. Das Recht der Versicherten auf freie Apothekenwahl darf durch die Netzwerkkooperation zwischen SAPV-Team und Apotheke nicht eingeschränkt werden.



Abb. 9) Vernetzung und Kooperation: Regional kooperativ-vernetzte Versorgungsstruktur

Das SAPV-Team hat als Mindestanforderung an die sachliche Ausstattung folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen (§ 6 Abs. 4 und 6 BRV-SAPV):

- geeignetes Dokumentationssystem,
- Notfallvorrat an Betäubungsmitteln für den unvorhersehbaren, dringenden und kurzfristigen Bedarf der Versicherten nach §§ 5c i.V.m. 5d Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV),
- BtM-Schrank für die Aufbewahrung von Betäubungsmitteln (vgl. § 15 BtMG), (Einzelheiten sind geregelt in den Richtlinien über Maßnahmen zur Sicherung von Betäubungsmittelvorräten im Krankenhausbereich, in öffentlichen Apotheken, Arztpraxen, Einrichtungen der SAPV sowie Alten- und Pflegeheimen.),
- Arzt- bzw. Pflegekoffer bzw. Bereitschaftstaschen (ausreichende Ausstattung für die Notfall- und Krisenintervention unter Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z.B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen),
- geeignete Mobilitätsausstattung mit für die SAPV notwendigen Fahrzeugen,
- geeignete administrative Infrastruktur (z.B. Büro, Kommunikationstechnik),
- eigenständige Adresse sowie geeignete Räumlichkeiten in dem in den Versorgungsverträgen vereinbarten Versorgungsgebiet für
 - die Beratung von Versicherten und Zugehörigen, Pflegefachkräften und Ärztinnen und Ärzten,
 - die Arbeit der SAPV-Team-Mitglieder einschließlich Teamsitzungen, Besprechungen sowie Telefonie, Dokumentation und Administration,
 - die sachgerechte Lagerhaltung von Medikamenten für Notfall- und Krisenintervention und Hilfsmitteln.

Fragen

Wie wird die vernetzte Zusammenarbeit in der Praxis gestaltet?

SAPV ist eine Komplexleistung. Die Arbeitsweise des SAPV-Teams beschränkt sich nicht nur auf unmittelbare medizinisch-pflegerische Leistungen für die Patientin und den Patienten, sondern erstreckt sich auch auf die fortlaufende Behandlungs- und Versorgungsabstimmung mit anderen an der Versorgung Beteiligten.

Diese Aufgabe wird, bezogen auf die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten, durch die Koordinationsleistung der SAPV (vgl. § 9 Abs. 6 i.V.m. § 5 Abs. 2 SAPV-RL) erfüllt. Zum anderen ist das SAPV-Team verpflichtet, über die verordnende (Haus-)Ärztin oder den verordneten (Haus-)Arzt hinaus mit regelhaft an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern – unabhängig von der Versorgung im Einzelfall – verbindliche Kooperationsbeziehungen zu gestalten. Dazu gehören schriftliche Kooperationsvereinbarungen über die Formen der Zusammenarbeit, die Gestaltung der erforderlichen Informationswege in der Versorgung, die Einbindung in Fallbesprechungen und in die Qualitätssicherung.

Netzwerkpartner sind z.B. ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Heilmittelerbringer, ggf. auch stationäre Hospize und andere. Unabdingbar ist eine schriftliche Vereinbarung mit mindestens einer Apotheke und einem Hilfsmittelversorger, um die zeitnahe Versorgung mit Medikamenten und Hilfsmitteln zu gewährleisten. Um die enge Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten gemäß § 37 b SGB V zu gewährleisten, wurden hierzu die Vorgaben in § 6 Abs. 3 BRV-SAPV präzisiert.

Wie arbeitet das SAPV-Team mit einem ambulanten Hospizdienst zusammen?

Die ambulanten Hospizdienste sind sog. Netzwerkpartner, d.h. regelhaft an der Versorgung beteiligte Leistungserbringer der anderweitigen Versorgungsformen (vgl. § 6 Abs. 2 S. 1 BRV-SAPV). Mit diesen sind Vereinbarungen zur Zusammenarbeit schriftlich abzuschließen und den Krankenkassen vor dem Abschluss der Versorgungsverträge nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V vorzulegen.

In § 6 Abs. 3 BRV-SAPV ist die Zusammenarbeit mit dem ambulanten Hospizdienst geregelt:

Das SAPV-Team arbeitet mit allen in seinem Versorgungsgebiet tätigen ambulanten Hospizdiensten integrativ zusammen, insbesondere zur Einbindung von deren Ehrenamtlichen. Integrativer Ansatz bedeutet eine gemeinsame Versorgungseinheit über die Zusammenarbeit im Einzelfall hinaus. Mit einem oder mehreren Hospizdiensten, die die strukturellen Voraussetzungen gem. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 SGB V erfüllen, ist die Zusammenarbeit schriftlich zu vereinbaren und gegenüber den Kran-

kenkassen vor dem Abschluss des Versorgungsvertrages nachzuweisen. Kommt mit keinem der im Versorgungsgebiet tätigen ambulanten Hospizdiensten eine Zusammenarbeit zustande, hat das SAPV-Team bei Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V und danach alle zwei Jahre seine Bemühungen um eine Kooperation darzulegen (z.B. durch Dokumentation der Gesprächsangebote, schriftliche Bestätigung durch den ambulanten Hospizdienst) und die Einbindung einer anderen ehrenamtlichen Struktur (z.B. Hospizinitiativen, Sitzwachengruppen, Trauergruppen, organisierte Nachbarschaftshilfe) nachzuweisen.

Hospizdienste/Ehrenamt – Hintergrund

„Seit Beginn der modernen Hospizbewegung (Cicely Saunders 1967 St. Christopher's Hospice, London) sind ehrenamtliche Mitarbeiter essenzieller Bestandteil der Hospiz- und Palliativbewegung. So ist auch in Deutschland die Hospizbewegung als Bürgerbewegung seit den 1980er Jahren entstanden.

Die Aufgaben, die ehrenamtliche Mitarbeiter übernehmen, sind sehr variabel und unterscheiden sich auch zwischen Ländern innerhalb eines Landes, auch zwischen den Orten der Versorgung und den einzelnen betreuten Familien. Generell lassen sich patientennahe und patientenferne Aufgaben unterscheiden. Bei den patientennahen gibt es vor allem praktische Unterstützung (dabei sein, kleine Erledigungen, Alltagsgespräche, Sitzwachen etc.) sowie emotionale und spirituelle Unterstützung für Patienten und Angehörige. Auf der organisatorischen Ebene sind vielfältige Aktivitäten zu nennen, wie z.B. Telefondienst, Garten versorgen, Spendenakquise oder Fahrdienste. Solche Aufgaben werden von ehrenamtlichen Mitarbeitern an jeglichen Versorgungsorten – ob zu Hause, im Krankenhaus, im

Hospiz oder im Pflegeheim –, im Kontext der allgemeinen sowie der spezialisierten Palliativversorgung und auch über den Tod hinaus, d.h. in der Trauerphase, übernommen.

Essentiell festzuhalten ist, dass derartige ehrenamtliche Tätigkeiten keinen Ersatz für hauptamtliche Dienste darstellen, sondern diese die hauptamtlichen Versorgungsangebote sinnvoll ergänzen. Dies betont eine neulich erschienene systematische Übersichtsarbeit von qualitativen Studien zur Rolle der ehrenamtlichen Mitarbeiter. Demnach übernehmen ehrenamtliche Helfer eine eigene Rolle sozialer Natur als Mediatoren zwischen Patienten und Betreuungsteam. Vorteil einer derartigen heterogenen Aufgabenbeschreibung ist eine flexible Anpassung an die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen.“

Aus: Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernr.: 128/001OL, Kap. 5.5.6, S. 96.

Praxistipps

Zusammenarbeit von SAPV-Team und ambulantem Hospizdienst

- Möglichkeiten, um die im Versorgungsgebiet tätigen Hospizdienste festzustellen, wären beispielsweise der „Wegweiser Hospiz-Palliativmedizin“ oder (soweit vorhanden) Netzwerkstrukturen nach § 39d SGB V.
- Die Bedeutung der Hospizdienste besteht insbesondere auch darin, eine Konstante durch alle Versorgungsebenen (Palliative Basisversorgung, Allgemeine und Spezialisierte Palliativversorgung) darzustellen. Dies ermöglicht beispielsweise, unter SAPV-stabilisierte Patientinnen und Patienten in der AAPV weiter zu begleiten.
- In der Praxis ist von besonderer Relevanz, die Überschneidungen der Nennung der Leistungsprofile (Aufnahmeassessment, palliative und soziale Beratung) genauso im Blick zu haben wie die komplementären Leistungen (ambulante Hospizdienste: ehrenamtliche Sterbebegleitung und ihre Koordination sowie Trauerbegleitung; SAPV-Teams: medizinisch-pflegerische Versorgung, psychosoziale Leistungen, Koordination der Versorgung, Rufbereitschaft und Krisenintervention).
- Im ersten Bereich muss dafür Sorge getragen werden, dass keine unterschiedlichen Botschaften kommuniziert werden, im zweiten Bereich müssen die Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern geklärt werden. Die abgestimmte Zusammenarbeit zwischen SAPV-Team und ambulantem Hospizdienst ist nicht nur erforderlich im Hinblick auf die ehrenamtliche Sterbebegleitung nach § 39a Abs. 2 S. 8 SGB V i.V.m. § 2 Abs. 4 der BRV zur ambulanten Hospizarbeit, sondern auch hinsichtlich der weiteren Aufgaben der ambulanten Hospizdienste. Hier geht es zum einen um die palliativpflegerische Beratung (§ 2 Abs. 1 S. 1 BRV i.V.m. § 39a Abs. 2 S. 4 SGB V), weitere Aufgaben gem. § 2 Abs. 2 und insbesondere um die Obliegenheiten der jeweiligen Fachkraft. Daher hat die über den Einzelfall hinaus geregelte Zusammenarbeit auch die wichtige Funktion, die erforderlichen Leistungen abgestimmt zu erbringen und im Falle der gemeinsamen Versorgung einer Patientin oder eines Patienten durch SAPV und ambulanten Hospizdienst Zielkonflikte und Kommunikationsstörungen und -verwerfungen zu vermeiden.
- Ohne Kooperationsvereinbarung ist das Risiko von Qualitätsdefiziten deutlich höher als mit einer Vereinbarung. Ohne Kooperationsvereinbarung steigt zudem für beide Seiten der Abstimmungsaufwand im konkreten Versorgungsfall, da nicht auf grundlegende Regelungen und Vereinbarungen Bezug genommen werden kann.
- Die kontinuierliche Vernetzungsarbeit des SAPV-Teams ist bei der Versorgungskapazität zu berücksichtigen. Sie kann durch einschlägige Fort- und Weiterbildung, z. B. aus dem Bereich des Case-Managements, unterstützt werden. Psychosoziale Fachkräfte können diese Koordinierungs- und Vernetzungsarbeit aufgrund ihrer beruflichen Qualifikationen übernehmen.

§ 7 BRV-SAPV

Personelle Anforderungen

Grundsätzliche personelle Anforderungen

Die personellen Anforderungen des SAPV-Teams sind in § 7 des BRV-SAPV geregelt. Es ist durch den Träger des SAPV-Teams sicherzustellen, dass das für die SAPV-Leistungserbringung zu jeder Zeit erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht. Mindestens eine für die SAPV qualifizierte Ärztin oder ein qualifizierter Arzt nach Abs. 3 BRV-SAPV und eine qualifizierte Pflegefachperson nach Abs. 4 BRV-SAPV sind verpflichtet, sich außerhalb der regulären Arbeitszeit des SAPV-Teams an einem selbst bestimmten Ort auf Abruf zur Arbeit bereitzuhalten (Rufbereitschaft). Dabei muss auch gewährleistet sein, dass durch diese SAPV-Teammitglieder während der Rufbereitschaft unverzüglich die Arbeit aufgenommen werden kann. Die Rufbereitschaft schließt notwendige Hausbesuche mit ein.

Die Anforderungen an die jeweiligen berufsfachlichen Qualifikationen und Kompetenzen der SAPV-Teammitglieder (Palliativärztinnen und Palliativärzte sowie Palliativpflegefachpersonen) sind im § 7 BRV-SAPV beschrieben.

Fragen

Können Mitarbeitende im SAPV-Team ohne die im § 7 des BRV-SAPV geforderte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin oder den Abschluss einer Palliative-Care-Fort- bzw. Weiterbildungsmaßnahme zur Leistungserbringung eingesetzt werden?

Nein, Mitarbeitende ohne diese geforderten Qualifikationen können keine abrechenbaren Leistungen in der SAPV erbringen.

Können Mitarbeitende im SAPV-Team ohne die im § 7 des BRV-SAPV palliativmedizinisch/palliativpflegefachlich geforderten berufspraktischen Erfahrungen zur Leistungserbringung eingesetzt werden?

In den unmittelbaren Versorgungsverträgen § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V können diesbezüglich Übergangsregelungen vorgesehen werden. Ärztinnen oder Ärzte, die die

berufspraktische Erfahrung nach § 7 Abs. 3 BRV-SAPV, bzw. Pflegefachpersonen, die die berufspraktische Erfahrung nach § 7 Abs. 4 BRV-SAPV nicht vollständig erfüllen, können diese Erfahrung auch im Rahmen der SAPV erwerben. Voraussetzung dazu ist, dass im SAPV-Team insgesamt ausreichende Erfahrung zur SAPV vorliegt. Die berufspraktische Erfahrung muss dann innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit im SAPV-Team abgeschlossen sein. Die Bestätigung hierüber ist den vertragsschließenden Krankenkassen gemäß § 4 Abs. 5 BRV-SAPV schriftlich einzureichen.

Gelten für den Einsatz von Mitarbeitenden einer Zeitarbeitsfirma die gleichen Qualifikationsanforderungen bzw. die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 4 und 5 BRV-SAPV (wöchentliche Mindestarbeitszeit)?

Ja, die Qualifikationsanforderungen gelten für alle Mitarbeitenden, die abrechenbare Leistungen der SAPV erbringen.

Können Mitarbeitende in der Administration beschäftigt werden?

Dies ist nicht ausgeschlossen (für Bürotätigkeiten, z. B. zur Abrechnung).

Praxistipps

- Mitarbeitende im SAPV-Team, die die im § 7 des BRV-SAPV geforderte palliativ-berufspraktische Erfahrung zur Leistungserbringung noch nicht erfüllen, sollten supervidiert begleitet werden.
- In den SAPV-Teams kann es sinnvoll sein, medizinische Fachangestellte zur Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen zu beschäftigen

Anzeigepflichten/Mitteilungspflichten

Grundsätzliche Anzeige- und Mitteilungspflichten

Die Anzeigepflichten bzw. Mitteilungspflichten des SAPV-Teams sind in § 8 des BRV-SAPV geregelt. Alle wesentlichen Änderungen sind durch das SAPV-Team unverzüglich schriftlich mitzuteilen, sobald sie dem SAPV-Team bekannt sind und die vertragsgemäße Durchführung des SAPV-Vertrages nach § 132d SGB V sowie dessen Fortbestand berühren.

Fragen

Was soll insbesondere den Krankenkassen mitgeteilt werden?

- die Unterschreitung der personellen Anforderungen an das SAPV-Kernteam gemäß § 3 BRV-SAPV
- das Eintreten und Ausscheiden von qualifizierten Ärztinnen und Ärzten sowie von qualifizierten Pflegefachkräften gemäß § 7 BRV-SAPV im Rahmen des SAPV-Teams
- Änderungen der betrieblichen bzw. organisatorischen Gegebenheiten: Änderung der Adressdaten, der Fax- und Telefondaten sowie der E-Mailadressen
- der Abschluss, die Kündigung bzw. Änderungen von Netzwerkk Kooperationen
- jede Änderung der Trägerschaft oder Betriebsinhaberschaft bzw. bei einem Gesellschafterwechsel oder Wechsel der Geschäftsführung sowie der Rechtsform des SAPV-Teams
- der Umstand, dass ein Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gegen das SAPV-Team (Träger des SAPV-Teams oder Träger weiterer vertraglich gebundener Mitglieder des SAPV-Teams (§ 3 BRV-SAPV) gestellt wurde
- eingeleitete strafrechtliche Ermittlungsverfahren gegen eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter des SAPV-Teams, soweit sie im Zusammenhang mit der Vertrags-

erfüllung stehen, und soweit sie dem SAPV-Team bekannt sind

- strafrechtliche Ermittlungen gegen das SAPV-Team oder dessen Träger

Gilt die Mitteilungspflicht gegenüber allen Krankenkassen?

Sie gilt gegenüber den vertragsschließenden Krankenkassen des SAPV-Vertrages nach § 132d SGB V. Diese Krankenkassen sind berechtigt, bei Änderungen zum Nachweis der organisatorischen und/oder personellen Voraussetzungen die Vorlage von erforderlichen Unterlagen zu verlangen.

Welche Konsequenz hat es, wenn der Beginn und/oder das Ende der Tätigkeit von SAPV-Team-Mitgliedern den Krankenkassen nicht vertragskonform mitgeteilt werden?

Die Krankenkassen können geeignete Maßnahmen nach § 20 BRV-SAPV (Maßnahmen bei Vertragsverstößen) treffen.

Praxistipps

Es empfiehlt sich, den Eingang der Anzeige bzw. Mitteilung von der Krankenkasse bestätigen zu lassen.

§ 9 BRV-SAPV

Inhalt und Umfang der SAPV

Grundsätzliches zu Inhalt und Umfang der SAPV

Der Inhalt und der Umfang der SAPV ist in § 9 des BRV-SAPV geregelt. Das SAPV-Team erbringt im Rahmen der SAPV grundsätzlich ergänzende Leistungen. Die anderweitigen Versorgungsformen sind davon nicht berührt und werden durch die vertragsärztliche Versorgung sowie die Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V bzw. die pflegerische Versorgung nach dem SGB XI im Sinne einer Netzwerkkooperation mit dem SAPV-Team fortgesetzt.

Soweit die allgemeine Palliativversorgung im Rahmen der anderweitigen Versorgungsformen (z. B. vertragsärztliche Versorgung, Versorgung durch Pflegedienst) ausreichend ist, darf SAPV nicht weiter erbracht werden. Die alleinige Notwendigkeit einer 24-Stunden-Rufbereitschaft begründet keinen Anspruch auf Leistungen der SAPV. Eine alleinige Rufbereitschaftsleistung ist also nicht möglich. Die Krankenkasse ist unverzüglich schriftlich zu informieren, sobald die anderweitigen Versorgungsformen als ausreichend angesehen werden.

Im § 9 Abs. 6 BRV-SAPV werden die Leistungen der SAPV über die SAPV-Richtlinie hinaus präzisiert. Dort werden die Anforderungen an die SAPV-Beratungsleistung, die SAPV-Koordinationsleistung, die additiv unterstützende SAPV-Teilversorgung und die vollständige Versorgung beschrieben und diese Leistungen untereinander in Beziehung gesetzt. Die Leistungen bauen stufenweise aufeinander auf. So kann die Beratungsleistung als alleinige Leistung erfolgen, sie ist aber auch Teil der drei anderen Leistungsarten. Die Koordinationsleistung kann ohne die eigentlichen Versorgungsleistungen erfolgen und erfordert nicht die Vorhaltung der Rufbereitschaft. Die Koordinationsleistung ist aber immer Bestandteil der additiv unterstützten Teilversorgung und der vollständigen Versorgung. Zu den Leistungen der additiv unterstützten Teilversorgung und der vollständigen Versorgung gehört immer die Rufbereitschaft.

Fragen

Welche Leistungen können durch das SAPV-Team erbracht werden?

Die SAPV-Leistungen richten sich nach dem individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten und der Verordnung der/des niedergelassenen Haus- oder Fachärztin/-arztes bzw. der/des Krankenhausärztin/-arztes. Die Leistungen der SAPV können als Beratungsleistung, Koordinationsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Versorgung durch das SAPV-Team erbracht werden. Die nähere Beschreibung der SAPV-Leistungen finden sich in § 9 Abs. 6 des BRV-SAPV.

Praxistipps

- Bezugspersonen sollten nach Wunsch der Patientinnen und Patienten sowie deren Einverständnis in die Versorgung miteinbezogen werden.
- Der notwendige Informationsaustausch unter den Beteiligten bzw. die Abstimmung des Behandlungsplanes ist vom SAPV-Team aktiv zu fördern. Verordner sollten regelmäßig über den Verlauf informiert werden.

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

Grundsätzliches zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Veranlassung von diagnostischen Laboruntersuchungen

Die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und die Veranlassung von diagnostischen Laboruntersuchungen innerhalb der SAPV ist in § 10 des BRV-SAPV beschrieben. Das SAPV-Team gewährleistet mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln die Ziele der SAPV-Versorgung. Die im SAPV-Team tätigen qualifizierten Ärztinnen und Ärzte gemäß § 7 Abs. 3 sind berechtigt, im Rahmen ihrer SAPV-Teamtätig-

keit für die Patientinnen und Patienten verordnungsfähige Arznei-, Heil- und Hilfsmittel zulasten der Krankenkassen zu verordnen. Dieses Verordnungsrecht ist beschränkt auf die im Rahmen der SAPV erforderlichen Arznei-, Heil-, und Hilfsmittel, die über die Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung und Versorgung hinaus erforderlich sind, um die Ziele der SAPV zu erreichen. Andere Verordnungen sind ausgeschlossen. Die Verordnung erfolgt auf den für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Verordnungsvordrucken und gemäß den geltenden Richtlinien des G-BA. Dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.

Fragen

Wo finde ich die Richtlinien für Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln?

Richtlinie	Quelle	Formular	Verordnungsbeschränkung
Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (AM-RL)	<u>G-BA</u>	Muster 16	lediglich für die über die vertragsärztliche Behandlung und Versorgung hinausgehenden notwendigen Verordnungen, um die SAPV-Ziele erreichen zu können
Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL)	<u>G-BA</u>	Muster 30	
Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HilfsM-RL)	<u>G-BA</u>	Muster 16 Für Pflegehilfsmittel ist keine ärztliche Verordnung notwendig, dafür aber ein anerkannter Pflegegrad sowie ein Antrag bei der Pflegekasse.	

Abb. 10) Verordnungsrichtlinien für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Was passiert mit den in der SAPV nicht verordnungsfähigen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die nicht dem Ziel der SAPV dienen?

Diese sind über die entsprechenden Leistungserbringer (z. B. Hausärztin oder Hausarzt, Fachärztin oder Facharzt, Pflegedienst) zu veranlassen.

Können ärztliche Teammitglieder des SAPV-Teams Fertigarzneimittels außerhalb des durch die Arzneimittelbehörden zugelassenen Gebrauchs verordnen (Off-Label-Use)?

Das SAPV-Team kann Off-Label-Medikamente verordnen, z. B. Dronabinol, unter vorheriger Beantragung beim Kostenträger. Hier gelten die gleichen Anforderungen wie für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

Praxistipps

Bei der Verordnung von vielen Off-Label-Medikamenten, wie z. B. Dronabinol, ist immer vor der Medikamenten-Verordnung ein Antrag beim Kostenträger zu stellen, selbst wenn das Medikament bereits im Medikamentenplan z. B. einer entlassenden Klinik vorhanden ist. Auch dann ist für das SAPV-Team eine Genehmigung durch die Krankenkasse erforderlich.

Grundsätzliches zur Betriebsstättennummer des SAPV-Teams und der LANR

Auf den Verordnungen sind die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vergebene SAPV-spezifische Betriebsstättennummer (SAPV-BSNR) 74XXXXX63 sowie die Pseudo-Arzt-Nummer (LANR: 33333300) anzugeben. Diese Nummern dürfen nur für Verordnungen im Rahmen der SAPV auf Basis einer genehmigten oder im Rahmen der vorläufigen Kostenzusage übermittelten (vgl. § 12 Abs. 2 BRV-SAPV) SAPV-Verordnung verwendet werden. Auf Betäubungsmittel-Rezepten sind die SAPV-BSNR sowie die Pseudo-LANR anzugeben.

Fragen

Muss ich etwas tun, um die Pseudo-LANR als SAPV-Team nutzen zu können?

Sobald das SAPV-Team eine Betriebsstättennummer (SAPV-BSNR) erhalten hat, kann auch die Pseudo-LANR zur Verordnung bzw. Rezeptierung von für die SAPV notwendigen Materialien und Medikamenten genutzt werden.

Kann das SAPV-Team ein Rezept für den eigenen Sprechstundenbedarf ausstellen?

Dies ist nicht möglich. Verbrauchsmaterialien sind in die Aufwände der SAPV-Vergütung einzuberechnen.

Kann das SAPV-Team Transportscheine oder Krankenhauseinweisungen verordnen bzw. ausstellen?

Dies ist nicht möglich. In dringenden Notfällen ist eine Krankenhauseinweisung ohne entsprechende Formulare möglich.

Praxistipps

Teilweise werden Betriebsstättennummern über die vertragsgebenden Krankenkassen beantragt. Es empfiehlt sich daher, dort nachzufragen.

Grundsätzliches zur Veranlassung von diagnostischen Laboruntersuchungen

Eine Ärztin oder ein Arzt des SAPV-Teams darf im Einzelfall die zur Erreichung der Ziele der SAPV notwendigen Untersuchungen diagnostischer Laborparameter selbständig veranlassen, die nicht über niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte abgebildet werden können, weil die zeitliche Verzögerung das Patientenwohl gefährdet.

Damit sind folgende Laborparameter umfasst:

- kleines BB – Blutbild
- Elektrolyte – Calcium, Natrium, Kalium
- Leber – Bilirubin, gGT, (GPT, GOT) Albumin
- Niere – Creatinin, Harnstoff
- Orientierung – Blutgasanalyse
- Gerinnung – Quick, PTT
- Infekt – CRP

Fragen

Wie können diagnostische Laboruntersuchungen durch das SAPV-Team veranlasst werden?

Grundsätzlich sollten diagnostische Laborparameter, auch zur Einschätzung eines komplexen Symptomgeschehens, durch die jeweils SAPV-verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erfolgen. In manchen Situationen, z.B. an Wochenenden oder Feiertagen, in Krankheits- oder Urlaubszeiten, ist eine schnelle Verfügbarkeit von diagnostischen Laborparametern über die Arztpraxis eventuell nicht möglich. Um das Patientenwohl in diesen Ausnahmefällen nicht zu gefährden, kann das SAPV-Team eine Bestimmung der o.g. Laborwerte selbstständig veranlassen.

Wie werden diese Leistungen vergütet?

Die Aufwände und Laborkosten sind prospektiv in die SAPV-Vergütung miteinzurechnen.

Praxistipps

Es empfiehlt sich, eine Kooperationsvereinbarung mit einem Labor in der näheren Umgebung des SAPV-Stützpunktes zu treffen.

§ 11 BRV-SAPV

Verordnungsverfahren von SAPV

Grundsätzliches zum Verordnungsverfahren

Das Verordnungsverfahren der SAPV ist in § 11 des BRV-SAPV beschrieben. Die Verordnung der SAPV ist in der SAPV-Richtlinie des G-BA geregelt und wird von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt der Patientin oder des Patienten bzw. einer Krankenhausärztin oder eines Krankenhausarztes auf dem Formular 63 verordnet. Die Verordnung von Krankenhausärztinnen und -ärzten ist nur für längstens sieben Tage möglich. Die Indikation zur SAPV (SAPV-RL G-BA) muss auf der Verordnung nachvollziehbar dargestellt sein.

Die Verordnung muss dem SAPV-Team vor dem Versorgungsbeginn vorliegen. Rückwirkende Verordnungen sind nicht zulässig. Maßgeblich ist das Verordnungsdatum.

Die SAPV kann als Beratung, Koordination, additive Teilversorgung oder Vollversorgung verordnet werden (§ 9 BRV-SAPV). Die Verordnung kann für Koordination, additive Teilversorgung oder Vollversorgung intermittierend oder durchgängig erfolgen. Die ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung muss innerhalb von drei Werktagen ab Verordnungsdatum der Krankenkasse vorliegen. Zur ordnungsgemäß ausgefüllten Verordnung zählen die Vorder- und Rückseite.

Abb. 11) Indikation SAPV auf Formular 63

Abb. 12) Verordnungsdatum auf Formular 63

Abb. 13) SAPV-Verordnung Formular 63

Fragen

Was beinhaltet das Muster 63?

Das Muster 63 besteht aus einem grünen Blatt (Vorder- und Rückseite) sowie drei Durchschlägen (rosa und weiß, nur Vorderseite). Auf der Vorderseite des ersten Blatts sind die Angaben des/der verordnenden Ärztin/Arztes einzutragen. Auf der Rückseite wird die Unterschrift der Patientin oder des Patienten bzw. deren/dessen Vertretungsberechtigten und des SAPV-Teams benötigt.

Was ist eine Erstverordnung und was ist eine Folgeverordnung?

Um eine Erstverordnung handelt es sich, wenn SAPV bei der Patientin oder dem Patienten erstmalig verordnet wird. Folgeverordnungen setzen immer voraus, dass sie oder er bereits SAPV-Leistungen erhielt.

Ist die Versorgung mit SAPV lediglich auf der Basis der Notwendigkeit einer 24-stündigen Rufbereitschaft verordnungsfähig?

Die Rufbereitschaft „Rund um die Uhr“ als alleiniger Grund begründet keine Verordnung der SAPV.

Wo kann das Formular 63 bezogen werden?

Die Verordnungen zu SAPV (Muster 63) können im Kohlhammer-Verlag bestellt werden.

Praxistipps

Die Definition der Erst- und Folgeverordnung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der SAPV-Praxis variiert unter den verschiedenen Systemen:

- Im KV-System können pro Quartal drei SAPV-Verordnungen durch die einzelne Haus- oder Fachärztin bzw. den einzelnen Haus- oder Facharzt zur Abrechnung gebracht werden. (Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 abrechnungsfähig.)
- In der SAPV wird die Verordnung anhand der einzelnen Patientenversorgung definiert. Hier hat jede Patientin und jeder Patient unter Umständen nur einmal im Verlauf ihrer/seiner Krankheitsgeschichte eine Erstverordnung SAPV.

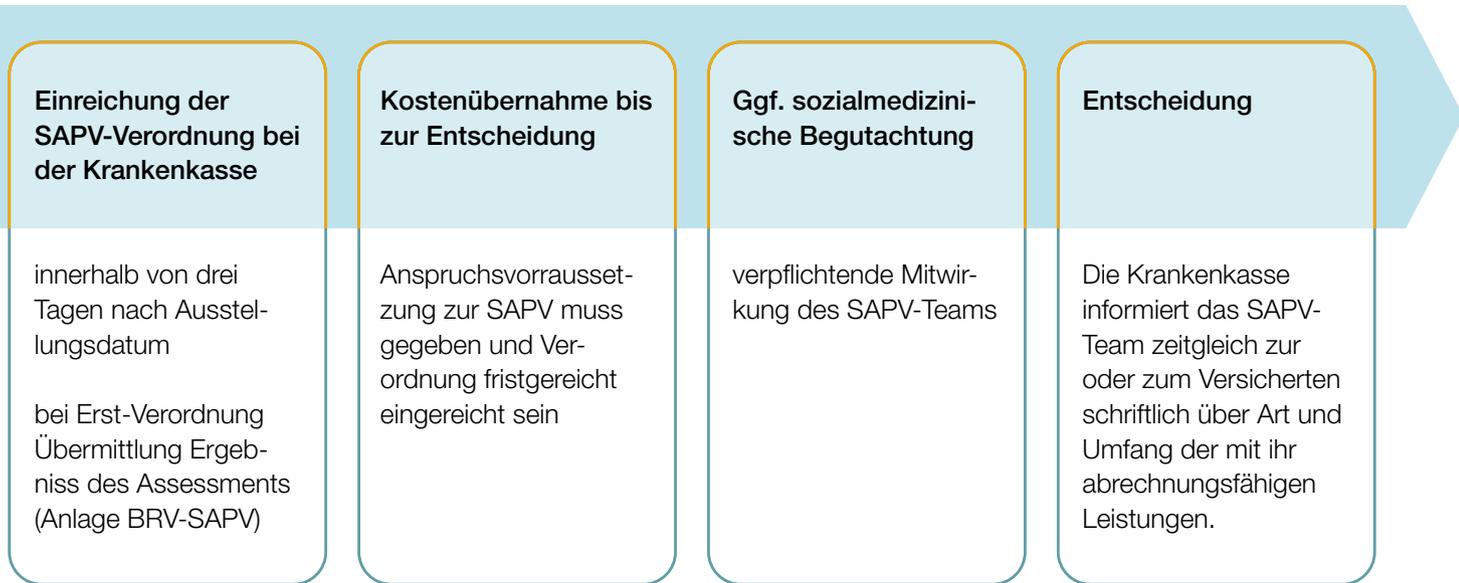
§ 12 BRV-SAPV

Genehmigungsverfahren von SAPV

Grundsätzliches zum Genehmigungsverfahren

Einzelheiten zum Genehmigungsverfahren der SAPV-Verordnung sind in § 12 des BRV-SAPV und der SAPV-RL G-BA geregelt.

Abb. 14) Genehmigungsverfahren der SAPV-Verordnung



Fragen

Was passiert, wenn die 3-Tagefrist zur Einreichung der Verordnung nicht eingehalten werden konnte?

Wenn die Verordnung nicht innerhalb der 3-Tagefrist eingereicht wird und die Anspruchsvoraussetzungen gemäß der SAPV-Richtlinie nicht vorliegen, werden die Kosten durch die Krankenkasse auch für bereits erbrachte Leistungen nicht übernommen. Ansonsten sind Kosten für genehmigte und vom SAPV-Team erbrachte Leistungen auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung ab Verordnungsbeginn durch die Krankenkasse zu tragen (vgl. § 12 Abs. 2 BRV-SAPV).

Was ist der Unterschied zwischen sozialmedizinischer Beratung und sozialmedizinischer Begutachtung?

- Sozialmedizinische Beratung:
Die Krankenkassen können, im notwendigen Umfang,
- Sozialmedizinische Begutachtung:
Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist und auch bei Widerspruchsverfahren, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen (§ 275 Abs. 1 SGB V). Der Medizinische Dienst hat eine Leitlinie zur Begutachtung der SAPV erstellt.
- Wenn sich die Voraussetzungen der SAPV eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden Unterlagen der

Patientin oder des Patienten ergeben, ist keine sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung der Krankenkasse notwendig.

Was ist ein MIMA-Verfahren?

Die Krankenkassen können bzw. müssen in gesetzlich definierten Fällen den Medizinischen Dienst (MD) im Rahmen einer sozialmedizinischen Begutachtung beauftragen, die medizinischen Fragen bzw. Fragen zur Indikation von SAPV zu beantworten.

Das Mitteilungsmanagement (MIMA) wird in der Praxis in der Art und Weise umgesetzt, dass die Anforderung der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Unterlagen beim SAPV-Team oder der verordnenden Ärztin oder dem verordneten Arzt durch die zuständige Krankenkasse der Patientin oder des Patienten erfolgt. Gleichzeitig erhält der MD per Datenaustausch die Versandinformation. Das SAPV-Team, bei dem die palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Unterlagen angefordert wurden, sendet diese auf dem Postweg direkt zum MD. Der MD informiert – ebenfalls per Datenaustausch – die zuständige Krankenkasse, sobald der Posteingang erfolgt ist.

Die Zuordnung der medizinischen Unterlagen kann durch den MD aufgrund der im Rahmen des Datenaustausches zur Verfügung gestellten Daten vorgenommen werden.

Praxistipps

Zur Beantwortung der Fragestellung benötigt der MD oftmals ergänzende Informationen und fordert dazu weitere Sozialdaten beim SAPV-Team an. Hierfür existieren meist standardisierte Fragebögen. Der Datenschutz zu beachten.



Hinweis zur Leistungsentscheidung

Der MD gibt lediglich eine sozialmedizinische Beurteilung/Stellungnahme ab. Die Leistungsentscheidung trifft stets die zuständige Krankenkasse.

§ 13 BRV-SAPV

Dokumentationssystem

Grundsätzliches zum Dokumentationssystem

Einzelheiten zum Dokumentationssystem sind in § 13 BRV-SAPV geregelt. Das SAPV-Team hat eine geeignete Dokumentation (papiergestützt oder elektronisch) sachgerecht und kontinuierlich zu führen (§ 13 Abs. 1 BRV-SAPV). Das Dokumentationssystem soll kompatibel zu den Dokumentationssystemen der weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer sein (§ 13 Abs. 2 BRV-SAPV).

Die Dokumentation wird regelmäßig vom SAPV-Team aktualisiert. Die versorgungsrelevante Dokumentation verbleibt bei der Versicherten oder bei dem Versicherten. Durch das

SAPV-Team ist sicherzustellen, dass andere an der medizinisch-pflegerischen Versorgung der oder des Versicherten Beteiligte (Vertragsärztin oder Vertragsarzt, Pflegedienst, Rettungsdienst etc.) unter datenschutzrechtlichen Bestimmungen Zugang zu den Informationen aus der Dokumentation haben (§ 13 Abs. 3 BRV-SAPV).

Für sämtliche SAPV-Leistungen wird eine einheitliche Dokumentationsgrundlage vereinbart. Es gibt unterschiedliche Kategorien der Dokumentation.

Fragen

Welche unterschiedlichen Kategorien zur Dokumentation gibt es?

Grund- und Stammdaten	Prozessbezogene Dokumentation	Bei der oder dem Versicherten zu verbleibende Unterlagen
<ul style="list-style-type: none"> - Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, telefonische Erreichbarkeit der oder des Versicherten - Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, telefonische Erreichbarkeit der gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters und/oder Bevollmächtigten und/oder wichtiger Bezugspersonen der oder des Versicherten - Name, Adresse, telefonische Erreichbarkeit der mit dem SAPV-Team kooperierenden Leistungserbringer der anderweitigen Versorgungsformen, z.B. Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte, Pflegedienste, Hospizdienste u.a. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ergebnisse der ärztlich durchgeführten körperlichen Untersuchung zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung sowie bei Bedarf im Verlauf - Ergebnisse der Erhebung der Pflegeanamnese zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung sowie bei Bedarf im Verlauf - Ergebnisse der Analyse der Selbsthilfefähigkeit zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung sowie bei Bedarf im Verlauf - Ergebnisse der ressourcenorientierten Analyse des privaten häuslichen Betreuungsumfeldes zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung sowie bei Bedarf im Verlauf 	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlungsplan und Behandlungshinweise inkl. Medikamentenplan mit Bedarfsmedikation - ergänzende Informationen zum Vorgehen in Notfallsituationen, zur Orientierung für den Zeitraum zwischen Notfall und Kontakt bzw. Eintreffen des SAPV-Teams (Notfallplan) - Unterlagen mit eindeutiger Nennung der Erreichbarkeitsdaten des SAPV-Teams - versorgungsrelevante Dokumentation nach Abs. 3

Grund- und Stammdaten	Prozessbezogene Dokumentation	Bei der oder dem Versicherten zu verbleibende Unterlagen
<ul style="list-style-type: none"> - versichertenbezogene Daten zur Beschreibung der Ausgangssituation zu Versorgungsbeginn (u.a. Behandlungsort, Medikation) - Angaben zu den für die SAPV relevanten Diagnosen und Symptomen - Angaben zur besonderen Komplexität und/oder zum besonderen Aufwand gemäß § 37b SGB V und SAPV-Richtlinie (Assessment) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ergebnisse der ausführlichen Anamnese inklusive ergänzender fremdanamnestischer Auskünfte bzgl. der Dimensionen medizinische, pflegerische und psychosoziale krankheitsassoziierte Belastetheit zum Zeitpunkt der SAPV-Erstverordnung sowie bei Bedarf im Verlauf - Ergebnisse der (fortlaufenden) multiprofessionellen Teambesprechungen und Fallbesprechungen mit Formulierung eines Behandlungsplanes - Bericht über die Ergebnisse der Ersterhebung und konsekutive Behandlungsmaßnahmen und -empfehlungen an die ggf. beteiligten Kooperationspartner des SAPV-Teams - Ergebnisse des fortlaufenden Monitorings der Belastetheit der oder des Versicherten im Behandlungsverlauf - Adaption und Fortschreibung des individuellen Behandlungsplanes - Adaption und Fortschreibung des individuellen Notfallplanes im Rahmen der SAPV 	

Abb. 15) Kategorien zur Dokumentation durch das SAPV-Team

Was fällt unter die „versorgungsrelevante Dokumentation“, die u.a. bei dem oder der Versicherten zu verbleiben hat?

Die versorgungsrelevante Dokumentation umfasst die für die Behandlung vor Ort notwendigen Informationen über Behandlungsmaßnahmen der SAPV, wie aktuell verordnete Regel- und Bedarfsmedikation zur Symptomkontrolle, stattgehabte Interventionen, wie z.B. Entlastungspunk-

tionen oder spezielle Maßnahmen der SAPV-Wundversorgung und/oder im Rahmen einer Akutintervention bzw. eines Kriseneinsatzes direkt applizierte Medikamente im Rahmen der SAPV. Durch die versorgungsrelevante Dokumentation vor Ort wird sichergestellt, dass involvierte Nicht-SAPV-Leistungserbringer vorausgegangene Behandlungsmaßnahmen nachvollziehen und ggf. für die eigene Behandlung berücksichtigen können (§ 13 Abs. 7, Fußnote 10).

Praxistipps

Dokumentation: Anforderungen an Software, Zugang, Datenschutz

- Die Dokumentationssysteme sollten eine Vollversion haben, die alle Funktionen erfüllt, die im Rahmen der SAPV benötigt werden (z. B. eine Medikamentendatenbank)
- Darüber hinaus sollten sie außerdem eine Version enthalten, über die die an der Versorgung beteiligten externe Akteure, z.B. Hausärztinnen und Hausärzte oder Pflegedienste, einen Zugang zu für diese relevanten Informationen erhalten können, ohne die Software auf dem Endgerät installieren zu müssen. Die Zugänge müssen datenschutzrechtlich abgesichert sein und sollten durch den SAPV-Leistungserbringer sehr zeitnah verwaltet werden können.
- Die Dokumentationssysteme sollten den Mitarbeitenden des SAPV-Leistungserbringers die Möglichkeit geben, Zugänge zeitnah zu sperren, z. B. bei Verlust des Passwortes oder Zugangs.
- Alle Geräte, die im Rahmen der Patientendokumentation eingesetzt werden, müssen über einen Zugangsschutz, wie z. B. Passwörter und/oder Face ID, verfügen.
- Alle Geräte, die im Rahmen der Patientendokumentation eingesetzt werden, müssen (stets) über einen aktuellen Virenschutz verfügen.
- Um einen Verlust der Daten zu vermeiden, müssen die Daten sowohl lokal als auch über Medien gesichert werden, die sich nicht in den Räumlichkeiten des SAPV-Leistungserbringers befinden, um die Daten, z. B. im Falle eines Brandes, zeitnah wieder herstellen zu können. Bei der externen Datenspeicherung sollte es sich um eine georedundante Speicherung handeln, um einen Datenverlust zu vermeiden (Georedundanz: zwei oder mehrere vollständig funktionsfähige Rechenzentren an verschiedenen Standorten, um Beeinträchtigungen z. B. durch Stromausfälle oder Naturkatastrophen zu vermeiden). Die Datacenter sollen in einem Land stehen, in denen die Vorgaben der DSGVO gelten, um dem Datenschutz gerecht zu werden.
- Die Dokumentationssysteme sollten über Schnittstellen verfügen, die eine Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) ermöglichen. Es sollte sichergestellt werden, dass alle Anwendungen, die im Rahmen der TI angebracht sind (z. B. das Auslesen der elektronischen Patientenakte [ePA], des Medikamentenplans [eMP] oder das Ausstellen von elektronischen Rezepten [eRezept] sowie die Kommunikation über KIM [Kommunikation im Medizinwesen] bzw. TIM [TI-Messenger], z. B. zur Anforderung von Befundberichten oder zur sicheren Kommunikation von Leistungserbringern) möglich bzw. zumindest in Planung sind. Das Auslesen der ePA erfordert, dass die Dokumentationssysteme mit TI-fähigen Kartenlesegeräten arbeiten können. Soweit ersichtlich sind derart PalliDoc- und ISAPC-Softwaresysteme, die sich auf die Anbindung an die TI vorbereiten (die SAPV wird dem Pflegebereich zugeordnet, so dass eine verpflichtende Anbindung an die TI zum 01.01.2024 vorgeschrieben ist).
- Das Dokumentationssystem sollte über die Voraussetzungen verfügen, um revisionssicher zu dokumentieren, um eine zusätzliche papierbasierte Dokumentation bestmöglich zu vermeiden. Die Zugangsdaten müssen in diesem Fall pro Person ausgegeben werden und dürfen nicht weitergereicht werden, da das System jede Aktion der zugangsberechtigten Person zuordnet und diese somit für die Aktionen und auch für den Inhalt der Dokumentation verantwortlich ist.
- Unter bestimmten Voraussetzungen kann es sinnvoll sein, die elektronische Dokumentation, um eine papierbasierte Dokumentation zu ergänzen (z. B. Notfallmappe vor Ort), die mit den Kontaktdaten des SAPV-Leistungserbringers versehen wird, so dass einerseits auf die Betreuung im Rahmen der SAPV hingewiesen wird und zum anderen, um kurzfristige Rücksprachen zu ermöglichen und ggf. Transporte und Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Auch ein handschriftlicher Plan zur Notfall- und Bedarfsmedikation kann hilfreich sein. Bei diesen Informationen sollte jedoch immer bedacht werden, dass sie vor Ort liegen und bei Anpassung ggf. nicht zeitnah aktualisiert werden und somit die Gefahr besteht, dass ein Dritter veraltete Informationen vorfindet.
- Die Vorgaben der DSGVO sind jeweils zu beachten.

§ 14 BRV-SAPV

Qualitätssicherung

Die Anforderungen an die Qualitätssicherung der SAPV sind in § 14 BRV-SAPV geregelt. SAPV-Teams sind verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen und sich an externen Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen.

Die an der Versorgung der Versicherten beteiligten SAPV-Team-Mitglieder haben regelmäßig an fachbezogenen Fortbildungen (externe Fortbildungen und/oder Inhouse-Schulungen, pro Teammitglied 16 Stunden je Kalenderjahr)

teilzunehmen. Die Inhalte der Fortbildungen sind an dem aktuellen Stand der allgemein anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisse auszurichten und müssen sich auf die für die SAPV relevanten Themen beziehen.

Fortbildungen, die sich auf die für die SAPV relevanten Themen beziehen, die von den SAPV-Team-Mitgliedern in anderen Leistungsbereichen erworben werden, können anerkannt und auf den kalenderjährlichen Umfang von 16 Stunden angerechnet werden.

§ 15 BRV-SAPV

Statistik

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

§ 16 BRV-SAPV

Grundsätze der Vergütung

Grundsätzliches zur Vergütung

Im § 16 des BRV-SAPV werden die Themen Vergütungsverhandlungen inkl. Kostenkalkulation und Nachweisverfahren geregelt.

Das Vergütungssystem muss für die Vertragspartner transparent, handhabbar und die Vergütung leistungsgerecht sein. Das bedeutet auch, dass bei wirtschaftlicher Betriebsführung das SAPV-Team in die Lage versetzt werden soll, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung zu erbringen.

Vergütungsverhandlungen

Vergütungsverhandlungen werden grundsätzlich als Kostengrund- oder Kostensteigerungsverhandlungen geführt. Die Vergütung wird prospektiv vereinbart.

- Kostengrundverhandlung: Eine vollständige Kalkulation bildet die Basis der Verhandlung.
- Kostensteigerungsverhandlung: Die Richtigkeit der Vorvereinbarung (Kostengrundverhandlung) wird vermutet. Demensprechend sind die Gründe der Steigerung darzulegen, jedoch nicht eine komplette Kalkulation.

Vergütungsverhandlungen sind als Einzel- oder Kollektivverhandlungen zu führen.

Hinweis zu Kollektivverhandlungen

Sofern Verhandlungen für ein Kollektiv von SAPV-Teams erfolgen sollen, haben sich die Vertragspartner gemäß § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V auf die für Kollektivverhandlungen erforderlichen Rahmenbedingungen zu verständigen.

Kostenkalkulation

Bei jeder Vergütungsverhandlung ist eine Kostenkalkulation vorzulegen. Dabei sind in den Kalkulationsunterlagen für die Vergütungsverhandlungen die prospek-

tiv kalkulierten voraussichtlichen Gestehungskosten transparent und plausibel darzulegen. Hierzu gehören:

- die prospektiv kalkulierten Gestehungskosten (gem. § 16 Abs. 5 BRV-SAPV),
- kalkulierte Fallzahlen zur SAPV im vereinbarten Versorgungsgebiet (gem. § 5 Abs. 3 BRV-SAPV),
- Sicherstellung der Rufbereitschaft durch Ärzte und Pflegekräfte (gem. § 3 Abs. 9 BRV-SAPV),
- die Leistungserbringung zu ungünstigen Zeiten,
- Nettojahresarbeitszeit aller im SAPV-Team festgestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die über anderweitige vertragliche Vereinbarungen (Kooperationsverträge) zur Verfügung stehen, die vereinbarten Stunden oder der vereinbarte Stellenanteil.

Hinweis zur Nettoarbeitszeit

Die Nettoarbeitszeit bezeichnet die Bruttojahresarbeitszeit abzüglich von Fehlzeiten wie Krankheit, Urlaub, Zeiten für Fortbildung, Zeiten für Qualitätssicherung, Organisations- und Rüstzeiten, nachgewiesene Zeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen der vereinbarten Arbeitszeit.

Nachweisverfahren

Das SAPV-Team weist auf Verlangen der vertragsschließenden Krankenkasse durch die Vorlage geeigneter Unterlagen nach, dass die Arbeitsentgelte oder Gehaltssteigerungen der festgestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die angegebenen Aufwände im Rahmen von Kooperationsverträgen tätigen Mitarbeitenden tatsächlich geleistet wurden.

Für das Nachweisverfahren gilt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Der Nachweis für den laufenden Vergütungszeitraum, höchstens aber für die letzten 12 abgeschlossenen Monate des laufenden Vergütungszeitraums vor Zugang des Verlangens der Krankenkasse, wird durch Vorlage pseudonymisierter Personallisten, Lohnjournale bzw. Nachweis von Zahlungen an Kooperationspartner geführt.

Fragen

Muss die Struktur der bisherigen Vergütung der SAPV-Leistung verändert werden?

Nein, jedoch soll in der Regel die Vergütung über Pauschalen erfolgen. Im Rahmen der SAPV sind Tages-, Wochen-, Fall,- oder Monatspauschalen bzw. eine Kombination dieser möglich (gem. § 16 Abs. 3 BRV-SAPV).

Welche Wegezeiten werden anerkannt?

Wegezeit ist die Zeit, die für die erste Anfahrt bis zum Betreten des Wohnungs- oder Hauseingangs einer Versicherten oder eines Versicherten und ab Verlassen des Wohnungs- bzw. Hauseingangs einer Versicherten oder eine Versicherten bis zum Betreten des Wohnungs- bzw. Hauseingangs der nächsten versorgten Versicherten oder des nächsten versorgten Versicherten, ebenso am Ende der Einsatztour ab Verlassen des Haus- bzw. Wohnungseingangs einer Versicherten oder eines Versicherten bis zum Standort des SAPV-Teams zurück entsteht (§ 16 Abs. 10 BRV-SAPV).

Können weitere Leistungen zeitgleich durch den SAPV-Leistungserbringer abgerechnet werden?

Nein, neben der SAPV-Vergütung können für durch SAPV-Team-Mitglieder während des SAPV-Einsatzes erbrachte Leistungen keine anderweitigen Vergütungen in Ansatz gebracht werden. Doppelabrechnungen sind somit ausgeschlossen. (vgl. § 16 Abs. 1; s. Praxishinweise zu § 1).

Praxistipps

Zeitraum der Vergütungsvereinbarung

Vergütungsvereinbarungen sollten für den Zeitraum abgeschlossener Tarifvereinbarungen abgeschlossen werden, somit können Personalkostensteigerungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

Sachlicher Grund bei übertariflicher Bezahlung (§ 16 Abs. 1, 8. Spiegelstrich)

- Als Orientierung kann hier die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 82c Abs. 4 SGB XI zum Verfahren nach § 82c Absätze 1 bis 3 und 5 SGB XI (Pflegevergütungs-Richtlinien) dienen. § 6 Abs. 6 dieser Richtlinie enthält eine Aufzählung, was als sachlicher Grund in Betracht kommen könnte.
- Beispiele wären eine übertarifliche Bezahlung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in der Pflege und Betreuung mit einem Hochschulabschluss, die eine spezifische Tätigkeit übernehmen oder die Zahlung wettbewerbsfähiger Löhne aufgrund einer besonders herausfordernden Fachkräftesituation in der Region.

Angemessene Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos und eines zusätzlichen persönlichen Arbeitseinsatzes

- Es gilt der Grundsatz, dass die Vergütung leistungsgerecht sein und das SAPV-Team bei wirtschaftlicher Betriebsführung in die Lage versetzen muss, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung zu erbringen (§ 16 Abs. 1, Punkt 2).
- Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist ebenfalls zu beachten. Das bedeutet, dass Vergütungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung so auszugestalten sind, dass keine Beitragssatzerhöhungen notwendig sind (Grundlohnsummensteigerung). Vor dem Hintergrund gleicher Grundsätze im Rahmen der stationären Pflege ist zu schlussfolgern, dass dem SAPV-Team Überschüsse verbleiben müssen, die Verluste jedoch von ihm zu tragen sind.
- Über die Veränderungsrate hinausgehende Forderungen sind grundsätzlich nur möglich, wenn die notwendige Versorgung mit SAPV auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten ist. Die Darlegung und Substantiierung der Forderung obliegt dem SAPV-Team.

Hinweis zum Unternehmerrisiko

- BSG: Urteil vom 29.09.2019 (B 3 P 1/18 R): Die regelmäßige Verzinsung ausstehender Sozialleistungen nach § 44 SGB I in Höhe von 4 % bietet keinen Anhaltspunkt für die Bemessung des Unternehmerrisikos. „Geboten sind die Würdigung sowohl der kalkulierten eigenen Gestehungskosten (,interne Plausibilitätskontrolle‘) als auch der Sachlage bei ähnlichen Einrichtungen (,externer Vergleich‘); ferner sind die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten sowie die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und der Beitragssatzstabilität in den Blick zu nehmen.“⁸
- Weitere Hinweise zum Unternehmerrisiko, zusätzlichen persönlichen Arbeitseinsatz und Verzinsung des Eigenkapitals werden zeitnah in der Handreichung ergänzt.

Verhandlungen

- Vorab sind die Verhandlungsparteien zu klären: Verhandeln die Kostenträger bzw. die Leistungserbringer gemeinsam oder getrennt? Sind weitere Parteien in die Entscheidungs- und Informationsprozesse einzubeziehen?
- Soweit keine eigene Erfahrung in der Führung von Verhandlungen besteht, sollte externe Expertise hinzugezogen werden. Dies gilt insbesondere auch für betriebswirtschaftliche Fragestellungen.
- Vorbereitung auf Verhandlungen und Klärung der Verhandlungsstrategie: Festlegung des Verhandlungsrahmens (Ziele? Wo liegen die Grenzen? Welche Positionen sind nicht verhandelbar? Welche können ggf. aufgegeben werden?). Welchen Daten liegen vor, um meine Verhandlungsposition zu begründen? (Datenqualität? Mögliche [Fehl-]Interpretationen auch unter Berücksichtigung des Kontextes?) Mit welchen Gegenargumenten ist zu rechnen und wie kann ich sie entkräften?
- Hinweis: Der Verhandlungspartnerin oder dem Verhandlungspartner zuhören und versuchen, sich in ihre/ seine Lage zu versetzen. Welche Kompromisslinien sind denkbar?

8) Richter, Ronald: Die Entwicklung der sozialen und privaten Pflegeversicherung 2019/2020. In: NJW 7/2021, S. 439 f.

Abrechnung und Datenträgeraustausch (DTA)

Grundsätzliches zu Abrechnung und zum Datenträgeraustausch

Die Abrechnung und der Datenträgeraustausch (DTA) sind in § 17 des BRV-SAPV geregelt. Das SAPV-Team ist verpflichtet, die von ihm erbrachten Leistungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern abzurechnen. Daraus ergibt sich für die Krankenkasse die Verpflichtung, die Daten maschinell anzunehmen. Bei der Umsetzung und Ausgestaltung der Regelungen zur Abrechnung in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V haben die Vertragspartner die Richtlinie nach § 302 Abs. 2 SGB V über die Form des Abrechnungsverfahrens mit „sonstigen Leistungserbringern“ in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

Hinweis zur Abwicklung des Datenaustauschs



Auf einem Internetportal stellt der GKV-Spitzenverband die grundsätzlichen Festlegungen und Richtlinien zur Abwicklung des Datenaustauschs nach § 302 Abs. 2 SGB V zur Verfügung.

Durchführung der elektronischen Datenübertragung

Erprobungsverfahren

Vor der erstmaligen Durchführung der elektronischen Datenübertragung im Echtverfahren ist die ordnungsgemäße Verarbeitung durch ein Erprobungsverfahren sicherzustellen. Der Krankenkasse sind neben den Testdaten die Abrechnungsunterlagen in Papierform zu übermitteln.

1

2

3

Nach dreimaliger erfolgreicher Durchführung des Erprobungsverfahrens ist die maschinelle Abrechnung ins Echtverfahren zu überführen.

Das SAPV-Team erhält eine Mitteilung über die erfolgreiche Beendigung des Erprobungsverfahrens.

- Die maschinellen Abrechnungen werden immer im Echtverfahren durchgeführt.
- Die Einzelheiten bezüglich des Übergangs- zum Echtverfahren sowie die damit im Zusammenhang stehenden Modalitäten sind unter Berücksichtigung der Synergien der elektronischen Datenübertragung zwischen den Vertragsparteien nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V zu regeln.

Einzelheiten zum Leistungsnachweis

- Die vom SAPV-Team erbrachten Leistungen sind unmittelbar nach ihrer Durchführung im Leistungsnachweis einzutragen. Vordatierungen oder Globalbestätigungen sind unzulässig. Gleiches gilt für Eintragungen im Leistungsnachweis vor Erbringung der Leistung (§ 17 Abs. 3 S. 1 bis 3 BRV-SAPV).
- Eine Kopie des Leistungsnachweises ist auf Wunsch der oder dem Versicherten auszuhändigen (§ 17 Abs. 3 S. 4 BRV-SAPV). Diese Kopie ist über die Sachkosten abzurechnen.

Fragen**Fallen die Kosten für die IT unter die Sachkosten?
Worunter fallen die Kosten für Abrechnungszentren?**

Die Kosten für die IT bezüglich der Abrechnung fallen unter die Sachkosten (IT). Die Abrechnung im Rahmen der Beauftragung von Abrechnungszentren fällt unter Aufwendungen für Fremddienstleistungen (vgl. § 16 Abs. 5 BRV-SAPV).

Ist es notwendig, die Abrechnung zusätzlich in Papierform zu übersenden, obwohl die Abrechnung mittels DTA erfolgt?

Nein.

Ist es notwendig, einen Papierbeleg des Leistungsnachweises beizufügen, obwohl die Abrechnung mittels DTA erfolgt?

Der Abrechnung ist ein Leistungsnachweis im Sinne eines Papierbeleges beizufügen, solange die Vertragspartner nicht ein anderes – technisches – Verfahren der Darstellung und Übermittlung des Leistungsnachweises vereinbart oder eine andere Regelung betroffen haben. Die Partner des Rahmenvertrages streben perspektivisch an, den Leistungsnachweis als Teil des elektronischen Datenaustausches zu übermitteln. Die im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens zu übermittelnden Daten müssen entsprechend der Regelungen in den Versorgungsverträgen nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V mit den Angaben

im Leistungsnachweis übereinstimmen (§ 17 Abs. 4 BRV-SAPV).

Welche Inhalte hat ein Leistungsnachweis aufzuweisen? Gibt es hierfür ein einheitliches Muster?

Die notwendigen Inhalte des Leistungsnachweises werden in § 17 Abs. 4 S. 4 BRV-SAPV aufgeführt:

- Monat/Jahr (je Monat einen separaten Leistungsnachweis),
- Stammdaten der oder des Versicherten (Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Versichertennummer, Aufenthaltsort der oder des Versicherten),
- Stammdaten des SAPV-Teams (inkl. IK des SAPV-Teams),
- erbrachte Leistung:
 - Beratung,
 - Koordination,
 - Additiv unterstützende Teilversorgung,
 - Vollständige Versorgung.
- Bei Hausbesuchen im Rahmen der erbrachten Leistung: Datum Leistungserbringung mit Handzeichen der durchführenden Ärztin oder Arzt nach § 7 Abs. 3 und/oder der durchführenden Palliativpflegefachperson nach § 7 Abs. 4 mit Angabe der Zeitscheiben der Anwesenheit (8:00 Uhr – 12:00 Uhr, 12:00 Uhr – 16:00 Uhr, 16:00 Uhr – 22:00 Uhr und 22:00 Uhr – 08:00 Uhr),
- Angabe des Versorgungszeitraumes,
- Unterschrift der oder des Verantwortlichen im SAPV-Team,
- Unterschrift der/des Versicherten oder der gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters bzw. der/des Bevollmächtigten (einmalig je Leistungsnachweis).
- Platzhalter für vertragspezifische Angaben gem. § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V.
- Es gibt einen einheitlichen Leistungsnachweis (Anlage 4 des BRV-SAPV).

Was geschieht, wenn der oder die Versicherte den Leistungsnachweis nicht unterschreiben kann?

Kann die Unterschrift nicht erbracht werden, weil der oder die Versicherte bzw. ihre/seine gesetzliche Vertreterin oder ihr/sein gesetzlicher Vertreter nicht in der Lage ist zu unterschreiben, bleibt das Unterschriftsfeld auf dem Leistungsnachweis frei. Das SAPV-Team gibt dies im Leistungsnachweis an.

Müssten Unterlagen, die der Krankenkasse bereits vorliegen, bei der Abrechnung erneut vorgelegt werden?

Unterlagen, die der Krankenkasse für die Versicherte oder den Versicherten im Rahmen des Genehmigungsverfahrens bereits vorgelegen haben (z.B. Verordnung) bzw. die im Rahmen des Genehmigungsverfahrens von der Krankenkasse erstellt wurden (z.B. Genehmigungsschreiben der Krankenkasse) müssen bei der Abrechnung von genehmigten und erbrachten Leistungen der Krankenkasse oder ggf. einem von der Krankenkasse bestimmten externen Dienstleister (nachfolgend Abrechnungszentrum) nicht erneut vorgelegt werden (§ 17 Abs. 5 BRV-SAPV).

Praxistipps

Fehlerhafte oder von der Krankenkasse beanstandete Abrechnungspositionen

Sofern eine Gesamtrechnung Abrechnungspositionen enthält, die fehlerhaft sind bzw. deren Abrechnung von der Krankenkasse im Rahmen der Rechnungsprüfung beanstandet wird, berechtigt dies die Krankenkasse grundsätzlich nicht, die Abrechnung der unstrittigen Abrechnungspositionen zurückzuweisen. Bei begründeten Beanstandungen kann eine Abrechnung insgesamt zurückgewiesen werden. Eine begründete Beanstandung liegt vor, wenn die Abrechnung überwiegend falsche Abrechnungspositionen enthält, die nicht der Genehmigung entsprechen, oder überwiegend Preise zur Abrechnung kommen, welche nicht vertraglich vereinbart wurden (§ 17 Abs. 6 BRV-SAPV).

Beauftragung eines Abrechnungszentrums

- Das SAPV-Team, welches ein Abrechnungszentrum beauftragt, stellt die in diesem Zusammenhang notwendigen Unterlagen und Abrechnungsinformationen (z.B. Verträge, Leistungsnachweise, Verordnungsangaben, Genehmigungsschreiben) für eine ordnungsgemäße Abrechnung zur Verfügung. Dies gilt in gleicher Weise für die Krankenkasse und das von ihr beauftragte Abrechnungszentrum (§ 17 Abs. 7 BRV-SAPV).
- Überträgt das SAPV-Team die Abrechnung einem Abrechnungszentrum, so hat das SAPV-Team die zuständige Krankenkasse unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Das SAPV-Team ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.
- Hat das SAPV-Team dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Krankenkasse mit schuldbefreiender Wirkung. Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist das SAPV-Team für die Einhaltung des Entzugs der Vollmacht verantwortlich.
- Sofern die Rechnungslegung einem Abrechnungszentrum übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Rahmenvertrages, des Versorgungsvertrages nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V und des § 6 Abs. 1 BDSG durch das SAPV-Team auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungszentrum) ist der zuständigen Krankenkasse vorzulegen (§ 17 Abs. 8 BRV-SAPV).

Institutionskennzeichen

Abrechnungen mit der Krankenkasse erfolgen ausschließlich unter dem bei Vertragsabschluss (bzw. nach Änderungen) mitgeteilten Institutionskennzeichen (IK). Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK (§ 17 Abs. 9 BRV-SAPV).

§ 18 BRV-SAPV

Verbot von Aufzahlungen

Die SAPV wird als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Jegliche Aufzahlung von der oder dem Versicherten im Rahmen der Vertragsleistungen dürfen durch das SAPV-Team weder gefordert noch angenommen werden (§ 18 Abs. 1 BRV-SAPV).

Auszahlungen dürfen durch das SAPV-Team auch in dem Fall nicht verlangt werden, wenn die Verordnung gem. § 12 Abs. 2 BRV-SAPV (Genehmigungsverfahren von SAPV) bei

der Krankenkasse verspätet eingereicht wird und die Verordnungsvoraussetzungen nicht vorliegen oder der Vergütungsanspruch in Fällen des § 12 Abs. 2 nicht besteht (§ 18 Abs. 2 BRV-SAPV).

Zuwerhandlungen stellen einen schwerwiegenden Vertragsverstoß dar (§ 18 Abs. 3 BRV-SAPV). Dies bedeutet, dass die Krankenkassen verschiedene Vertragsmaßnahmen nach § 20 BRV-SAPV ergreifen können.

§ 19 BRV-SAPV

Vermittlungsverbot

Grundsätzliches zum Vermittlungsverbot

Die Annahme von Aufträgen zur Versorgung anspruchsberechtigter Personen gemäß des Rahmenvertrages SAPV und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte, die nicht Mitglieder des SAPV-Teams sind) gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile stellt einen schwerwiegenden Vertragsverstoß dar (§ 19 Abs. 1 BRV-SAPV). Dies bedeutet, dass die Krankenkassen verschiedene Vertragsmaßnahmen nach § 20 BRV-SAPV ergreifen können.

Hinweis zur Vermittlung



Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen zur Versorgung anspruchsberechtigter Personen gem. des Rahmenvertrages an Dritte, die nicht Mitglieder des SAPV-Teams sind, gegen Kostenerstattung (§ 19 Abs. 2 BRV-SAPV).

Fragen

Was versteht man unter einem „geldwerten Vorteil“?

Zur Beurteilung kann man sich an den Begrifflichkeiten im Rahmen der Korruption im Gesundheitswesen (§§ 299a, 299b StGB) orientieren. Ein Vorteil ist alles, was die Lage der Empfängerin bzw. des Empfängers verbessert, ohne dass sie/er einen Anspruch darauf hat.⁹ Beispiele für materielle Vorteile wären Geldleistungen, z. B. umsatzbezogene Rückvergütungen, Kick-backs, Sachgeschenke, Verschaffung von Nebeneinnahmen, Rabatte, Stundungen, Einladungen und Gerätestellungen.¹⁰ In der Regelung ist keine Bagatellgrenze vorgesehen, so dass jedes Entgelt oder geldwerter Vorteil einen schwerwiegenden Vertragsverstoß darstellt.

9) Vgl. Spickhoff, Andreas (Hrsg.): Medizinrecht, § 299 StGB, 3. Aufl. München: Beck, 2018, m.w.N.

10) Vgl. ebenda.

Maßnahmen bei Vertragsverstößen

Grundsätzliches zu Maßnahmen bei Vertragsverstößen

Maßnahmen bei Vertragsverstößen sind in § 20 des BRV-SAPV geregelt. Verstößt das SAPV-Team gegen seine vertraglichen Pflichten aus diesem Rahmenvertrag und/oder dem Versorgungsvertrag nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V, können die Krankenkassen geeignete Vertragsmaßnahmen ergreifen. Als solche kommen in Betracht:

- Verwarnung
- Abmahnung, ggf. verbunden mit Auflagen,
- ordentliche Kündigung des Versorgungsvertrages (§ 21 BRV-SAPV),
- außerordentliche Kündigung des Versorgungsvertrages (§ 20 Abs. 3 BRV-SAPV).

In den Verträgen nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V können die Vertragsparteien weitere Maßnahmen als Vertragsstrafen vorsehen (Hinweis: monetäre Vertragsstrafen). Eine Vertragsstrafe ist ausgeschlossen, soweit wegen des Vertragsverstoßes gekündigt wird.

Fragen

Unter welchen Voraussetzungen kann der Versorgungsvertrag außerordentlich gekündigt werden?

Der Versorgungsvertrag nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V kann von den Krankenkassen gemeinsam und einheitlich oder einzeln gegenüber dem SAPV-Team ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung (außerordentlich) gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt, der ein Festhalten am Versorgungsvertrag nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V unzumutbar macht (§ 20 Abs. 3 BRV-SAPV). Es muss also ein wichtiger Grund vorliegen, der ursächlich dafür ist, dass der Krankenkasse ein Festhalten am Versorgungsvertrag unzumutbar ist.

Wann liegt ein wichtiger Grund für eine außerordentliche Kündigung vor?

Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor bei:

- strafrechtlicher Verurteilung wegen Abrechnungsbetrug oder Korruption im Gesundheitswesen (§§ 299a bis 300 StGB),
- Nichterfüllung der strukturellen und sächlichen Anforderungen gem. §§ 6 und 7 BRV-SAPV, es sei denn, dies wurde den Krankenkassen vorher angezeigt und das weitere Vorgehen vereinbart,
- wiederholter Abrechnung nachweislich nicht erbrachter Leistungen,
- grobem Verstoß gegen pflegerische und/oder medizinische Qualitätsstandards unter Berücksichtigung der Zielsetzung der SAPV, der zu einer konkreten Gefährdung oder Schädigung der oder des Versicherten führt,
- Annahme wirtschaftlicher Vorteile im Zusammenhang mit der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln entgegen § 10 Abs. 8 BRV-SAPV,
- Verstoß gegen das Verbot der Aufzahlungen (vgl. § 18 BRV-SAPV),
- Verstoß gegen das Vermittlungsverbot (vgl. § 19 BRV-SAPV),
- wenn die Versorgung der Versicherten mit Leistungen nach diesem Vertrag durch das SAPV-Team nicht (mehr) sichergestellt ist.

Wann ist ein Festhalten am Vertrag für die Krankenkassen nicht mehr zumutbar?

Die Beantwortung, wann ein Festhalten am Vertrag nicht mehr zumutbar ist, ist eine Frage des Einzelfalls. Zur Orientierung kann auf den Beschluss des SG Saarbrücken vom 15.06.2021 (S 19 P 1/21 ER) zurückgegriffen werden. Dort ging es um die Kündigung eines Versorgungsvertrages mit einem Pflegedienst durch die Krankenkasse.

„Ob das Festhalten am Vertrag zumutbar ist, bestimmt sich danach, wie sehr die Pflichtverletzungen das für die Fortsetzung der Vertragsbeziehungen unerlässliche Vertrauensverhältnis zwischen Pflegekassen und Pflegedienst zerstört haben. Die fristlose Kündigung hat nicht strafenden Charakter, sondern dient dazu, für die Zukunft die grundlegenden Voraussetzungen eines ordnungsgemäßen Versorgungssystems sicherzustellen. Dies ändert nichts daran, wie die Antragstellerin meint, dass die Feststellung der gröblichen Pflichtverletzungen vergangenheitsorientiert ist. Maßgeblich ist vielmehr, ob die Unzumutbarkeit der Vertragsfortsetzung zukunftsorientiert beurteilt wurde. [...] Erforderlich ist dafür eine Prognose, ob der Pflegedienst aufgrund des Gewichts, der Dauer und der Intensität der Pflichtverletzung sowie aufgrund des nachfolgenden Verhaltens nicht mehr die Gewähr für eine zuverlässige, vertrags- und gesetzeskonforme Versorgung der Pflegebedürftigen bietet. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die konkrete Gefahr weiterer Pflichtverletzungen durch den Pflegedienst besteht, sondern es ist entscheidend, ob durch die vergangenen Ereignisse die Grundlage für das weitere Vertrauen der Pflegekassen in die ordnungsgemäße pflegerische Versorgung zerstört ist. Bei dieser Beurteilung sind die Interessen aller Beteiligten abzuwägen: das Übermaßverbot ist zu beachten. Die Entziehung der Zulassung durch fristlose Kündigung des Versorgungsvertrages kommt daher nur in Betracht, wenn nicht andere, mildere Mittel vorhanden sind, um auf Vertragsverletzungen zu reagieren und das Vertrauen in eine zuverlässige, vertrags- und gesetzeskonforme Versorgung der Pflegebedürftigen wiederherzustellen.“

(Schlegel/Voelzke/Hauck, juris PK,
§ SGB XI, § 74 SGB XI, Rn. 28 f.)

Praxistipps

Es ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen versuchen werden, monetäre Vertragsstrafen in dem Vertrag hinzuzuverhandeln. Nach der Rechtsprechung ist die Verhängung einer Vertragsstrafe im Bereich des Leistungsrechts der Krankenkasse auch durchaus üblich und dient einem legitimen Zweck (LSG Baden-Württemberg, Entscheidung vom 19.03.2019, L 11 KR 4455/17 ZWW). Wenn eine solche Klausel somit in den Vertrag aufgenommen werden soll, ist darauf zu achten, dass die Voraussetzungen sehr konkret benannt werden und dass die Höhe auf ein Minimum beschränkt wird.

§ 21 BRV-SAPV

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

Grundsätzliches zur ordentlichen Kündigung des Versorgungsvertrages

In den Versorgungsverträgen sind Regelungen zur ordentlichen Kündigung vorzusehen (§ 21 BRV-SAPV). Dabei gilt:

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

Fragen

Kann der Versorgungsvertrag auch mündlich gekündigt werden?

Nein. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.

Praxistipps

Oft enthalten Versorgungsverträge Anhänge, die auch einzeln gekündigt werden können, wie z.B. Vergütungsvereinbarungen.

§ 22 BRV-SAPV

Übergangsregelungen

Grundsätzliches

Mit Inkrafttreten dieses Rahmenvertrages müssen bestehende Verträge nach § 132d Abs. 1 SGB V (alte Fassung) zwischen den Krankenkassen und den SAPV-Teams auf Landesebene überprüft, angepasst und weiterentwickelt werden. Dabei darf ein Übergangszeitraum für die erforderlichen Anpassungen des SAPV-Teams und entsprechender vertraglicher Regelungen von fünf Jahren nach Inkrafttreten des Rahmenvertrages nicht überschritten werden. Die Verhandlungen sollen innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Rahmenvertrages aufgenommen werden.

Fragen

Müssen bestehende SAPV-Verträge gekündigt werden?

Bereits bestehende SAPV-Verträge (sog. Alt-Verträge) müssen innerhalb von 5 Jahren an den aktuellen BRV-SAPV angepasst werden. Dies gilt für die Vertragspositionen, die nicht mit dem neuen BRV-SAPV konform sind. Ab dem 01.01.2023 müssen Neuverträge nach den Kriterien des BRV-SAPV abgeschlossen werden.

Praxistipps

Es ist empfehlenswert, bereits bestehende SAPV-Verträge nach § 132d SGB V im Hinblick auf deren Anpassungsbedarf und ggf. die Kündigungsvereinbarung zu prüfen.

§ 23 BRV-SAPV

Schiedsverfahren

Grundsätzliches

In § 23 BRV-SAPV sind die wesentlichen Grundsätze hinsichtlich möglicher Schiedsverfahren geregelt. § 23 Abs. 1 BRV-SAPV nimmt Bezug auf ein Schiedsverfahren zwischen den Vertragspartnern nach § 132d Abs. 1 S. 1 SGB V, also dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Beantragt ein Vertragspartner die Einleitung eines Schiedsverfahrens, haben sich die Vertragspartner auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen, die den Inhalt des Rahmenvertrages zu den strittigen Punkten innerhalb von drei Monaten nach Antragsstellung bei der Schiedsperson festlegen soll. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese durch das Bundesamt für soziale Sicherung bestimmt.

Für die Vertragspartner nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V, also die Vertragspartner des Versorgungsvertrages, ist § 23 Abs. 2 relevant: Kommt ein Vertrag nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V ganz oder teilweise nicht innerhalb von 12 Wochen nach dem ersten Verhandlungstag zustande oder erklärt eine der Vertragsparteien vorher das Scheitern der Verhandlungen, wird der Inhalt des Vertrages durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt.

Die Einzelheiten des Schiedsverfahrens und der Amtsführung der Schiedsperson werden in einer gesonderten Schiedsordnung festgelegt. Darin ist die Dauer des Schiedsverfahrens regelmäßig entsprechend § 23 Abs. 1 S. 1 (innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung bei der Schiedsperson) festgelegt.

Fragen

Wer sind die Aufsichtsbehörden der jeweiligen Krankenkassen?

- Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS):
Aufsicht über die bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen – bundesunmittelbar sind die Krankenkassen, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt (insbesondere die Ersatzkassen und die überwiegende Zahl der Betriebskrankenkassen).
- Landesaufsicht:
Diese wird regelmäßig ausgeübt von den jeweiligen Gesundheits- bzw. Sozialministerien der Bundesländer. Die Landesaufsicht ist zuständig bei Krankenkassen, deren Zuständigkeit sich nicht über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, z. B. AOK.

**Hinweis zu den Aufsichtsbehörden**

Informationen zu den Aufsichtsbehörden der Krankenkassen finden sich auf den Seiten des BMG.

Praxistipps

Bei den Schiedspersonen handelt es sich häufig um Volljuristinnen und Volljuristen. Bei der Auswahl sollte vorab recherchiert werden, welche Erfahrungen im Bereich des Medizin- und Sozialrechts, insbesondere mit Bezug zur Hospizarbeit und Palliativversorgung bestehen.

Hinweise zu den Anlagen BRV-SAPV

Anlage 1 – Strukturhebungsbogen

Der Strukturhebungsbogen dient dem Nachweis der organisatorischen und personellen Voraussetzungen, einschließlich der erforderlichen Eignung und Zuverlässigkeit vor Abschluss des Versorgungsvertrages nach § 132d SGB V (siehe § 4 BRV-SAPV).

Anlage 2 – Behandlungsplan

Der Behandlungsplan lehnt sich an den bundeseinheitlichen Medikationsplan an und beschreibt ergänzend dazu alle Maßnahmen und Behandlungsvorschläge des SAPV-Teams, die notwendig sind, um den multidimensionalen Bedarf (medizinisch, pflegerisch, psychosozial, spirituell) der Patientin oder des Patienten zu decken. Insbesondere sind das:

- Medikamentenverordnungen mit ergänzender schriftlicher Anwendungsempfehlung für den Regelfall, den Bedarf und den Notfall,
- palliativmedizinische und palliativpflegerische Maßnahmen für den Regelfall, den Bedarf und den Notfall,
- Maßnahmen zur psychosozialen Unterstützung und Begleitung der oder des Versicherten und ihrer oder seiner Zugehörigen inklusive sozialrechtlicher Informationen,
- Edukations- und Beratungsbedarf,
- „Wer macht was?“ sowie die
- Festlegung der Kommunikationswege und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für den Notfall.
- Akutmaßnahmen im Rahmen von Kriseneinsätzen werden zur Sicherstellung der Information aller Beteiligten im Behandlungsplan bei der Patientin oder dem Patienten vor Ort dokumentiert. Der Behandlungsplan enthält alle notwendigen Angaben zur 24-Stunden-Erreichbarkeit des SAPV-Teams.

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

Die Anlage 3 vereint zwei Mitteilungsdokumente in einem:

- den Ergebnisbericht zur Indikationseinschätzung, der z. B. Ergänzungen zur SAPV-Verordnung enthalten kann und
- die Mitteilung über die Beendigung der SAPV. Diese Mitteilung ist häufig hilfreich, wenn die Krankenkasse z. B. noch keine Information zum Verbleib der Patientin oder des Patienten hat und das SAPV-Team eine Abrechnung der SAPV-Leistungen erstellt. Dadurch kann vermieden werden, dass die Rechnung mangels dieser Informationen (z. B. bei Versterben der Patientin oder des Patienten) zurückgesendet wird.

Anlage 4 – Leistungsnachweis über die Erbringung von SAPV

Der Leistungsnachweis dient als leistungsbegründende Unterlage gegenüber dem Kostenträger der Patientin oder des Patienten. Erbrachte Leistungen (Beratung, Koordination, additive Teilversorgung und Vollversorgung) sind unmittelbar nach ihrer Durchführung im Leistungsnachweis einzutragen.

Bei Hausbesuchen im Rahmen der erbrachten Leistung wird das Datum der Leistungserbringung (Beratung, Koordination, additive Teilversorgung und Vollversorgung) mit Handzeichen¹¹ der/des durchführenden Ärztin oder Arztes nach § 7 Abs. 3 und/oder der durchführenden Palliativpflegefachperson nach § 7 Abs. 4 mit Angabe der Zeitscheiben der Anwesenheit (zwischen 8:00 Uhr – 12:00 Uhr, 12:00 Uhr – 16:00 Uhr, 16:00 Uhr – 22:00 Uhr und 22:00 Uhr – 08:00 Uhr) und der Kontaktart Hausbesuch angegeben. Bei einem Hausbesuch von z. B. 11:30 Uhr bis 12:45 Uhr sind die beiden Zeitscheiben (8:00 Uhr – 12:00 Uhr und 12:00 Uhr – 16:00 Uhr) entsprechend kenntlich zu machen.

Der Leistungsnachweis ist monatlich zu führen und den Abrechnungsunterlagen beizufügen.

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

Impressum

Handreichung zu den Bundesrahmenverträgen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) für Erwachsene

(Für die SAPV für Kinder und Jugendliche besteht eine gesonderte Handreichung.)

Version: 01 | Stand: 20.01.2023 | Berlin, 2023

Erstellt und herausgegeben von

Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (BAG-SAPV) und
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)
www.bag-sapv.de | www.dhpv.de

Redaktion

Christina Bethke-Meltendorf, Michaela Hach, Paul Herrlein, Andreas Müller, Dr. Anja Schneider

Kontakt

BAG SAPV e.V.:
m.hach@bag-sapv.de
DHPV:
info@dhpv.de

Lektorat

Dr. Anne Blaudzun
www.anneblaudzun.de

Layout/Grafik

Greive Kommunikation + Design;
www.helgegreive.de

Hinweis

Vorliegende Handreichung wird sukzessive überarbeitet und angepasst. Die Bundesrahmenverträge SAPV, weiterführende Dokumente sowie künftig auch aktualisierte Versionen dieser Handreichung finden sich online unter www.bag-sapv.de und www.dhpv.de.

Herausgeber

BAG SAPV e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Spezialisierte
Ambulante Palliativversorgung
Postadresse:
Gibber Straße 7, 65203 Wiesbaden
Tel. 0171 755 60 17, info@bag-sapv.de

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.
Geschäftsstelle
Aachener Str. 5
10713 Berlin
Telefon 030 82 00 75 80
www.dhpv.de

BAG SAPV e. V.
Bundesarbeitsgemeinschaft
Spezialisierte Ambulante
Palliativversorgung

Postadresse:
Gibber Straße 7
65203 Wiesbaden
Tel. 0171 755 60 17
info@bag-sapv.de

Deutscher Hospiz- und
PalliativVerband e. V.

Aachener Straße 5
10713 Berlin
Tel. 030 82 00 758-0
info@dhpv.de
www.dhpv.de

