



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

VERTRAG

*zur qualifizierten allgemeinen ambulanten
Palliativversorgung von schwerstkranken
und sterbenden Menschen*

auf der Grundlage § 73 c SGB V



Version 2.0

06.11.2010

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Abschnitt 1 – Versorgungsziel

§ 1 Ziele des Vertrages

Abschnitt 2 – Patienten

§ 2 Patienten

§ 3 Ermittlung des Patientenwillens

§ 4 Teilnahme

Abschnitt 3 – Versorgungsprogramm

§ 5 Versorgung

§ 6 Aufgaben der teilnehmenden Ärzte

§ 7 Kooperationsregeln

§ 8 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte

§ 9 Teilnahmeverfahren

§ 10 Versorgungsqualität

Abschnitt 4 – Programmsteuerung

§ 11 Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen

§ 12 Besondere Aufgaben der Krankenkassen

§ 13 Vertragsausschuss/Anpassungsklausel

§ 14 Wirtschaftlichkeitsprüfung

§ 15 Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

§ 16 Datenschutz und -transparenz

Abschnitt 5 – Vergütung und Abrechnung

§ 17 Vergütung

§ 18 Abrechnung

Abschnitt 6 – Abschließende Bestimmungen

§ 19 Ergänzende Vereinbarungen

§ 20 Laufzeit und Kündigung

Präambel

Eine wesentliche Aufgabe der Palliativversorgung ist es, den fließenden Übergang zwischen einer kurativen und einer palliativen Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten zu gewährleisten, um die Leiden und Schmerzen zu lindern sowie eine angemessene Lebensqualität zu sichern. Dabei ist den körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen der Patienten sowie der ihnen nahestehenden Personen zu entsprechen sowie den persönlichen, kulturellen und ggf. religiösen Werten und Überzeugungen einfühlsam zu begegnen.

Schätzungen gehen davon aus, dass nur ein kleiner Anteil dieser Patienten eine spezialisierte palliative Versorgung am Lebensende benötigt. Der überwiegende Teil der schwerstkranken und sterbenden Patienten kann vom vertrauten (Haus-)Arzt* in enger Kooperation mit Pflegediensten und anderen Gesundheitsberufen adäquat ambulant versorgt werden.

Auf der Grundlage des § 73c SGB V fördert dieser Vertrag die allgemeine ambulante Palliativversorgung, damit schwerstkranken und sterbende Menschen in Würde in ihrer selbst gewählten Umgebung von dem Arzt ihres Vertrauens betreut werden können. Für Patienten, die am Ende ihres Lebens intensivere Versorgung benötigen, schafft dieser Vertrag einen fließenden Übergang von der allgemeinen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, um eine koordinierte Betreuung ohne Brüche zu ermöglichen.

Unheilbar erkrankte Kinder und Jugendliche benötigen eine besondere Palliativversorgung, die ihren spezifischen Belangen Rechnung trägt. Aus diesem Grunde ist die Versorgung von Minderjährigen nicht Gegenstand dieses Vertrages und wird in einem eigenständigen Vertrag geregelt.

Abschnitt 1

Versorgungsziel

§ 1 Ziele des Vertrages

Ziel des Vertrages ist eine qualifizierte allgemeine ambulante Palliativversorgung von unheilbar kranken Menschen in der letzten Phase ihres Lebens. Die Versorgung nach diesem Vertrag soll ein Sterben zu Hause bzw. in selbst gewählter Umgebung ermöglichen. Dies muss, sofern es medizinisch, pflegerisch und psychosozial vertretbar ist, auch vom Patienten erwünscht sein. Ausgehend von den bestehenden Versorgungsstrukturen und dem Engagement vieler Ärzte wird die allgemeine ambulante Palliativversorgung durch die Strukturierung der Versorgungsabläufe, insbesondere in der Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen gestärkt; und die Versorgungsqualität erhöht. Die teilweise entstehende Unsicherheit im Umgang mit Extremsituationen für den Patienten und seine Angehörigen sowie für den Patienten belastende Krankenhausaufenthalte können dadurch vielfach überwunden bzw. vermieden werden.

* In diesem Vertrag wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit durchgehend die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind damit immer Personen beider Geschlechter gemeint.

Abschnitt 2

Patienten

§ 2 Patienten

Die in diesem Vertrag geregelte Versorgungsstruktur dient den Bedürfnissen von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter mit einer fortschreitenden lebensbegrenzenden Erkrankung. Eine ambulante Palliativversorgung muss indiziert und möglich sein sowie vom Patienten gewünscht werden. Folgende Bedingungen treffen zum Zeitpunkt der Indikationsstellung grundsätzlich zu:

- Kurative Behandlungen sind ausgeschöpft und nicht mehr angezeigt oder vom Patienten nicht mehr erwünscht
- Eine stationäre Behandlung ist nicht erforderlich und führt erwartungsgemäß nicht zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten
- Der Allgemeinzustand des Patienten ist stark reduziert, er benötigt regelmäßig eine ärztliche Behandlung und kann die Praxis nicht mehr aufsuchen
- Eine Vollversorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist (noch) nicht angezeigt (Vgl. § 7 Abs. 7).

Mit der Erkrankung sind für Patienten, ihre Angehörigen und ihnen nahe stehenden Personen häufig psychosoziale und ggf. religiös-spirituelle Bedürfnisse verbunden, die in der Betreuung zu berücksichtigen sind.

§ 3 Ermittlung des Patientenwillens

Die Bedürfnisse des Patienten stehen im Mittelpunkt dieses Versorgungskonzeptes. Die Ermittlung seines Willens bzw. seines mutmaßlichen Willens ist Kern des Beratungsgespräches nach diesem Vertrag (Vgl. § 6 Abs. 1 Punkt 1). Vorsorgeverfügungen des Patienten, insbesondere eine Patientenverfügung und/oder eine Vorsorgevollmacht sind zu beachten.

Sofern der Patient nicht einwilligungsfähig ist, ist der Patientenwille gemäß § 1901 b BGB festzustellen (Vgl. Anlage 1). Im Weiteren sind die Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis (Anlage 2) zu beachten.

§ 4 Teilnahme

(1) Es können Patienten der unterzeichnenden Krankenkassen an diesem Vertrag teilnehmen, bei denen die Situationsbeschreibung gemäß § 2 zutreffend ist.

(2) Der Patient, sein gesetzlicher Betreuer oder sein Bevollmächtigter erklären die Teilnahme an diesem Vertrag vor Behandlungsbeginn. Diese Erklärung ist vom behandelnden Arzt zu dokumentieren. Danach erfolgt die Einschreibung des Patienten durch den Arzt.

(3) Haben der teilnehmende Patient, sein gesetzlicher Betreuer oder Bevollmächtigter gegenüber der Krankenkasse die Beendigung der Teilnahme an diesem Vertrag erklärt, informiert die Krankenkasse darüber den behandelnden Arzt.

Abschnitt 3

Versorgungsprogramm

§ 5 Versorgung

(1) Die allgemeine ambulante Palliativversorgung ist die Aufgabe des teilnehmenden Vertragsarztes nach § 8, der in der Regel der langjährig vertraute (Haus-)Arzt des Patienten ist.

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung umfasst die folgenden Kernaufgaben, die sich aus den in § 1 genannten Zielen ableiten:

- Zusammenarbeit der an der Behandlung des Patienten beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen kooperierenden Partner sowie ggf. betreuender Angehöriger gemäß § 7
- Förderung und Einrichtung von Strukturen, die eine koordinierte und abgestimmte Behandlung zwischen den beteiligten Versorgungsangeboten ermöglichen
- Anleitung der ggf. betreuenden Angehörigen
- Ärztliche Dokumentation
- Interprofessioneller Informationsaustausch (bspw. Anlage 4)
- Versorgung nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung in der gültigen Fassung (Vgl. Anlage 3)

jeweils orientiert am individuellen Patienten.

(2) Die ärztliche Versorgung nach diesem Vertrag erfolgt durch den teilnehmenden Arzt. Um den Verbleib in der selbst gewählten Umgebung des Patienten zu ermöglichen, muss der Arzt mit anderen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen bzw. Versorgungsstrukturen kooperieren (Vgl. § 7). Dabei verfolgt der Arzt das Ziel, die an der Versorgung des Patienten beteiligten Ärzte und nichtärztlichen Gesundheitsberufe miteinander zu vernetzen und die Zusammenarbeit zu stärken.

§ 6 Aufgaben der teilnehmenden Ärzte

- (1) In der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung ist im besonderen Maße die individuelle Situation des Patienten zu berücksichtigen. Der teilnehmende Vertragsarzt bringt seine Erfahrungen bei der Wahl der Maßnahmen ein. Dabei umfasst die ärztliche Behandlung insbesondere:
 - Das Beratungsgespräch mit dem Patienten, seinem Betreuer oder Bevollmächtigten und ggf. seinen Angehörigen oder ihm nahe stehenden Personen, inklusive der Feststellung des Patientenwillens (Vgl. § 3) und Informationen über ergänzende Versorgungsangebote (z.B. Hospizdienste)
 - Prüfung und Feststellung der (palliativmedizinischen) Indikation und ggf. weiterer Indikationen
 - Schmerztherapie und Symptomkontrolle
 - Regelmäßige Hausbesuche
 - Interprofessionelle Koordination der Versorgung mit den kooperierenden Partnern nach § 7
 - ggf. Anleitung der betreuenden Angehörigen
 - Sicherstellen einer ständigen telefonischen Erreichbarkeit für den Patienten, ggf. in Kooperation mit anderen an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzten zur gegenseitigen Vertretung
- (2) Bei einem Wechsel des Patienten in die Vollversorgung durch ein SAPV-Team oder eine vergleichbare Versorgungsstruktur kooperiert der teilnehmende Vertragsarzt mit diesem Team und nimmt regelmäßig Kontakt mit dessen Ansprechpartner auf. Die Aufgaben des Arztes nach Abs. 1 entfallen.
- (3) Der teilnehmende Vertragsarzt hat die Behandlung nach Abs. 1 zu dokumentieren. Dabei sind die besonderen gesetzlichen Vorschriften bei der Verschreibung und Vorratshaltung von Betäubungsmitteln zu beachten.

§ 7 Kooperationsregeln

- (1) Die allgemeine ambulante Palliativversorgung kann nur in Zusammenarbeit mit einem Pflegedienst oder betreuenden Angehörigen sichergestellt werden. Der Pflegedienst oder die betreuenden Angehörigen sind die Hauptkooperationspartner des teilnehmenden Arztes bei der Versorgung des Patienten nach diesem Vertrag. Weitere Ärzte und nichtärztliche Gesundheitsberufe können abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten in die Versorgung integriert werden.
- (2) Der Pflegedienst wird vom Patienten, dessen Betreuer oder Bevollmächtigten frei gewählt; sofern möglich und gewünscht, sollte ein von der Krankenkasse anerkannter Palliativpflegedienst (Vgl. § 13) gewählt werden. In der Zusammenarbeit ist insbesondere ein guter Informationsaustausch zu praktizieren, der beispielsweise durch Vorlagen zum interprofessionellen Informationsaustausch (Vgl. Anlage 4) zum Verbleib beim Patienten unterstützt werden kann.

(3) Sind betreuende Angehörige in die Versorgung eingebunden, gehört die Anleitung und Unterstützung dieser zu den Aufgaben des Arztes. Dabei sollte er regelmäßig auf die Möglichkeiten der externen Unterstützung hinweisen, um einer Überforderung der Angehörigen vorzubeugen. Dazu gehört ggf. auch der Hinweis auf psychotherapeutische oder psychosoziale Betreuungs- und Hilfsangebote für die Angehörigen.

(4) Der nach § 8 teilnehmende Vertragsarzt ist Netzwerker für den Patienten in der ambulanten Versorgung. In diesem Sinne arbeitet der teilnehmende Arzt orientiert am individuellen Fall nach Bedarf mit weiteren Vertragsärzten oder Vertragspsychotherapeuten zusammen. Neben der kooperierenden Zusammenarbeit mit (Fach-)Ärzten und ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten hinsichtlich indikationsspezifischer Therapien kann sich der teilnehmende Arzt bei besonderen Fragen der Schmerztherapie oder Palliativversorgung von Fachärzten mit den entsprechenden Weiterbildungen unterstützen lassen.

(5) Darüber hinaus baut der teilnehmende Arzt Kontakte und eine Zusammenarbeit zu folgenden Professionen bzw. Versorgungsstrukturen auf:

- Hospizvereinen, Hospizen bzw. ambulanten Hospizdiensten
- Psychosozialen-Betreuungsangeboten
- Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- ggf. Selbsthilfeangeboten
- ggf. Seelsorgern.

(6) Wenn andere Partner nach Abs. 2, 4 und 5 an der Versorgung beteiligt sind, sind folgende fall- und patientenbezogenen Aufgaben Teil der Zusammenarbeit:

- Gemeinsame patientenorientierte Fallbesprechung und Konsile. Bei Patienten, bei denen eine interdisziplinäre Therapie in Betracht kommt, ist die Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen Fachdisziplinen durchzuführen.
- Gegenseitige Information (Vgl. Anlage 4) über den Gesundheitszustand des gemeinsamen betreuten Patienten.

(7) Verschlechtert sich der Gesamtzustand des Patienten so, dass ein Anspruch auf eine Vollversorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung besteht, leitet der teilnehmende Arzt im Einverständnis mit dem Patienten den Wechsel der Versorgung des Patienten durch ein SAPV-Team oder eine vergleichbare Versorgungsstruktur ein. Dabei hat er die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der geltenden Fassung zu berücksichtigen. Insbesondere in folgenden Situationen sollte geprüft werden, ob die Kooperation mit bzw. die Vollversorgung durch ein SAPV-Team oder einer vergleichbaren Versorgungsstruktur angebracht ist:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

- ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Symptomatik
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik

Weitere Aspekte, die zu einem Wechsel der Versorgung führen können, können folgende sein:

- Betreuung im selbstgewählten Umfeld ist nur noch schwer zu gewährleisten
- die Gesamtsituation des Patienten verschlechtert sich rasant
- es treten unerwünschte Arzneimittelwirkungen auf
- starke, zunehmende Angst und Unruhe
- medikamentös zunehmend schwer fñhrbare Symptomatik
- besonders schwierige Stomaversorgung

Wechselt der Patient in die Vollversorgung durch eine solche Versorgungsstruktur, soll der teilnehmende Arzt weiterhin beratend als Vertrauter des Patienten bei wichtigen Entscheidungen hinzugezogen werden.

(8) Die kooperative Zusammenarbeit i. S. von Abs. 1 – 7 dient ausschließlich der Verbesserung der Versorgungsqualität des Patienten. Berufsrechtliche und gesetzliche Bestimmungen, insbesondere § 128 SGB V, sind zu beachten.

§ 8 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte

(1) Zur Teilnahme an diesem Vertrag sind alle an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmenden Vertragsärzte sowie Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung berechtigt, sofern sie den Basiskurs Palliativmedizin nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin oder eine gleichwertige vom Vertragsausschuss nach § 13 anerkannte Fortbildung zur Palliativversorgung nachweisen.

(2) Um zu Beginn des Vertrages eine möglichst weitreichende Umsetzung für die Patienten sicherstellen zu können, wird engagierten Vertragsärzten die Möglichkeit eingeräumt, an diesem Vertrag teilzunehmen und die unter Abs. 1 geforderte Fortbildung nach X Jahren, aber spätestens zum xx.xx.20xx nachzuweisen.

(3) Um die in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung häufig auftretende besondere Schmerzsymptomatik der Patienten adäquat versorgen zu können, muss der teilnehmende Arzt über gültige BTM-Rezepte (dreiteiliges amtliches Formblatt) verfügen.

(4) Die fachliche Befähigung muss während der Teilnahme am Vertrag durch regelmäßige Fortbildungen nach Satz 2 aufrechterhalten werden. Der teilnehmende Arzt muss jährlich folgende Nachweise erbringen:

- Mindestens 2 Fortbildungspunkte durch Fortbildung mit palliativmedizinischen Inhalten, bevorzugt in Form von interprofessionellen Fallkonferenzen oder Qualitätszirkeln.

(5) Die Nachweise gemäß Abs. 4 sind im Rahmen der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V zu erbringen.

§ 9 Teilnahmeverfahren

(1) Ärzte, die gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung die Anforderungen gemäß § 8 Abs. 1 nachweisen und die in § 7 genannten kooperierenden Partner benennen, können am Vertrag teilnehmen. Sie füllen die Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 5 aus.

(2) Mit Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag durch die Kassenärztliche Vereinigung, § 11 Abs. 5, ist der Arzt berechtigt und verpflichtet, ab dem Quartal, in dem die Genehmigung zur Teilnahme erklärt wird, Leistungen nach diesem Vertrag zu erbringen. Die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag kann gegebenenfalls mit Auflagen und Nebenbestimmungen versehen werden.

(3) Die Teilnahme kann seitens des Arztes schriftlich unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Quartalsende gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung beendet werden.

(4) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet:

- mit dem Ende dieses Vertrages,
- mit Beendigung durch den Arzt,
- mit dem im Bescheid bestimmten Zeitpunkt über das Ruhen oder Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
- mit der Feststellung der fehlenden der Teilnahmevoraussetzungen des Arztes,
- mit dem Widerruf oder der Rücknahme der Genehmigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen dieses Vertrages.

§ 10 Versorgungsqualität

(1) Zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und der Ziele des Vertrages vereinbaren die Vertragspartner folgende Maßnahmen:

- Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit durch die in § 7 vorgesehenen Kooperationen,
- effiziente Programmsteuerung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen,
- Einrichtung eines Vertragsausschusses der Vertragspartner, Vgl. § 13,
- Gewährleistung einer aktuellen Information der Ärzte zu wesentlichen Inhalten und Änderungen dieses Vertrages,
- Veröffentlichung eines jährlichen Versorgungsberichts durch die Vertragspartner,
- Unterstützung der Vertragsärzte bei der Einhaltung der geforderten Aufgaben und Qualifikationen (Vgl. § 8 Abs. 3),
- Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung soll eine Informationsplattform für die teilnehmenden Vertragsärzte einrichten.

(2) Der teilnehmende Arzt erhebt zur Kontinuität der Therapie Qualitätsindikatoren. Die Indikatoren werden für jeden teilnehmenden Patienten erfasst und an die Kassenärztliche Vereinigung gesandt. Näheres regelt Anlage 6 und die Technische Anlage.

- (3) Im Hinblick auf die Ziele und Inhalte des Vertrages sind die Qualitätsindikatoren die Grundlage zur regelmäßigen Bewertung sowie ggf. der Weiterentwicklung des Versorgungskonzeptes durch die Vertragspartner.

Abschnitt 4 Programmsteuerung

§ 11 Aufgaben der AG Vertragskoordination

- (1) Die vertragsschließende AG nimmt die Aufgaben dieses Vertrages durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wahr, die ihre Mitglieder sind.
- (2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen führen die Ausschreibung nach § 73c Abs. 3 SGB V unter Bekanntmachung von objektiven Ausschreibungskriterien, die von den Vertragspartnern gemeinsam festgelegt wurden, durch.
- (3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken darauf hin, dass Vertragsärzte, die an dem Vertrag teilnehmen wollen, die erforderlichen Qualifikationen erwerben und aufrecht erhalten können. Sie können zu diesem Zweck geeignete Fortbildungsmaßnahmen anbieten. Sie informieren die teilnehmenden Vertragsärzte umfassend und unverzüglich über Vertragsänderungen, insbesondere die Empfehlungen des Vertragsausschusses zu Neuerungen bei den anerkannten Fortbildungen (Vgl. § 14). Sie überprüfen, ob die teilnehmenden Vertragsärzte die Fortbildungsverpflichtungen eingehalten haben. Einmal jährlich erstatten die Kassenärztlichen Vereinigungen der Krankenkasse Bericht über die Einhaltung der Fortbildungsverpflichtung der teilnehmenden Vertragsärzte.
- (4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen die Aufrechterhaltung der Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte stichprobenartig.
- (5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die Teilnahmeerklärungen für Vertragsärzte (Anlage 5) zur Verfügung.
- (6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen bestätigen dem Vertragsarzt seine Teilnahme.
- (7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen Informationen über die regional teilnehmenden Ärzte zur Verfügung. Dies geschieht im Rahmen des Datenaustausches nach § 15.
- (8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleisten die sachlich rechnerische Berichtigung der Abrechnung.
- (9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen setzen sich dafür ein, dass eine ausreichende Zahl von Ärzten an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten mitwirkt, um eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten.



(10) Über die Ergebnisse der Maßnahmen unterrichten die Kassenärztlichen Vereinigungen den Vertragsausschuss gemäß § 13, mindestens einmal jährlich.

(11) Darüber hinaus übernehmen die Kassenärztlichen Vereinigungen die ihnen nach diesem Vertrag zugewiesenen Aufgaben.

§ 12 Besondere Aufgaben der Krankenkasse

(1) Die vertragsschließenden Krankenkassen unterstützen und fördern die allgemeine ambulante Palliativversorgung nach diesem Vertrag, indem sie ihre Versicherten in geeigneter Weise über diesen Vertrag informieren. Dazu entwickeln Sie auch geeignete Informationsmaterialien, z. B. für Angehörige.

(2) Um die Versorgung nach diesem Vertrag zu unterstützen, definieren die vertragsschließenden Krankenkassen Pflegedienste, die in besonderem Maße für die Palliativpflege qualifiziert sind. Die Anforderungen werden gegen über dem Vertragspartner offen gelegt und den Kassenärztlichen Vereinigungen regelmäßig in Form einer aktuellen Liste dieser Pflegedienste zur Verfügung gestellt.

(3) Darüber hinaus informiert die Krankenkasse die Kassenärztlichen Vereinigungen über die regionalen Verträge, die sie mit SAPV-Teams nach § 132 d SGB V geschlossen hat. Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird regelmäßig eine aktuelle Liste dieser SAPV-Teams zur Verfügung gestellt.

§ 13 Vertragsausschuss/Anpassungsklausel

(1) Die Vertragspartner vereinbaren, dass sie sich bei Bedarf über eine Weiterentwicklung des Vertrages verständigen. Hierzu sind ggf. weitere Organisationen, die auf dem Gebiet der Palliativversorgung aktiv sind, hinzuzuziehen.

(2) Stellt eine Vertragspartei dessen ungeachtet unaufschiebbaren Anpassungsbedarf fest, nehmen die Vertragspartner unverzüglich Verhandlungen auf.

(3) Zu den Aufgaben der Vertragspartner gehören insbesondere auch:

- die einheitliche Weiterentwicklung der Leistungen
- die Empfehlung zur Anerkennung von Fortbildungen
- das Vertragsmonitoring, insbesondere im Hinblick auf die erzielte Versorgungsqualität
- die Öffentlichkeitsarbeit

Die Vertragspartner können sich darauf verständigen, dass die in Abs. 3 genannten Aufgaben von einem Vertragspartner übernommen werden.

§ 14 Wirtschaftlichkeitsprüfung

Sollten durch die Umsetzung dieses Vertrages zusätzliche ärztliche Leistungen und Verordnungen durch die teilnehmenden Vertragsärzte erforderlich werden und dies zu einem Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren nach § 106 SGB V führen, empfehlen die Vertragspartner, die nach dem jeweiligen Versorgungsauftrag erbrachten ärztlichen Leistungen und die veranlassten Leistungen als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Der Vertragsarzt hat den erhöhten ärztlichen Aufwand sowie den Verordnungsaufwand im Einzelfall zu dokumentieren.

§ 15 Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

(1) Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung wird in der jeweils gültigen Technischen Anlage (Anlage 7) geregelt. Sie ist Bestandteil dieses Vertrages.

(2) Bei einer Lieferung von Daten ist von der Korrektheit der gelieferten Daten auszugehen, wenn die Vorgaben des Vertrages und der jeweils gültigen Technischen Anlage erfüllt sind. In der Technischen Anlage ist spezifiziert, wann eine Datenlieferung als fehlerhaft anzusehen ist. Fehlerhafte oder unvollständige Datenlieferungen sind umgehend, jedoch längstens bis zum Ablauf einer Frist von 2 Wochen nach bestätigtem Eingang der Daten zu reklamieren. Erfolgt bis zum Ablauf dieser Frist keine detaillierte Reklamation seitens der in der Technischen Anlage als „Datenannahmestellen“ aufgeführten, annehmenden Institution, erlischt die Verpflichtung der Daten liefernden Stelle auf Nachlieferung.

(3) Werden die Voraussetzungen der Reklamation gemäß Absatz 2 ordnungsgemäß erfüllt, ist die Daten liefernde Stelle verpflichtet, innerhalb von 2 Wochen nach Erhalt der Reklamation korrigierte Daten an die reklamierende Stelle zu übermitteln.

§ 16 Datenschutz und -transparenz

Bei der Umsetzung des Vertrages sind die ärztliche Schweigepflicht sowie die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu gewährleisten. Den für die Umsetzung dieses Vertrages notwendigen Datenaustausch, der über das übliche Maß hinausgeht, z.B. Verzeichnisse über die beteiligten Ärzte und andere Berufsgruppen sowie die Evaluation, vereinbaren die Vertragspartner gesondert in der Technischen Anlage. Die Weitergabe von persönlichen Daten außerhalb der Behandlung ist nur anonymisiert möglich.



Abschnitt 5

Vergütung und Abrechnung

§ 18 Vergütung

Die Leistungen nach diesem Vertrag werden entsprechend den Vergütungsempfehlungen der Anlage 8 vergütet.

§ 19 Abrechnung

Die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt gemäß § 295 SGB V über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind berechtigt, die üblichen Verwaltungskosten in Abzug zu bringen.

Abschnitt 6

Abschließende Bestimmungen

§ 20 Ergänzende Vereinbarungen

Sofern die Krankenkassen als Vertragspartner dieses Vertrages weitere Verträge mit anderen, an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen schließen, wird die KBV an den Verhandlungen beteiligt und es wird ihr ein Mitberatungsrecht eingeräumt.

§ 21 Laufzeit und Kündigung

(1) Der Vertrag tritt mit Wirkung zum XX.XX.XXXX in Kraft und kann mit einer Frist von XX Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum XX.XX.XXXX, gekündigt werden.

(2) Einen wichtigen Grund zur Kündigung stellen insbesondere die Verletzung des § 20 dieses Vertrages sowie eine grundlose Verweigerung der Anpassung des Vertrages gemäß § 13 dieses Vertrages dar.



Berlin, den xx.xx.xxxx

Kassenärztliche Bundesvereinigung

.....

Krankenkasse

.....

ENTWURF

Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes

Vom 29. Juli 2009

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1 Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs

Das Bürgerliche Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 6. Juli 2009 (BGBl. I S. 1696) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 1901a durch folgende Angaben ersetzt:

„§ 1901a Patientenverfügung

§ 1901b Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

§ 1901c Schriftliche Betreuungswünsche, Vorsorgevollmacht“.

2. Nach § 1901 werden folgende §§ 1901a und 1901b eingefügt:

„§ 1901a Patientenverfügung

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder

Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

§ 1901b

Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.“

3. Der bisherige § 1901a wird § 1901c.

4. § 1904 wird wie folgt gefasst:

„§ 1904

Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

(3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.



Versorgungskonzept
„allgemeine Palliativversorgung“

Version 2.0

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2009 Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 31. Juli 2009

2287

(4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist.“

Artikel 2
Änderung
des Gesetzes über das
Verfahren in Familiensachen und in den
Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit

Das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586, 2587), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 8 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2258) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 287 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Ein Beschluss, der die Genehmigung nach § 1904 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs zum Gegenstand hat, wird erst zwei Wochen nach Bekanntgabe an den Betreuer oder Bevollmächtigten sowie an den Verfahrenspfleger wirksam.“

2. § 298 wird wie folgt gefasst:

„§ 298

Verfahren in Fällen des
§ 1904 des Bürgerlichen Gesetzbuchs

(1) Das Gericht darf die Einwilligung eines Betreuers oder eines Bevollmächtigten in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff (§ 1904 Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) nur genehmigen, wenn es den Betroffenen zuvor persönlich angehört hat. Das Gericht soll die sonstigen Beteiligten anhören. Auf Verlangen des Betroffenen hat das Gericht eine ihm nahestehende Person anzuhören, wenn dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(2) Das Gericht soll vor der Genehmigung nach § 1904 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs die sonstigen Beteiligten anhören.

(3) Die Bestellung eines Verfahrenspflegers ist stets erforderlich, wenn Gegenstand des Verfahrens eine Genehmigung nach § 1904 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist.

(4) Vor der Genehmigung ist ein Sachverständigen-gutachten einzuholen. Der Sachverständige soll nicht auch der behandelnde Arzt sein.“

Artikel 3
Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. September 2009 in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 29. Juli 2009

Der Bundespräsident
Horst Köhler

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Die Bundesministerin der Justiz
Brigitte Zypries

Anlage 2 **Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis**

Folgt. Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 18 (07.05.2010), S. A877-A882

Anlage 3 **Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung**

Folgt.

Anlage 4 **Interprofessioneller Informationsaustausch**

Folgt.

Anlage 5 **Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes**

Wird zwischen den Vertragspartnern vereinbart.

Anlage 6 Indikatoren

Indikator 1 – Übereinstimmung der Versorgung mit spezifischen Behandlungspräferenzen

Zähler	Anzahl der eingeschriebenen Patienten mit vorliegender, gültiger Patientenverfügung, deren Behandlungspräferenzen befolgt werden
Nenner	Anzahl der eingeschriebenen Patienten mit vorliegender, gültiger Patientenverfügung
Erhebungszeitraum: 01.01.20xx – 31.12.20xx	

Indikator 2 – Persistierender Schmerz - Schmerzassessment

Zähler	Anzahl der eingeschriebenen Patienten, die bei der Einschreibung ein Schmerzassessment mit dem Fokus auf persistierende Schmerzen erhielten und in deren Akte dies dokumentiert wurde
Nenner	Anzahl der eingeschriebenen Patienten
Erhebungszeitraum: 01.01.20xx – 31.12.20xx	

Indikator 3 – Persistierender Schmerz – Opioidtherapie - Nebenwirkungen

Zähler	Anzahl der eingeschriebenen Patienten mit persistierenden Schmerzen und Opioidtherapie, die eine begleitende Therapie mit Laxantien erhalten bzw. in deren Akte dokumentiert wurde, warum von diesem Procedere abgewichen wird/wurde
Nenner	Anzahl der eingeschriebenen Patienten mit persistierenden Schmerzen und Opioidtherapie
Erhebungszeitraum: 01.01.20xx – 31.12.20xx	

Indikator 4 – Persistierender Schmerz – Opioidtherapie – Follow up

Zähler	Anzahl der eingeschriebenen Patienten mit persistierenden Schmerzen, bei denen 7 Tage nach Erstverschreibung einer Opioidtherapie eine Wiedervorstellung zur Kontrolle der Effektivität und Nebenwirkungen der Behandlung stattfand
Nenner	Anzahl der eingeschriebenen Patienten mit persistierenden Schmerzen und Opioidtherapie
Erhebungszeitraum: 01.01.20xx – 31.12.20xx	

Anlage 7 Technische Anlage

Folgt.

Anlage 8 Vergütung

Die nach § 8 teilnehmenden Vertragsärzte rechnen die Behandlung nach diesem Vertrag im Rahmen ihrer Quartalsabrechnung mit ihrer Kassenärztlichen Vereinigung ab. Die Finanzierung dieser Leistung erfolgt außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung wird nicht bereinigt. Die Rechnungslegung erfolgt im Formblatt 3 in der Kontenart 992.

Für die Versorgung nach § 6 Abs. 1 sind folgende Vergütungspositionen vorgesehen:

SNR XXXXX	Beratungsgespräch Beratung des Patienten, des Betreuers oder Bevollmächtigten und ggf. seiner Angehörigen oder ihm nahe stehenden Personen zu Beginn der Versorgung nach diesem Vertrag inklusive der Ermittlung der Zustimmung des Patienten <i>Einmal im Behandlungsfall</i>	XX €
SNR XXXXX	Zusatzpauschale Hausbesuch 1 Hausbesuch 20-60 Minuten <i>Zusätzlich zu 01410, 01411, 01412, 01413 oder 01415</i>	XX €
SNR XXXXX	Zusatzpauschale Hausbesuch 2 Hausbesuch > 60 Minuten <i>Zusätzlich zu 01410, 01411, 01412, 01413 oder 01415</i>	XX €
SNR XXXXX	Zusatzpauschale Telefonische Erreichbarkeit Bei Inanspruchnahme des teilnehmenden Vertragsarztes durch den Patienten <i>Zusätzlich zu 01100, 01101, 01411 oder 01412</i>	XX €
SNR XXXXX	Koordinationspauschale Koordination der Versorgung durch sämtliche Kooperationspartner <i>höchstens drei Mal im Quartal</i>	XX €
	Wegepauschalen Bei Hausbesuchen, entfernungsabhängig <i>Zusätzlich zu 01410, 01411, 01412, 01413 oder 01415</i>	
SNR XXXXX	Wegepauschale 1 Entfernung bis 2 km	XX €
SNR XXXXX	Wegepauschale 2 Entfernung 2 bis 5 km	XX €
SNR XXXXX	Wegepauschale 3 Entfernung 5 bis 15 km	XX €
SNR XXXXX	Wegepauschale 4 Entfernung 15 bis 25 km	XX €
SNR XXXXX	Wegepauschale 5 Entfernung 25 bis 35 km	XX €
SNR XXXXX	Wegepauschale 6 Entfernung > 35 km	XX €

Für die Versorgung nach § 6 Abs. 2 ist folgende Vergütung vorgesehen:

SNR XXXXX	Kooperationspauschale Regelmäßiger Kontakt zum SAPV-Team oder einer vergleichbaren Versorgungsstruktur nach Verordnung <i>Einmal je Verordnung</i>	XX €
-----------	---	------