

HANDREICHUNG

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

Stand Juli 2025



BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT
SPEZIALISIERTE AMBULANTE
PALLIATIVVERSORGUNG ●



Deutscher Hospiz- und
PalliativVerband e.V.

Inhalt

Vorwort	3	Hinweise zu den Anlagen BRV-SAPV	58x
Gesetzlicher Rahmen/Präambel	4	Impressum	59
Zielsetzung der SAPV (§ 1 BRV-SAPV)	6	Anlagen	
Zielgruppe (§ 2 BRV-SAPV)	8	Muster Kooperationsvertrag	62
Organisation der SAPV (§ 3 BRV-SAPV)	9	Richtlinie Antikorruption für SAPV-Teams	72
Zulassung als SAPV-Team (§ 4 BRV-SAPV)	16	Aufgaben des Compliance Beauftragten	88
Exkurs: Hinweise zum		Richtlinie für den Umgang mit	
Compliance-Konzept SAPV	21	privatem Eigentum	91
Versorgungskonzept (§ 5 BRV-SAPV)	27	Abbildungsverzeichnis	
Strukturelle und sächliche Anforderungen		Abb. 1 SAPV-Kernteam: Personalausstattung	9
an das SAPV-Team (§ 6 BRV-SAPV)	29	Abb. 2 SAPV-Kernteam: Berufsfachliche Leitung	9
Personelle Anforderungen (§ 7 BRV-SAPV)	33	Abb. 3 SAPV-Team: Beispiel Mitarbeitende	10
Anzeigepflichten/Mitteilungspflichten		Abb. 4 SAPV-Team: Personalausstattung	11
(§ 8 BRV-SAPV)	34	Abb. 5 Grundsätze fachgerechter und qualitätsgesicherter SAPV-Leistungserbringung	13
Inhalt und Umfang der SAPV (§ 9 BRV-SAPV)	35	Abb. 6 Beispiel der Zusammenarbeit zum Versorgungs- und Behandlungsplan bei Vollversorgung	14
Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln		Abb. 7 Prüfverfahren der Krankenkasse	17
und Veranlassung von diagnostischen		Abb. 8 Compliance-Konzept als in sich geschlossener Kreislauf	21
Laboruntersuchungen (§ 10 BRV-SAPV)	36	Abb. 9 Vernetzung und Kooperation: Regional kooperativ-vernetzte Versorgungsstruktur	29
Verordnungsverfahren von SAPV		Abb. 10 Verordnungsrichtlinien für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	36
(§ 11 BRV-SAPV)	39	Abb. 11 Indikation SAPV auf Formular 63	39
Genehmigungsverfahren von SAPV		Abb. 12 Verordnungsdatum auf Formular 63	39
(§ 12 BRV-SAPV)	41	Abb. 13 SAPV-Verordnung Formular 63	39
Dokumentationssystem (§ 13 BRV-SAPV)	43	Abb. 14 Genehmigungsverfahren der SAPV-Verordnung	41
Qualitätssicherung (§ 14 BRV-SAPV)	46	Abb. 15 Kategorien zur Dokumentation durch das SAPV-Team	43
Statistik (§ 15 BRV-SAPV)	46	Abb. 16 Durchführung der elektronischen Datenübertragung (DTA)	50
Grundsätze der Vergütung (§ 16 BRV-SAPV)	47		
Abrechnung und Datenträgeraustausch (DTA)			
(§ 16 BRV-SAPV)	50		
Verbot von Aufzahlungen (§ 18 BRV-SAPV)	53		
Vermittlungsverbot (§ 19 BRV-SAPV)	53		
Maßnahmen bei Vertragsverstößen			
(§ 20 BRV-SAPV)	54		
Ordentliche Kündigung des Versorgungsvertrages nach §132d Abs. 1 S. 6 SGB V			
(§ 21 BRV-SAPV)	56		
Übergangsregelungen (§ 22 BRV-SAPV)	56		
Schiedsverfahren (§ 23 BRV-SAPV)	57		

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.

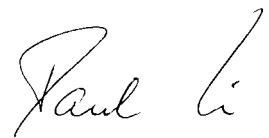
Wenn die Anforderungen der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Verordnung von Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gemäß § 37b Abs. 3 i.V.m. § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 14 SGB V in der jeweils aktuell geltenden Fassung (nachfolgend SAPV-Richtlinie genannt) sowie die Vorgaben 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.dhvpv.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?

Mit Feststellung des OLG Düsseldorf (Az.: VII – Verg 56/15) wurde darauf hingewiesen, dass Grundsätze der Transparenz und der Gleichbehandlung durch die vertragsgebenden Krankenkassen zu gewährleisten sind. Antragsstellen, die die im Bundesrahmenvertrag nach § 132d SGB V festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben dementsprechend unter Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung mit SAPV berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen. 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 koncreti-

sierende 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.



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 Symptomm Geschehen, 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

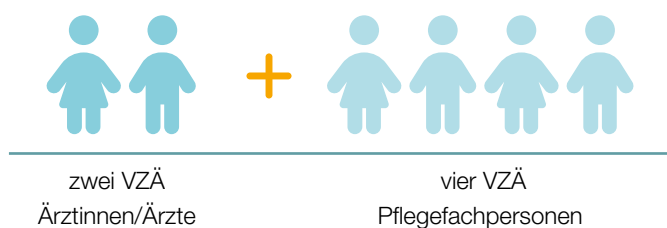


Abb. 1) SAPV-Kernteam: Personalausstattung

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.

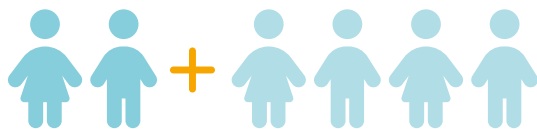
1) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernr.: 128/001OL, S. 65.

2) Berufsbezeichnung der berufsfachlichen Pflege nach dem Pflegeberufgesetz 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.

Kernteam



Weitere MA



Weitere MA



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.

3) 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. 66.

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 Sozialleis-
tungen 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 7×24 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.

5) 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.

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.

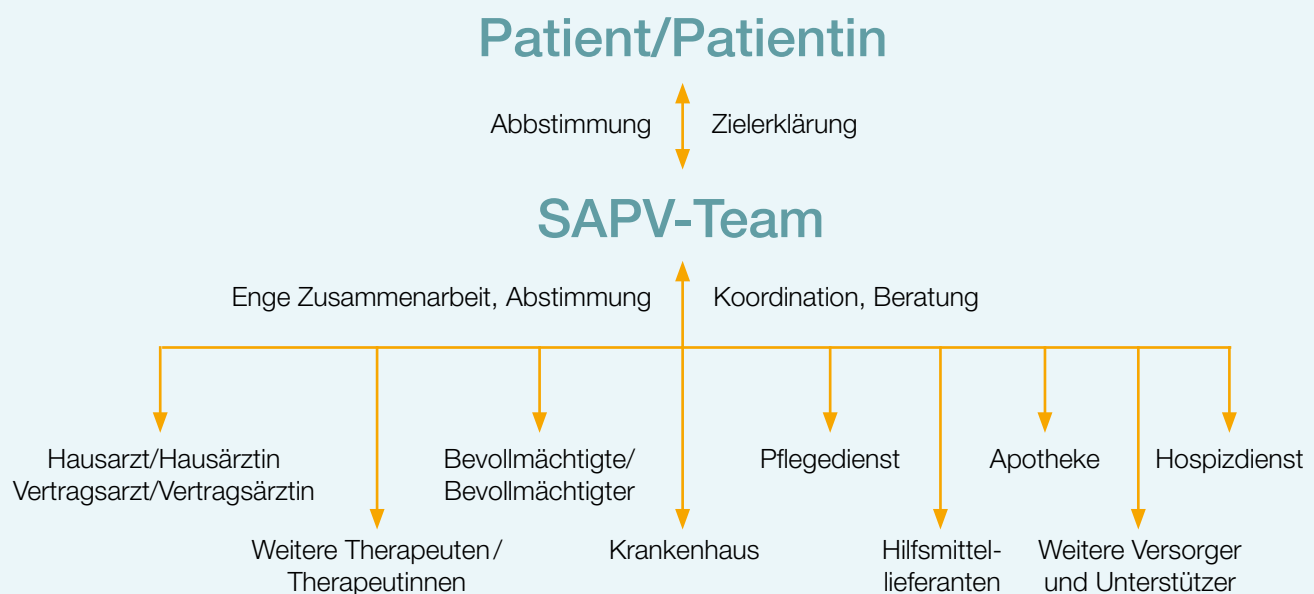


Abb. 6) Beispiel der Zusammenarbeit zum Versorgungs- und Behandlungsplan bei Vollversorgung

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 (§ 4 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:

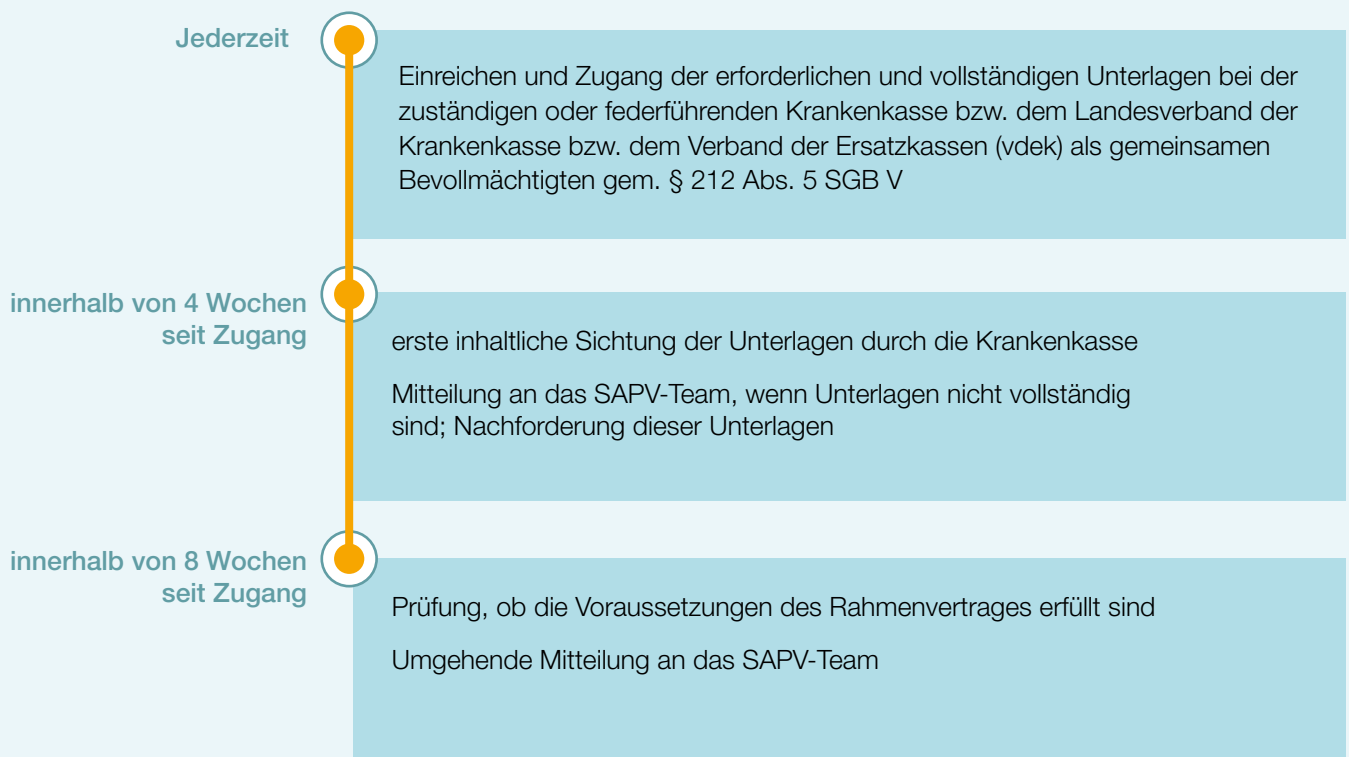
- a) Versorgungskonzept gem. § 5 BRV-SAPV (Nähere Informationen zum Versorgungskonzept finden sich im Kapitel zu § 5 BRV-SAPV.)
- b) Liste der geplanten SAPV-Team-Mitglieder gem. § 7 BRV-SAPV mit Unterschrift, lebenslanger Arztnummer und, wenn vorhanden, Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 SGB V sowie 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 Netzwerkkooperation 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 Vereinbarung 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). Die Gesetzesanpassung des § 293 Abs. 8 SGB V wurde am 26.03.2024 veröffentlicht, so dass nunmehr auch die SAPV erfasst ist. Weitere Infos zur LBNR und zu den Möglichkeiten des Supports und der Kontaktaufnahme finden sich beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zum Thema „Beschäftigtenverzeichnis der ambulanten Pflege“. Es besteht die Möglichkeit, sich für den dortigen Newsletter anzumelden.
- 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 Institutionskennzeichen zu beantragen. Das SAPV-Team verfügt gem. § 293 SGB V über ein IK: Es ist der zuständigen Kran-

kenkasse 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 Betriebsstättennummer, 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 Betriebsstättennummern).

Führungszeugnis

- Beantragung des Führungszeugnisses:
Informationen zur Beantragung des Führungszeugnisses 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 jeweiligen 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 (inklusive Datum des Führungszeugnisses und Datum der Einsichtnahme) und die Information, ob die Person wegen einschlägiger Straftaten rechtskräftig verurteilt wurde 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 Führungszeugnis beauftragt wurden, die o.g. Informationen einsehen 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.

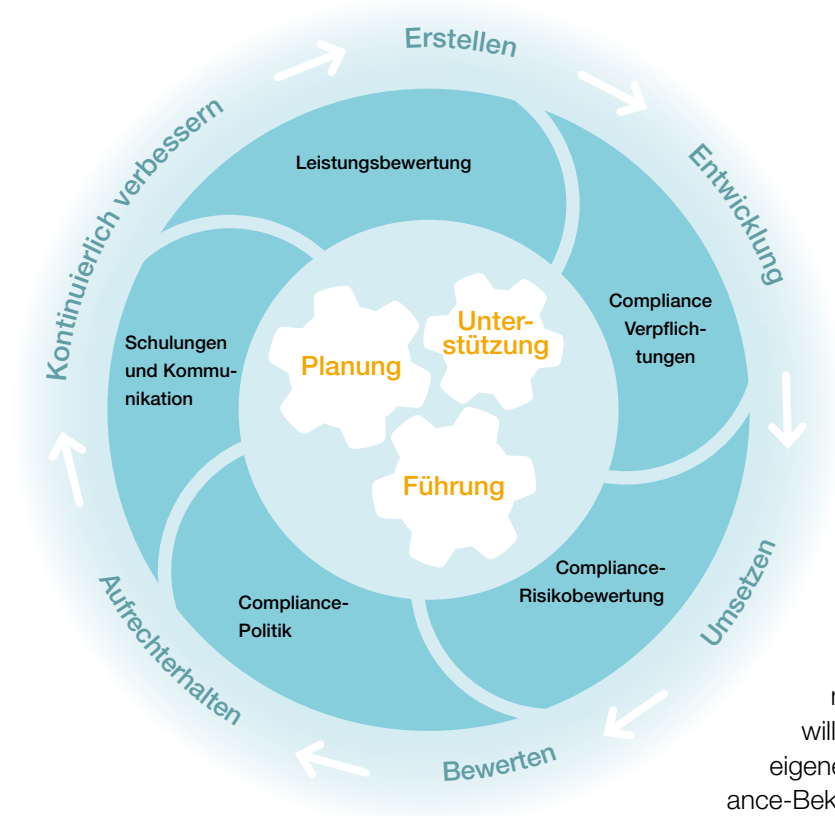
Hecker, Thomas; Jung-Lübke, Michael; Freck, Stefan (Hrsg.): Gewaltprävention in Pflege und Betreuung: Gefahren erkennen, konsequent handeln und deeskalieren. Hannover: Schlütersche, 2021.

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.

Bekenntnis 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 Grundsatzerklärung (ca. 1-1,5 Seiten) ausformuliert werden. Die Grundsatzerklärung 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.

Tipp:

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 bedenk-

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.

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 anzurufen.

– 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.

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 SAPV-Team 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 SAPV-Team bzw. die Einrichtung abzuschließen.

Ein unverbindliches Muster für ein Compliance-Konzept befindet sich in der Anlage dieser Handlungsempfehlung

§ 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.

- 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 Versorgung, 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.

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, Weisungsgebundenheit)
- 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

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 weisungsbehaftet 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 Richtlinien des SAPV-Teams 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 Ordnungsmanagement 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 Portsyste men 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 Kooperationsvereinbarungen⁸⁾ 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 Zeit- arbeitsfirma 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 Netzwerkkooperationen
- 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.

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) _____

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

Komplexes Symptombeschehen

☐ ausgeprägte urogenitale Symptomatik	☐ ausgeprägte Schmerzsymptomatik	☐ ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
☐ ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore	☐ ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	☐ sonstiges komplexes Symptombeschehen
☐ ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik		

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

Folgende Maßnahmen sind notwendig

☐ Beratung ☐ a. des behandelnden Arztes ☐ Koordination der Palliativversorgung

☐ b. der behandelnden Pflegefachkraft

☐ c. des Patienten / der Angehörigen

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

☐ Additiv unterstützende Teilversorgung ☐ Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Abb.11) Indikation SAPV auf Formular 63

Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____ ☐ Unfall
Unfallfolgen

Rezeptions-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____ vom _____ bis _____

Abb.12) Verordnungsdatum auf Formular 63

Verordnung spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) 63

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____ ☐ Unfall
Unfallfolgen

Rezeptions-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____ vom _____ bis _____

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) _____

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

Komplexes Symptombeschehen

☐ ausgeprägte urogenitale Symptomatik	☐ ausgeprägte Schmerzsymptomatik	☐ ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
☐ ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore	☐ ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	☐ sonstiges komplexes Symptombeschehen
☐ ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik		

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

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) _____

Folgende Maßnahmen sind notwendig

☐ Beratung ☐ a. des behandelnden Arztes ☐ Koordination der Palliativversorgung

☐ b. der behandelnden Pflegefachkraft

☐ c. des Patienten / der Angehörigen

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

☐ Additiv unterstützende Teilversorgung ☐ Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstenstellung ist die Kassenpostkarte 63000, für die Folgenverordnung die Kassenpostkarte 63000 Besondere Bescheinigung.

Muster 09 (01.09.2016)

Antrag des Versicherten

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird von _____ am _____

Rezeptions-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____ vom _____ bis _____

Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum _____ von _____ bis _____ erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel _____

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

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers _____

Ansprechpartner (Name) _____

Telefonnummer _____

Fax-Nummer _____

E-Mail _____ Datum _____

Genehmigung der Krankenkasse

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen _____

☐ entsprechend der Verordnung übernommen

☐ in folgendem Umfang übernommen _____

Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Ende der Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erfolgt Bericht auch die Kostenübertragung.

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

Ausfüllen, wenn von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht

Name, Vorname des Versicherten _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort _____

Versichertennummer _____

Geburtsdatum _____ Datum _____

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

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.

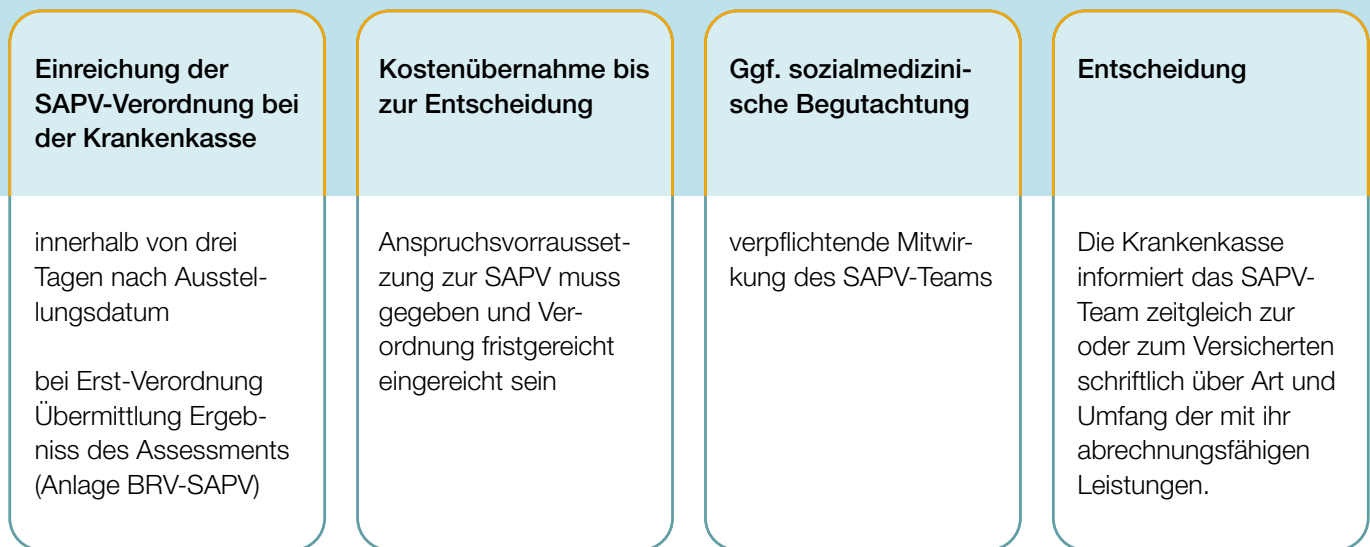
§ 12 BRV-SAPV

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

den Medizinischen Dienst oder andere Gutachterdienste zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, für Fragen der Qualitätssicherung und für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern (vgl. § 275 Abs. 4 SGB V).

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
- 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.	- 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	- 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
- 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)	- 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 angedacht 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. Die im Bereich der SAPV primär genutzten Softwarelösungen, wie z. B. ISPC und PalliDoc sollten in die Umsetzung mit einbezogen werden.
- 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 festangestellten 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 festangestellten 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 eines 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 einen Zeitraum abgeschlossen werden, der eine realistische Prognose hinsichtlich der Entwicklung der Personal- und Sachkosten zulässt. Die Erfahrung zeigt, dass Tarifvereinbarungen regelmäßig auch zurückliegende Zeiträume, insbesondere Einmalzahlungen, umfassen. Derartige Prognoserisiken sind stets prospektiv in die Kalkulation einzustellen.

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

- Als Orientierung können 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. 9 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. (§ 16 Abs. 2 Satz 2 und 3)

- Ein Zuschlag für die angemessene Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos und eines zusätzlichen persönlichen Arbeitseinsatzes ist in die Kalkulation der Gestehungskosten einzustellen und im Rahmen der Verhandlungen von Seiten der Vertragspartner anzuerkennen (§ 16 Abs. 5, 3. Spiegelstrich). Mit seinen aktuellen Urteilen vom 19.04.2023 (B 3 P 6/22 R und B 3 P 7/22 R) hat das BSG seine restriktive Rechtsprechung zum Unternehmerrisiko (Urt. v. 29.09.2019 - B 3 P 1/18 R) ausdrücklich aufgegeben. Grundsätzlich – dies hatten die Parteien des BRV SAPV bereits geregelt – muss jedem SAPV-Team eine realistische Gewinnchance ermöglicht werden. Dabei ist aber die Bemessung des Unternehmerrisikos nicht pauschal vorzunehmen, sondern wird nach einer individuellen Prüfung der vorgelegten Unterlagen im Rahmen der Verhandlungen festgelegt. Die SAPV-Teams müssen daher ihren verlangten Gewinnzuschlag besonders begründen und an die spezifischen Gegebenheiten des individuellen räumlichen Umfeldes anpassen. Dabei ist die Gewinnchance (als Faktor) nicht nur auf die dargelegten Gestehungskosten anzuwenden, sondern hat alle prospektiven Kosten zu erfassen. Pauschalierungen können die Vertragsparteien in den einzelnen Bundesländern verhandeln und festsetzen. Die im Bereich der ambulanten und stationären Pflege vorgelegten Gutachten können dabei eine Orientierung geben. Die Abbildung der Gewinnchance kann entweder über einen festen umsatzbezogenen Prozentsatz oder unter Zuhilfenahme der Auslastungsquote erfolgen, sofern diese im Vergleich mit den anderen SAPV-Teams im jeweiligen Bezugsraum so realistisch angesetzt ist, dass sie bei ordnungsgemäßer Betriebsführung zu einem angemessenen Gewinn des SAPV-Teams führen kann.
- Die Darlegungslast des SAPV-Teams hinsichtlich des allgemeinen Unternehmerrisikos bedingt eine transparente und detaillierte Darlegung der Kosten und des unternehmerischen Risikos für einzelne Kostengruppen. Dabei sollte deutlich werden, dass in den kalkulierten prospektiven Kosten ein Risiko nicht bereits eingestellt ist. Die Verhandlungspartner müssen in die Lage versetzt werden, die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des SAPV-Teams zu beurteilen. Eine reine Kostenkalkulation reicht hierzu nicht aus.

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?

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 unbekannten 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).

Zu widerhandlungen 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.¹⁰ Beispiele für materielle Vorteile wären Geldleistungen, z. B. umsatzbezogene Rückvergütungen, Kick-backs, Sachgeschenke, Verschaffung von Nebeneinnahmen, Rabatte, Stundungen, Einladungen und Gerätestellungen.¹¹ In der Regelung ist keine Bagatellgrenze vorgesehen, so dass jedes Entgelt oder geldwerter Vorteil einen schwerwiegenden Vertragsverstoß darstellt.

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

11) 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 hineinzuverhandeln. 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 vertragschließenden 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 Handzeichen¹² 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.

12) 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: 02 | Stand: 07.2025 | Berlin/Wiesbaden, 2025

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



ANLAGEN

MUSTER Kooperations-Vertrag

Begleitend zur Handreichung zum Rahmenvertrag der
Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV)
für Erwachsene

Musterkooperationsvertrag für Netzwerkpartnerschaften SAPV und ambulanter Hospizdienst i.S.d.
§ 4 Abs. 1 lit. h) BRV SAPV

Stand: März 2025

Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass es sich bei diesem Vertrag lediglich um ein Vertragsmuster handelt. Das Vertragsmuster wurde mit größter Sorgfalt erstellt, erhebt jedoch keinen Anspruch auf Richtigkeit und Vollständigkeit. Insbesondere kursiv formatierte Formulierungen können zwischen den Vertragsparteien individuell ausgehandelt werden. Im Übrigen ist der Mustervertrag als Formulierungshilfe zu verstehen und entbindet den Verwender/die Verwenderin nicht von der sorgfältigen, eigenverantwortlichen Prüfung. Dieser Musterkooperationsvertrag ist beispielhaft auf eine Kooperation zwischen einem SAPV-Team und einem ambulanten Hospizdienst ausgelegt und ist im Grundsatz auch auf andere Kooperationspartner übertragbar.

Beachten Sie bitte, dass hinsichtlich der notwendigen datenschutzrechtlichen Besonderheiten und Formulare (Einwilligungserklärung, Schweigepflichtentbindung) Vorlagen vom Träger der Vertragspartner existieren können, die dann zu verwenden sind. Der DHPV hat eine Handreichung zum Thema „Datenschutz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung“ herausgegeben, auf die wir verweisen möchten.

Kooperationsvertrag

zwischen

dem SAPV-Leistungserbringer

Name

vertreten durch _____

Adresse

nachfolgend: SAPV-Team

und

dem **ambulanten Hospizdienst**

Name

vertreten durch _____

Adresse

nachfolgend: Hospizdienst

Präambel

Hospizarbeit und Palliativversorgung zielen darauf, dass die Rechte und Bedürfnisse der schwerkranken und sterbenden Menschen und der ihnen nahe Stehenden eingehalten und gestärkt werden. Im Zentrum stehen die Würde des Menschen am Lebensende und der Erhalt größtmöglicher Autonomie. Die SAPV dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker und sterbender Menschen (§ 37b Abs. 1 S. 1 SGB V i.V.m. § 1 Abs. 1 SAPV-Richtlinie) zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer häuslichen

Umgebung, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung sowie in einem stationären Hospiz zu ermöglichen (§ 1 Abs. 1 S. 1 BRV-SAPV).

Im Vordergrund stehen die aktive und ganzheitliche Behandlung von Versicherten, die Anspruch auf SAPV-Versorgung gem. §§ 2 bis 4 der SAPV-Richtlinie haben. 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).

Palliativpatienten und deren Bezugspersonen benötigen eine ganzheitliche Behandlung und Unterstützung. Hierzu arbeiten unterschiedliche Institutionen, Berufsgruppen und Ehrenamtliche in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Netzwerk zusammen. Dies geschieht über die vorhandenen Sektorengrenzen hinweg sich gegenseitig unterstützend und ergänzend.

In diesem Sinne und nach § 6 Abs. 3 des BRV-SAPV arbeitet das SAPV-Team mit allen in seinem Versorgungsgebiet tätigen ambulanten Hospizdiensten (insbesondere zur Einbindung von deren Ehrenamtlichen) und den an der Regelversorgung beteiligten Leistungserbringern unterschiedlicher Berufsgruppen (z. B. Haus-/Facharzt*innen, Pflegediensten, Seelsorger*innen, Sozialarbeiter*innen, Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen) in Form einer Netzwerkfunktion integrativ zusammen. Mit einem oder mehreren Hospizdiensten, die die strukturellen Voraussetzungen gemäß der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 SGB V erfüllen, ist die Zusammenarbeit schriftlich zu vereinbaren und gegenüber den Krankenkassen vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages nach § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V gem. § 4 Abs. 5 nachzuweisen. Diese Kooperation dient zudem der Umsetzung des Bundesrahmenvertrages. Er begründet jedoch bereits nach dem BRV-SAPV keinen Anspruch auf exklusive Zusammenarbeit. Somit können sowohl das SAPV-Team als auch der Hospizdienst mit weiteren Netzwerkpartnern Kooperationsverträge abschließen, selbst wenn diese das gleiche oder ein ähnliches Aufgabenspektrum wie die jeweiligen Vertragspartner aus dem hier vorliegenden Vertrag abdecken.

Beide Vertragspartner behalten ihren eigenen Geschäftszweck. Die Kooperation regelt lediglich eine qualitätsvolle Zusammenarbeit. Die Begründung eines gemeinsamen Geschäftszweckes erfolgt nicht. Im Rahmen der Kooperation übernimmt der ambulante Hospizdienst keine Aufgaben, die originär Aufgaben des SAPV-Teams sind, sondern übernimmt als eigenständige externe Organisation die in § 39a Abs. 2 SGB V geregelten Aufgaben mit den dort beschriebenen Qualitätsanforderungen.

Die beiden Vertragspartner erklären mit diesem Vertrag, in der ganzheitlichen Sorge um den bzw. die Palliativpatient*in und die Angehörigen partnerschaftlich und vertrauensvoll zusammenarbeiten zu wollen.

Die hospizliche Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen ist dabei in erster Linie eine psychosoziale Begleitung für diese und deren Bezugspersonen und versteht sich als Ergänzung und wichtige Ressource im Netzwerk der professionellen Dienstleistungen.

§ 1 Vertragsgegenstand

Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbegleitung zur Verfügung stehen, sicher (§ 39a Abs. 2 S. 4 SGB V). Der gem. § 39a Abs. 2 SGB V geförderte ambulante Hospizdienst übernimmt im Rahmen des Kooperationsvertrages die ehrenamtliche psychosoziale Begleitung von Patientinnen und Patienten des SAPV-Teams, sofern eine solche Begleitung von Seiten des Patienten bzw. der Patientin gewünscht wird und von dem Hospizdienst eine geeignete ehrenamtliche Mitarbeiterin/ein geeigneter ehrenamtlicher Mitarbeiter für die einzelne Begleitung zur Verfügung gestellt werden kann. Beide Aufgabenbereiche des § 39a Abs. 2 S. 4 SGB V können in Betracht kommen, wenn die SAPV nicht mehr erforderlich ist oder wenn diese intermittierend erbracht wird. Zu berücksichtigen ist ferner, dass das SAPV-Team auf der Grundlage des BRV-SAPV mit mehreren Hospizdiensten integrativ zusammenarbeitet. Aus Compliance-Gesichtspunkten ist der bzw. die Patientin zudem auf die Begleitung durch einen alternativen Hospizdienst hinzuweisen. Die Vertragspartner beachten, dass der Patient bzw. die Patientin die freie Wahl hat, sich durch einen Hospizdienst unabhängig vom Bestehen eines Kooperationsvertrages begleiten zu lassen.

Die Begleitung durch ehrenamtliche Mitarbeiter/innen des Hospizdienstes begründet kein Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis mit dem SAPV-Team. Die weiteren Absprachen zu den einzelnen Begleitungen erfolgen zwischen den in § 3 Abs. 1 S. 1 genannten Personen.

Die Vertragspartner verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem.

§ 2 Aufgaben der Vertragspartner im Rahmen der Kooperation

1. Die Vertragspartner leisten im Rahmen dieser Kooperation zugunsten der Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen jeweils eigene Aufgaben, die sich ergänzen. Dabei bietet der Hospizdienst für die Begleitung der Patientin bzw. des Patienten folgende Aufgaben an:
 - a) ehrenamtlich qualifizierte Sterbegleitung und ggf. palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte (§ 39a Abs. 2 S. 4 SGB V)
 - b) Teilnahme an gemeinsamen Fallbesprechungen, Qualitätszirkeln, Ethikkonferenzen o.ä., die den begleiteten Patienten bzw. die begleitete Patientin betreffen
 - c) Angebote im Rahmen der Trauerbegleitung
 - d) Auswahl der Ehrenamtlichen
 - e) Qualifizierung, Praxisbegleitung und Supervision der Ehrenamtlichen
2. Das SAPV-Team erbringt Leistungen auf der Grundlage der §§ 37b SGB V, 132d SGB V i.V.m. mit der SAPV-RL und dem BRV-SAPV.¹ Das SAPV-Team informiert den Hospizdienst im Rahmen der jeweiligen Begleitung über Beendigung der SAPV, z.B. durch Krankenhaus-einweisungen und Versterben des Patienten oder der Patientin.

¹ Hinweis: Die Aufgaben des SAPV-Teams können noch detaillierter beschrieben werden.

3. Die Vertragspartner übernehmen gemeinsam zur Sicherung der Qualität der jeweils eigenen Leistungen im Sinne dieses Kooperationsvertrages die folgenden Aufgaben:²
 - a) *Fortbildungen zum Thema „Hospiz- und Palliativversorgung“*
 - b) *Öffentlichkeitsarbeit*
 - c) *gemeinsame Angebote der Trauerbegleitung*
 - d) *regelmäßige Reflexion der Zusammenarbeit und Weiterentwicklung („Re-Forming“)*
4. Die Kosten für die unter § 2 Abs. 3 genannten Aufgaben werden von den Vertragsparteien *wie folgt geteilt*...
5. Die Nutzung von Namen und Logo des jeweiligen Vertragspartners erfolgt ausschließlich im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit und bedarf der vorherigen Zustimmung des jeweils anderen Vertragspartners.

§ 3 Ansprechpartner und Informationsaustausch

1. Als Ansprechpartner für Fragestellungen im Zusammenhang mit der Begleitung des Patienten oder der Patientin werden benannt:
 - im Hospizdienst: *(z.B. Koordinationskraft)*
 - beim SAPV-Team: *(z.B. leitende Pflegefachperson)*

Die Koordinationskraft des Hospizdienstes ist verantwortlich für die Auswahl und den Einsatz der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen und deren weitere fachliche Begleitung.

Als Ansprechpartner für Fragen zur Kooperationsvereinbarung werden benannt:

- im Hospizdienst: *(z.B. Geschäftsführung oder Vorstand)*
 - im SAPV-Team: *(z.B. Geschäftsführung)*
2. Zwischen den Kooperationspartnern findet ein regelmäßiger Informationsaustausch statt. Mindestens einmal jährlich werden Arbeitstreffen zwischen den Vertragspartnern vereinbart, um die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der gemeinsamen Arbeit zu überprüfen. Nach Abschluss der Begleitung findet ein jeweiliges Reflexions- bzw. Evaluationsgespräch zwischen den Kooperationspartnern statt.
 3. Das SAPV-Team informiert die Patientinnen und Patienten über die Möglichkeiten eines ambulanten Hospizdienstes zur ehrenamtlichen Begleitung. Der Hospizdienst stellt dafür Informationsmaterial zur Verfügung.
 4. Die Kooperation wird in der Öffentlichkeitsarbeit der beiden Vereinbarungspartner dargestellt, *z.B. in Flyern oder auf der Homepage. Die Kooperationspartner verpflichten sich, die jeweiligen Texte/Informationen etc. vorab miteinander abzustimmen.*

² Hinweis: Da im Regelfall Kooperationsvereinbarungen mit mehreren Hospizdiensten bestehen, sollten sich die Vertragspartner überlegen, ob beispielsweise eine Kooperation im Bereich Öffentlichkeitsarbeit mit sämtlichen Kooperationspartnern durchgeführt wird

³ Hinweis: Die Vertragspartner sollten sich hier über eine entsprechende Kostenaufteilung einigen. Im Regelfall sollten keine Einnahmen erzielt werden. Wir empfehlen, hierzu der Rat eines Steuerberaters/einer Steuerberaterin einzuholen.

§ 4 Versicherungen und Übernahme sonstiger Kosten

1. Versicherungen: Die notwendigen Versicherungen für die Ehrenamtlichen, insbesondere Unfall- und Haftpflichtversicherung, sind vom Hospizdienst zu tragen. (...)
2. Sonstige Kosten: (...)

§ 5 Vergütung

Den Vertragspartnern ist es untersagt, sich gegenseitig oder einem Dritten eine zusätzliche Vergütung, eine Provision oder einen geldwerten Vorteil zuzuwenden.

§ 6 Grundsätze/Verschwiegenheitspflicht/Datenschutz/Einwilligungserklärungen

1. Der Kooperationsvertrag begründet ausschließlich Rechte und Pflichten zwischen dem SAPV-Team und dem Netzwerkpartner. Insbesondere kann der Palliativpatient/die Palliativpatientin oder dessen bzw. deren Angehörige keine Ansprüche aus diesem Vertrag für sich herleiten.
2. Die Anforderung einer jeweiligen Behandlung / Versorgung / Beratung / Begleitung erfolgt auf Wunsch des Patienten/der Patientin und der Indikation.
3. Die Vertragspartner verpflichten sich,
 - a) über sämtliche ihnen bzw. ihren Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen im Zusammenhang mit der Kooperationsvereinbarung und ihrer Durchführung bekannt gewordenen bzw. bekannt werdenden Informationen zu den persönlichen und sachlichen Verhältnissen der Patientinnen und Patienten des SAPV-Teams Stillschweigen zu bewahren,
 - b) über sämtliche ihnen bzw. ihren Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen im Zusammenhang mit der Kooperationsvereinbarung und ihrer Durchführung bekannt gewordenen bzw. bekannt werdenden Informationen zu dem Geschäftsbereich des Vertragspartners Stillschweigen zu bewahren,
 - c) nur die rechtlich zulässigen und notwendigen personenbezogenen Daten zu erheben und diese weder unzulässig zu speichern, zu ändern, noch unberechtigt an Dritte weiterzugeben,
 - d) die gesetzlichen Vorschriften zur Löschung von Daten einzuhalten,
 - e) Datenträger mit Dateien sowie Aufzeichnungen, die personenbezogene Daten beinhalten, zum Schutz vor Diebstahl und Beschädigung unter Verschluss zu halten,
 - f) Passwörter, die zur Kontrolle des Zugriffs auf Datenverarbeitungsanlagen eingerichtet worden sind, nicht an unbefugte Dritte weiterzugeben,
 - g) dafür Sorge zu tragen, dass Aufzeichnungen sowie Datenträger nicht unbefugt gelesen oder kopiert oder von Dritten eingesehen werden können.

4. Soweit zur Durchführung des Kooperationsvertrages die Vertragsparteien Informationen über Patient*innen austauschen, die den einzelnen Patienten bzw. die einzelne Patientin oder dessen/deren Angehörige direkt oder indirekt betreffen und den Patienten/die Patientin bzw. dessen Angehörige erkennen lassen (also nicht anonymisiert sind), haben die Vertragspartner die Einwilligung des Patienten/der Patientin bzw. dessen/deren Angehörigen in die Weitergabe der Informationen sicherzustellen.
5. Einwilligungserklärungen zur Datenübermittlung und Schweigepflichtentbindungserklärung von begleiteten Patientinnen und Patienten sind einzuholen und zu dokumentieren. Die jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufliche Schweigepflichtentbindungserklärung sollte sich insbesondere beziehen auf
 - a) die wechselseitige Entbindung der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hospizdienstes, der behandelnden Ärztinnen/Ärzte, des Pflegepersonals, des Sozialdienstes, der Seelsorger sowie weiteren an der Versorgung und Begleitung beteiligten Personen der Vertragspartner von ihrer Schweigepflicht, soweit es sich um für die Begleitung und Betreuung erforderliche Informationen handelt und eine Weitergabe der Daten für die Begleitung und Betreuung erforderlich ist,
 - b) die Einwilligung, dass der Hospizdienst die Daten, die für einen Antrag auf Förderung des ambulanten Hospizdienstes notwendig sind, an die jeweilige Krankenkasse weitergegeben werden können,
 - c) die Einwilligung, dass das SAPV-Team die Daten, die für einen Antrag auf SAPV notwendig sind, an die jeweilige Krankenkasse weitergegeben werden können.
6. Jeder Vertragspartner hat das Recht, vertrauliche Informationen, die er vom anderen Vertragspartner erhalten hat, ohne dessen schriftliche Genehmigung offen zu legen
 - a) gegenüber einem verbundenen Unternehmen, sofern dieses in gleicher Weise zur Vertraulichkeit verpflichtet ist,
 - b) gegenüber seinen Vertretern, Beratern, Banken und Versicherungsgesellschaften, wenn und soweit die Offenlegung für die ordnungsgemäße Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen erforderlich ist und diese Personen oder Gesellschaften sich ihrerseits zuvor zur vertraulichen Behandlung der Informationen verpflichtet haben oder von Berufs wegen gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind; oder
 - c) in dem Umfang, wie diese vertraulichen Informationen
 - dem diese Informationen empfangenden Vertragspartner zu dem Zeitpunkt, zu dem er sie von dem anderen Vertragspartner erhalten hat, berechtigterweise bereits bekannt sind,
 - bereits öffentlich zugänglich sind oder der Öffentlichkeit in anderer Weise als durch Tun oder Unterlassen des empfangenden Vertragspartners zugänglich werden; oder
 - von einem Vertragspartner aufgrund einer gesetzlichen Bestimmung oder einer gerichtlichen oder behördlichen Anordnung oder einer Anfrage einer

Behörde/Kontrollinstitution offen gelegt werden müssen; in diesem Fall hat der offen legende Vertragspartner den anderen Vertragspartner unverzüglich hierüber zu informieren.

7. Die Erhebung und Verarbeitung von Daten, insbesondere Patientendaten, erfolgt entsprechend der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen (z.B. DSGVO, BDSG) und unter Beachtung der Schweigepflicht (§ 203 StGB).
8. Die gegenseitige Information bedarf der Einwilligung des jeweiligen Patient/der jeweiligen Patientin. Die Vertragspartner verpflichten sich, die geltenden Regelungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht einzuhalten.
9. Die vorgenannten Verpflichtungen bestehen auch über die Beendigung dieses Vertrages hinaus.
10. Die Vertragspartner stellen sicher, dass sämtliche Personen, die von ihnen mit der Bearbeitung, Durchführung oder Erfüllung dieses Vertrages beauftragt oder in anderer Weise einbezogen werden, die Verpflichtungen der Vertragspartner nach Abs. 1 bis 3 wie eigene Verpflichtungen erfüllen.

§ 7 Konfliktlösung

Bei Konflikten streben die Vertragspartner eine einvernehmliche Lösung an. Bei Konflikten zwischen dem Patienten bzw. der Patientin und dem SAPV-Team und/oder dem Hospizdienst ist der jeweils andere Vertragspartner zu informieren, damit Konflikte zwischen den Beteiligten möglichst zeitnah und einvernehmlich beigelegt werden können. Ansprechpartner*in für die Konfliktbeilegung ist im ambulanten Hospizdienst die Koordinationsfachkraft. Der Hospizdienst stellt insofern sicher, dass etwaige Konflikte der Ehrenamtlichen der Koordinationsfachkraft mitgeteilt werden, damit diese als zuständige Fachkraft das SAPV-Team informieren kann. Ansprechpartner*in für die Konfliktbeilegung ist im SAPV-Team die Teamleitung.

§ 8 Kündigung

1. Der Vertrag tritt am (*Datum*) in Kraft und läuft auf unbestimmte Zeit. Er kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.
2. Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
3. Ein wichtiger Grund ist insbesondere gegeben, wenn
 - (*Benennung möglichst konkreter Gründe, beispielsweise unterschiedliche Haltung in Bezug auf den assistierten Suizid, Beendigung des Versorgungsvertrages des SAPV-Teams*)
4. Jede Kündigung bedarf der Schriftform und hat gegenüber (*z.B. Geschäftsführung des SAPV-Teams / dem Vorstand des Hospizdienstes*) zu erfolgen. Eine fristlose Kündigung muss schriftlich begründet werden.

§ 9 Schlussbestimmungen

1. Mündliche Abreden wurden nicht getroffen. Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform. Dies gilt ebenso für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses.
2. Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht. Die Bestimmung soll durch eine Regelung ersetzt werden, die rechtlich zulässig ist und der ursprünglichen Bestimmung am nächsten kommt. Entsprechendes gilt, wenn sich bei der Durchführung des Vertrages eine ergänzungsbedürftige Lücke ergibt.

Ort, den _____

Ort, den _____

SAPV-Team

Hospizdienst

Compliance-Konzept – Teil 1

RICHTLINIE Antikorrruption für SAPV-Teams

Begleitend zur Handreichung zum Rahmenvertrag der
Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV)
für Erwachsene

MUSTER
einer Antikorruptionsrichtlinie
für SAPV-Teams
im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
gem. den Anforderungen nach § 4 Abs. 5 lit. k) Bundesrahmenvertrag

Bitte beachten Sie, dass es sich bei diesem Compliance-Konzept um ein Muster handelt. Die Risikoanalyse muss immer individuell betrachtet werden. Das Muster wurde mit größter Sorgfalt erstellt, erhebt jedoch keinen Anspruch auf Richtigkeit und Vollständigkeit. Im Übrigen ist das Muster als Formulierungshilfe zu verstehen und entbindet den Verwender/die Verwenderin nicht von der sorgfältigen, eigenverantwortlichen Prüfung und Risikoanalyse. Dieses Konzept ist beispielhaft auf ein SAPV-Team ausgelegt. Beachten Sie bitte, dass hinsichtlich der notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen, datenschutzrechtlichen und institutionellen Besonderheiten das Konzept regelhaft zu überprüfen ist.

Bekenntnis zu Compliance

Das [Name des SAPV-Teams] bekennt sich uneingeschränkt zur Compliance, denn verantwortungsvolles und regelbasiertes Verhalten sind die Grundvoraussetzung für die tägliche Arbeit. Alle Mitarbeitenden sind verpflichtet, sich an die geltenden gesetzlichen Regeln und behördlichen Vorgaben zu halten. Die Mitarbeitenden des [Name des SAPV-Teams] erbringen einen Dienst an schwerstkranken und sterbenden Menschen. Jegliches Handeln berücksichtigt diese besondere Lebenssituation. Das Handeln aller Mitarbeitenden ist ausgerichtet an dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung dieser Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in häuslicher Umgebung, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung sowie einem stationären Hospiz zu ermöglichen.

Medizinische-pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination werden nur durch dafür fachlich qualifizierte Mitarbeitende erbracht. Das [Name des SAPV-Team] stellt sicher, dass diese Leistungen jederzeit auf dem aktuell anerkannten fachlichen Niveau erbracht werden.

Bei der Abrechnung erbrachter Leistungen werden gesetzliche und berufsrechtliche Vorgaben stets eingehalten. Die Mitarbeitenden des [Name des SAPV-Team] verhalten sich gegenüber den Versicherten¹, deren An- und Zugehörige jederzeit integer. Sie lassen sich bei der Ausübung ihrer Tätigkeit nicht durch die unzulässige Annahme von Geschenken, Vergünstigungen oder sonstigen Vorteilen beeinflussen. Alle Versicherten sind gleich und werden in gleicher Weise von den Mitarbeitenden betreut und behandelt.

Um jeden Anschein unzulässiger Beeinflussung erst gar nicht entstehen zu lassen, müssen Konflikte zwischen privaten Interessen und dienstlichen Interessen vermieden werden. Alle Mitarbeitenden sind dem Interesse des [Name des SAPV-Teams] verpflichtet. Sie sind gehalten, jederzeit Schaden abzuwenden. Deshalb legt das [Name des SAPV-Team] ein besonderes Augenmerk darauf, dass alle Mitarbeitenden dienstliche Interessen eindeutig von privaten finanziellen und sonstigen Interessen trennen. Das [Name des SAPV-Teams] wird zunächst eine Risikoanalyse durchführen und danach geeignete Aufsichtsmaßnahmen ergreifen, um dieses Ziel zu erreichen. Um bereits anfänglichen Verdachtsmomenten nachgehen zu können, wird das [SAPV-Team] eine Meldestelle einrichten, bekanntmachen und betreiben, an die sich Mitarbeitende, Versicherte, deren Angehörige und Freunde sowie sonstige Dritte Personen wenden können, wenn sie den Verdacht haben, dass sich Mitarbeitende nicht compliant verhalten haben.

Die Erbringung von SAPV-Leistungen erfordert den Umgang mit vertraulichen und patientenbezogenen Daten der Versicherten. Das [Name des SAPV-Teams] stellt sicher, dass alle datenschutzrechtlichen Anforderungen in Bezug auf die Versicherten stets eingehalten werden. In gleicher Weise stellt das [Name des SAPV-Team] sicher, dass alle datenschutzrechtlichen Anforderungen in Bezug auf die eigenen Mitarbeitenden jederzeit erfüllt werden.

Die Erbringung von SAPV-Leistungen erfordert den Umgang mit Eigentum des [Name des SAPV-Team], dem Eigentum der Versicherten sowie mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln. Alle Mitarbeitenden sind verpflichtet, mit den genannten Dingen sorgsam umzugehen. Dem Eigentum der Versicherten

¹ In dieser Richtlinie wird zur besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet. Gemeint sind aber immer alle Geschlechter (weiblich, männlich, divers).

gebührt dabei ein besonderer Schutz. Das [Name des SAPV-Team] wird in einer Dienstanweisung geeignete Verhaltensweisen vorgeben, um den Schutz von Eigentum der Versicherten bestmöglich zu gewährleisten.

Die Geschäftsleitung des [Name des SAPV-Teams] wird stets sorgsam darauf achten, dass das Verhalten der Mitarbeitenden bei der Erbringung von SAPV-Leistungen jederzeit compliant erfolgt. Wesentliche Bestandteile zur Erreichung dieses Ziels sind

- die nachfolgende Antikorruptionsrichtlinie,
- die Richtlinie zum Umgang mit Patienteneigentum und
- das Schutzkonzept zum Umgang mit sexualisierter Gewalt.

Die Geschäftsleitung trägt dafür Sorge, dass der Inhalt dieser Richtlinie allen Mitarbeitenden bekannt ist. Neue Mitarbeitende werden zu Beginn ihrer Tätigkeit mit dem Inhalt der Richtlinie vertraut gemacht. Alle Mitarbeitenden werden von Zeit zu Zeit über den jeweils aktuellen Stand dieser Richtlinie informiert. Die Geschäftsleitung wird geeignete Maßnahmen ergreifen, um in regelmäßigen Abständen zu prüfen,

- ob bei den Mitarbeitenden eine ausreichende Kenntnis zum Thema Antikorruption vorhanden sind und
- ob die in der Antikorruptionsrichtlinie vorgegebenen Verhaltensweisen im Alltag umgesetzt werden.

Präambel der Antikorruptionsrichtlinie

Der „Rahmenvertrag der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) für Erwachsene“ (sog. 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 hinreichend im Sinne des Bundesrahmenvertrags zu sein. Eine Antikorruptionsrichtlinie ist zentraler Bestandteil dieses Compliance-Konzepts, weil sie den Mitarbeitenden in der SAPV eine Richtschnur gibt, um zulässiges wie unzulässiges Verhalten zu erkennen. Dies gibt den Mitarbeitenden Sicherheit bei der Wahrnehmung ihrer wichtigen Aufgabe. Die Antikorruptionsrichtlinie soll die tägliche Arbeit in der SAPV erleichtern, indem durch klare Vorgaben und Abgrenzungen rechtlich Zulässiges von rechtlich Unzulässigem getrennt wird. Dies bewahrt die Mitarbeitenden vor Fehlern.

Aus den vorgenannten Gründen hat das [Name des SAPV-Teams, z.B. xyz SAPV GmbH] sich die nachfolgende Antikorruptionsrichtlinie gegeben.

Erster Abschnitt

Anwendungsbereiche, Definitionen, Grundsätze und Grundlagen

§ 1

Anwendungsbereich

- (1)** Die Richtlinie ist als Dienstanweisung verbindlich für alle Mitarbeitenden des [Name des SAPV-Teams]. Mitarbeitende im Sinne dieser Richtlinie sind auch die Mitglieder der Geschäftsleitung der [Name des SAPV-Teams] sowie Praktikanten, Personen, die einen Freiwilligendienst leisten, ehrenamtlich tätige Personen und sonstige diesen vergleichbare Personen. Erfasst werden sollen somit alle Personen, die im Rahmen der Erbringung von SAPV-Leistungen für das [Name des SAPV-Team] tätig werden.
- (2)** Erfasst sind die Annahme und Verwendung von Zuwendungen. Zuwendungen sind alle Sach-, Dienst- und Geldleistungen oder andere geldwerte bzw. immaterielle Besserstellungen, die dem [Name des SAPV-Teams], deren Mitarbeitenden und denen nahestehenden Personen, wie Ehe- und Lebenspartnern, Verwandten o.ä. zugutekommen. Der Begriff ist weit zu verstehen. Er umfasst insbesondere:
 - Geschenke,
 - Belohnungen,
 - Provisionen,
 - Sachleistungen,
 - Dienstleistungen,
 - Gegenleistungen aus bzw. der Abschluss von zusätzlichen Verträgen, deren Inhalte nicht unter den satzungsmäßigen Zweck des [Name des SAPV-Teams] fallen,
 - Spenden oder
 - die Überlassung von Proben, Mustern und Gebrauchsgegenständen.
- (3)** Die Mitarbeitenden dürfen von Dritten Zuwendungen in Bezug auf ihre Tätigkeit nicht annehmen. Ausnahmen sind nur mit Zustimmung des [Name des SAPV-Teams] nach Maßgabe dieser Richtlinie möglich.
- (4)** Eine Nebentätigkeit für Dritte, zu denen die [Name des Unternehmens] geschäftliche Beziehungen unterhält, ist nur zulässig, wenn die Mitarbeitenden an den Geschäftsbeziehungen des jeweiligen Unternehmens, insbesondere im Rahmen von Beschaffungsmaßnahmen, nicht selbst im Rahmen ihrer Tätigkeit direkt oder durch Angehörige beteiligt sind und diese im Einzelfall von dem [Name des SAPV-Team] genehmigt wurde.

§ 2

Definitionen

Für ein gemeinsames Verständnis der in dieser Richtlinie verwendeten Begriffe dienen die nachstehenden Definitionen:

- Geschäftsleitung: Geschäftsführung und sonstige leitende Mitarbeitende des [Name des SAPV-Teams].
- Zuwendungen: Leistungen gemäß § 1 Abs. 2 dieser Richtlinie.
- Entgeltliche Leistungen: Leistungen, welche in Geld ausgezahlt werden oder einen bezifferbaren Geldwert besitzen.
- Unentgeltliche Leistungen: Leistungen, welche nicht in Geld ausgezahlt werden; sie können dennoch einen bezifferbaren Geldwert besitzen und besondere Vorteile bieten und/ oder das soziale Ansehen des jeweiligen Unternehmens oder des/ der Mitarbeitenden steigern.
- Belohnungen und Geschenke: alle Vorteile wirtschaftlicher oder nichtwirtschaftlicher Art, die den Mitarbeitenden unmittelbar oder mittelbar zugewendet werden, ohne dass ein Anspruch darauf besteht. Dazu gehören neben Barleistungen und Sachwerten auch andere Leistungen, wie bspw.
 - Vergünstigungen bei Privatgeschäften,
 - zu günstigen, nicht üblichen Konditionen gewährte Darlehen,
 - Einkaufsmöglichkeiten zu Vorzugspreisen,
 - Bezug von Dienst- und Werkleistungen zu Vorzugspreisen,
 - kostenlose oder nicht zu üblichen Konditionen überlassene Unterkünfte, Kraftfahrzeuge oder andere Gebrauchsgegenstände und
 - Gewährung von Freikarten oder vergünstigten Eintrittskarten.
- Angehörige: Ehegatten, Kinder, Eltern und eingetragene Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes.
- Zugehörige: Personen, die nicht Angehörige sind, aber gleichwohl in einem Näheverhältnis zum Versicherten stehen und ihn bei der Inanspruchnahme von SAPV unterstützen (z.B. Begleitpersonen).
- Versicherte: Personen, die nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben.
- Dritter: Jede natürliche oder juristische Person, die nicht das eigene Unternehmen oder ein Mitarbeitender/eine Mitarbeitende des [Name des SAPV-Teams] ist.
- Beschaffungsmaßnahmen: Von der Beschaffungsstelle ausgelöste Bestellvorgänge und Vertragsabschlüsse.
- Beschaffungsstelle: Diejenige Stelle des [Name des SAPV-Teams], die durch die Geschäftsleitung berechtigt ist, für festgelegte Geschäftsvorgänge eine Bestellung auszulösen oder einen Dienst- oder Werkvertrag abzuschließen.
- Spende: Einseitige Sach- und Geldzuwendungen zur Förderung mildtätiger, kirchlicher, religiöser, wissenschaftlicher oder als besonders förderwürdig anerkannter gemeinnütziger Zwecke sowie der Verzicht auf die Erstattung von Aufwendungen.
- Sponsoring: Finanzielle Unterstützung einer Veranstaltung oder eines Projekts des [Name des SAPV-Teams] durch einen Dritten, der dafür das Recht zu imagefördernden Werbeaktivitäten während der Veranstaltung erhält.
- Beraterverträge: Mitarbeitende bieten auf Grund ihrer fachlichen Kompetenz Beraterleistungen im weitesten Sinn für Dritte an.

- Referentenverträge: Mitarbeitende halten anlässlich einer Veranstaltung eines Dritten einen Fachvortrag.
- Besondere Anlässe: Anlässe, zu denen Geschenke außenstehender Dritter in Bezug auf die dienstliche Tätigkeit erlaubt sind: 25- und 40-jähriges Dienstjubiläum, Ruhestand.

§ 3

Grundsätze und Grundlagen

(1) Grundsätze

Alle Mitarbeitenden sind verpflichtet, neben ihrem Dienstvertrag die jeweils für sie geltenden Gesetze und berufsständischen Vorschriften einzuhalten. Gleichzeitig sind alle Mitarbeitenden verpflichtet, die sich aus dieser Richtlinie ergebenden Grundsätze und Regeln einzuhalten sowie Verstöße (auch durch Dritte) umgehend an die Geschäftsleitung zu melden. Soweit Mitarbeitende gegen die in Satz 1 und Satz 2 genannten Pflichten verstoßen, haben sie mit arbeitsrechtlichen Maßnahmen und ggf. auch mit strafrechtlichen, berufsrechtlichen oder zivilrechtlichen Konsequenzen zu rechnen.

Im Umgang mit Zuwendungen Dritter sind folgende Grundsätze maßgeblich:

1. Transparenzprinzip

Alle Zuwendungen und Vergütungen sonstiger Art an das [Name des SAPV-Teams] und an die Mitarbeitenden, durch die das Unternehmen oder die Mitarbeitenden begünstigt werden bzw. begünstigt werden könnten, sind in allen Details nachvollziehbar gegenüber der Geschäftsleitung vorab offenzulegen.

2. Trennungsprinzip

Jede Form der Zuwendung Dritter muss unabhängig von Beschaffungsmaßnahmen und der Verwendung von Produkten des Dritten erfolgen. Es muss eine klare Trennung zwischen der Zuwendung und dem etwaigen Umsatzgeschäft bestehen, diese dürfen auf keinen Fall in Abhängigkeit voneinander bzw. in Zusammenhang miteinander erfolgen. Es muss klar erkennbar sein, dass die Entscheidungsträger für Beschaffungsmaßnahmen nicht durch die Zuwendung beeinflusst werden. Es dürfen keine Zuwendungen angenommen werden, die privaten Zwecken dienen, auch nicht durch Angehörige. Beschaffungsentscheidungen sind allein aus sachlich nachvollziehbaren, an Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Gründen zu treffen.

Im Hinblick auf Zuwendungen Dritter dürfen Mitarbeitende insbesondere auch in ihren Therapie- und Ordnungsentscheidungen nicht in unlauterer Weise beeinflusst werden. Die Mitarbeitenden unterliegen in ihren Entscheidungen zur Verwendung und Bestellung bestimmter Produkte und Medikamente allein ihrer fachlichen Einschätzung bzw. die Verwendung erfolgt allein aus nachvollziehbaren sachlichen und medizinischen Gründen.

Es ist grundsätzlich unzulässig, dass Arbeitsleistungen von Mitarbeitenden, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit für das [Name des SAPV-Teams] erbringen, zusätzlich von einem Dritten finanziert werden.

Insbesondere ist es unzulässig, dass Leistungen der Mitarbeitenden, die zu ihrem Aufgabenbereich gehören, in Zusammenhang mit Patienten des [Name des SAPV-Teams] von einem Dritten ganz oder teilweise finanziert werden.

3. Zustimmungsprinzip

Für die Annahme, Art und Umfang einer Zuwendung durch Dritte sowie der zu erbringenden Gegenleistungen ist die vorherige Zustimmung der Geschäftsleitung erforderlich. Eine Zustimmung ist dann nicht erforderlich, soweit dies ausdrücklich in dieser Richtlinie geregelt ist.

Soweit Mitarbeitende Kenntnis davon erlangen, dass eine Zuwendung durch Dritte geplant ist, haben sie unverzüglich die Geschäftsleitung zu informieren.

4. Dokumentationsprinzip

Alle Zuwendungen Dritter müssen vollständig und nachvollziehbar schriftlich festgehalten werden. Diese Dokumentationen sind mindestens 10 Jahre nach der erfolgten Zuwendung aufzubewahren. Bei dauerhaften Leistungen beginnt die Frist für die Aufbewahrung mit Empfang der letzten Leistung.

5. Äquivalenzprinzip

Sofern es sich um eine Zuwendung handelt, die für eine Gegenleistung des [Name des SAPV-Teams] oder eines Mitarbeitenden erbracht wird, müssen Leistung und Gegenleistung in einem angemessenen Verhältnis zueinanderstehen. Dabei sind unter anderem, aber nicht ausschließlich, der Schwierigkeitsgrad der Leistung, die Fachkompetenz des Leistungserbringers, der Zeitaufwand sowie die Höhe der marktüblichen Vergütung zu berücksichtigen. Bei der Beschaffung und Nutzung von Produkten muss seitens der Mitarbeitenden der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit sowohl in der medizinischen als auch sachlichen Notwendigkeit beachtet werden.

6. Prinzip der Bargeldlosigkeit

Es ist untersagt, Zuwendungen bar anzunehmen. Diese müssen immer unbar auf ein Konto des jeweiligen Unternehmens in Deutschland überwiesen werden., es sei denn, in dieser Richtlinie ist ausdrücklich für besondere Zuwendungsarten etwas anderes geregelt.

(2) Grundlagen

Die derzeit geltenden gesetzlichen und standesrechtlichen Regelungen, insbesondere die insoweit in Betracht kommenden Straftatbestände, werden ständig durch neue Regelungen ergänzt oder ersetzt werden. Diese sind auch ohne ausdrückliche Erwähnung in dieser Richtlinie durch alle Mitarbeitenden in der jeweils geltenden Fassung zu beachten. Es wird insbesondere auf die neuen Straftatbestände im Hinblick auf Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen hingewiesen (§§ 299a ff. StGB; siehe Anlage: Wesentliche Vorschriften).

Des Weiteren sind die jeweils geltenden berufsständischen Ordnungen der jeweiligen Mitarbeitenden zu beachten.

§ 4

Rahmenbedingungen hinsichtlich der Anforderungen an Kooperationen mit Leistungserbringern

- (1) Verträge, die den Austausch von Leistungen zum Gegenstand haben, bedürfen einer schriftlichen Vereinbarung, welche eine Leistungsbeschreibung und eine abschließende Regelung zur Gegenleistung/ Vergütung enthält. Ohne eine derartige schriftliche Vereinbarung bzw. über die schriftliche Vereinbarung hinaus dürfen keine Leistungen erbracht werden.
- (2) Bei Abschluss und Durchführung von Verträgen ist darauf zu achten, dass externe Vertragspartner den Vertrag nicht dazu nutzen, Therapie-, Verordnungs- oder Beschaffungsentscheidungen zu beeinflussen. Die Nutzung einer Kooperation zu Werbezwecken ist nur mit schriftlicher Zustimmung des [Name des SAPV-Teams] zulässig.

Zweiter Abschnitt

Umsatzgeschäfte

§ 5

Grundsätze für die Beauftragung und Beschaffung

- (1) In der Regel sind vor der Beauftragung/ Beschaffung Angebote im Zusammenhang mit der Erbringung von SAPV-Leistungen von mehreren Anbietern einzuholen und in die Entscheidung über die Beauftragung oder Beschaffung einzubeziehen.
- (2) Bei allen Beschaffungen ist sicherzustellen, dass die Auswahlentscheidung, welcher Lieferant beauftragt wird, immer vom Versicherten getroffen wird.

§ 6

Beschaffungs- und Bestellwesen

- (1) Die Beschaffung und Bestellung von Produkten und Dienstleistungen jeglicher Art unterliegen dem allgemeinen Preis-/Leistungswettbewerb. Die Beschaffungs- und Bestellentscheidungen erfolgen ausschließlich unter Preis- und Qualitätsgesichtspunkten und allein durch die hierzu durch die Geschäftsleitung befugten Beschaffungsstellen und deren Mitarbeitende.
- (2) Eine bevorzugte oder sachlich unbegründete Beschaffung bzw. Bestellung in Zusammenhang mit den in dieser Richtlinie genannten Zuwendungen durch Dritte, oder eine entsprechende Beeinflussung von Mitarbeitenden durch andere Mitarbeitende ist verboten.

Dritter Abschnitt

Zuwendungen von dritter Seite

§ 8

Referenten- oder Beratungstätigkeiten für Dritte

- (1) Sofern Mitarbeitende des [Name des SAPV-Teams] beabsichtigen, für Dritte eine Referenten- oder Beratungsleistung im Zusammenhang mit der SAPV zu erbringen, haben sie frühzeitig, mindestens jedoch 4 Wochen vor Beginn dieser Leistung bei der Geschäftsleitung die Zustimmung durch einen entsprechenden Antrag einzuholen. Anträge, die erst nach Erbringung bzw. nach Beginn der Beratungstätigkeit gestellt werden, werden nicht genehmigt. Dem Antrag sind ein Vertragsentwurf sowie die Begründung, warum die Tätigkeit dem Interesse des [Name des SAPV-Teams] nicht zuwiderläuft, beizufügen. Aus dem Vertragsentwurf müssen sich die zu erbringende Leistung des Beraters bzw. der Beraterin, insbesondere der Stundenumfang, sowie die Höhe des Honorars ergeben.
- (2) Die Geschäftsleitung wird der Referenten- oder Beratungstätigkeit nur zustimmen, wenn diese nicht dem Interesse des [Name des SAPV-Teams] zuwiderläuft.

§ 9

Sponsoring der Teilnahme an externen Veranstaltungen

- (1) Die Mitarbeitenden sollen zur Vermittlung und Verbreitung von Wissen, Forschungsergebnissen und zum Erfahrungsaustausch an wissenschaftlichen Kongressen, Tagungen, Fort- und Weiterbildungs- und Informationsveranstaltungen und Workshops aktiv und passiv teilnehmen.
- (2) Die aktive Teilnahme an externen Veranstaltungen, z. B. als Referent und Moderator, die von Dritten gesponsert werden, ist zulässig, wenn sie fachbezogen ist, die Vermittlung von Fachwissen im Vordergrund steht und im überwiegenden Interesse des jeweiligen Unternehmens liegt. Im Rahmen der aktiven Teilnahme an einer externen Veranstaltung sind folgende Sponsoringleistungen von Dritten zulässig:
 - a. Übernahme von Reisekosten (Bahnfahrt 2. Klasse; Economy Class-Tickets bei Flügen; Business-Class-Tickets bei Intercontinentalflügen),
 - b. Übernahme von Übernachtungskosten, wenn die Hin- und Rückreise am Veranstaltungstag unzumutbar ist (max. vier Sterne-Unterkunft; über Ausnahmen entscheidet im Einzelfall die Geschäftsleitung; das Hotel muss im Hinblick auf seine Infrastruktur, Technik und Räumlichkeiten den Kriterien eines Business-Konferenzhotels entsprechen, darf keine außergewöhnlichen Wellnessbereiche oder -angebote aufweisen und keinen erhöhten Erlebnis- oder Erholungscharakter haben),
 - c. Übernahme notwendiger Veranstaltungsgebühren,

- d. Zahlung eines Honorars für die aktive Tätigkeit sowie die Vorbereitungszeit (maximal xxx EUR Stunde).
- (3) Die passive Teilnahme an einer externen Veranstaltung kann von einem Dritten nur unter den Voraussetzungen gesponsert werden, dass die Teilnahme ein dienstliches Interesse. Für den Umfang des Sponsorings gilt Abs. 2 Satz 2 lit. a. bis c. entsprechend.
- (4) Die aktive und passive Teilnahme an externen Veranstaltungen bedarf der vorherigen Zustimmung der Geschäftsleitung. Hierzu haben die Mitarbeitenden mindestens 4 Wochen vor der jeweiligen Veranstaltung einen Antrag bei der Geschäftsleitung zu stellen. Der Antrag muss insbesondere folgende Angaben enthalten:
- a. Bezeichnung und Art der Veranstaltung,
 - b. Ort und Datum der Veranstaltung nebst zeitlichem Umfang,
 - c. Grund für die Teilnahme an der externen Veranstaltung,
 - d. Name des Sponsors,
 - e. Art und Höhe des geldwerten Vorteils,
 - f. ggf. Honorarhöhe (nur bei aktiver Teilnahme an Veranstaltung).
- Dem Antrag sind die entsprechenden Nachweise zu den vorgenannten Angaben, weitere Unterlagen zur Tätigkeit und ggf. ein Vertragsentwurf beizufügen.
- (5) Nehmen Mitarbeitende an der nach Abs. 4 beantragten und genehmigten externen Veranstaltung nicht im vollen Umfang oder gar nicht teil, so haben sie dies der Geschäftsleitung unverzüglich nach Kenntnis dieses Umstandes schriftlich oder in Textform anzuzeigen. Entsprechend haben in diesem Fall die Mitarbeitenden nur einen anteiligen bzw. keinen Anspruch auf Kostenübernahme durch den Sponsor.

§ 10

Sponsoring von internen Veranstaltungen

- (1) Interne Veranstaltungen, z. B. wissenschaftliche Kongresse, Tagungen, Fort- und Weiterbildungs- und Informationsveranstaltungen oder Workshops, die von dem [Name des SAPV-Teams] durchgeführt und von einem Dritten finanziell gefördert werden, bedürfen der vorherigen Zustimmung der Geschäftsleitung. Hierzu ist ein Antrag bei der Geschäftsleitung zu stellen. Der Antrag sollte mindestens 4 Wochen vor der Veranstaltung gestellt werden und muss insbesondere folgende Angaben enthalten:
- a. Art und Inhalt der internen Veranstaltung,
 - b. Name des Sponsors,
 - c. Form der Förderung, ggf. unter Angabe von Art und Höhe des geldwerten Vorteils,

Dem Antrag sind die entsprechenden Nachweise zu den vorgenannten Angaben, weitere Unterlagen zur Veranstaltung und ggf. ein Vertragsentwurf beizufügen.

- (2) Die interne Veranstaltung muss im Interesse des [Name des SAPV-Teams] liegen. Sponsoring ist nur zulässig, wenn die Veranstaltung einem wissenschaftlichen Zweck oder Aus- bzw. Weiterbildungszwecken dient und eine gewisse Öffentlichkeitswirkung hat (ausgeschlossen sind damit finanzielle Unterstützungen für bspw. Betriebsausflüge, Weihnachtsfeiern, Geburtstage, Jubiläen etc.). Der Sponsor muss ein berechtigtes, sachlich nachvollziehbares Interesse an dem Sponsoring haben. Sofern das Sponsoring durch ein Unternehmen der Medizinprodukte- oder Pharmaindustrie erfolgen soll, muss die Veranstaltung z.B. einen inhaltlichen Bezug zu dem Einsatzbereich der Produkte des Sponsors haben.
- (3) Findet die gemäß Abs. 1 beantragte und genehmigte interne Veranstaltung nicht wie beantragt oder gar nicht statt, so hat der die Veranstaltung durchführende Bereich dies der Geschäftsleitung unverzüglich nach Kenntnis dieses Umstandes anzuzeigen. Bereits erhaltene, jetzt nicht mehr benötigte finanzielle Zuwendungen sind an den Sponsor zurückzuzahlen.

§ 11

Spenden und Sachzuwendungen

- (1) Die Annahme von Spenden und Sachzuwendungen für das [Name des SAPV-Teams] ist im Rahmen dieser Richtlinie grundsätzlich zulässig. Spenden dürfen jedoch ausschließlich an das Unternehmen und nicht an einzelne Mitarbeitende gerichtet werden. Für persönliche Geschenke an Mitarbeitende oder Einladungen gilt § 13.
- (2) Vor der Annahme einer jeden Spende oder Sachzuwendung – dies schließt auch Aufwandsspenden ein – ist das Einverständnis der Geschäftsleitung einzuholen. Die Geschäftsleitung entscheidet über die Annahme und die Verwendung der Spende oder Sachzuwendung. Die Entscheidung ist schriftlich zu dokumentieren. Bei Sachspenden sind vor Annahme die Kompatibilität und die Folgekosten abzuschätzen und zu berücksichtigen.
- (3) Spenden und Sachzuwendungen dürfen nicht in Abhängigkeit zur Erbringung von SAPV-Leistungen des [Name des SAPV-Teams] erfolgen, insbesondere dürfen sie nicht zur Beeinflussung von wirtschaftlichen Entscheidungen gewährt werden. Die Geschäftsleitung prüft, ob die Annahme direkt oder indirekt dazu bestimmt ist, wirtschaftliche Entscheidungen des [Name des SAPV-Teams] zu beeinflussen. Im Falle der Spendeneinwerbung durch Mitarbeitende sollten diese nicht an den Beschaffungsvorgängen beteiligt sein.

§ 12

Überlassung von Geräten

- (1) Die unentgeltliche Überlassung von Geräten ist unter den Voraussetzungen zulässig, dass
 - a. sichergestellt ist, dass für anfallende Folgekosten finanzielle Mittel für den angestrebten Zweck zur Verfügung stehen,
 - b. die weitere Produktbeschaffung hierdurch nicht beeinflusst wird,

- c. die Geschäftsleitung nach entsprechender Antragstellung zuvor zugestimmt hat und
- d. der Leihvertrag eine maximale Vertragslaufzeit von drei Monaten hat.

Der Antrag muss mindestens 4 Wochen vor der Geräteüberlassung gestellt werden. Dem Antrag sind die entsprechenden Unterlagen über die Geräteüberlassung sowie ein Vertragsentwurf beizufügen.

- (2) Die Teststellung von Geräten darf nur nach vorheriger Zustimmung durch die Geschäftsleitung erfolgen. Die Vorgaben nach Abs. 1 Satz 1 lit. a. bis c. gelten entsprechend. Die Dauer der Teststellung ist auf das für das Testen des Geräts erforderliche Maß zu begrenzen.

§ 13

Geschenke und sonstige Zuwendungen Dritter

- (1) Die Gewährung, Annahme und Verwendung von Zuwendungen Dritter ist grundsätzlich unzulässig. Ausnahmeweise ist die Gewährung, Annahme und Verwendung von Zuwendungen Dritter zulässig,
 - a. wenn es sich um Werbeartikel, also Gegenstände von geringem Wert handelt, die durch eine dauerhafte und deutlich sichtbare Bezeichnung des Werbenden oder des Produkts oder beider gekennzeichnet sind (bspw. Kugelschreiber, Jahreswandkalender, Textmarker o.ä.) oder
 - b. wenn es sich um geringwertige Kleinigkeiten (bspw. Tafel Schokolade, Gutscheine o.ä.), deren Wert 20 € nicht überschreitet, handelt oder
 - c. wenn andere nach dem Heilmittelwerberecht (§7 HWG) zulässige Zuwendungen oder Geschenke zu besonderen Anlässen gewährt werden, sofern sich diese unter dem Gesichtspunkt der Sozialadäquanz in engem Rahmen halten und einen Wert von max. 50 € je Geschenk eines Dritten und Anlass nicht überschreiten.

Mehrere Geschenke eines Dritten werden für die Bestimmung des Wertes zusammengerechnet. Soweit regelmäßige Zuwendungen im Einzelfall diese Geringwertigkeitsgrenze nicht überschreiten, sind alle Zuwendungen innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten zusammen zu betrachten.

- (2) Belohnungen und (Geld-)Geschenke für SAPV-Mitarbeitende, die erst nach Beendigung der Betreuung oder Behandlung gewährt werden, dürfen ausnahmsweise angenommen werden, wenn sie allen Mitarbeitenden des [Name des SAPV-Teams] zugutekommen und von geringem Wert sind. Als geringer Wert im Sinne dieser Richtlinie ist ein Wert bis 50 € anzusehen.

§ 14

Bewirtungen/ Geschäftsessen

- (1) Bewirtungen von Mitarbeitenden durch Dritte sind in der Regel untersagt.

- (2) Die Einladung von Mitarbeitenden zum Geschäftsessen oder einer ähnlichen Veranstaltung ist ausnahmsweise zulässig, wenn sie sich in einem sozialadäquaten Umfang bewegt und durch sie nicht auf Beschaffungs-, Therapie- und Verordnungsentscheidungen der bewirteten Mitarbeitenden Einfluss genommen werden soll. Ein sozialadäquater Umfang ist in der Regel anzunehmen, wenn die Bewirtung der Höflichkeit und Gefälligkeit entspricht, sozial üblich sowie allgemein gebilligt ist und der Wert der Bewirtung 75 EUR/Person und Tag nicht übersteigt. Maßgeblich für die Beurteilung der Zulässigkeit einer Bewirtung sind daher insbesondere folgende Kriterien:
- Stellung und Inhalt der Tätigkeiten des/ der bewirteten Mitarbeitenden,
 - Nähe zwischen dienstlicher Tätigkeit und Anlass der Bewirtung,
 - (abstrakte Möglichkeit) der unlauteren Beeinflussung der dienstlichen Tätigkeit durch die Bewirtung und
 - Anschein des Charakters einer Gegenleistung der Bewirtung für die dienstliche Tätigkeit.
- (3) Die angenommene Bewirtung durch Dritte haben die Mitarbeitenden der Geschäftsleitung unter Angabe des Anlasses der Bewirtung anzuzeigen.
- (4) Bewirteten Mitarbeitende des [Name des SAPV-Teams] Dritte, sind die Angaben zum Nachweis der Höhe und der betrieblichen Veranlassung von Bewirtungsaufwendungen zu dokumentieren.

§ 15

Nebentätigkeiten

Nebentätigkeiten sind mindestens vier Wochen vor Beginn der Tätigkeit der Geschäftsleitung anzuzeigen, so dass geprüft werden kann, ob die Nebentätigkeit mit den Interessen des [Name des SAPV-Teams] oder mit gesetzlichen Vorschriften (insbesondere dem Arbeitszeitgesetz) kollidiert. Im Übrigen gelten die für den jeweiligen Mitarbeitenden maßgeblichen arbeitsvertraglichen Regelungen.

Vierter Abschnitt

Maßnahmen

§ 16

Verdacht von korruptem Verhalten

Entsteht der Eindruck einer unlauteren Geschäftsanbahnung von Dritten, ist diese sofort zurückzuweisen. Alle Mitarbeitenden sind gehalten, sofern sie nachvollziehbare Hinweise auf Korruptionsverdacht, ein Korruptionsdelikt oder andere Straftatbestände erhalten, umgehend die Geschäftsleitung zu informieren.

§ 17

Sanktionen und Ansprüche

Die Sanktionen für Verstöße gegen diese Richtlinie können arbeitsrechtliche Konsequenzen, bis hin zu außerordentlichen Kündigungen, sowie strafrechtliche, zivilrechtliche und berufsrechtliche Konsequenzen sein.

Sonstige Regelungen

§ 18

Revision der Richtlinie

Die Richtlinie wird ein Jahr nach Inkrafttreten dahingehend überprüft, ob sie sich als ausreichend und praxistauglich erwiesen hat. Bei Bedarf wird die Richtlinie dann entsprechend angepasst.

§ 19

Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt mit Wirkung zum ... 2025 in Kraft.

Unterschriften

AUFGABEN des Compliance Beauftragten

Begleitend zur Handreichung zum Rahmenvertrag der
Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV)
für Erwachsene

Muster zur Beschreibung von

Aufgaben und dienstliche Stellung des/der Compliance-Beauftragten

I. Stellung im Unternehmen

In der [Name des SAPV-Teams] wird ein Compliance-Beauftragter¹ bestellt. Der Compliance-Beauftragte ist als Stabsstelle direkt bei der [Bezeichnung der Einrichtungsleitung] angesiedelt.

Der Compliance-Beauftragte nimmt seine Aufgaben unabhängig und weisungsfrei wahr. Soweit er auf Beschäftigtendaten zugreifen muss, geschieht dies in Abstimmung mit dem betrieblichen Datenschutzbeauftragten.²

II. Aufgaben

Der Compliance-Beauftragte ist präventiv und repressiv tätig. Präventiv ist er u.a. verantwortlich für

- den Aufbau und die Weiterentwicklung notwendiger Compliance-Strukturen,
- die Erstellung neuer oder Aktualisierung vorhandener Compliance-Regelungen,
- die Compliance-Risikobeurteilungen,
- die Compliance-Kommunikation und
- für regelmäßige Compliance-Berichte an die Einrichtungsleitung.

Er ist repressiv u.a. verantwortlich für

- die Durchführung interner Untersuchungen bei Compliance-Verdachtsfällen und
- die Berichterstattung an die Geschäftsleitung bei Compliance-Verdachtsfällen.

III. Kompetenzen

Zur Erfüllung seiner Aufgaben im Rahmen dieser Funktionsübertragung sowie zur Erfüllung von im Einzelfall zusätzlich durch die Einrichtungsleitung übertragenen Aufgaben erhält der Compliance-Beauftragte folgende Befugnisse:

- Jederzeitigen Zugang zur Einrichtungsleitung in Compliance-Angelegenheiten,
- Zugang zu allen betrieblichen Informationen mit Ausnahme solcher, die von der Einrichtungsleitung als geheim eingestuft sind³,
- Zugang zu Beschäftigtendaten, wenn dies für die Erfüllung seiner Aufgaben zwingend erforderlich ist⁴ und
- Durchführung von internen Untersuchungen bei Compliance-Verdachtsfällen.

Dem Compliance-Beauftragten ist für die Erfüllung seiner Aufgaben bestmögliche Unterstützung aus sämtlichen Bereichen zu gewähren. Die Unterstützung soll schnellstmöglich erfolgen und hat Vorrang vor sonstigen betrieblichen Belangen, soweit diese nicht ausnahmsweise wichtiger sind.

¹ Wegen der besseren Lesbarkeit wird hier die männliche Form verwendet. Gemeint ist aber jedes Geschlecht.

² Wenn vorhanden.

³ Dabei sind alle datenschutzrechtlichen Anforderungen jederzeit vorrangig zu berücksichtigen.

⁴ Dabei sind alle datenschutzrechtlichen Anforderungen jederzeit vorrangig zu berücksichtigen.

IV. Ressourcen

Die Einrichtungsleitung stellt die zur Erfüllung der Aufgaben des Compliance-Beauftragten erforderlichen finanziellen und sonstigen Ressourcen zur Verfügung. Das umfasst auch notwendige Fortbildung des Compliance-Beauftragten, um einen jeweils aktuellen Wissenstand zu relevanten Compliance-Fragen zu gewährleisten. Die Einrichtungsleitung kann diese Beträge pauschalisieren, soweit sichergestellt ist, dass damit den Anforderungen dieser Stellebeschreibung Rechnung getragen wird.

V. Berichtswege

Der Compliance-Beauftragte berichtet turnusmäßig mindestens einmal im pro Quartal an die Einrichtungsleitung.

Bei Compliance-Verdachtsfällen berichtet er Ad hoc an die Einrichtungsleitung. Ad hoc-Berichterstattung ist jedenfalls dann erforderlich, wenn ein gravierender Compliance-Vorfall aufgetreten ist. Ein solcher liegt insbesondere, aber nicht ausschließlich vor,

- wenn es zu Durchsuchungen von Geschäftsräumen gekommen ist,
- wenn es zu Durchsuchungen in Privatwohnungen von Organen und Mitarbeitern der [Name des SAPV-Teams] gekommen ist oder
- wenn es zu Festnahmen gekommen ist.

Es gehört nicht zu den Aufgaben des Compliance-Beauftragten, Anzeigen bei Ermittlungsbehörden zu erstatten oder vergleichbare Mitteilungen gegenüber sonstigen Behörden abzugeben. Es gehört ebenfalls nicht zu seinen Aufgaben, sich gegenüber der Presse und sonstigen Medien zu äußern. In allen Fällen obliegt dieses der Einrichtungsleitung.

VI. Schutz

Der Compliance-Beauftragte darf für seine Tätigkeit keine Benachteiligungen in seinem Arbeitsverhältnis und in seinem beruflichen Fortkommen erfahren. Ihm ist vielmehr der nötige Freiraum zur Durchsetzung erforderlicher Compliance-Maßnahmen zu verschaffen.

VII. Bestellung

Der Compliance-Beauftragte erhält ein Bestellungsschreiben mit Bezugnahme auf diese Stellenbeschreibung. Das Bestellungsschreiben ist von der Einrichtungsleitung und vom Compliance-Beauftragten zu unterschreiben. Die Übertragung der Compliance-Funktion wird im Bestellungsschreiben auf ein Jahr befristet. Die Funktionsübertragung endet dann automatisch, wenn nicht ein neues Bestellungsschreiben ausgefertigt wird.

RICHTLINIE für den Umgang mit privatem Eigentum

Begleitend zur Handreichung zum Rahmenvertrag der
Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV)
für Erwachsene

MUSTER
einer Richtlinie für den Umgang mit privatem Eigentum
für SAPV-Teams
im Bereich der speziellen ambulanten Palliativversorgung
gem. den Anforderungen nach § 4 Abs. 5 lit. k) Bundesrahmenvertrag

Gliederung

Inhalt	
Präambel der Richtlinie für den Umgang mit privatem Eigentum	2
§ 1	3
Geltungsbereich	3
§ 2	3
Grundsätze	3
§ 3	4
Dokumentation	4
§ 4	4
Verhalten bei Schadenseintritt.....	4
§ 5	5
Fortbildungsmaßnahmen	5
§ 6	5
Besprechungen	5
§ 7	5
Chancen/ Risiken des Verfahrens.....	5
§ 8	6
Meldepflicht.....	6
§ 9	6
Inkrafttreten.....	6

Präambel der Richtlinie für den Umgang mit privatem Eigentum

Die Erbringung von SAPV-Leistungen führt immer auch dazu, dass Mitarbeitenden des SAPV-Teams mit dem Eigentum von Patienten¹ in Berührung kommen, weil sie zur Palliativpflege und zur Erbringung von SAPV-Leistungen in deren Kernbereich privater Lebensgestaltung eindringen müssen. Das Patienteneigentum befindet sich schutzlos in deren Wohnung oder in Einrichtungen (Pflegeheimen, Hospizen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe; nachfolgend zusammenfassend immer „Einrichtungen“ genannt), soweit nicht Angehörige oder Mitarbeitende der Einrichtungen sich um das Eigentum kümmern können. Die schwerstkranken Patienten können dies regelmäßig nicht mehr. Daraus resultiert eine erhöhte Sorgfaltspflicht für die Mitarbeitenden des SAPV-Teams. Daher muss sichergestellt werden, dass klare Abläufe und Maßnahmen vorgegeben sind, welche zum Schutz des Eigentums von Patienten ergriffen werden müssen. Die Mitarbeitenden des SAPV-Teams müssen deshalb selbst die erforderlichen Sicherungsmaßnahmen ergreifen. Es liegt im besonderen Interesse der Mitarbeitenden des SAPV-Teams, dass sie nicht (unberechtigt) in Verdacht geraten, sich Patienteneigentum angeeignet zu haben. Mit den nachfolgenden Regelungen sollen die Mitarbeitenden des SAPV-Teams sowie das Eigentum der SAPV-Patienten bestmöglich geschützt werden.

¹ In dieser Richtlinie wird zur besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet. Gemeint sind aber immer alle Geschlechter (weiblich, männlich, divers).

§ 1

Geltungsbereich

Diese Verfahrensanweisung gilt für alle Mitarbeitenden von SAPV-Teams des [Name des SAPV-Teams], welche im Rahmen der SAPV – Versorgung als Partner der Versorgungsverträge gem. § 132d Abs. 1 S. 6 SGB V auf Grundlage des Rahmenvertrages tätig werden.

§ 2

Grundsätze

- (1) Es besteht die Verpflichtung, im räumlichen Umfeld des Patienten während der Erbringung von SAPV-Leistungen auf fremdes Eigentum hinzuweisen und dies vor unberechtigtem Zugriff zu schützen, soweit es nicht zur Erbringung der SAPV-Leistungen erforderlich ist. Dies gilt nur dann, soweit der Patient aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage ist, sich um sein Eigentum selbst zu kümmern und es zu beschützen.
 - (2) Handelt es sich um Eigentum von nicht unerheblichem Wert, Wertgrenze von ungefähr 50€, muss das Auffinden des Eigentums entweder bei Angehörigen, welche anwesend oder erreichbar sind oder den in den Pflegeeinrichtungen tätigen Mitarbeitenden angezeigt werden.
 - (3) Die Mitarbeitenden des SAPV-Teams sind jedoch nicht verpflichtet, für die ständige Aufsicht und Überwachung des Eigentums zu sorgen, da die Belange der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Vordergrund stehen.
 - (4) Bei Nichterreichbarkeit von Angehörigen oder den in den Pflegeeinrichtungen tätigen Mitarbeitenden durch die Mitarbeitenden des SAPV-Teams muss das Eigentum der Patienten in der Wohnung bzw. in den Patientenzimmern belassen werden.
 - (5) Es besteht weiter die Pflicht des [Name des SAPV-Teams] zur Vorbeugung von Straftaten, vor Einstellung ein polizeiliches Führungszeugnis für alle Mitarbeitenden des SAPV-Teams einzuholen. Die Einholung sollte in der Regel alle drei Jahre, jedenfalls aber wenn es zu konkreten Verdachtsmomenten gegen Mitarbeitende des SAPV-Teams kommt, wiederholt werden. Die Kosten für die wiederholte Einholung eines Führungszeugnisses trägt das [Name des SAPV-Teams]
- Die Mitarbeitenden des SAPV-Teams haben die Pflicht, Verurteilungen wegen eines Vermögensdelikts zu mehr als 3 Monaten Freiheitsstrafe bzw. mehr als 90 Tagessätzen der Leitung des [Name des SAPV-Teams] unverzüglich mitzuteilen. Strafbefehlen stehe Urteilen gleich.

§ 3

Dokumentation

- (1) Bei jeder Ansichnahme durch die in den jeweiligen Einrichtungen tätigen Mitarbeitenden bzw. durch die Angehörigen müssen sich die Mitarbeitenden des SAPV-Teams dies gegenzeichnen lassen (entgegengenommen und abgezeichnet).
- (2) Die Dokumentation der Ansichnahme sollte folgende Angaben enthalten:
 - a. Fortlaufende Nummerierung der Seiten,
 - b. Angehöriger/ in den Pflegeeinrichtungen tätige Mitarbeitende (ggf. Stempel),
 - c. Korrekte Bezeichnung des Gegenstandes,
 - d. Menge der Gegenstände und
 - e. Vorhandene Beschädigungen an den Gegenständen
- (3) Jede Ansichnahme des privaten Eigentums von Patienten durch die Angehörigen bzw. durch die jeweiligen in den Pflegeeinrichtungen tätigen Mitarbeitenden muss dokumentiert werden.
- (4) Bei Bargeld muss auch die Höhe des an sich genommenen Betrags dokumentiert werden.
- (5) Wichtige Dokumentationsinhalte sind:
 - a. Korrekte Bezeichnung der Gegenstände bzw. des Eigentums,
 - b. Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten,
 - c. Datum und Uhrzeit,
 - d. Unterschrift der in den Pflegeeinrichtungen tätigen Mitarbeitenden/ der Angehörigen, soweit diese nicht verweigert wird und
 - e. Korrekturen sind mit Unterschrift der in den Pflegeeinrichtungen tätigen Mitarbeitenden/ der Angehörigen zu bestätigen

§ 4

Verhalten bei Schadenseintritt

- (1) Kommt es zu einem von Mitarbeitenden des SAPV-Teams verursachten Schaden an dem Eigentum der Patienten, muss eine Schadenmeldung erstellt werden und die Mitarbeitenden des SAPV-Teams, die den Schaden verursacht haben, müssen angewiesen werden, eine so

detaillierte Sachverhaltsschilderung wie möglich anzufertigen und diese der Leitung des [Name des SAPV-Teams] zur Verfügung zu stellen.

- (2) Die Mitarbeitenden des SAPV-Teams sind anzuhalten, das [Name des SAPV-Teams] bei der Durchsetzung versicherungsrechtlicher Ansprüche zum Ausgleich des eingetretenen Schadens zu unterstützen.

§ 5

Fortbildungsmaßnahmen

- (1) Alle Mitarbeitenden des SAPV-Teams sollen regelmäßig für den Umgang mit Eigentum von Patienten sensibilisiert werden, z.B. durch Fortbildungen. Alternativ kann eine Fortbildung auch durch Selbstlerntools oder durch eine schriftliche Unterlage zum Eigenstudium o.ä. ersetzt werden.
- (2) Art und Umfang der Fortbildung werden von der Leitung des [Name des SAPV-Teams] vorgegeben.

§ 6

Besprechungen

- (1) Zur optimalen Umsetzung erfolgen regelmäßig strukturierte Besprechungen mit den Mitarbeitenden des SAPV-Teams des [Name des SAPV-Teams], in denen allen ermöglicht wird, aktuelle Probleme und Themen zu besprechen.

§ 7

Chancen/ Risiken des Verfahrens

- (1) Bei Einhaltung des Vorgehens wird das Risiko einer Haftung der Mitarbeitenden des SAPV-Teams des [Name des SAPV-Teams] verringert, welches dadurch entstehen kann, dass Eigentum der Patienten abhandenkommt, während diese ihrer Tätigkeit in den Wohnungen bzw. Einrichtungen nachkommen.

§ 8

Meldepflicht

- (1) Alle Mitarbeitenden des SAPV-Teams sind verpflichtet, ihre Wahrnehmungen in Bezug auf Entwendungen, Verlust oder Beschädigung von Patienteneigentum unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) bei der Leitung des [Name des SAPV-Teams] anzuzeigen.

§ 9

Inkrafttreten

Die Richtlinie tritt mit Wirkung zum ... 2025 in Kraft.

Unterschriften