

Roggelin Partner

Wirtschaftsprüfer · Steuerberater · Rechtsanwälte

**Gutachten
zu speziellen Rechts- und Steuerfragen
der spezialisierten ambulanten
Palliativversorgung
Nach § 37 b SGB V**

**Rechtsanwalt und
Fachanwalt für Medizinrecht
Christian Schuler**

**Wirtschaftsprüfer und
Steuerberater
Peter Roggelin**

**Alte Rabenstraße 32
20148 Hamburg**

A. Ausgangssituation und Prüfungsauftrag

I. SAPV im Leistungsrecht

Seit dem 01.04.2007 haben die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 b SGB V einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Der Anspruch wurde durch das GKV – Wettbewerbsstärkungsgesetz normiert.

Ziel des Gesetzgebers war es, dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben.

§ 37 b SGB V lautet:

- (1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.*
- (2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.*
- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. September 2007 das Nähere über die Leistungen, insbesondere*
 - 1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,*
 - 2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung 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,*
 - 3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.*

Die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (im folgenden SAPV genannt) sind durch die niedergelassenen Vertragsärzte oder Krankenhausärzte für die Versicherten der GKV zu verordnen.

Die Einzelheiten zur Verordnung werden in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (spezialisierte ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007 geregelt (Anlage 1).

Der Versicherte hat nach Verordnung bei seiner gesetzlichen Krankenkasse einen Antrag auf Kostenübernahme für die verordneten Leistungen zu stellen.

II. SAPV im Leistungserbringerrecht

Die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung können zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur durch spezialisierte Leistungserbringer erbracht werden, die mit den gesetzlichen Krankenversicherungen einen Vertrag nach § 132 d SGB V abgeschlossen haben.

§ 132 d SGB V lautet:

- (1) Über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Verträge mit geeigneten Einrichtungen oder Personen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. In den Verträgen ist ergänzend zu regeln, in welcher Weise die Leistungserbringer auch beratend tätig werden.*

- (2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Empfehlungen*
 - 1. die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung,*
 - 2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,*
 - 3. Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung fest.*

Die Erbringung der SAPV erfolgt demnach auf Grundlage von Verträgen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern, sogenannten Palliative-Care-Teams (im folgenden PCT genannt).

Die Leistungen der PCT sind nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, weil es sich um eine ärztliche und pflegerische Komplexleistung einschließlich von Koordinierungsanteilen handelt, die über Leistungsart und -umfang der vertragsärztlichen Versorgung hinausgehen. Dementsprechend wird der vertragsärztliche Versorgungsanteil auch nicht über

die nach § 85 SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen gezahlte Gesamtvergütung für die vertragsärztlichen Leistungen abgegolten.

Der ambulante pflegerische Versorgungsanteil wird durch spezialisiertes Pflegepersonal aus Pflegediensten und Krankenhäusern erbracht. Die SAPV ist kein Bestandteil der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, und damit nicht mit der Vergütung der Krankenkassen aus den Verträge mit Pflegediensten als Leistungserbringer nach § 132 a II SGB V abgegolten.

Voraussetzung für einen Vertragsabschluss über die SAPV zwischen einem PCT und den gesetzlichen Krankenkassen ist, dass das PCT die ärztlichen und pflegerischen Leistungsinhalte der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung abgeben kann. Um an bereits bestehende Strukturen anzuknüpfen können alle bereits existierenden Leistungserbringer (z.B. Vertragsärzte, Medizinisches Versorgungszentrum, Pflegedienste, Krankenhäuser, Hospize, Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI) in diesem neuen Leistungssegment tätig werden, wenn sie die Anforderungen an die Leistungserbringung erfüllen (z.B. der Palliativarzt oder ein Krankenhaus kooperiert mit einem qualifiziertem Pflegedienst und bietet als Versorgungsverbund die Leistung an).

Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass Verträge nach § 132 d SGB V nur soweit abgeschlossen werden, als ein Versorgungsbedarf besteht.

Die sachlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, die Maßnahmen zur Qualität und Fortbildung sowie Maßstäbe für eine bedarfsgerechte Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung wurden durch die Gemeinsamen Empfehlungen des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen unter Beteiligung der deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtung auf Bundesebene, der Spitzenorganisation der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den gemeinsamen Empfehlungen nach § 132 d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008 festgelegt, die dem Gutachten als Anlage 2 beigefügt sind

B. Prüfungsauftrag

Die Unterzeichner wurden von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg beauftragt, eine steuerliche und rechtliche Prüfung einiger wesentlichen Rechtsfolgen der Gründung eines Palliativ-Care-Teams (PCT) als Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen durchzuführen.

Dabei umfasst die Prüfung:

1. Die Erstellung eines Mustergesellschaftsvertrags für die Gründung eines PCT in Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts.
2. Die Darstellung alternativer Rechtsformen eines PCT.
3. Die Darstellung der steuerlichen Folgen der Gründung eines PCT je nach Gesellschaftsform, insbesondere unter dem Aspekt einer möglichen Umsatzsteuer- und Gewerbesteuerpflicht der Einrichtungen.

4. Die Darstellung der rechtlichen Folgen bei einem Austritt eines Gesellschafters aus einem Palliativ-Care-Team.
5. Steuerliche Auswirkungen für gemeinnützige Träger bei der Beteiligung an einem PCT.

Das Gutachten soll für die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer, die sich derzeit als zukünftige Vertragspartner der Krankenkassen zusammenschließen, eine Orientierungshilfe geben.

C. Gutachtenteil

I. Erstellung eines Mustergesellschaftsvertrages für die Gründung eines PCT in Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts

Ein entsprechender Mustervertrag ist dem Gutachten als Anlage 3 beigelegt. Der Mustervertrag gründet sich auf die Erfahrung des Gutachters Rechtsanwalt Schuler, der ein Verhandlungsteam der zukünftigen Leistungserbringer in Hamburg bei den Verhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen rechtlich berät.

II. Darstellung der alternativen Rechtsformen eines PCT

Nach den vor dem Abschluss stehenden Verträgen nach § 132 d SGB V muss in Hamburg der Leistungserbringer für SAPV (das PCT) den Krankenkassen in geeigneter Form eine rechtsfähige Organisationsform nachweisen.

Als rechtsfähige Organisationsformen kommen Personengesellschaften, Kapitalgesellschaften oder der eingetragene Verein in Betracht. Andere Körperschaften, die Anstalt oder die Stiftung werden wegen deren speziellen Besonderheiten im weiteren nicht erläutert.

Die Gutachter empfehlen aufgrund nachfolgender Ausführungen zunächst die Gründung einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Dadurch entstehen nur geringe Gründungs- und Verwaltungskosten. Zudem entfallen u.E. die Kosten für eine begleitende steuerliche Beratung, da ein PCT in dieser Rechtsform voraussichtlich keine eigene Steuererklärung abzugeben hat.

1. Personengesellschaften

Eine Personengesellschaft ist der Zusammenschluss mehrerer Personen zu einer Gesellschaft, bei der die einzelnen Personen im Vordergrund stehen und nicht deren kapitalmäßige Beteiligung an der Gesellschaft. Demgemäß wird sie meist auch von der persönlichen Mitarbeit der Gesellschafter in der Gesellschaft geprägt.

1.1. Die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)

Die GbR ist die loseste Form des Gesellschaftsrechts. Sie entsteht automatisch Kraft Gesetz (vgl. §§ 705 bis 740 BGB) durch den Zusammenschluss mehrerer Personen zur Erreichung

eines wirtschaftlichen Zieles. Somit ist der Zusammenschluss von spezialisierten Leistungserbringern, z.B. der eines spezialisierten ambulanten Palliativpflegedienstes und eines Palliativarzt zu einem PCT mit dem Ziel der gemeinsamen Leistungserbringung, ohne weiteres eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts.

Diese Rechtsform bietet sich für ein PCT an. Die Kosten der Gründung und der späteren Verwaltung der Gesellschaft sind im Verhältnis zu anderen Gesellschaftsformen gering.

Die Gründung bedarf keiner notariellen Beurkundung. Es muss lediglich ein Gesellschaftsvertrag abgeschlossen werden, da ein solcher als Nachweis der Rechtsform nach den derzeit verhandelten Verträgen mit den gesetzlichen Krankenkassen in Hamburg vorzulegen ist.

Der Abschluss eines Gesellschaftsvertrags empfiehlt sich zudem, um vom Leitbild des Gesetzgebers (vgl. §§ 705 ff BGB) abweichende Regelungen zwischen den Gesellschaftern aufzustellen. So sehen zum Beispiel die gesetzlichen Vorschriften die automatische Auflösung der Gesellschaft im Falle des Ausscheidens nur eines Gesellschafters vor. Vertraglich kann hingegen vereinbart werden, dass die Gesellschaft dann zwischen den verbleibenden Gesellschaftern fortgesetzt wird bzw. die verbleibenden Gesellschafter das Recht haben, die Gesellschaft fortzuführen.

Als Nachteil der Gesellschaft bürgerlichen Rechts wird zumeist die persönliche Haftung der beteiligten Gesellschafter für Verbindlichkeiten der Gesellschaft genannt. Eine persönliche Haftung der an der medizinischen Versorgung beteiligten Leistungserbringer ist diesen meist nicht fremd. So sind niedergelassene Vertragsärzte bis heute noch nahezu ausschließlich in Form von Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften tätig. Letztere sind in der Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts organisiert.

Ambulante Pflegedienste und Krankenhäuser sind inzwischen zum überwiegenden Teil in der Rechtsform einer GmbH tätig, womit sich ihre Haftung als Gesellschafter auf das Gesellschaftsvermögen der GmbH beschränkt.

Jedoch muss die persönliche Haftung nicht haftungsbeschränkter Gesellschafter in einem PCT keine wesentliche Rolle spielen. Die Verbindlichkeiten, die ein PCT eingeht, sind im Regelfall überschaubar. Haftungsrisiken ergeben sich im Wesentlichen bei der Leistungserbringung aus Behandlungsfehlern, aus denen Schadenersatzansprüche der versorgten Patienten resultieren können. Solche Risiken sind über entsprechende Vermögensschadenhaftpflichtversicherungen zu decken, die sowohl Ärzte als auch ambulante Pflegedienste zwingend abschließen müssen.

In dem Zusammenhang sei den sich zusammenschließenden spezialisierten ambulanten Pflegediensten und Palliativärzten empfohlen, entweder bestehende Vermögensschadenhaftpflichtversicherungen auf die Erbringung von Leistungen der SAPV im PCT zu erweitern oder für eine gesonderte Vermögensschadenhaftpflichtversicherung für das PCT zu sorgen (der Nachweis einer solchen Versicherung wird von den Krankenkassen nach dem vorliegenden Vertragsentwurf nicht gefordert). Letzteres wird immer dann notwendig sein, wenn das PCT eigenes in der Versorgung tätiges Personal beschäftigt.

1.2. Offene Handelsgesellschaft

Als zweite Personengesellschaft gibt es die offene Handelsgesellschaft (oHG). Die oHG ist eine Gesellschaft, deren Zweck es ist ein Handelsgewerbe zu betreiben. Dies setzt ein vollkaufmännisches Handelsgewerbe voraus und ist im Handelsregister einzutragen. Allgemein muss die oHG als wenig zweckdienlich angesehen werden und empfiehlt sich nicht als Rechtsform für ein PCT. Sie weist nicht nur alle Nachteile der GbR auf, sondern muss darüber hinaus dem Handelsregister gegenüber als Handelsgewerbe dargestellt werden, was bei einem PCT ein erhebliches Problem für die Erbringung der Eintragungsvoraussetzungen bedeuten kann.

Die rechtliche Ausgestaltung der oHG findet sich in den §§ 105 bis 160 HGB sowie ersatzweise in den §§ 705 bis 740 BGB.

1.3. Kommanditgesellschaft

Die Kommanditgesellschaft setzt ebenfalls ein Handelsgewerbe voraus. Sie ermöglicht eine gewisse Haftungsbeschränkung im Vergleich zur oHG. Sie hat mindestens einen vollhaftenden Gesellschafter, den sogenannten Komplementär, sowie einen oder mehrere Gesellschafter, die sogenannten Kommanditisten, die nur mit einer betragsmäßig festgelegten Einlage haften. Die gesetzlichen Regelungen zur KG finden sich in den §§ 161 bis 177 a HGB sowie ersatzweise in den §§ 105 bis 160 HGB bzw. §§ 705 bis 740 BGB.

Diese Gesellschaftsform wird regelmäßig in Familienunternehmen gewählt oder in den Fällen, in denen sich einzelne oder mehrere Gesellschafter nur mit einem festen Geldbetrag, über den hinaus sie nicht haften wollen, an einer Personengesellschaft beteiligen möchten. Ähnlich wie bei der oHG drängt sich die Kommanditgesellschaft als Rechtsform nicht für ein PCT auf.

2. Kapitalgesellschaften

Bei den Kapitalgesellschaften steht die reine Kapitalbeteiligung der Gesellschafter an der Gesellschaft im Vordergrund. Demgemäß können die Gesellschaftsanteile grundsätzlich frei veräußert werden, ohne, dass sich etwas am Stand der Kapitalgesellschaft ändert. Vorteil der Kapitalgesellschaften ist die Haftungsbeschränkung. Die Haftung der Gesellschafter ist beschränkt auf den Betrag ihrer Gesellschaftsanteile. Rechtlich und steuerlich sind Kapitalgesellschaften eigenständige Rechtspersonen, die auch selbständig gerichtlich klagen und verklagt werden können. Sie sind vollumfänglich steuerpflichtig, wobei das Equivalent zur Einkommensteuer bei natürlichen Personen die Körperschaftssteuer ist.

2.1. Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Die GmbH ist die gebräuchlichste Form der Kapitalgesellschaften. Ihre Gründung und die Führung erfordern im Vergleich zu den Personengesellschaften einen erheblichen Mehraufwand. Zunächst bedarf die GmbH eines Stammkapitals von mindestens EUR 25.000,00, das bei der Gründung der Gesellschaft mindestens zur Hälfte, bei einer Gesellschaft mit nur einem Gesellschafter in voller Höhe als Einlage gegenüber der GmbH erbracht werden muss.

Die GmbH muss ins Handelsregister eingetragen werden und bedarf eines notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrags. Die GmbH ist unabhängig von ihrem verfolgten Zweck Kraft Gesetz eine Handelsgesellschaft, die dem Handelsgesetzbuch mit seinen recht erhöhten Anforderungen und Bestimmungen unterliegt. Im Übrigen gibt es zahlreiche für die GmbH anzuwendende Sonderregelungen, die im GmbH-Gesetz zusammengefasst sind. Für die GmbH muss ein Geschäftsführer eingesetzt werden, der die Gesellschaft nach außen vertritt. Geschäftsführer kann ein Gesellschafter, aber auch ein Dritter (sogenannter Fremdgeschäftsführer), sein. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die GmbH auch für ein Palliativcareteam neben der Gesellschaft bürgerlichen Rechts eine sinnvolle Rechtsform ist, jedoch einen erheblichen Gründungs- und Verwaltungsaufwand mit sich bringt.

Als Sonderform der GmbH sei die gemeinnützige GmbH (gGmbH) genannt. Es handelt sich dabei um eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung, der besondere Steuervergünstigungen gewährt werden. Die gGmbH wird von bestimmten Steuern ganz oder teilweise befreit, sofern ihre Satzung und tatsächliche Geschäftsführung den Anforderungen des Gemeinnützigkeitsrechts entsprechen. Die Gewinne einer gGmbH müssen für den gemeinnützigen Zweck verwendet werden und dürfen grundsätzlich nicht an die Gesellschafter ausgeschüttet werden. Die Anerkennung der Gemeinnützigkeit erfolgt durch das zuständige Finanzamt.

2.2. Unternehmergesellschaft/Privat Limited Company

Oft wird bei Existenzgründern ein Weg gesucht, mit einem möglichst geringen Stammkapital eine größtmögliche Haftungsbeschränkung zu erreichen.

Unternehmergesellschaften, die sogenannte „Mini-GmbH“, können seit dem 1. November 2008 mit einer Stammeinlage ab 1,00 Euro gegründet werden. Der Gesellschaftsvertrag bedarf der notariellen Beurkundung. Die Gesellschaft muss Rücklagen in Höhe von $\frac{1}{4}$ des jährlichen Gewinns zur Erhöhung des Stammkapitals bis zur gesetzlichen Höhe von 25.000 EUR bilden.

Die Privat Limited Company kann mit einem Stammkapital von 1,00 Pound Sterling (Britische Pfund) gegründet werden. Es sind mindestens 2 Gesellschafter erforderlich. Sitz der Gesellschaft ist England. Sie betreibt in Deutschland eine Zweigniederlassung und wird rechtlich und steuerlich in Deutschland wie eine GmbH behandelt. Der Gesellschaftsvertrag muss schriftlich in englischer Sprache verfasst sein, aber nicht beurkundet werden.

Beide Unternehmensformen zeichnen sich durch einen geringen Gründungsaufwand aus. Sie sind als Rechtsform für ein PCT möglich, wir halten sie jedoch für wenig geeignet. Sie genießen wegen des geringen Stammkapitals oft keinen guten Ruf.

2.3. Aktiengesellschaft und Kommanditgesellschaft auf Aktien

Auf eine nähere Darstellung dieser Rechtsform wird verzichtet, da diese beiden Kapitalgesellschaften wegen ihres enorm hohen formal hohen Aufwands für die Gründung bzw. Führung eines PCT als ungeeignet anzusehen sind.

3. GmbH & Co. KG

Bei der GmbH & Co. KG handelt es sich um eine Mischform aus Person- und Kapitalgesellschaften, die die Vorteile der KG mit denen der GmbH kombiniert. Sie ist eine KG, in der der einzig vollhaftende Gesellschafter eine GmbH (als Komplementärin) ist. Jedoch ist der Gründungs- und Verwaltungsaufwand meist noch höher, als der der GmbH, da zwei Gesellschaften (notariell) gegründet und verwaltet werden müssen.

4. Eingetragener Verein

Die Rechtsform des Vereins ist im normalen Wirtschaftsleben als Ausnahme zu betrachten.

Ein Verein kann in verschiedenen Ausformungen auftreten, wobei der sogenannte wirtschaftliche Verein der Verleihung seiner Rechtsfähigkeit von staatlicher Seite bedarf. Ein solcher Verein erlangt seine Rechtsfähigkeit mit der Eintragung im Vereinsregister, welches beim zuständigen Amtsgericht geführt wird. Voraussetzung hierfür ist die Abfassung einer Vereinssatzung, das das Pendant zum Gesellschaftsvertrag der GbR darstellt. Weiter ist für die Eintragung erforderlich, dass der Verein über mindestens 7 Mitglieder verfügt.

Die Organe des Vereins sind die Mitgliederversammlung, welche über alle relevanten Vorgänge gemäß der Vereinssatzung durch Mehrheitsentscheid befinden und der durch die Mitgliederversammlung gewählte Vorstand, der den Verein nach außen vertritt. Daneben besteht die Möglichkeit für den Verein einen Geschäftsführer zu berufen, dem durch die Mitgliederversammlung und den Vorstand Kompetenzen übertragen werden können. Gesetzliche Grundlage für die Vereinstätigkeit sind die §§ 21 ff. BGB.

Der Verein ist nach dem gesetzlichen Leitbild nicht auf Gewinnerzielung ausgerichtet. Die Einnahmen des Vereins können aufgrund dessen meist nur über Gehälter oder Aufwandsentschädigung im Rahmen von Anstellungsverhältnissen den Vereinsmitgliedern zukommen.

Diese Schwierigkeit wird verstärkt, wenn das als Verein geführte PCT, das häufig angestrebte Ziel der Gemeinnützigkeit erreicht hat, welche zwar auf der einen Seite eine steuerliche Privilegierung bewirkt, auf der Seite aber zu einer erheblichen staatlichen Kontrolle führt, die sich insbesondere auf die Verwendung der Vereinsmittel bezieht.

Der Verein weist somit u.E. mehrere Merkmale auf, die ihn für die Führung eines Wirtschaftsunternehmens, auch als ein PCT, keine Vorteile aufweist, die uns veranlasst diese Rechtsform für ein PCT zu empfehlen. Etwas anderes gilt, wenn das PCT bewusst als gemeinnütziges Unternehmen geführt werden soll.

5. Fazit

Für den Betrieb eines PCTs empfehlen wir bereits aus Zweckmäßigkeitserüberlegungen und bei Abwägung sämtlicher Vor- und Nachteile der dargestellten Rechtsformen die Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Diese Gesellschaftsform lässt sich mit wenigen Mitteln erreichen. Die Gründungskosten sind gering, die Gesellschaft ist einfach zu verwalten und kann auch ohne großen Aufwand wieder aufgelöst werden.

Dabei kann in der faktischen Umsetzung das für die Erbringung der Leistungen notwendige Personal dem PCT von seinen Gesellschaftern zur Verfügung gestellt werden, ohne dass das PCT eigenes Personal einstellt.

Diese Vorgehensweise empfiehlt sich u.E. auch aus steuerlichen Gründen, was im Folgenden noch vertieft wird.

Soll das PCT gemeinnützige Zwecke verfolgen, würden wir den eingetragenen Verein, alternativ die gemeinnützige GmbH, als Rechtsform empfehlen.

III. Darstellung der rechtlichen Folgen bei einem Austritt eines Gesellschafters aus einem PCT

1. Ausscheiden aus der Personengesellschaft

1.1. Rechtsfolgen im Außenverhältnis: Folgen für den Versorgungsvertrag (§ 132 d SGB V)

Wird der Vertrag nach § 132 d SGB V vom PCT in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts mit den gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen, ändert sich nach stetiger Auffassung der gesetzlichen Krankenkassen bei einem Austritt eines Gesellschafters die Unternehmensstruktur. Das mache es erforderlich, dass es eines erneuten Vertragsabschlusses mit dem PCT als Zusammenschluss mit den verbleibenden Gesellschaftern bedarf. Die Krankenkassen vertreten teilweise die Ansicht, der Vertragspartner sei nicht mehr der gleiche.

Im Regelfall schließen die gesetzlichen Krankenkassen einen neuen Vertrag zu den gleichen Bedingungen wie mit dem bisherigen PCT.

Es gilt in diesem Zusammenhang die Besonderheit bei der Versorgung mit SAPV zu beachten, dass die Versorgung nur bedarfsabhängig durch die Krankenkassen sicherzustellen ist. So könnte sich der Fall ergeben, dass die Krankenkassen eine Überversorgung feststellen und das Ausscheiden eines Gesellschafters zum Anlass nehmen, die Überversorgung abzubauen, indem sie unter Anführung obiger Begründung einen Neuabschluss verweigern mit dem Hinweis auf einen fehlenden Versorgungsbedarf.

Eine andere Gefahrenquelle ergibt sich immer dann, wenn die gesetzlichen Krankenkassen die Preise für die SAPV senken wollen. Auch dann nehmen die gesetzlichen Krankenkassen das Ausscheiden eines Gesellschafters als Anlass, die Ansicht zu vertreten, die neue Gesellschaft (ohne den ausgeschiedenen Gesellschafter) müsse einen neuen Vertrag abschließen, der dann nur zu niedrigeren Preisen angeboten wird.

u.E. ist die dargestellte Auffassung der gesetzlichen Krankenkassen rechtlich nicht haltbar. Denn die Gesellschaft bürgerlichen Rechts ist nach der Rechtsprechung des BGH aus dem Jahre 2001 rechtsfähig und parteifähig, kann somit als Teilnehmer am Rechtsverkehr eigene (vertragliche) Rechte und Pflichten begründen. Sie ist als Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen die Gesellschaft bürgerlichen Rechts als Träger der in ihrem Namen be-

gründeten Rechte und Pflichten aus dem Versorgungsvertrag nach § 132 d SGB V anzusehen. Diese vertraglichen Rechte und Verpflichtungen sind nicht mehr an die einzelnen Gesellschafter gebunden. Daher besteht u.E. nicht die Gefahr, dass ein PCT in Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts ihres Versorgungsvertrages, der nach § 132 d SGB V mit den gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen ist, durch das Ausscheiden eines Gesellschafters verlustig geht.

1.2. Rechtsfolgen im Innenverhältnis

Nach den gesetzlichen Vorschriften führt das Ausscheiden eines Gesellschafters grundsätzlich zur Auflösung der Gesellschaft. Durch Gesellschaftsvertrag kann von dieser gesetzlichen Folge abgewichen werden. Somit kann im Gesellschaftsvertrag vereinbart werden, dass

1. die Gesellschaft bei Ausscheiden eines Gesellschafters unter den Verbleibenden automatisch fortgeführt wird oder
2. die verbleibenden Gesellschafter das Recht haben (keine Automatik) die Gesellschaft unter den verbleibenden Gesellschaftern fortzuführen.

Im Fall a) muss also nichts getan werden, wenn ein Gesellschafter aus einem PCT ausscheidet. Die verbleibenden Gesellschafter führen das PCT als Gesellschaft bürgerlichen Rechts fort. Dabei muss natürlich darauf geachtet werden, dass das PCT nach Ausscheiden eines Gesellschafters noch die personellen Voraussetzungen, die der Versorgungsvertrag nach § 132 d SGB V vorschreibt, durch die verbleibenden Gesellschafter erfüllt. Scheidet daher aus einer GbR, die aus zwei Palliativ-Pflegediensten und einem Palliativ-Arzt besteht, der Arzt als Gesellschafter aus, kann das PCT die Voraussetzungen des Versorgungsvertrages nicht mehr erfüllen. Es muss dann einen qualifizierten Palliativ-Arzt als Gesellschafter hinzugewinnen.

Im Fall b) wird bei einem Ausscheiden eines Gesellschafters den verbleibenden Gesellschaftern das Recht eingeräumt, innerhalb einer Überlegungsfrist zu entscheiden, ob sie die Gesellschaft fortführen wollen oder nicht. Es bedarf daher eines aktiven Handelns, damit die Gesellschaft nicht aufgelöst wird, in Form einer Erklärung, dass die Gesellschaft trotz des Ausscheidens eines Gesellschafters fortgeführt wird. Dies ist regelmäßig sinnvoll, da zumeist vor einer Entscheidung über die Fortführung einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts zahlreiche Überlegungen über das Für und Wider der Fortführung anzustellen sind.

2. Ausscheiden eines Gesellschafters aus einer Kapitalgesellschaft

2.1. Rechtsfolgen im Außenverhältnis: Folgen für den Versorgungsvertrag (§ 132 d SGB V)

Am Bestand der Kapitalgesellschaft als selbständige Rechtsperson ändert sich durch das Ausscheiden eines Gesellschafters nichts. Der Vertragspartner eines Versorgungsvertrages nach § 132 d SGB V in Form einer GmbH bleibt unabhängig davon, wer Gesellschafter ist, bestehen. So können sich die Gesellschafterstrukturen ständig ändern, ohne dass es zu irgendeiner Änderung an der Gesellschaft als dem Vertragspartner kommt.

2.2. Rechtsfolgen im Innenverhältnis

Bei Ausscheiden eines Gesellschafters überträgt der ausscheidende Gesellschafter seinen Anteil an der Gesellschaft (meist gegen Bezahlung) entweder auf einen Mitgesellschafter oder neuen Gesellschafter.

3. Ausscheiden eines Mitglieds aus einem eingetragenen Verein

Für ein PCT in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins gilt für das Ausscheiden eines Mitglieds dem Grunde nach das gleiche wie bei Ausscheiden eines Gesellschafters aus einer Kapitalgesellschaft. Der eingetragene Verein bleibt weiterhin Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen. Die Versorgungsverträge bestehen beim Ausscheiden eines Mitglieds fort, solange die in den Verträgen geforderten personellen Voraussetzungen von Seiten des PCTs erfüllt werden.

IV. Steuerliche Beurteilung der PCTs

1. Rechtliche und betriebswirtschaftliche Vorbemerkungen

Die Organisationsform des PCT ist nicht verbindlich festgelegt und in den vorliegenden Vertragsentwürfen nach § 132 d SGB V auch nicht festgeschrieben. Sie ist vielmehr dem PCT überlassen in der Form, dass das PCT „seine rechtsfähige Organisationsform den Krankenkassen in geeigneter Form nachweisen“ muss.

Für die in Hamburg zu errichtenden PCT wird unsererseits die Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts vorgeschlagen, da sie den Bedürfnissen der in unterschiedlicher Rechtsform Beteiligten möglichst nahe kommt.

Die am PCT Beteiligten behalten ihre eigene Unternehmensstruktur bei, in der sie ihre Leistungen gegenüber den Patienten erbringen.

Die Abrechnung wird seitens des PCT grundsätzlich im Folgemonat direkt mit den Krankenkassen erfolgen.

Eigene Beschäftigte sind beim PCT nicht zwangsläufig notwendig, die Organisation der Auftragsabwicklung kann einer der Leistungserbringer im Rahmen seiner eigenen Praxis bzw. seines Pflegeunternehmens durchführen. Dieser erhält in diesem Fall über eine Kostenumlage unter den Beteiligten oder einen Einbehalt bei der Weiterleitung der Umsätze einen Ausgleich seiner Kosten, die er dem PCT gegenüber durch eine interne Kostenbelastung aufgibt.

Die aus der Abrechnung der Leistungen des PCT bzw. seiner Beteiligten resultierenden Erlöse werden entweder

- an die jeweiligen Leistungserbringer direkt weitergereicht unter Berücksichtigung eines Einbehaltes für die bei der Organisation des PCT entstehenden Kosten,

oder, und diese Form wird von unserer Seite favorisiert,

- die Erlöse werden ungekürzt an die Leistungserbringer weitergeleitet und diese leisten eine an einem Budget orientierte monatliche Umlage für die gemeinschaftlichen Kosten des PCT.

In beiden Fällen erfolgt am Jahresende eine Abrechnung der beim PCT angefallenen gemeinschaftlichen Kosten gegenüber den am PCT Beteiligten unter Anrechnung der gezahlten Umlage bzw. des Einbehalts.

Die Erhebung einer monatlichen Kostenumlage wird von unserer Seite vor allem deswegen favorisiert, da sie dem PCT einen gleichmäßigen Liquiditätszufluss sichert, der auch sofort mit der Gründung des PCT beginnt und nicht bis zum erstmaligen Eingang der aus der Abrechnung der Leistungen resultierenden Zahlungen durch die Krankenkassen von einem Leistungserbringer vorfinanziert werden müsste.

Einen Überschuss oder einen Jahresfehlbetrag wird das PCT daher nicht erwirtschaften.

2. Grundsätzliche steuerliche Beurteilung der Gesellschaft bürgerlichen Rechts in diesem Konzept

Bei dem PCT handelt es sich u. E., wenn diese in der Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts betrieben wird, ertragsteuerlich um eine „Kosten-/Hilfsgemeinschaft“, die im Sinne des BMF-Schreibens IV C 6 – S 2246/08/10001 vom 12. Februar 2009 zur „Ertragssteuerlichen Behandlung von ärztlichen Laborleistungen“ lediglich den Gesellschaftszweck „Erlangung wirtschaftlicher Vorteile durch gemeinsame Übernahme von Aufwendungen“ verfolgt.

Die bei den Beteiligten anfallenden Betriebsausgaben, die mit der im Rahmen des PCT ausgeübten Tätigkeit zusammenhängen, werden direkt von diesen getragen. Organisationskosten, die auch ggf. die Kosten für eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter erfassen können, falls der Umfang der Organisation dieses erforderlich machen sollte, werden, wie oben dargestellt, auf die Beteiligten umgelegt.

Die Ausgliederung aus den Einzelpraxen bzw. den beteiligten Pflegebetrieben erfolgt – wie im o.a. BMF-Schreiben ausgeführt – auch aus steuerlicher Sicht lediglich aus technischen Gründen.

Nach einer vorherigen telefonischen Abstimmung mit dem zuständigen Bearbeiter bei der Finanzbehörde Hamburg haben wir mit Schreiben vom 8. Mai 2009 den Sachverhalt dargestellt und um eine einheitliche Regelung für Hamburg ersucht.

Da die Errichtung von PCT bundesweite Bedeutung hat, wurde uns telefonisch mitgeteilt, dass ggf. eine bundeseinheitliche Abstimmung der jeweils zuständigen Referenten erfolgen müsste. Dieses wird voraussichtlich insbesondere dadurch erforderlich werden, dass sowohl Fragen der Abgabenordnung als auch einkommen-, gewerbe- und umsatzsteuerliche Fragen eine Rolle spielen können.

Wir geben im Folgenden unsere Auffassung wieder, die nach der telefonischen Abstimmung mit der Finanzbehörde von dieser voraussichtlich geteilt werden wird.

2.1. Einheitliche und gesonderte Gewinnfeststellung:

Die von den Beteiligten im Rahmen eines PCT erzielten Betriebseinnahmen sind u. E. den jeweiligen am PCT beteiligten und die jeweiligen Tätigkeiten erbringenden Arztpraxen bzw. Pflegebetrieben direkt zuzurechnen.

Eine einheitliche und gesonderte Gewinnfeststellung ist für das PCT nicht durchzuführen.

Ebenso wie die Laborgemeinschaften seit dem 1.10.2008 direkt gegenüber den Krankenkassen abrechnen können, wird dieser Weg auch bei den PCT durchgeführt.

Der BMF weist in seinem o. a. Schreiben ausdrücklich darauf hin, dass die von ihm zur steuerlichen Einordnung der Laborgemeinschaften aufgestellten Grundsätze auch nach der Änderung des Abrechnungsverfahrens weiterhin gelten sollen.

Es ist daher u. E. nicht zu erkennen, dass für die direkte steuerliche Erfassung der Einnahmen bei den Beteiligten des PCT etwas anderes gelten sollte.

Analog zu den Laborgemeinschaften wären die beim PCT anfallenden Betriebsausgaben gesondert festzustellen oder – falls die Finanzverwaltung einer Vereinfachungsregelung zustimmt - den Beteiligten lediglich anhand der Jahresabrechnung des PCT zur Übernahme in die eigene Überschussrechnung bzw. den eigenen Jahresabschluss zuzuweisen.

Diese würden sich aus den monatlichen Umlagen bzw. den Einbehalten zuzüglich den jeweiligen Spitzenbeträgen aus den Jahresabrechnungen ergeben.

Sofern einer der beteiligten Pflegebetriebe die Rechtsform einer GmbH hat bzw. aus sonstigen Gründen bilanziert, wäre der jeweilige Mehr- oder Minderbetrag aus der Jahresabrechnung zu aktivieren oder zu passivieren.

2.2. Umsatzsteuer:

Die interne Kostenumlage in der Form der Erstattung von Kosten durch die Beteiligten an einen Einzelnen, der die Organisation des PCT übernimmt, falls das PCT die Organisationsstruktur nicht selbst erstellt, halten wir unter umsatzsteuerlichen Gesichtspunkten für steuerlich irrelevant.

2.3. Gewerblichkeit:

Es wird aus unserer Sicht auch nicht für schädlich erachtet, dass neben freiberuflich tätigen Ärzten Pflegebetriebe in den unterschiedlichsten Rechtsformen als Leistende beteiligt sind.

Letztere sind kraft Gesetzes von der Gewerbesteuer befreit, so dass sich u.E. das Problem einer Gewerblichkeit der GbR nicht stellt, grundsätzlich fehlt es, wie oben dargestellt, bereits an der Gewinnerzielungsabsicht der GbR.

3. Grundsätzliche steuerliche Beurteilung eines PCTs als Gesellschaft bürgerlichen Rechts außerhalb dieses Konzepts und in anderen Rechtsformen:

3.1. Gesellschaft bürgerlichen Rechts mit eigenem Geschäftsbetrieb

Sollte die Gesellschaft bürgerlichen Rechts mit eigenem Pflege- und ärztlichem Personal ausgestattet und selbst nach außen wirtschaftlich tätig werden, würde deren Jahresergebnis ertragsteuerlich für die Zwecke der Einkommensteuer der beteiligten Gesellschafter einheitlich und gesondert festgestellt und den Gesellschaftern im Rahmen ihrer Einkommensteuer-Veranlagungen mit ihren jeweiligen Anteilen steuerlich zugerechnet werden.

Für die Zwecke der Gewerbe- und Umsatzsteuer ist die GbR als selbstständiges Steuersubjekt zu betrachten, d. h. die jeweiligen Befreiungsvorschriften für die ärztlichen und Pflegeleistungen sind daraufhin zu prüfen, ob sie von der GbR selbst eingehalten werden.

§ 15 Abs. 3 Ziffer 1 EStG, der eine Gewerblichkeit von Personengesellschaften festschreibt, wenn an ihr - auch ohne ein Handelsgewerbe zu betreiben – ausschließlich Kapitalgesellschaften als persönlich haftende Gesellschafter beteiligt sind, greift hier dann nicht, wenn davon ausgegangen wird, dass ggf. neben Pflegebetrieben in der Rechtsform einer GmbH immer auch Ärzte als freiberuflich Tätige beteiligt sein werden. Sollten jedoch ausschließlich Kapitalgesellschaften als Gesellschafter am PCT beteiligt sein, würde das PCT als gewerblicher Betrieb eingestuft werden.

Da der gesetzliche Leistungsanspruch der Versicherten auch Beratungsleistungen umfasst, wäre im Fall einer eigenwirtschaftlich tätigen GbR zu prüfen, inwieweit diese Leistungen als unselbständige Nebenleistungen der SAPV anzusehen oder als abgetrennte Leistungen zu beurteilen sind, mit der Folge einer ggf. eintretenden Umsatzsteuer- und ggf. Gewerbesteuerpflicht für diesen Teil der Umsätze.

Eine solche mögliche Ausgrenzung eines Beratungsanteils würden wir dagegen bei der direkten Erbringung der Leistungen durch die Mitglieder im Fall der unter der Ziffer 2. zuvor geschilderten „Kosten-Hilfsgemeinschaft“ als unwahrscheinlich ansehen, da sie aus unserer Sicht in diesem Fall als unselbständige Nebenleistungen anzusehen wären, soweit sie nicht als abgrenzbare Leistungen zu beurteilen wären.

3.2. PCT in der Rechtsform der GmbH bzw. eines Vereins

Wie wir dargestellt haben, ist die Rechtsform der GmbH für ein PCT durchaus möglich und ggf. auch sinnvoll.

Da die GmbH in jedem Fall als Gewerbebetrieb anzusehen ist, sind sämtliche Einnahmen und Ausgaben im Rahmen einer Buchführung zu erfassen und die Gesellschaft hat einen eigenen Jahresabschluss aufzustellen.

Steuerlich ist die GmbH somit ein eigenes Steuersubjekt mit der Folge, dass sämtliche allgemeinen Vorschriften des Steuerrechts für die GmbH zu beachten sind. Der Geschäftsführer ist für deren Einhaltung und die Abgabe von Steuererklärungen verantwortlich.

Die speziellen Befreiungsvorschriften bei der Gewerbesteuer (§ 3 Nr. 20 d GewStG) und der Umsatzsteuer (§ 4 Nr. 16 UstG) für Pflegedienstleistungen, die auch bisher von den Pflegebetrieben in der Rechtsform der GmbH in Anspruch genommen werden konnten, gelten auch für das in der Rechtsform der GmbH betriebene PCT. Für die ärztlichen Leistungen gilt das Gleiche.

Diese Vorschriften des Steuerrechts sind rechtsformunabhängig anzuwenden.

Die zuvor dargestellten steuerlichen Grundsätze gelten analog ebenso für den eingetragenen Verein.

V. Beteiligung von gemeinnützigen Leistungserbringern an einem PCT

Der Kreis möglicher Gesellschafter der in Hamburg gegründeten und noch zu gründenden PCTs umfasst auch als gemeinnützig anerkannte Gesellschaften mit beschränkter Haftung und eingetragene Vereine.

Die Anerkennung der Gemeinnützigkeit ist für diese Leistungserbringer mit einer Vielzahl steuerlicher Privilegien verbunden. Diese bestehen in erster Linie darin, dass die gemeinnützige Körperschaft von der Ertrags- und Substanzbesteuerung, d.h. von der Körperschaft- und Gewerbesteuer, der Grundsteuer sowie von der Erbschaft- und Schenkungsteuer befreit ist, § 5 I Nr. 9 KStG, § 3 Nr. 6 GewStG, § 3 I Nr. 3b GrStG, § 13 Abs. 1 Nr. 16b ErbStG.

Der Besitz von Gesellschaftsanteilen an nicht gemeinnützigen Körperschaften (GmbHs, AGs) ist für gemeinnützige Körperschaften zunächst keine problematische Angelegenheit. Beteiligungen bis 50% an nicht gemeinnützigen Körperschaften werden in der Regel von der Finanzverwaltung der steuerfreien Vermögensverwaltung zugeordnet. In der Regel werden die Beteiligungen der gemeinnützigen Gesellschaften an einem PCT nicht 50% übersteigen, da an jedem Palliativdienst ein palliativärztlicher nicht gemeinnütziger Leistungserbringer beteiligt sein wird.

Davon unabhängig können aber durch den Gesellschaftsvertrag zwischen den Leistungserbringern auch Beteiligungen an der Gesellschaft vereinbart werden, die dazu führen, dass ein als gemeinnützig anerkannter Leistungserbringer zu mehr als 50% am PCT beteiligt ist. Dann ist darauf zu achten, dass der gemeinnützige Leistungserbringer seine Rolle als Mehrheitsgesellschafter nicht zur Einflussnahme auf die Geschäftsführung der Gesellschaft, an der er beteiligt ist, nutzt. Andernfalls kann die Beteiligung dem wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb der gemeinnützigen Körperschaft zugerechnet werden. Dies gilt erst recht – übrigens auch bei Minderheitsbeteiligungen –, wenn Vorstandsmitglieder des gemeinnützigen Vereins oder der Geschäftsführer der gGmbH in der Geschäftsführung des nicht gemeinnützigen PCTs vertreten sind. Die Finanzbehörden gehen dann davon aus, dass der gemeinnützige Leistungserbringer mittels des wirtschaftlich tätigen PCTs am wirtschaftlichen Verkehr teilnimmt.

D. Zusammenfassung

Aufgrund der Erfahrung des Gutachters Rechtsanwalt Schuler aus der Teilnahme am „Runden Tisch SAPV“ und der Erfahrungen beider unterzeichnender Gutachter bei der Beratung einzelner PCTs in ihrer Gründungsphase, konnte der Wunsch der teilnehmenden Leistungserbringer erkannt werden, Leistungen der SAPV mit möglichst geringem organisatorischen Aufwand, ohne intensive gesellschaftsrechtliche Verflechtung mit anderen an der SAPV-Versorgung beteiligten Leistungserbringern und ohne hohen Kostenaufwand zukünftig zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen erbringen zu können.

Dem kann gerecht werden, wenn als Gesellschaftsform die Gesellschaft bürgerlichen Rechts gewählt wird. Wir gehen davon aus, dass es sich bei einem PCT als GbR in dem von uns beschriebenen Konzept ertragsteuerlich um eine „Kosten-/Hilfsgemeinschaft“ handelt, die im Sinne des BMF-Schreibens IV C 6 – S 2246/08/10001 vom 12. Februar 2009 zur „Ertragsteuerlichen Behandlung von ärztlichen Laborleistungen“ lediglich den Gesellschaftszweck „Erlangung wirtschaftlicher Vorteile durch gemeinsame Übernahme von Aufwendungen“ verfolgt. Bereits dahingehend eingeleitete Bemühungen werden wir weiter verfolgen.

Hamburg den 01.07.2009



Peter Roggelin
Steuerberater
Wirtschaftsprüfer



Christian Schuler
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses
zur Verordnung von spezialisierter ambulanter
Palliativversorgung

(Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie /
SAPV-RL)

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

Inhalt

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

§ 1 Grundlagen und Ziele

(1) ¹Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch - SGB XI) zu ermöglichen. ²Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.

(2) Den besonderen Belangen von Kindern ist Rechnung zu tragen.

(3) ¹Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. ²Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.

(4) ¹Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. ²Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. ³Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt.

§ 2 Anspruchsvoraussetzungen

Versicherte haben Anspruch auf SAPV, wenn

1. sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist (§ 3) und
2. sie unter Berücksichtigung der in § 1 genannten Ziele eine besonders aufwändige Versorgung (§ 4) benötigen, die nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen auch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI) erbracht werden kann.

§ 3 Anforderungen an die Erkrankungen

(1) Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können.

(2) Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht nachhaltig aufgehalten werden kann.

(3) ¹Eine Erkrankung ist weit fortgeschritten, wenn die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung im Vordergrund der Versorgung stehen und nach begründeter Einschätzung der verordnenden Ärztin oder des verordnenden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. ²Insbesondere bei Kindern sind die Voraussetzungen für die SAPV als Krisenintervention auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung erfüllt.

§ 4 Besonders aufwändige Versorgung

¹Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung besteht, soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen. ²Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und / oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. ³Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

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

§ 5 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

(1) ¹Die SAPV umfasst je nach Bedarf alle Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung soweit diese erforderlich sind, um die in § 1 Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen. ²Sie umfasst zusätzlich die im Einzelfall erforderliche Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der verordnenden oder behandelnden Ärztin oder des verordnenden oder behandelnden Arztes sowie der sonstigen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Leistungserbringer nach § 132d SGB V.

(2) ¹SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht. ²Sie wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht, soweit das bestehende ambulante Versorgungsangebot (§ 1 Abs. 4), insbesondere die allgemeine Palliativversorgung nicht ausreicht, um die Ziele nach § 1 Abs. 1 zu erreichen. ³Sie kann dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf entsprechend als

- Beratungsleistung,

- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht werden. ⁴Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen.

(3) Inhalte der SAPV sind insbesondere:

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

§ 6 Zusammenarbeit der Leistungserbringer

(1) ¹Im Rahmen der SAPV ist zu gewährleisten, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Maßnahmen aufeinander abgestimmt und bedarfsgerecht erbringen; die diesbezügliche Koordination ist sicherzustellen. ²Hierüber sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen schriftlich oder mündlich zu treffen. ³Kooperationspartner ist auch der ambulante Hospizdienst, der auf Wunsch der Patientin oder des Patienten an

der Versorgung beteiligt wird. ⁴Bei Bedarf und entsprechender Qualifikation kann die dauerbehandelnde Ärztin oder der dauerbehandelnde Arzt im Einzelfall Kooperationspartnerin oder Kooperationspartner werden. ⁵Das Nähere regeln die Verträge nach § 132d SGB V.

(2) Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sind zu beachten.

(3) Es ist zu gewährleisten, dass zwischen den an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah alle notwendigen Informationen über die vorhergehende Behandlung unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Regelungen ausgetauscht werden.

(4) Bei der SAPV ist der ärztlich und pflegerisch erforderliche Entscheidungsspielraum für die Anpassung der Palliativversorgung an die Besonderheiten des Einzelfalls zu berücksichtigen.

(5) ¹Für die notwendigen koordinativen Maßnahmen ist vernetztes Arbeiten innerhalb der gewachsenen Strukturen der Palliativversorgung unabdingbar. ²Dieses ist unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer, physiotherapeutischer, psychologischer, psychosozialer und spiritueller Anforderungen zur lückenlosen Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu fördern und auszubauen.

§ 7 Verordnung von SAPV

(1) ¹SAPV wird von der behandelnden Vertragsärztin oder von dem behandelnden Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Richtlinie verordnet. ²Satz 1 gilt für die Behandlung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt bei einer oder einem von ihr oder ihm ambulant versorgten Patientin oder Patienten entsprechend. ³Hält eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt die Entlassung einer Patientin oder eines Patienten für möglich und ist aus ihrer oder seiner Sicht SAPV erforderlich, kann die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für 7 Tage.

(2) Die ärztliche Verordnung erfolgt auf einem zu vereinbarenden Vordruck, der der Leistungserbringung nach dem jeweiligen aktuellen Versorgungsbedarf (§ 5 Abs. 2) Rechnung zu tragen hat und Angaben zur Dauer der Verordnung enthält.

§ 8 Prüfung der Leistungsansprüche durch die Krankenkasse

¹Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, wenn die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. ²Das Nähere regeln die Vertragspartner nach § 132d SGB V.

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

Siegburg, den 20. Dezember 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Hess

Gemeinsame Empfehlungen

des AOK-Bundesverbandes, Bonn,
des BKK Bundesverbandes, Essen,
des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel,
des IKK-Bundesverbandes, Bergisch Gladbach,
der Knappschaft, Bochum,
des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg,
des AEV Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

nach § 132d Abs.2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008

unter Beteiligung

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

1. Zielsetzung

- 1.1 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen.
- 1.2 Die SAPV ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung.
- 1.3 Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Empfehlungen fortlaufend auswerten und diese erforderlichenfalls weiterentwickeln.

2. Zulassungsvoraussetzungen

2.1 SAPV wird von Leistungserbringern erbracht, mit denen die Krankenkasse zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung einen Vertrag geschlossen hat. Sie wird intermittierend oder durchgängig nach Bedarf als

- Beratungsleistung,
- Koordination der Versorgung,
- additiv unterstützende Teilversorgung,
- vollständige Versorgung

erbracht. Den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen ist Rechnung zu tragen.

2.2 Bei der Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung sind die bereits bestehenden Strukturen so weit wie möglich einzubeziehen. Auf die bereits tätigen Leistungserbringer ist zurückzugreifen, soweit sie die erforderlichen Anforderungen erfüllen. Verträge sind nur in dem Umfang abzuschließen, wie sie für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind. Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht.

2.3 Eine bedarfsgerechte Versorgung mit SAPV ist insbesondere dann gegeben, wenn sie wohnortnah ausgerichtet ist und die Palliativpatienten, die einen besonderen Versorgungsbedarf haben, der durch die allgemeine Palliativversorgung nicht gewährleistet werden kann, ausreichend und zweckmäßig mit der Leistung der SAPV versorgt werden können. Die bedarfsgerechte Versorgung zeigt sich auch darin, dass es mit der Leistung der SAPV mehr Menschen als bisher ermöglicht wird, in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu führen.

2.4 Der Versorgungsbedarf kann in einzelnen Regionen unterschiedlich sein. Indikatoren

für die Bedarfslage können insbesondere sein,

- die regionale Siedlungsstruktur,
- die Altersstruktur,
- epidemiologisch relevante Erkrankungen sowie
- die demografische Entwicklung.

So ist zwischen Regionen geringer, mittlerer und hoher Bevölkerungsdichte zu unterscheiden. Die Unterscheidung ist ggf. nicht allein auf der Ebene der Bundesländer durchzuführen, sondern kann bis auf die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte vollzogen werden, um dem erheblichen Unterschied in der Bevölkerungsdichte auch innerhalb der Bundesländer gerecht zu werden. Nach derzeit vorliegenden Schätzungen haben bis zu 10 Prozent aller Sterbenden einen solchen besonderen Versorgungsbedarf, der im Rahmen der SAPV abzudecken ist.

3. Inhalt und Umfang der Leistungen

- 3.1 Inhalt und Umfang der zu erbringenden SAPV-Leistungen ergeben sich aus der gemäß der SAPV-Richtlinie nach § 37b SGB V in Verbindung mit § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 14 SGB V ausgestellten und genehmigten Verordnung. Die Krankenkasse übernimmt bis zu einer Entscheidung über die weitere Leistungserbringung die Kosten für die verordneten und von den Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, wenn die Verordnung gemäß § 7 Abs. 2 der SAPV-Richtlinie spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.
- 3.2 Die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirtschaftlich zu erbringen. Soweit die allgemeine Palliativversorgung ausreichend ist, darf SAPV nicht erbracht werden.
- 3.3 Im Falle der Besserung bzw. einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf ist der Versorgungsumfang der SAPV so weit wie möglich zu reduzieren und eine Weiterversorgung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung anzustreben.
- 3.4 In den Vereinbarungen über die SAPV sind Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass für den Palliativpatienten eine reibungslose Versorgung mit Arznei- Heil- und Hilfsmitteln auch weiterhin gewährleistet ist.

4. Organisatorische Voraussetzungen

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

gewährleisten.

- 4.2 Die spezialisierten Leistungserbringer sind Teil einer multiprofessionell vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie arbeiten mit den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern, wie Hausärzten und ambulanten Hospizdiensten gemäß § 39a Abs. 2 SGB V eng zusammen (integrativer Ansatz). Mit den regelhaft an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern sind Kooperationsvereinbarungen schriftlich abzuschließen und der Krankenkasse vorzulegen.
- 4.3 Die spezialisierten Leistungserbringer arbeiten nach einem verbindlichen, strukturierten und schriftlich dargelegten Konzept, in dem der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung (inkl. der personellen und sächlichen Ausstattung) sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben sind. Das Konzept ist der Krankenkasse vorzulegen.
- 4.4 Die spezialisierten Leistungserbringer haben als Mindestanforderung an die sächliche Ausstattung Folgendes vorzuhalten bzw. sicherzustellen:
- eine geeignete, aktuell geführte und für die an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugängliche Patientendokumentation
 - Arzneimittel (inkl. BtM) für die Notfall/Krisenintervention
 - Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche (Berücksichtigung der Kompatibilität der Verbrauchsmaterialien zu Medizinprodukten unterschiedlicher Hersteller, z.B. bei Portsystemen oder Infusionspumpen)
 - eine geeignete administrative Infrastruktur, z. B. Büro, Kommunikationstechnik.
- 4.5 Die spezialisierten Leistungserbringer müssen über eine eigenständige Adresse und geeignete Räumlichkeiten für
- die Beratung von Patienten und Angehörigen
 - Teamsitzungen und Besprechungen
 - die Lagerhaltung von eigenen Medikamenten für Notfall- / Krisenintervention und Hilfsmitteln

verfügen. Sofern eine Aufbewahrung von Medikamenten erfolgt, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BtM-G) fallen, ist ein BtM-Schrank (§ 15 BtM-G) erforderlich.

5. Personelle Anforderungen

- 5.1 Die spezialisierten Leistungserbringer stellen sicher, dass das für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erforderliche und geeignete Personal zur Verfügung steht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass durch den spezialisierten Leistungserbringer eine tägliche telefonische Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Patienten, deren Angehörigen und die an der Versorgung Beteiligten sicherzustellen ist. Die ständige Verfügbarkeit mindestens einer Ärztin/eines Arztes und/oder einer Pflegefachkraft ist zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit schließt notwendige Hausbesuche ein.
- 5.2 Die nach Nr. 4.1 tätigen Ärztinnen und Ärzte verfügen über

- eine anerkannte Zusatzweiterbildung Palliativmedizin nach der aktuell gültigen Weiterbildung der jeweiligen Landesärztekammer (grds. 160 Std. Weiterbildung)
- und
- Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 75 Palliativpatienten, 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.

5.3 Die nach Nr. 4.1 tätigen Pflegefachkräfte verfügen 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 und
 - den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden
- und
- 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.

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

6. Qualitätssicherung

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

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

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

Vertrag über ein Palliative-Care-Team (PCT)

zwischen

dem Pflegedienst **(Name)**, vertreten durch (...)

geschäftsansässig: (Adresse)

und

dem Arzt/MVZ/Berufsausübungsgemeinschaft (Name), vertreten durch ...

geschäftsansässig: (Adresse)

Vorbemerkung

Die Gesellschafter sind erfahrene Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung sterbender Menschen. Ziel der beteiligten Partner ist es die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Die Gesellschafter werden als multiprofessionell vernetzter spezialisierter Leistungserbringer, Patienten ärztlich, pflegerisch und psychosozial versorgen, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist. Die Leistungen werden ambulant und in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI) sowie in Hospizeinrichtungen (§ 39 a SGB V) erbracht.

I. Vertragszweck

- (1) Die Gesellschafter schließen sich zur Erbringung von Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne des § 37 b SGB V (im folgenden SAPV genannt) in der Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts zusammen.
- (2) Die Leistungen der SAPV werden von den Gesellschaftern nach dem als Anlage 1 zu diesem Vertrag beigefügten Konzept erbracht.
- (3) Andere an der SAPV beteiligte Leistungserbringer können mit der Gesellschaft kooperieren.
- (4) Die Vorschriften der §§ 705 ff. BGB finden Anwendung, soweit sich aus diesem Vertrag nichts Abweichendes ergibt.

II. Name und Sitz

- (1) Die Gesellschaft führt den Namen

(NAME DES PCT)

Der Sitz der Gesellschaft ist Hamburg

III. Dauer der Gesellschaft/Kündigung

- (1) Die Gesellschaft wird auf unbestimmte Dauer errichtet.
- (2) Jeder Gesellschafter kann die Gesellschaft mit einer Frist von (...) Monaten zum (...) kündigen. Die Kündigung ist gegenüber allen Gesellschaftern auszusprechen. Zu ihrer Wirksamkeit bedarf die Kündigung der Schriftform. Für die Rechtzeitigkeit der Kündigung ist der Zugang des Kündigungsschreibens maßgebend.
- (3) Das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor,
 - a) wenn ein Gesellschafter eine ihm nach diesem Vertrag obliegende wesentliche Verpflichtung vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt;
 - b) einem ärztlichen Gesellschafter die Approbation oder die Zulassung als Kassenarzt aufgrund berufsrechtlicher Verfehlungen oder Verletzung kassenärztlicher Pflichten entzogen oder zum Ruhen gebracht wurde;
 - c) ein Pflegedienst als Gesellschafter über keinen Vertrag nach § 132 a Abs. 2 SGB V verfügt;
 - d) ein Gesellschafter wesentliche Vertragspflichten aus den zwischen der Gesellschaft und den gesetzlichen Krankenversicherungen geschlossenen Verträgen gemäß § 132 d SGB V verletzt oder gegen gesetzliche Bestimmungen verstößt, die zur Kündigung dieses Vertrages mit den Krankenkassen führt;
 - e) ein Gesellschafter nicht mehr die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, die er nach den mit den gesetzlichen Krankenversicherungen geschlossenen Verträgen gemäß § 132 d SGB V zu erfüllen hat.
 - f) der Geschäftsanteil eines Gesellschafters von einem Gläubiger des Gesellschafters gepfändet oder sonstwie in diesen vollstreckt wird und die Vollstreckungsmaßnahmen nicht innerhalb von zwei Monaten, spätestens bis zur Verwertung des Geschäftsanteiles, aufgehoben wird;
 - g) über das Vermögen des Gesellschafters das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgelehnt wird, oder der Gesellschafter die Richtigkeit seines Vermögensverzeichnisses an Eides Statt zu versichern hat;

IV. Personal/Ausstattung

Die Gesellschafter werden die Gesellschaft organisatorisch, personell und sächlich in dem Umfang ausstatten, wie es in den Verträgen gemäß § 132 d SGB V SGB V von den gesetzlichen Krankenversicherungen für Hamburg gefordert wird. Das für den ordnungsgemäßen Geschäftsbetrieb und die Erbringung der Leistungen der SAPV erforderliche Personal kann auch durch bei der Gesellschaft angestellte Mitarbeiter erbracht werden.

V. Vertretungsbefugnis

Die Gesellschafter üben die Geschäftsführung und Vertretung der Gesellschaft gemeinsam aus.

1. Alternative

- (1) Die Gesellschafter üben die Geschäftsführung und Vertretung der Gesellschaft vorbehaltlich des Absatzes 2 gemeinsam aus.
- (2) Für Rechtsgeschäfte und/oder Maßnahmen zur Erledigung des gewöhnlichen Geschäftsbetriebs der Gesellschaft hat jeder Gesellschafter Alleingeschäftsführungs- und Alleinvertretungsbefugnis. Das gleiche gilt für den Abschluss, die Änderung und/oder die Beendigung von Behandlungsverträgen mit den Patienten.
- (3) Alle über den gewöhnlichen Geschäftsbetrieb hinausgehenden Rechtsgeschäfte und Handlungen bedürfen der gemeinsamen Abstimmung, das gilt insbesondere für
 - a) die Einstellung und Kündigung von Mitarbeitern, ihre Gehaltsbemessung sowie etwaige Gehaltserhöhungen und die Gewährung freiwilliger Leistungen,
 - b) die Aufnahme von Darlehen und Krediten, Bürgschaftserklärungen u.ä.,
 - c) die Anschaffung von Einrichtungsgegenständen oder apparativer Ausstattung,
 - d) den Abschluss von Verträgen, die die Gesellschaft im Einzelfall mit mehr als (...) € belasten
 - e) den Abschluss und Kündigung von langfristigen Verträgen (Verträge gem. § 132 d SGB V, Kooperationsverträge, Mietverträgen, Leasingverträge, Versicherungsverträge etc...),
 - f) die Bestellung von Rechtsanwälten oder Steuerberatern,
 - g) die Gewährung von Darlehen,
 - h) die Auswahl der Bankverbindungen,
 - i) etwaige Risikogeschäfte jeglicher Art.

2. Alternative

- (1) Die Gesellschaft hat einen oder mehrere Geschäftsführer, der durch die Gesellschafterversammlung für die Dauer von (...) Jahren bestellt wird.
- (2) Sofern die Gesellschaft mehrere Geschäftsführer hat, sind jeweils zwei von ihnen gemeinsam zur Vertretung der Gesellschaft befugt. Durch Gesellschafterbeschluss, der mit einer Mehrheit von 75 % der anwesenden Stimmen gefasst wird, kann einzelnen Geschäftsführern die Einzelvertretungsbefugnis eingeräumt werden. Ebenso können die Geschäftsführer von den Beschränkungen des § 181 BGB durch Beschluss befreit werden.
- (3) Der/die Geschäftsführer bedarf/bedürfen der vorherigen Zustimmung der Gesellschafterversammlung für alle über den gewöhnlichen Geschäftsbetrieb hinausgehenden Rechtsgeschäfte und Handlungen. Das gilt insbesondere für:

- a) die Einstellung und Kündigung von Mitarbeitern, ihre Gehaltsbemessung sowie etwaige Gehaltserhöhungen und die Gewährung freiwilliger Leistungen,
- b) die Aufnahme von Darlehen und Krediten, Bürgschaftserklärungen u.ä.,
- c) die Anschaffung von Einrichtungsgegenständen oder apparativer Ausstattung,
- d) den Abschluss von Verträgen, die die Gesellschaft im Einzelfall mit mehr als (...) € belasten
- e) den Abschluss und Kündigung von langfristigen Verträgen (Verträge gem. § 132 d SGB V, Kooperationsverträge, Mietverträgen, Leasingverträge, Versicherungsverträge etc...),
- f) die Bestellung von Rechtsanwälten oder Steuerberatern,
- g) die Gewährung von Darlehen,
- h) die Auswahl der Bankverbindungen,
- i) etwaige Risikogeschäfte jeglicher Art.

VI. Gesellschafterversammlung/Gesellschafterbeschlüsse

- (1) Die Gesellschafterversammlung findet am Sitz der Gesellschaft statt.
- (2) Die Einberufung der Gesellschafterversammlung erfolgt schriftlich unter Mitteilung der Gegenstände der Tagesordnung. Bei der ordentlichen Gesellschafterversammlung ist eine Frist von drei Wochen, bei einer außerordentlichen Gesellschafterversammlung eine Frist von einer Woche einzuhalten, wobei der Tag der Absendung des Briefes und der Tag der Versammlung nicht mitgerechnet werden.
- (3) Die Gesellschafterversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens 75 % der Stimmrechte vertreten sind. Erweist sich eine Gesellschafterversammlung als nicht beschlussfähig, so ist binnen einer Woche eine Versammlung mit gleicher Tagesordnung einzuberufen, die ohne Rücksicht auf die Höhe der vertretenen Stimmen beschlussfähig ist. Hierauf ist in der Einladung hinzuweisen.
- (4) Jeder Gesellschafter kann sich in den Gesellschaftsversammlungen durch einen anderen Gesellschafter oder durch einen zur Berufsverschwiegenheit verpflichteten Bevollmächtigten vertreten lassen.
- (5) Eine ordentliche Gesellschafterversammlung findet einmal jährlich in den ersten sechs Monaten eines Geschäftsjahres statt.
- (6) Die Beschlüsse der Gesellschaft werden in Gesellschafterversammlungen getroffen, können auch fernmündlich, via Telefax, telegrafisch oder via E-Mail erfolgen, wenn sich alle Gesellschafter mit dieser Art der Beschlussfassung einverstanden erklären und sich an ihr beteiligen.
- (7) Gesellschafterbeschlüsse werden, soweit das Gesetz oder der Gesellschaftsvertrag nicht eine andere Mehrheit vorsehen, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Jeder Gesellschafter hat eine Stimme.
- (8) Einstimmig müssen folgende Beschlüsse gefasst werden:

- a) Auflösung der Gesellschaft;
- b) Änderung der für Gesellschafterbeschlüsse erforderlichen Mehrheiten;
- c) Änderung der Regelung über die Einnahmenverteilung.
- d) Neuaufnahme von Gesellschaftern
- e) Abschluss und Kündigung von Verträgen nach § 132 d SGB V mit den gesetzlichen Krankenkassen
- f) Abschluss und Kündigung von Kooperationsverträgen mit an der Versorgung der Patienten beteiligten Leistungserbringern
- g) (...)

VII. Behandlungsverträge, freie Wahl des Leistungserbringers

- (1) Die Behandlungsverträge mit dem Patienten werden durch die Gesellschaft abgeschlossen.
- (2) Bei der Ausführung der Behandlung werden die Gesellschafter dem Patienten die freie Wahl zwischen den Leistungserbringern der Gesellschaft gewährleisten. Es wird sichergestellt, dass abgesehen von Not- und Vertretungsfällen jeder Patient innerhalb der Gesellschaft vom Leistungserbringer seines Vertrauens behandelt werden kann.

VIII. Einnahmen/Ausgaben

- (1) Über sämtliche Einnahmen und Ausgaben ist laufend Buch zu führen. Sämtliche Einnahmen und -ausgaben sind über Konten der Gesellschaft abzuwickeln.
- (2) Die Einnahmen für erbrachte Leistungen werden vollständig nach einem von der Gesellschafterversammlung für einen bestimmten Zeitraum festzulegenden Schlüssels auf die Gesellschafter verteilt.
- (3) Die Gesellschafter werden monatlich vorab Kostenbeiträge zur Deckung der laufenden Kosten der Gesellschaft erbringen. Grundlage hierfür sind die voraussichtlichen monatlichen Allgemeinkosten für Gehälter, Miete und Mietnebenkosten, Versicherungen und alle sonstigen regelmäßig anfallenden Kosten. Bis zur ersten Verteilung der Kosten beträgt der vorab zu zahlende Kostenbeitrag für

den Palliativarzt ...
den Palliativpflegedienst ...

- (4) Die Kostenbeiträge sind spätestens zum dritten Werktag des Monats einzuzahlen.
- (5) Die Gesellschafter überprüfen quartalsweise, ob die geleisteten Kostenbeiträge zur Deckung der Kosten der Gesellschaft ausreichen. Sollte eine Unterdeckung vorliegen, ist diese entsprechend der jeweils gültigen prozentualen Kostenbeiträge nachzuschließen.
- (6) Jeweils nach endgültiger Feststellung der Kostenverteilung für ein Kalenderjahr sind die vorab zu entrichtenden Kostenbeiträge dementsprechend anzupassen.

- (7) Auf den Stichtag 31.12. eines Kalenderjahres erfolgt die endgültige Verteilung der Allgemeinkosten der Gesellschaft in dem Verhältnis, wie die Einnahmen auf die Gesellschafter im Durchschnitt des abgelaufenen Kalenderjahres verteilt wurden.
- (8) Jeder Gesellschafter hat das Recht, jederzeit in die Bücher und Unterlagen der Gesellschaft, auch durch einen zur Berufsverschwiegenheit verpflichteten Angehörigen der steuerberatenden Berufe, Einsicht zu nehmen. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass die Gesellschafter über die Einnahme und Ausgaben der Gesellschaft monatlich entsprechende EDV-Auswertungen erhalten.
- (9) Die Gesellschaft kann sich für die Einnahmen- und Ausgabenermittlung der Mithilfe eines Angehörigen der steuerberatenden Berufe zu bedienen.

IX. Ausscheiden

- (1) Wird die Gesellschaft durch Kündigung eines Gesellschafters, Tod oder wegen eines sonstigen in der Person eines Gesellschafters liegenden gesetzlichen Auflösungsgrundes beendet, so haben die anderen Gesellschafter das Recht, das Vermögen der Gesellschaft ohne Liquidation mit Aktiven und Passiven zu übernehmen und die bisherige Gesellschaft weiterzuführen. Im Falle der Kündigung aus wichtigem Grund nach Ziffer III Abs. 3 steht dieses Recht den zur Kündigung berechtigten Gesellschaftern zu.
- (2) Die Ausübung des Übernahmerechts nach Abs. 1 erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Ausscheidenden oder dessen Erben innerhalb eines Monats nach Auflösung der Gesellschaft, spätestens jedoch einen Monat nach Kenntnisnahme von den die Auflösung bewirkenden Tatsachen. Wird das Übernahmerecht nicht rechtzeitig ausgeübt, steht es dem anderen Gesellschafter zu. Erklärt dieser die Ausübung des Übernahmerechts nicht innerhalb eines weiteren Monats ebenfalls schriftlich, so wird die Gesellschaft liquidiert.

X. Abfindung

- (1) Scheidet ein Gesellschafter aus der Gesellschaft aus, so erhält er als Abfindung den anteiligen Zeitwert am Anlagevermögen. Ein eventuell bestehender Firmenwert ist nicht abzufinden (Anmerkung: Alternativ kann auch die Vereinbarung einer Abfindung eines evtl. entsehenden Firmenwertes vereinbart werden). Bei Ausscheiden durch Tod steht die Abfindung den Erben zu.
- (2) Kommt zwischen den Gesellschaftern oder deren Erben eine Einigung über die Berechnung des Anlagevermögens nicht zustande, erfolgt deren Schätzung durch einen öffentlich bestellten und vereidigten Sachverständigen als Schiedsgutachter. Einigen sich die Gesellschafter nicht auf einen Sachverständigen, ist dieser von der für den Sitz der Gesellschaft zuständigen Handelskammer zu benennen. Die Kosten des Sachverständigen trägt die Gesellschaft.
- (3) Die Höhe der Abfindung des ausscheidenden Gesellschafters bemisst sich nach dem durchschnittlichen Anteil seiner Einnahmen an den Gesamteinnahmen der Gesellschaft in den letzten drei Jahre.

- (4) Das Abfindungsguthaben ist binnen eines Zeitraums von sechs Monat nach Feststellung durch die Gesellschafterversammlung auszusahlen.

XI. Haftpflichtversicherung/Haftung

- (1) Die Gesellschaft schließt für die Gesellschafter sowie für alle tätigen Mitarbeiter eine einheitliche Berufshaftpflichtversicherung mit angemessener Deckungssumme ab, soweit die Tätigkeiten der Gesellschaft nicht über bestehende Berufshaftpflichtversicherungen der Gesellschafter gedeckt ist.
- (2) Die Angemessenheit der Deckungssumme wird von den Gesellschaftern jährlich überprüft. Jeder Gesellschafter hat das Recht, bei veränderten Umständen eine angemessene Erhöhung der Versicherung zu verlangen.
- (3) Für alle aus der Gesellschaft entstehenden Verbindlichkeiten haften die Gesellschafter als Gesamtschuldner. Im Innenverhältnis sind sie einander wegen Verbindlichkeiten aus deliktischen oder vertraglichen Schadensersatzansprüchen nach dem Grad ihres Verschuldens am Entstehen des Anspruchs zum Ausgleich verpflichtet, soweit der Schaden nicht durch die Berufshaftpflichtversicherung gedeckt wird.
- (4) Abs. 3 gilt entsprechend für sämtliche Verbindlichkeiten (z.B. Rezeresse, Vertragsstrafen u.ä.) gegenüber den gesetzlich und privaten Krankenkassen sowie sonstigen Kostenträgern.

XII. Teilnichtigkeit/Schriftform

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder nichtig sein, wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt.

Die nichtigen oder undurchführbaren Vertragsbestimmungen sind durch solche zu ersetzen oder zu ergänzen, die bei Kenntnis des Mangels und unter Berücksichtigung des Vertragszweckes und der Vertragstreue vereinbart worden wären.

- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Das gilt auch für das Schriftformerfordernis selbst. Auch durch eine von dem Vertragstext abweichende tatsächliche Übung werden Ansprüche nicht begründet.
- (3) Änderungen des Vertrages können nur gemeinschaftlich erfolgen.

XIII. Sonstiges

(... z.B. etwaige kirchliche Genehmigungsvorbehalte)

Optional: **Konkurrenzschutzklausel bei Ausscheiden eines Gesellschafters**

Hamburg, den