

# **1. Änderungs-/Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung vom 18.06.2013**

**zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung  
von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld**

zwischen

**der AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse -**

**dem BKK-Landesverband NORDWEST  
- handelnd für die teilnehmenden BKKn -**

**der IKK classic  
- handelnd als Landesverband -**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse**

**der Knappschaft**

**und den Ersatzkassen**

**BARMER GEK  
Techniker Krankenkasse (TK)  
DAK-Gesundheit  
Kaufmännische Krankenkasse KKH  
HEK - Hanseatische Krankenkasse  
hkk**

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis :  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), vertreten durch den Leiter  
der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen**

**- nachstehend Krankenkassen genannt -**

**und der**

**Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe  
(KVWL)**

Die Vertragspartner vereinbaren nachfolgende Änderungen bzw. Ergänzungen zum 1. Oktober 2013:

§ 10 - Vergütung

[...]

- (3) Neben den in den Anlagen 5 und 6 genannten Pauschalen ist eine Abrechnung gleicher Leistungsinhalte nach der regionalen Euro-Gebührenordnung und/oder Verträgen nach § 73 b oder c SGB V nicht zulässig. Für die teilnehmenden Hausärzte ist eine Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03370, 03371, 03372 und 03373 der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgeschlossen.

[...]

Die geänderten Anlagen 1, 5 und 6 sind Bestandteil dieser Änderungs-/Ergänzungsvereinbarung. Die übrigen Vereinbarungsinhalte gelten unverändert fort.

Bochum, Dortmund, Düsseldorf, Essen, Münster, 26.09.2013

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe



AOK NORDWEST

*M. Litsch*



Martin Litsch  
Vorstandsvorsitzender

BKK-Landesverband NORDWEST

.....  
Dr. Dirk Janssen  
Vorstandsbevollmächtigter

IKK classic

.....  
Dirk Aeverbeck  
Geschäftsbereichsleiter  
Vertragspartner Westfalen

## Anlage 1

zur Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

### Teilnahmeerklärung des koordinierenden Haus-/Facharztes

an der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Str. 4-6  
44141 Dortmund

Telefax: 0231/9432-1569

---

Name:

\_\_\_\_\_

Praxisanschrift:

\_\_\_\_\_

Ich bin über die Inhalte und den Verlauf der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld informiert und bereit, an der Vereinbarung teilzunehmen und die mich betreffenden Versorgungsaufgaben nach § 4 der Vereinbarung zu übernehmen. Insbesondere beachte ich die in § 13 der Vereinbarung normierten datenschutzrechtlichen Regelungen. Für die Abrechnung der Vergütung nach diesem Vertrag ermächtige ich die KVWL, meine ihr bekannte Bankverbindung zu verwenden.

#### Anmerkung:

Als koordinierender Hausarzt ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03370, 03371, 03372 und 03373 der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgeschlossen.

Ich kooperiere mit folgendem an der Vereinbarung teilnehmenden palliativmedizinischen Konsiliardienst:

Bezeichnung des PKD:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Arztes

## Anlage 5

zur Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

### Vergütung für die teilnehmenden Haus- und Fachärzte

Die teilnehmenden Haus- und Fachärzte erhalten für die im Rahmen der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung sowie neben der Teilversorgung durch den palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD) im Rahmen der spezialisierten ambulanten Versorgung nach dieser Vereinbarung zu erfüllenden Aufgaben folgende Vergütungen:

1. Pauschale für die
  - Eingangsdiagnostik einschließlich Teilnahmeerklärung eines Palliativpatienten nach § 2, Dokumentation (Anlage 3a) und Aktivierung des palliativmedizinischen Konsiliardienstes (PKD).
  - Betreuung und sachgerechte Koordinierung der Versorgung von eigenen Patienten im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung.
  - Feststellung der Notwendigkeit und Übergabe von Patienten zur Erbringung von SAPV-Leistungen durch den PKD.

SNR 91501 (einmal je Patient) 50,00 EUR
2. Patientenbezogener persönlicher Austausch des koordinierenden Haus-/Facharztes mit einem Palliativarzt des PKD  

SNR 91503 (einmal je Patient) 25,00 EUR
3. Zuschlag für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von bis zu 45 Minuten (daneben ist die entsprechende EBM-Ziffer abrechnungsfähig) für die
  - Ziffer 01410, SNR 91502 30,00 EUR
  - Ziffer 01411, SNR 91502 30,00 EUR
  - Ziffer 01412, SNR 91502 30,00 EUR
  - Ziffer 01415, SNR 91502 30,00 EUR
  - Ziffer 01413, SNR 91504 15,00 EUR
4. Zuschlag für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitaufwand von mehr als 45 Minuten (daneben ist die entsprechende EBM-Ziffer abrechnungsfähig) für die
  - Ziffer 01410, SNR 91502S 50,00 EUR
  - Ziffer 01411, SNR 91502S 50,00 EUR
  - Ziffer 01412, SNR 91502S 50,00 EUR
  - Ziffer 01415, SNR 91502S 50,00 EUR
  - Ziffer 01413, SNR 91504S 25,00 EUR

Die Ziffern 1 bis 4 können für Patienten in Alten- und Pflegeheimen entsprechend angesetzt werden. Ihre Abrechnungsfähigkeit ist auf den Betreuungszeitraum nach § 2 Abs. 5 in Verbindung mit § 6 Abs. 2 begrenzt.

Die Vergütungen der SNR nach den Ziffern 3 und 4 sind bei einem erforderlichen Hausbesuch bei einem teilnehmenden Patienten nicht nebeneinander abrechnungsfähig. Sie sind neben einer Vollversorgung durch den PKD nach Anlage 6 nicht abrechenbar.

Zur Vergütung palliativmedizinischer Leistungen für Hospizpatienten gelten folgende Regelungen:

5. Für einen aus akutem Anlass angeforderten Besuch eines Patienten in einem stationären Hospiz wird von den Krankenkassen ein Zuschlag (daneben ist die entsprechende EBM-Ziffer abrechnungsfähig) für folgende EBM-Ziffern gezahlt:
- |   |                         |           |
|---|-------------------------|-----------|
| - | Ziffer 01410, SNR 92002 | 30,00 EUR |
| - | Ziffer 01411, SNR 92002 | 30,00 EUR |
| - | Ziffer 01412, SNR 92002 | 30,00 EUR |
6. Für den Besuch weiterer Patienten in einem stationären Hospiz im Anschluss an die Leistung nach Ziffer 4 wird von den Krankenkassen ein Zuschlag (daneben ist die entsprechende EBM-Ziffer abrechnungsfähig) für folgende EBM-Ziffer gezahlt:
- |   |                         |           |
|---|-------------------------|-----------|
| - | Ziffer 01413, SNR 92003 | 10,00 EUR |
|---|-------------------------|-----------|

Eine Abrechnung von Leistungen nach den Ziffern 1 bis 4 ist für stationäre Hospizpatienten nicht möglich.

Die Pauschalvergütung des PKD nach Ziffer 1 der Anlage 6 beinhaltet die Bereitstellung des palliativmedizinischen Konsiliardienstes einschließlich der erforderlichen personellen und sachlichen Ressourcen, insbesondere einer Pflegefachkraft mit Palliativ-Care-Weiterbildung und schließt als Ergänzung der palliativmedizinischen Betreuung der Patienten durch Haus-/Fachärzte insbesondere die von diesen angeforderte palliativmedizinische Beratung und Koordination ein.

Die Pauschalvergütung des PKD richtet sich nach Ziffer 1 der Anlage 6.

**Für die teilnehmenden Hausärzte ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03370, 03371, 03372 und 03373 der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgeschlossen.**

## Anlage 6

zur Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

### Vergütung der spezialisierten Versorgung durch den palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD)

Der PKD nach § 6 erhält für die nach dieser Vereinbarung zu erfüllenden Aufgaben folgende Vergütungen:

1. Pauschale für die Koordinierung der Versorgung zur Sicherung einer durchgehend ambulanten Betreuung eingeschriebener Palliativpatienten einschließlich der Unterstützung und Anleitung von Angehörigen, um diesen eine eigenständige Betreuung des Palliativpatienten zu Hause zu ermöglichen.

Die Pauschale beinhaltet die Bereitstellung des palliativmedizinischen Konsiliardienstes einschließlich der erforderlichen personellen und sachlichen Ressourcen, insbesondere einer Pflegefachkraft mit Palliativ-Care-Weiterbildung sowie

- a) die Ergänzung der palliativmedizinischen Betreuung der Patienten durch Haus-/Fachärzte, insbesondere die von diesen angeforderte palliativmedizinische Beratung und Koordination.
- b) die als Ergänzung der haus-/fachärztlichen Betreuung der Patienten insbesondere vom Hausarzt angeforderte palliativmedizinische Mitbehandlung durch den Palliativarzt des PKD (Teilversorgung) einschließlich angeforderte konsiliarische Besuche.
- c) die vollständige Übernahme der palliativmedizinischen Versorgung von Patienten mit komplexem hausärztlich-ambulant nicht beherrschbarem Symptomgeschehen (SAPV-Vollversorgung), insbesondere bei
  - Schmerzkrisen trotz Einstellung nach WHO III, Atemnotanfällen, therapierefraktärem Erbrechen, Krampfanfall, Darmverschlussproblematik
  - notwendigen intensivmedizinischen Interventionen (Punktionen, Infusionen i.v.) mit dokumentiertem, besonders hohem Koordinationsaufwand und besonderer Bereitschaft zur Vermeidung von Notfallaufnahmen einschließlich Dokumentation nach Anlage 4a sowie
  - erforderlichenfalls tageweiser Bereitstellung einer 24. Std. Präsenz durch eine qualifizierte Pflegekraft.
- d) Persönlicher Austausch zwischen Koordinatorin/Koordinator und Arztpraxis

SNR 91511 (einmal je Patient)

525,00 EUR

...

2. Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von bis zu 45 Minuten (daneben sind Gebührenordnungspositionen nach dem EBM nicht abrechnungsfähig) im Sinne der
- Ziffer 01410, SNR 91512 45,00 EUR
  - Ziffer 01411, SNR 91513 75,00 EUR
  - Ziffer 01412, SNR 91514 90,00 EUR
  - Ziffer 01415, SNR 91518 85,00 EUR
  
  - Ziffer 01413, SNR 91519 25,00 EUR
3. Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitaufwand von mehr als 45 Minuten (daneben sind Gebührenordnungspositionen nach dem EBM nicht abrechnungsfähig) im Sinne der
- Ziffer 01410, SNR 91512S 65,00 EUR
  - Ziffer 01411, SNR 91513S 95,00 EUR
  - Ziffer 01412, SNR 91514S 110,00 EUR
  - Ziffer 01415, SNR 91518S 105,00 EUR
  
  - Ziffer 01413, SNR 91519S 35,00 EUR
4. Zuschlag zu den Hausbesuchen nach Ziffern 2 und 3, wenn vom PKD im Rahmen des Hausbesuches Punktionen (Aszites- bzw. Pleurapunktionen sowie Anlage zentraler Venenkatheter und suprapubischer Blasenkateter) durchgeführt werden
- SNR 91515 25,00 EUR
5. Pauschale für eine SAPV-Vollversorgung nach Ziffer 1 c ab dem 6. Tag nach Beginn der Palliativbehandlung (Einschreibung), sofern eine durchgängige ambulante Betreuung gewährleistet ist und durch den PKD (Palliativarzt oder Palliativpflegekraft) persönlich erbracht und nach Anlage 4a angezeigt wird,
- für die ersten 14 Tage der Vollversorgung je Behandlungstag/Patient  
SNR 91516 120,00 EUR
- vom 15. Tag der Vollversorgung an je Behandlungstag/Patient  
SNR 91517 60,00 EUR

Die Abrechnung der SNR 91516 und 91517 ist insgesamt auf 28 Behandlungstage je Patient begrenzt. Sie kann intermittierend oder durchgängig erbracht werden. Eine intermittierende Leistungserbringung ist nicht gegeben, wenn die Vollversorgung an Einzeltagen mit zeitlichen Unterbrechungen (gesplittet) erbracht wird. Eine ggf. notwendige Verlängerung der Vollversorgung ist mit einer aussagekräftigen Begründung spätestens 1 Woche vor Ablauf der zeitlichen Befristung mit dem Vordruck nach Anlage 4a gegenüber der zuständigen Krankenkasse zu beantragen. Die Krankenkasse teilt dem PKD innerhalb von 2 Wochen Ihre Entscheidung mit. Im Falle einer Ablehnung endet die Abrechnungsfähigkeit der SNR 91517 bei fristgemäßer Beantragung (Satz 4) mit dem Tag des Eingangs des Ablehnungsschreibens der Krankenkasse beim PKD. Die KVV, Geschäftsbereich Verträge, erhält einen Durchdruck der Entscheidung der Krankenkasse.



Der Ansatz der SNR setzt die unmittelbare Erbringung palliativmedizinischer-/pflegerischer Leistungen des PKD für den Palliativpatienten am Tag der Abrechnung dieser Symbolnummer sowie einen durchschnittlichen Umfang der Versorgung von 1,5 Stunden beim Patienten voraus. Neben der Vollversorgung ist die Abrechnung eines Hausbesuches je Tag/Patient möglich (eine SNR der Ziffern 2 und 3); eine Verordnung von Pallicare ist ausgeschlossen. Diese Pauschale ist nicht abrechenbar, wenn der Patient innerhalb der letzten 14 Tage vor dem Versterben stationär in ein Krankenhaus aufgenommen wurde. Ausgenommen hiervon sind Krankenhausaufnahmen, die nicht im Zusammenhang mit der Palliativversorgung stehen.

Zur Vergütung palliativmedizinischer Leistungen für Hospizpatienten gelten folgende Regelungen:

- |     |   |            |
|-----|---|------------|
| 6.  | Durchführung eines palliativmedizinischen Assessments zu Beginn der Behandlung (Eingangsassessment) zur Klärung des palliativmedizinischen Status (z.B. Schmerzanamnese, Symptomintensität, Lebensqualität, Stimmung, soziale und psychosoziale Situation)        |            |
|     | einmal je Patient, SNR 92010<br>(diese Ziffer ist nicht abrechnungsfähig, wenn der Patient bereits vor Aufnahme in das Hospiz durch den Palliativarzt zu Hause palliativmedizinisch versorgt wurde)   | 95,00 EUR  |
| 7.  | Koordinations- und Bereitschaftspauschale für die Organisation ambulanter Behandlungsmaßnahmen und eine 24-stündige Rufbereitschaft für Hospizpatienten   |            |
|     | einmal je Patient, SNR 92011<br>(diese Ziffer ist nicht abrechnungsfähig, wenn der Patient vor Aufnahme in das Hospiz durch einen PKD zu Hause versorgt wurde)  | 120,00 EUR |
| 8.  | Für einen aus akutem Anlass angeforderten Besuch eines Patienten in einem stationären Hospiz wird von den Krankenkassen eine Pauschale (daneben sind Gebührenordnungspositionen nach dem EBM nicht abrechnungsfähig) für folgende EBM-Ziffern gezahlt:            |            |
|     | - Ziffer 01410, SNR 92012   | 45,00 EUR  |
|     | - Ziffer 01411, SNR 92013   | 75,00 EUR  |
|     | - Ziffer 01412, SNR 92014   | 90,00 EUR  |
| 9.  | Für den Besuch weiterer Patienten in einem stationären Hospiz im Anschluss an die Leistung nach Ziffer 8 wird von den Krankenkassen eine Pauschale (daneben sind Gebührenordnungspositionen nach dem EBM nicht abrechnungsfähig) für folgende EBM-Ziffer gezahlt: |            |
|     | - Ziffer 01413, SNR 92016   | 20,00 EUR  |
| 10. | Zuschlag zu den Besuchen, wenn in diesem Rahmen eine Punktion (Aszites- bzw. Pleurapunktion sowie Anlage zentraler Venenkatheter und suprapubischer Blasenkateter) durchgeführt wird.   |            |
|     | SNR 92015   | 25,00 EUR  |

Eine Abrechnung von Leistungen der Ziffern 1 bis 5 ist für stationäre Hospizpatienten nicht möglich.



Die Abrechnungsfähigkeit der Ziffern 1 bis 5 ist auf den Betreuungszeitraum nach § 2 Abs. 5 in Verbindung mit § 6 Abs. 2 begrenzt.

Die Vergütungspauschale nach den Ziffern 1, 5 und 7 wird durch den PKD mit der KWWL ausschließlich über eine von dieser vergebenen Pseudo-Arztnummer elektronisch abgerechnet.

**Protokollnotiz:**

Die Vertragspartner verständigen sich darauf, die Vergütung nach dieser Anlage spätestens nach Ablauf von 4 Quartalen zu überprüfen. Dabei sollen insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Wirkungen der Vergütung nach Ziffer 1 im Hinblick auf die Frage einer Pauschalierung mit oder ohne Abstufung.
- Auffällige Mengenentwicklungen bei einzelnen Leistungspositionen.
- Messung der Ausgabenwirkungen mit Blick auf eine Nutzung von Synergiepotentialen.