

**Muster-Vertrag über die Erbringung
Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV)
gemäß §§ 132 d i. V. m. 37 b SGB V im Freistaat Bayern**

zwischen

den Landesverbänden der Krankenkassen

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse,
dem BKK Landesverband Bayern
handelnd für die dem Vertrag beitretenden Betriebskrankenkassen,
der Vereinigten IKK,
dem Funktionellen Landesverband der landwirtschaftlichen Kranken- und Pflegekassen
in Bayern,
der Knappschaft - Regionaldirektion München,

den Ersatzkassen

Barmer Ersatzkasse,
Techniker Krankenkasse,
Deutsche Angestellten-Krankenkasse,
KKH Allianz,
Gmünder ErsatzKasse – GEK,
HEK - Hanseatische Krankenkasse,
Hamburg Münchener Krankenkasse
hkk,

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den/die Leiter/in der Landesvertretung Bayern**

im Folgenden Krankenkassen genannt

und

***Name, Rechtsform,
Sitz, vertreten durch***

im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt

Präambel	3
§ 1 Vertragsziel.....	4
§ 2 Versorgungskonzept.....	4
§ 3 Versorgungsgebiet.....	5
§ 4 Qualifikationsvoraussetzungen.....	6
§ 5 Zulassungsvoraussetzung	6
§ 6 Sächliche und räumliche Ausstattung.....	7
§ 7 Anzeigepflichten / Mitteilungspflichten.....	7
§ 8 Patientendokumentation	8
§ 9 Qualitätssicherungsmaßnahmen	9
§ 10 Fortbildung.....	9
§ 11 Qualitätsprüfung	10
§ 12 Grundsätze der Leistungserbringung.....	10
§ 13 Inhalt der Leistung / Leistungskategorien	11
§ 14 Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln.....	12
§ 15 Anspruchsvoraussetzungen	12
§ 16 Verordnung / Genehmigung / Beginn der SAPV.....	13
§ 17 Kostenübernahme	13
§ 18 Dauer der Versorgung	14
§ 19 Zuzahlungen.....	14
§ 20 Vermittlungsverbot, Werbung und Einflussnahme.....	14
§ 21 Institutionskennzeichen	15
§ 22 Leistungsnachweis	15
§ 23 Abrechnung	15
§ 24 Statistik.....	17
§ 25 Datenschutz, Schweigepflicht.....	17
§ 26 Maßnahmen bei Vertragsverstößen des Leistungserbringers	17
§ 27 Vergütung	18
§ 28 Inkrafttreten / Kündigung	18
§ 29 Salvatorische Klausel	19
Anlage 1 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses	21
Anlage 2 Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 d Abs. 2 SGB V	25
Anlage 3 Versorgungsgebiet	30
Anlage 4 Vorzulegende Unterlagen bei Zulassungsantrag.....	31
Anlage 5 Evaluation.....	33
Anlage 6 Formular für den Leistungsnachweis.....	36
Anlage 7 Vergütungsvereinbarung	37
Anlage 8 Übergangsregelung	38
Anlage 9 Statistik.....	39
Anlage 10 SAPV-BSNR-Vereinbarung	40

Präambel

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI, der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, der Kinder- und Jugendhilfe zu ermöglichen. Versorgungsunsicherheiten, die zu unnötigen und die Versicherten stark belastenden Krankenhauseinweisungen führen, sollen durch die in der SAPV vorgehaltenen besonderen Expertisen vermieden werden. Symptome und Leiden sollen einzelfallgerecht und gemäß dem Willen des Versicherten und gemäß den Grundsätzen von Palliative Care gelindert oder behoben werden.

Die Versorgung des Versicherten bedarf einer besonderen Fachkompetenz in der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender. Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, sie orientieren sich an dem individuellen Hilfebedarf des Versicherten, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und müssen wirtschaftlich erbracht werden.

Das soziale Umfeld wird als wesentlicher Faktor für das Verbleiben im gewohnten Umfeld in die Versorgung mit einbezogen.

Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste einschließlich der Versorgungsangebote der allgemeinen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung (AAPV). Je nach Umfang der Patientenversorgung, vor allem aber bei der Vollversorgung i.R. der SAPV, kann die SAPV im Einzelfall die Regelversorgung nach dem SGB V ersetzen.

§ 1 Vertragsziel

- (1) Dieser Vertrag dient der Sicherstellung der bedarfsgerechten individuellen Versorgung der anspruchsberechtigten Versicherten mit SAPV gemäß § 37 b SGB V in dem vertraglich vereinbarten Versorgungsgebiet nach § 3 durch den Leistungserbringer.
- (2) ¹Die SAPV umfasst die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung und einem ausgeprägten Symptomgeschehen, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. ²Sie soll erträgliche Lebenszeit trotz schwerster Krankheit und drohendem Tod im ambulanten Bereich, insbesondere auch das Sterben zu Hause, ermöglichen.
- (3) ¹Bei der SAPV handelt es sich um eine interdisziplinäre Aufgabe. Sie wird durch ein Team mit mindestens palliativpflegerischer und palliativmedizinischer Fachkompetenz erbracht. ²Dieser Leistungserbringer nach § 132d SGB V (im Folgenden Palliative-Care-Team (PCT) genannt) ist Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem ³Das PCT arbeitet gemeinsam mit den je nach Bedarf an der Versorgung beteiligten Personen unterschiedlicher Berufsgruppen, wie z. B. Haus-/Fachärzten, Pflegediensten, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Psychologen, Ehrenamtlichen und ambulanten Hospizdiensten gemäß § 39 a Abs. 2 SGB V, ggf. in Form von Kooperationen eng zusammen.
- (4) Bestandteil dieses Vertrages sind:
 - die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL – **Anlage 1**) und
 - die „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (**Anlage 2**)

in ihrer jeweils aktuellen Fassung.

§ 2 Versorgungskonzept

- (1) ¹Das PCT handelt nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Versorgungskonzept. ²Dieses beschreibt den inhaltlichen und organisatorischen Rahmen der Leistungserbringung (inklusive der personellen und sächlichen Ausstattung) sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur. ³Weitere Bestandteile sind die Beschreibung der Erbringung von Beratungs- und Koordinationsleistung, Teil- und Vollversorgung. ⁴Das Versorgungskonzept verdeutlicht, wie die qualifizierte Leistungserbringung erfolgt, so dass die in § 1 dieses Vertrages genannten Vertragsziele erreicht werden. ⁵Das Versorgungskonzept ist Grundlage des Versorgungsvertrages.
- (2) Die regionalen Netzwerkstrukturen und deren Besonderheiten sind zu beschreiben, in die sich der Leistungserbringer im Rahmen der Vernetzung integriert.
- (3) Das Versorgungskonzept beinhaltet folgende Aspekte:

- a) Standort des Leistungserbringers,
 - b) Versorgungsgebiet,
 - c) Versorgungsprozess,
 - d) Kooperationspartner,
 - e) Mitarbeiterkapazität,
 - f) Personelle Zuständig- und Verantwortlichkeiten,
 - g) Qualifikationsnachweise der Mitarbeiter des PCT gemäß § 4,
 - h) Sächliche Ausstattung gemäß § 6,
 - i) Dokumentationssystem,
 - j) Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 9,
 - k) Konzept zur Sicherstellung der reibungslosen Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,
 - l) Konzept zur ganzjährigen Sicherstellung der 24-Stunden-Einsatzbereitschaft für die in der Versorgung befindlichen Patienten und Angehörigen inklusive Notfallmanagement in Absprache mit der Primärversorgung,
 - m) Überleitungsmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung,
 - n) Fallzahleinschätzung pro Kategorie,
 - o) Beschreibung der Infrastruktur zur Sicherstellung der ständigen Kommunikation innerhalb des PCT und zu allen an der Versorgung des jeweiligen Versicherten Beteiligten.
- (4) Der Leistungserbringer ist in der Ausführung der verordneten Leistungsweisungsunabhängig und trägt die alleinige Verantwortung für das Versorgungskonzept.

§ 3 Versorgungsgebiet

- (1) Das Versorgungsgebiet umfasst den in der **Anlage 3** beschriebenen Einzugsbereich.
- (2) Der Leistungserbringer stellt im Rahmen seiner Kapazitäten die Versorgung der Versicherten in seinem Versorgungsgebiet mit Leistungen der SAPV sicher.
- (3) ¹Der Versicherte ist in der Wahl des Leistungserbringers frei, soweit dieser zur Erbringung der SAPV im Versorgungsgebiet gemäß Abs. 1 berechtigt ist. ²Auf diese Wahlfreiheit darf der Leistungserbringer keinen Einfluss nehmen. ³Wählt er einen anderen Leistungserbringer, kann die Krankenkasse die Übernahme der hierdurch entstehenden Mehrkosten ablehnen. ⁴Über etwaige Mehrkosten hat der Leistungserbringer den Versicherten und die Krankenkasse vor Beginn der Leistungserbringung zu informieren.

§ 4 Qualifikationsvoraussetzungen

Die Leistungen der SAPV werden durch Personen erbracht, die folgende Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen:

a) Ärztinnen und Ärzte,

- I. die über eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer verfügen und
- II. die Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten haben, z.B. in der häuslichen Umgebung oder in einem stationären Hospiz, innerhalb der letzten drei Jahre oder aus einer mindestens einjährigen klinischen palliativmedizinischen Tätigkeit in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus innerhalb der letzten drei Jahre;

b) Pflegefachkräfte,

- I. die über die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin / Altenpfleger (dreijährige Ausbildung aufgrund einer landesrechtlichen Regelung) entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung verfügen und
- II. die den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden vorweisen können und
- III. die Erfahrung durch mindestens eine zweijährige praktische Tätigkeit als Pflegefachkraft in der Betreuung von Palliativpatienten in den letzten drei Jahren, davon mindestens sechsmonatige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung, nachweisen können.

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

§ 5 Zulassungsvoraussetzung

- (1) ¹Das PCT ist eine räumlich getrennte, personell und finanziell eigenständige Organisationseinheit. ²Der Leistungserbringer stellt sicher, dass das für die SAPV erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht.
- (2) Das PCT übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden, welche die Mitarbeiter des PCT in Ausübung ihrer Tätigkeit verursachen.
- (3) Die Nachweise nach **Anlage 4** sind bei Beantragung der Zulassung bei der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern c/o AOK Bayern die Gesundheitskasse, Carl-Wery-Straße 28, 81739 München vorzulegen.

- (4) ¹Die Leistungserbringung ist durch den Leistungserbringer in Form geeigneter Maßnahmen unter Einsatz entsprechender personeller und sächlicher Mittel für die Dauer des Vertrages sicherzustellen. ²Die Mitarbeiter des PCTs sind in allen medizinischen und pflegerischen Fragen nur gegenüber dem jeweils leitenden Arzt bzw. der leitenden Pflegefachkraft weisungsgebunden.
- (5) Das PCT besteht regelhaft aus mindestens 4 Planstellen.

§ 6 Sächliche und räumliche Ausstattung

- (1) ¹Eine Versorgung mit Arznei, Heil- und Hilfsmitteln im Notfall (Notfallversorgung) ist selbst oder durch geeignete Maßnahmen, z. B. durch eine Kooperation mit einem Sanitätshaus, sicherzustellen. ²Von besonderer Bedeutung ist die Vorhaltung ausreichender und geeigneter Arzneimittel/BtM für die Versorgung im Not- und Kriseninterventionsfall. ³Das PCT muss jederzeit auf die Mittel der Notfallversorgung zurückgreifen können.
- (2) Die an die Aufbewahrung von BtM gestellten Voraussetzungen nach dem BtMG sind zu berücksichtigen.
- (3) Der Leistungserbringer hat darüber hinaus als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:
- a) eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation,
 - b) eine ausreichende und geeignete Mobilität zur zeitnahen häuslichen Versorgung der Patienten,
 - c) Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche,
 - d) eine geeignete administrative Infrastruktur, u.a. Büro, Kommunikationstechnik.
- (4) Der Leistungserbringer muss über eine eigene Postadresse und geeignete Räumlichkeiten für
- e) die Beratung von Patienten und Angehörigen,
 - f) Teamsitzungen und Besprechungen,
 - g) die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und von Hilfsmitteln

verfügen.

§ 7 Anzeigepflichten / Mitteilungspflichten

- (1) ¹Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern innerhalb von vier Wochen Änderungen wesentlicher Umstände im Versorgungskonzept schriftlich mitzuteilen. ²Dies sind insbesondere:
- a) Änderungen der betrieblichen/organisatorischen Gegebenheiten, insbesondere Personaländerungen, soweit die Qualifikation von den Vorgaben des § 4 (Qualifikationsvoraussetzungen) abweicht,

- b) Änderungen von Kooperationsvereinbarungen (Neuabschlüsse, Kündigung, inhaltliche Änderungen),
 - c) Eingeleitete staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren gegen Mitarbeiter des PCT,
 - d) Bestehen oder Übernahme einer Betreuerstellung im Sinne des BGB eines Mitarbeiters im PCT zum Patienten.
- (2) Die Krankenkasse ist berechtigt, bei begründetem Anlass zum Nachweis der organisatorischen und/oder personellen Voraussetzungen weitere Unterlagen zu verlangen.

§ 8 Patientendokumentation

- (1) ¹Der Leistungserbringer hat eine Patientendokumentation zu führen, aus der zu jeder Zeit alle notwendigen Informationen über den Versicherten und die erbrachten Leistungen hervorgehen. ²Das PCT aktualisiert regelmäßig die Patientendokumentation.
- (2) Im kooperativen Netzwerk hat der Leistungserbringer zu gewährleisten, dass die von ihm angewandte Dokumentation kompatibel zu bestehenden Dokumentationssystemen der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer ist.
- (3) Die Dokumentation durch das PCT beinhaltet in Abhängigkeit der Leistungskategorie insbesondere:
- a) ein Versichertenstamblatt (z. B. mit Angaben zum Versicherten und zu Angehörigen, Hausarzt, Pflegedienst und weiteren involvierten Diensten, Diagnosen, Absprachen, Behandlungsort, Medikation, Maßnahmen, u. w.),
 - b) ein Assessment mit in der Regel folgenden Inhalten – unabhängig vom Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse:
 - i. Körperlicher und psychischer Zustand des Versicherten,
 - ii. Wünsche des Versicherten / der Angehörigen,
 - iii. Familiäre Belastungssituation,
 - iv. Stand der Aufklärung des Versicherten / der Angehörigen,
 - v. Medikation,
 - vi. Hilfsmittel,
 - vii. Physikalische und andere Therapien,
 - viii. Beratungs- und/oder Behandlungsbedarf,
 - c) einen vorausschauenden Behandlungsplan einschließlich Notfallplan,
 - d) einen Nachweis über durchgeführte Maßnahmen (Datum, Dauer, Handzeichen),
 - e) einen aktuellen Medikamentenplan,
 - f) Untersuchungsbefunde,
 - g) Verlaufsbögen zur Erfassung aktueller Probleme und deren Lösung.
- (4) Die versorgungsrelevante Dokumentation verbleibt beim Patienten.

- (5) Die Dokumentation ist dem MDK und – soweit der Versicherte oder sein Vertreter schriftlich eingewilligt hat (§67 b Abs. 1 SGB X) – der Krankenkasse auf Anforderung zugänglich zu machen.
- (6) Ist ein SAPV-Fall beendet, wird eine anonymisierte Erfassung zur bundesweiten Evaluation durchgeführt (siehe **Anlage 5**).
- (7) Die Aufbewahrungsfrist für die Dokumentation beträgt 10 Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung.

§ 9 Qualitätssicherungsmaßnahmen

- (1) ¹Der Leistungserbringer ist verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das im Versorgungskonzept darzustellen ist. ²Zur Qualitätssicherung zählen interne und externe Maßnahmen.
- (2) Zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen gehören insbesondere:
 - a) ein interdisziplinär abgestimmter individueller Behandlungsplan,
 - b) regelmäßige, mindestens einmal wöchentlich stattfindende interdisziplinäre Fallbesprechungen (gemeinsame Dienstbesprechungen),
 - c) ein geeignetes Dokumentationssystem,
 - d) regelmäßige gemeinsame externe Supervisionen,
 - e) die Teilnahme an halbjährlichen multidisziplinären Qualitätszirkeln,
 - f) ein Fortbildungskonzept.
- (3) Die Kooperationspartner des Leistungserbringers werden in Maßnahmen zur Qualitätssicherung eingebunden.

§ 10 Fortbildung

- (1) ¹Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Fachlichkeit aller Mitarbeiter des PCT, die länger als ein Jahr beim Leistungserbringer tätig sind, durch regelmäßige Teilnahme an berufs- bzw. aufgabenbezogenen, internen und externen Fortbildungsmaßnahmen sicherzustellen. ²Die Maßnahmen sollen insbesondere den aktuellen palliativ-medizinischen/ -pflegerischen Stand vermitteln und nicht ausschließlich als interne Schulungen aller Beschäftigten durchgeführt werden. ³Fachbezogene Literatur ist vorzuhalten.
- (2) ¹Der Umfang der Fortbildungen beträgt mindestens 20 Unterrichtsstunden pro Vollzeitstelle innerhalb von zwei Kalenderjahren. ²Im Einzelfall können fachbezogene Weiterbildungen als Fortbildung anerkannt werden.
- (3) ¹Der Nachweis hierüber hat bei Aufforderung durch eine vertragschließende Krankenkasse oder der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände innerhalb eines Monats für die zurückliegenden zwei Kalenderjahre zu erfolgen. ²Art, Inhalt und

Umfang sowie die namentliche Auflistung der teilnehmenden Mitarbeiter der einzelnen Fortbildungsmaßnahmen sind nachvollziehbar zu dokumentieren.

- (4) Kommt der Leistungserbringer seiner Nachweispflicht nicht oder nicht vollständig innerhalb eines Monats nach, wird eine Nachfrist von einem weiteren Monat gesetzt.
- (5) Weist der Leistungserbringer die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung nach Absatz 1 und 2 nicht oder nicht vollständig nach, sind die Krankenkassen berechtigt, für alle Leistungen, die in den ersten 4 Kalendermonaten nach Mitteilung des Prüfungsergebnisses durch das PCT erbracht werden, die Abrechnungen um 5 %, ab dem folgenden Kalendermonat um 25 % zu kürzen.
- (6) ¹Fehlende Fortbildungszeiten sind nach Aufforderung nachzuholen; die nachgeholt Fortbildung wird auf den folgenden Zweijahreszeitraum nicht angerechnet. ²Die Vergütungskürzung gilt längstens für die Leistungen, die in dem Monat erbracht werden, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis der auffordernden Krankenkasse oder der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände vorgelegt wird.
- (7) Erbringt der Leistungserbringer den Fortbildungsnachweis nicht spätestens ein halbes Jahr, nachdem er durch die Krankenkasse oder die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern auf Defizite bei der Fortbildung hingewiesen wurde, kann der Vertrag gekündigt werden.

§ 11 Qualitätsprüfung

- (1) Die Krankenkassen und ihre Verbände sind berechtigt, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungserbringer mit Hilfe des MDK auch unangemeldet zu prüfen, ggf. auch in den Räumlichkeiten des Leistungserbringers.
- (2) Die Kooperationspartner nach § 2 Abs. 3 des Vertrages können in alle Maßnahmen zur Qualitätsprüfung eingebunden werden.
- (3) Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines PCT und die Qualität der Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB V in Verbindung mit § 37 b Abs. 3 SGB V und in den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 d Abs. 2 SGB V.
- (4) Die anlässlich der Prüfung gewonnenen Daten dürfen nur im Rahmen des Prüfungszweckes und der gesetzlichen Aufgabenerfüllung verwendet werden.

§ 12 Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) ¹Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Leistungen nach diesem Vertrag nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen und ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden. ²Er gewährleistet, dass die Weiterführung der SAPV rund um die Uhr sicher gestellt ist.

- (2) ¹Der Leistungserbringer haftet gegenüber dem Versicherten und der Krankenkasse nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 61 SGB X). ²Er stellt sicher, dass erforderliche Versicherungen in ausreichender Höhe abgeschlossen sind und stellt die Krankenkasse von Ansprüchen frei, die gegenüber dieser im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag von Dritten geltend gemacht werden.
- (3) ¹Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot. ²Die AAPV hat Vorrang vor der SAPV.
- (4) Die vorzeitige Beendigung der Leistung wird innerhalb von drei Arbeitstagen angezeigt.

§ 13 Inhalt der Leistung / Leistungskategorien

- (1) Der Leistungserbringer erbringt die jeweils ärztlich verordnete SAPV-Leistung intermittierend oder durchgängig nach Bedarf als
 - a) Beratungsleistung,
 - b) Koordination der Versorgung,
 - c) additiv unterstützende Teilversorgung,
 - d) Vollversorgung.
- (2) Zur Beratungsleistung gehören:
 - I. Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit Betroffenen (Kranken oder deren Angehörige) und/oder,
 - II. Telefonat bzw. persönliches Gespräch mit einem der Leistungserbringer der Primärversorgung und,
 - III. Dokumentation und Evaluation.
- (3) Die Koordination der Versorgung umfasst:
 - I. den direkten persönlichen Kontakt zum Betroffenen (Kranken oder deren Angehörige),
 - II. die ressourcenfokussierte Versorgungsplanung des PCT,
 - III. das Assessment, die Beratung für Therapie und das Vorgehen im Notfall,
 - IV. eine Vernetzung mit ambulant tätigen und/oder stationären Leistungserbringern,
 - V. die Dokumentation und Evaluation.
- (4) ¹Zur additiv unterstützenden Teilversorgung gehören:
 - I. Beratungs- und Koordinationsleistungen,
 - II. Hausbesuche,
 - III. bei Bedarf einzelne Leistungen des in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskatalogs,
 - IV. 24-Stunden-Bereitschaft für die verordnete Leistung,
 - V. die Dokumentation und Evaluation.

²Die 24-Stunden-Bereitschaft kann nicht als alleinige Teilleistung verordnet werden.

- (5) Zur Vollversorgung gehören:

- I. Beratung und Koordination sowie 24-Stunden-Bereitschaft,
 - II. Hausbesuche,
 - III. bei Bedarf alle Leistungen des in § 5 Abs.3 der SAPV-Richtlinie des G-BA aufgeführten Leistungskatalogs ergänzend zu den ambulanten Leistungserbringern,
 - IV. die Dokumentation und Evaluation.
- (6) Angehörige und dem Versicherten nahestehende Personen werden in die Pflege sowie in die psychosoziale Unterstützung und Sterbebegleitung mit einbezogen.

§ 14 Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln

- (1) ¹Die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln erfolgt unter Verwendung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Vordrucke (Muster 13, 14, 16 und 18). ²Details zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel können der jeweils aktuellen Fassung der „Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV über die Vergabe von Betriebsstättennummern und einer Pseudo-Arzt-Nummer an Leistungserbringer der SAPV gemäß § 132 d Abs. 1 SGB V zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen der SAPV“ (SAPV-BSNR-Vereinbarung) in der jeweils geltenden Fassung (Fassung vom Mai 2009 siehe Anlage 10) entnommen werden.
- (2) ¹Die Vordrucke nach Abs. 1 dürfen im Rahmen der SAPV nur von Ärzten verwendet werden, die für ein PCT mit rechtsgültigem Vertrag nach § 132 d SGB V tätig sind. ²Auf jeder Verordnung im Rahmen dieser Vereinbarung sind die Betriebsstättennummer und die Arztnummer anzugeben. ³Diese wird von der Kassenärztliche Bundesvereinigung auf Antrag des Leistungserbringers vergeben. Details zur Antragsstellung der Betriebsstättennummer und der Arztnummer können der jeweils aktuellen Fassung der SAPV-BSNR-Vereinbarung (Fassung vom Mai 2009 siehe Anlage 10) entnommen werden.

§ 15 Anspruchsvoraussetzungen

Der Versicherte hat gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung und den gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 d Abs.2 SGB V für die spezialisierte Palliativversorgung Anspruch auf SAPV,

- a) wenn er an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass sich dadurch das Lebensende abzeichnet sowie
- b) wenn er unter Berücksichtigung der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung und in den gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 d Abs.2 SGB V für die spezialisierte Palliativversorgung genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4 SAPV-RL) benötigt, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Behinderteneinrichtung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung erbracht werden kann.

§ 16 Verordnung / Genehmigung / Beginn der SAPV

- (1) Art, Umfang und Dauer der vom Leistungserbringer zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der von der Krankenkasse genehmigten Verordnung (Muster 63) der behandelnden Vertragsärztin/des behandelnden Vertragsarztes oder der Krankenhausärztin/des Krankenhausarztes.
- (2) ¹Der Versicherte bestätigt mit Unterschrift, dass er mit SAPV einverstanden ist. ²Kann die Unterschrift des Versicherten nicht erbracht werden, weil dieser bzw. sein Vertreter nicht in der Lage ist zu unterschreiben, bleibt das Unterschriftsfeld auf der Verordnung frei. ³Der Leistungserbringer gibt zur Verordnung die Gründe hierfür an.
- (3) ¹Die SAPV-RL ist für die Verordnung sowie für die Genehmigung durch die Krankenkassen maßgeblich. ²Dort nicht aufgeführte Inhalte bedürfen einer nachvollziehbaren Begründung, damit sie von den Krankenkassen genehmigt werden können.
- (4) ¹Der verordnende Arzt/ die verordnende Ärztin legt nach aktuellem Versorgungsbedarf die Dauer der Verordnung fest. ²Der Krankenhausarzt / die Krankenhausärztin kann Leistungen in der Regel jedoch längstens für 7 Tage verordnen. ³Sollte eine Versorgung für einen längeren Zeitraum als angegeben erforderlich sein, ist rechtzeitig eine Folgeverordnung bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen.
- (5) ¹Der PC-Arzt nimmt die Verordnung entgegen. ²Er überzeugt sich davon, dass eine palliative Situation vorliegt und überprüft Indikation und Umfang der verordneten Leistung (Assessment). ³Sollte sich herausstellen, dass der Patient für SAPV nicht geeignet ist oder die definierten Versorgungsziele auch durch die allgemeine ambulante Palliativversorgung sicher gestellt werden können, ist nach unverzüglicher Koordination einer geeigneten Anschlussversorgung die weitere Behandlung durch die spezialisierte ambulanten Palliativversorgung nicht zu beginnen bzw. zu beenden. ⁴Leistungsausweitungen bedürfen der Unterschrift der/des verordnenden Ärztin/Arztes. ⁵Bei Leistungseinschränkungen hat das PCT den/die verordnenden/verordnende Arzt/Ärztin zu informieren.

§ 17 Kostenübernahme

- (1) ¹Die Krankenkasse übernimmt vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zu einer Entscheidung über die weitere Kostenübernahme, die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der Vergütung gemäß diesem Vertrag, wenn die ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorliegt (vorläufige Kostenübernahme). ²Sofern eine Verordnung verspätet eingereicht wird, werden die Kosten frühestens ab Eingangsdatum übernommen.
- (2) ¹Ergibt die interne Prüfung durch die Krankenkasse, dass Zweifel an der Indikation zur Verordnung oder an deren Umfang bestehen, wird umgehend der MDK eingeschaltet. ²Bei Unklarheiten ist ein Kontakt zwischen MDK und PCT wünschenswert.
- (3) Über die endgültige Kostenübernahme oder (Teil-)Ablehnung informiert die Krankenkasse den Versicherten und den Leistungserbringer; bei (Teil-) Ablehnung auch den verordnenden Arzt.

§ 18 Dauer der Versorgung

- (1) SAPV wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot, insbesondere die allgemeine Palliativversorgung, aus palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Gründen nicht ausreicht.
- (2) Bestehen nach Einschätzung des Leistungserbringers im individuellen Fall nicht oder nicht mehr die Voraussetzungen zur Erbringung von SAPV, wird der Patient in die passende Versorgungsstruktur übergeleitet.
- (3) Bestehen nach Einschätzung des Leistungserbringers im individuellen Fall nicht mehr die Voraussetzungen zur Erbringung der verordneten Leistungskategorie von SAPV, wird der Patient durch eine dann niedrigere Leistungskategorie der SAPV versorgt.
- (4) Handelt es sich um eine intermittierende Leistungserbringung, werden in Abhängigkeit der Vergütungsgestaltung nur diejenigen Tage als SAPV-Leistungstage vergütet, an denen SAPV erbracht wurde.

§ 19 Zuzahlungen

- (1) ¹SAPV wird als Sachleistung zur Verfügung gestellt. ²Zuzahlungen vom Versicherten im Rahmen der Vertragsleistungen dürfen weder gefordert noch angenommen werden.
- (2) Zuzahlungen dürfen auch nicht verlangt werden, wenn die Verordnung bei der Krankenkasse verspätet eingereicht wird, da Kosten erst ab Eingang der Verordnung bei der Krankenkasse gemäß § 6 dieses Vertrages übernommen werden und deshalb die vorläufige Kostenzusage entfällt (§ 17 Abs. 1).
- (3) Verstöße berechtigen zu Maßnahmen gemäß § 26.

§ 20 Vermittlungsverbot, Werbung und Einflussnahme

- (1) Die Veranlassung einer Verordnung gegen Entgelt ist ein Vertragsverstoß.
- (2) Die Weitergabe von angenommenen Verordnungen zur Versorgung anspruchsberechtigter Personen dieses Vertrages an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile, ist ein Vertragsverstoß.
- (3) Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen zur Versorgung anspruchsberechtigter Personen dieses Vertrages über das PCT hinaus an dritte Nicht-Kooperationspartner gegen Kostenerstattung.
- (4) Der Leistungserbringer darf nicht mit der Leistungspflicht der Krankenkasse werben.

§ 21 Institutionskennzeichen

- (1) Der Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenkassen verwendet.
- (2) ¹Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. ²Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich mitzuteilen. ³Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
- (3) ¹Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist sowohl bei Vertragsabschluss als auch bei Änderungen mitzuteilen. ²Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK. ³Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. ⁴Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. ⁵Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK.
- (4) ¹Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwendeten IK bei der SVI gespeicherten Angaben einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen verbindlich. ²Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

§ 22 Leistungsnachweis

- (1) Der Leistungsnachweis enthält folgende Angaben:
 - a) Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,
 - b) Name und Vorname, Versichertennummer, Anschrift und Geburtsdatum des Versicherten,
 - c) Positionsnummer, Art und Anzahl der erbrachten Leistungen (Positionsnummernverzeichnis der Richtlinien nach § 302 SGB V soweit festgelegt und relevant),
 - d) Angabe der beteiligten Kooperationspartner,
 - e) die nach der Vergütungsregelung notwendigen Angaben.
- (2) Der leitende Arzt des PCT oder sein ärztlicher Vertreter bestätigt durch seine Unterschrift die Richtigkeit der Angaben im Leistungsnachweis.

§ 23 Abrechnung

- (1) Für die Abrechnung wird die Anwendung der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen, jetzt Spitzenverband Bund, über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung angestrebt.

- (2) Die Umsetzung der Abrechnung nach § 302 Abs. 2 SGB V kann abhängig von den einzelnen Krankenkassen zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgen.
- (3) Die Rechnung muss folgende Mindestangaben enthalten:
- Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungsnummer des Leistungsbeziehers,
 - Angabe des Versorgungszeitraumes (in Abhängigkeit von der Vergütungsgestaltung), des Versorgungsortes sowie der dafür anzusetzenden Vergütung gemäß **Anlage 7**,
 - die Verordnungsblätter,
 - den Leistungsnachweis als **Anlage 6**,
 - Name, Anschrift, Unterschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,
 - Rechnungsbetrag,
 - Betriebsstättennummer,
 - Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS).
- (4) ¹Überträgt der Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer die zuständige Krankenkasse unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. ²Der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das Institutionskennzeichen, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, ist mitzuteilen.
- (5) ¹Hat der Leistungserbringer dem Abrechnungszentrum eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum für die Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung. ²Wird dem Abrechnungszentrum die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist der Leistungserbringer für die Einhaltung des Entzuges der Vollmacht verantwortlich.
- (6) ¹Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs 1 BDSG durch den Leistungserbringer auszuwählen. ²Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist den Krankenkassen bzw. deren Verband vorzulegen.
- (7) Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das Abrechnungszentrum verantwortlich.
- (8) ¹Die Rechnung erfolgt versichertenbezogen in der Regel einmal im Monat und ist bei den von den Krankenkassen benannten Daten- und Papierannahmestellen einzureichen. ²Die Krankenkassen sind zur Rechnungsbegleichung nur verpflichtet, sofern eine versicherungs-, leistungs- und vertragsrechtliche Anspruchsberechtigung gegeben ist.
- (9) ¹Werden Nachberechnungen gestellt, sind der Nachberechnung Kopien der Erstrechnung und der Verordnung beizulegen. ²Darauf ist "Nachberechnung" zu vermerken.
- (10) ¹Maßgeblich für die Berechnung des Zahlungsziels ist der Tag, an dem alle zu einem Abrechnungsfall gehörenden Unterlagen bei der Krankenkasse vorliegen. ²Zusammengehörige Rechnungsunterlagen müssen in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang angeliefert werden. ³Die Krankenkasse behält sich vor, nicht korrekt gestellte Rechnungen unbezahlt abzuweisen. In diesem Fall beginnt die Zahlungsfrist ab Eingang einer korrekten Rechnung erneut zu laufen.

- (11) ¹Die Bezahlung der Rechnung erfolgt spätestens innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang der Rechnung bei der zuständigen Krankenkasse bzw. bei der von ihr benannten Abrechnungsstelle. ²Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (12) ¹Von den SAPV-Leistungserbringern und deren Kooperationspartnern dürfen nicht parallel die zur gleichen Einsatzzeit erbrachten Leistungen abgerechnet werden. ²Die zusätzliche Abrechnung von deckungsgleichen Leistungen nach SGB V (z.B. §§ 27, 37, 37a, 43 Abs. 2 SGB V) sowie SGB XI (z.B. §§ 36, 39) ist demnach ausgeschlossen.
- (13) Nicht erbrachte Leistungen können nicht abgerechnet werden.
- (14) Bis zur Einführung des DTA gilt die übliche Papierrechnung. Die Rechnung muss dabei die Mindestangaben des Absatzes 3 dieses § enthalten.

§ 24 Statistik

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, an Auswertungen mitzuwirken.
- (2) ¹Die Auswertungen beziehen sich in der Regel auf die in der **Anlage 9** aufgezählten Inhalte. ²Die Meldung hat bis spätestens zum 30. April für das abgelaufene Kalenderjahr an die von den Krankenkassen zu bestimmende Stelle zu erfolgen.

§ 25 Datenschutz, Schweigepflicht

- (1) ¹Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X 2. Kapitel) zu beachten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen. ²Ausnahmen bedürfen der schriftlichen Einwilligung des Patienten oder seines Vertreters.
- (2) ¹Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. ²Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse und/oder dem MDK, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind.
- (3) ¹Der Leistungserbringer hat die im PCT tätigen Mitarbeiter und die Kooperationspartner zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht zu verpflichten. ²Die Verpflichtung ist zu dokumentieren.

§ 26 Maßnahmen bei Vertragsverstößen des Leistungserbringers

- (1) ¹Vertragsverstöße sind dem Leistungserbringer durch die Verbände bzw. den jeweiligen Verband der Krankenkassen in schriftlicher Form mitzuteilen. ²Hierbei ist dem Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb von 28 Tagen zu geben (Anhörung).

- (2) ¹Die Verbände bzw. der jeweilige Verband der Krankenkassen entscheiden nach Prüfung der Stellungnahme, welche geeigneten Maßnahmen festzulegen sind. ²Diese sind:
- a) Abmahnung,
 - b) Vertragsstrafe bis zu 10% des Jahresumsatzes des PCT.
- (3) Über die Entscheidung ist dem Vertragspartner ein schriftlicher Bescheid zu erteilen.

§ 27 Vergütung

- (1) Die Vergütung richtet sich nach **Anlage 7**.
- (2) Eine im Rahmen der SAPV vergütete Leistung kann nicht anderweitig in Rechnung gestellt werden.

§ 28 Inkrafttreten / Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am ... 2009 in Kraft.
- (2) ¹Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden (ordentliche Kündigung). ²Eine teilweise Kündigung ist nur zulässig, soweit es in einzelnen Anlagen vorgesehen ist.³Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- (3) Die Kündigung durch einen Vertragspartner auf Krankenkassenseite berührt nicht die Gültigkeit des Vertrages zwischen den verbleibenden Vertragsbeteiligten.
- (4) ¹Eine außerordentliche Kündigung kann ohne Einhaltung von Kündigungsfristen erfolgen, wenn der Leistungserbringer seine vertraglichen Pflichten gegenüber einer Krankenkasse derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an diesem Vertrag nicht mehr zumutbar ist. ²Eine gröbliche Pflichtverletzung in diesem Sinn liegt insbesondere vor:
- a) bei fortgesetzter Nichterfüllung wesentlicher fachlicher Voraussetzungen,
 - b) bei wiederholter Abrechnung von nicht oder teilweise nicht erbrachten Leistungen,
 - c) bei einer Pflichtverletzung durch den Leistungserbringer, bei der ein Versicherter zu Schaden kommt,
 - d) bei einer Forderung bzw. einer Annahme von unzulässigen Zahlungen oder Zuzahlungen vom Versicherten für von den Krankenkassen genehmigten Leistungen,
 - e) bei einer Zahlung oder einer Annahme von Vergütungen oder Provisionen für Zuweisungen von Versicherten oder Vermittlung von Aufträgen,

- f) bei wiederholten oder schweren Verstößen gegen Datenschutzbestimmungen oder sonstige Vertragspflichten.
- (5) Einvernehmlich vereinbarte Änderungen dieses Vertrages in schriftlicher Form sind möglich, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 29 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt.
- (2) An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll eine Regelung treten, die der Zielsetzung zur Erbringung von SAPV am nächsten kommt.

Anlagenübersicht:

- Anlage 1 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 1
Anlage 2 Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen
Anlage 3 Versorgungsgebiet
Anlage 4 Vorzulegende Unterlagen bei Zulassungsantrag
Anlage 5 Evaluation
Anlage 6 Formular für den Leistungsnachweis
Anlage 7 Vergütungsvereinbarung
Anlage 8 Übergangsregelung
Anlage 9 Statistik
Anlage 10 SAPV-BSNR-Vereinbarung

Ort, Datum
Leistungserbringer

Für die Krankenkassen
AOK Bayern - Die
Gesundheitskasse, Zentrale

BKK Landesverband Bayern

Knappschaft
-Regionaldirektion München-

Vereinigte IKK in Bayern

Funktioneller Landesverband der
Landwirtschaftlichen
Krankenkassen und Pflegekassen
in Bayern (LdL/LdLP)

Verband der Ersatzkassen e.V.
Der Leiter der Landesvertretung
Bayern