

Vereinbarung

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

Die AOK NordWest - Die Gesundheitskasse -

**die BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen (VAG)
- handelnd für die teilnehmenden BKKn -**

**die Vereinigte IKK
- handelnd als Landesverband -**

die Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen

die Knappschaft

und die Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkassen (Ersatzkasse)
 - KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- 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 -

sowie die

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

**schließen unter Berücksichtigung des § 132d SGB V
die nachstehende Vereinbarung**

Inhaltsverzeichnis:

- § 1 Geltungsbereich, Gegenstand und Zielsetzung
- § 2 Zielgruppe und Teilnahme der zu versorgenden Patienten
- § 3 Teilnahmevoraussetzungen für Haus- und Fachärzte
- § 4 Aufgaben der teilnehmenden Haus- und Fachärzte
- § 5 Strukturqualität des PKD
- § 6 Aufgaben des PKD
- § 7 Regionaler palliativmedizinischer Qualitätszirkel und Qualitätssicherung
- § 8 Gemeinsamer Ausschuss
- § 9 Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte und der PKD
- § 10 Vergütung
- § 11 Abrechnung
- § 12 Vertragsmaßnahmen
- § 13 Datenschutz
- § 14 Haftung
- § 15 Sonstige Bestimmungen
- § 16 Inkrafttreten/Kündigung

Anlagen:

- Anlage 1 Teilnahmeerklärung für Hausärzte-/Fachärzte
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung als palliativmedizinischer Konsiliardienst
- Anlage 3 Teilnahmeerklärung des Versicherten
- Anlage 3 a Stammdatenblatt
- Anlage 4 Anzeige der Einleitung einer Vollversorgung
- Anlage 4a Palliativ-Dokumentation
- Anlage 5 Vergütung der nach § 3 teilnehmenden Haus- und Fachärzte
- Anlage 6 Vergütung des palliativmedizinischen Konsiliardienstes nach § 6
- Anlage 7 Feedback-Bogen
- Anlage 8 Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen

Erläuterung: Als „Patienten“, „Versicherte“, „Haus-/Fachärzte“, „Palliativärzte“ werden weibliche wie männliche Personen benannt.

Präambel

Unheilbar erkrankte Menschen wünschen oftmals nicht in der teilweise als anonym erlebten Umgebung eines Krankenhauses zu sterben, sondern in eigener häuslicher Umgebung. Die Vertragspartner stimmen in der Einschätzung überein, dass die Voraussetzungen für ein Sterben zuhause durch zielgerichtetes Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten sowie qualifizierten Pflegediensten verbessert werden können. Mit dieser Vereinbarung setzen die Vertragspartner die gesetzlichen Regelungen des § 37b SGB V in Verbindung mit § 132d SGB V um. Die dadurch geschaffenen Leistungsstrukturen beinhalten neben der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne des § 37 b SGB V auch die allgemeine ambulante Palliativversorgung. Das Angebot palliativmedizinischer Leistungen nach dieser Vereinbarung wird im Sinne des § 132d SGB V durch bereits bestehende Verträge nach § 132a SGB V für Palliativpflegedienste sinnvoll und bedarfsgerecht ergänzt.

§ 1

Geltungsbereich, Gegenstand und Zielsetzung

- (1) Diese Vereinbarung gilt für Haus-/Fachärzte die nach § 3 Abs. 2 teilnehmen, den palliativmedizinischen Konsiliardiensten (PKD) nach § 5 Abs. 2 und für Versicherte der Krankenkassen, die ihre Teilnahme nach § 2 Abs. 3 erklärt haben, sowie die vertragsschließenden Krankenkassen. Die teilnehmenden Betriebskrankenkassen sind der Übersicht nach Anlage 8 zu entnehmen.
- (2) Gegenstand der Vereinbarung ist die ambulante Versorgung unheilbar kranker Menschen in der letzten Phase ihres Lebens. Durch diese Vereinbarung wird eine kooperative, integrative palliativmedizinische Versorgung sowie die Vergütung für vertraglich erbrachte palliativmedizinische Leistungen zur Erfüllung des Leistungsanspruchs des Versicherten nach § 37b SGB V geregelt. Der behandelnde Vertragsarzt übernimmt dabei grundsätzlich die zentrale Rolle und Funktion des koordinierenden Haus-/Facharztes. Sofern eine spezialisierte palliativmedizinische Betreuung geboten ist, steht der PKD nach § 5 hierfür zur Verfügung.
- (3) Ziel der Vereinbarung ist es, eine ambulante medizinische Versorgung unheilbar erkrankter Patienten in der letzten Phase ihres Lebens in häuslicher Umgebung

umfassend zu sichern, ihre Lebensqualität unter Berücksichtigung des Krankheitsstadiums zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Sterben zu Hause zu ermöglichen, wann immer dies möglich ist und gewünscht wird. Weitere Ziele sind die Schaffung strukturierter Behandlungsabläufe sowie die Vermeidung medizinisch nicht indizierter Interventionen und nicht notwendiger Krankenhausaufnahmen. Zur häuslichen Umgebung gehört auch die Versorgung in Alten- und Pflegeeinrichtungen.

- (4) Diese Vereinbarung regelt ferner die ärztliche palliativmedizinische Versorgung von Patienten, die in einem stationären Hospiz untergebracht sind (Teilleistung). Koordinierende Aufgaben sowie pflegerische Maßnahmen für Hospizpatienten werden im Rahmen der stationären Versorgung durch das Hospizpersonal übernommen und sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

§ 2

Zielgruppe und Teilnahme der zu versorgenden Patienten

- (1) Im Fokus der ambulanten Palliativversorgung stehen Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, die an den körperlichen Symptomen dieser Erkrankung und den mit ihr einhergehenden psychosozialen und spirituellen Problemen leiden. Palliativ-Patienten im Sinne dieser Vereinbarung sind Patienten,
- die an einer unheilbaren Krankheit leiden, die so weit fortgeschritten ist, dass lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von wenigen Tagen oder Wochen zu erwarten ist,
 - bei denen kurative Behandlungen im Sinne des Patienten nicht mehr indiziert sind,
 - bei denen eine ambulante Palliativ-Versorgung im häuslichen Umfeld möglich und gewünscht ist und
 - bei denen Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.
- (2) Die ambulante spezialisierte Palliativversorgung dient Palliativpatienten, die einer besonders betreuungsintensiven Versorgung bedürfen. Sie ist indiziert, wenn ein

komplexes Symptomgeschehen vorliegt, dessen Behandlung spezifische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär abgestimmtes Konzept voraussetzt. Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachfolgenden 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.
- (3) Der Patient entscheidet frei über eine Teilnahme an dieser Versorgung. Die Teilnahme setzt voraus, dass sich der behandelnde Arzt davon überzeugt hat, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 bzw. 2 gegeben sind.
- (4) Der teilnehmende Haus-/Facharzt lässt die Teilnahme-/Einwilligungserklärung des Patienten nach Anlage 3 von diesem, ggf. seinem in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen oder seinem Vertreter, unterschreiben. Die Teilnahmeerklärung wird gemeinsam mit den Stammdaten nach Anlage 3 a umgehend und unmittelbar an den zuständigen PKD gesendet; dieser prüft die Angaben und reicht die Teilnahmeerklärungen gesammelt am Ende eines Quartals zusammen mit der Abrechnung des PKD an die KVWL weiter. Die KVWL prüft die Vollständigkeit der Teilnahmeunterlagen u.a. durch einen Abgleich mit den abgerechneten Leistungen und reicht diese - nach Klärung möglicher Unstimmigkeiten - innerhalb von 4 Wochen nach Abschluss eines Quartals an die jeweils zuständigen Krankenkassen weiter. Das Original der Teilnahmeerklärung verbleibt beim Haus-/Facharzt und steht der zuständigen Krankenkasse auf Verlangen zur Einsicht zur Verfügung. Eine Verordnung nach Muster 63 ist nicht erforderlich und kann nicht abgerechnet werden.
- (5) Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Einschreibung und endet mit dem Tod des Versicherten oder der Kündigung seiner Teilnahme. Dauert die Teilnahme eines eingeschriebenen Patienten länger als 6 Wochen an, gilt § 6 Absatz 2 Sätze 3 bis 7.

§ 3**Teilnahmevoraussetzungen für Haus- und Fachärzte**

- (1) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist für niedergelassene Haus- und Fachärzte aus Westfalen-Lippe freiwillig. Sie setzt ein besonderes Interesse an der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung sowie Erfahrungen in der Palliativmedizin voraus.
- (2) Die teilnahmeinteressierten Haus- und Fachärzte erklären ihren Beitritt gegenüber der KVWL schriftlich. Mit der Beitrittserklärung (Anlage 1) akzeptieren die teilnahmeberechtigten Haus- und Fachärzte die Inhalte dieser Vereinbarung und ordnen sich einem PKD im gleichen bzw. angrenzenden Planungsbereich zu, mit dem sie im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen kooperieren. Die KVWL informiert die Krankenkassen und den jeweiligen PKD entsprechend §9 in Listenform (Arztnummer, Name, Praxisanschrift, Beginn der Teilnahme) über die teilnehmenden Haus- und Fachärzte.
- (3) Der Haus-/Facharzt kann seine Teilnahme an dieser Vereinbarung schriftlich mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVWL kündigen; er informiert darüber parallel den PKD.
- (4) Haus-/Fachärzte, die am bisherigen Vertrag teilnahmen, nehmen auch an dieser Vereinbarung teil, sofern sie nicht innerhalb von vier Wochen nach Inkrafttreten gegenüber der KVWL der Teilnahme nach dieser Vereinbarung widersprechen.

§ 4**Aufgaben der teilnehmenden Haus- und Fachärzte**

- (1) Der teilnehmende Haus- oder Facharzt übernimmt als der vom Palliativ-Patienten gewählte Arzt die Behandlung des Patienten und koordiniert - sofern erforderlich - die Einbeziehung weiterer Leistungserbringer im Rahmen des integrierten kooperativen Versorgungskonzepts. Dem teilnehmenden Haus-/Facharzt nach Satz 1 obliegt die Einschreibung des Palliativ-Patienten im Sinne des § 2 Abs. 1 bis 4 insbesondere gegenüber dem PKD, dem er sich zugeordnet hat bzw. der für die Betreuung des Patienten zur Verfügung stehen soll. Dies gilt

auch, wenn er die Versorgung nicht selbst übernimmt, weil er eine Vollversorgung nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 für angezeigt hält. In einem solchen Fall überweist er den Palliativpatienten - mit dessen Einverständnis - zur weiteren Versorgung an einen Palliativarzt vorzugsweise des PKDs, dem er sich zugeordnet hat. Für Palliativpatienten ist bei Aufnahme in ein stationäres Hospiz eine Einschreibung nicht erforderlich.

(2) Der teilnehmende Haus-/Facharzt übernimmt zur Versorgung des Palliativpatienten folgende Aufgaben:

- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen und erforderlichenfalls gemeinsame Abstimmung der Betreuungsschritte mit dem zugeordneten PKD zur Behandlungsplanung.
- Sofern Maßnahmen der Behandlungspflege von Angehörigen oder Mitbewohnern nicht geleistet werden können, Verordnung von häuslicher Krankenpflege.
- Soweit normale häusliche Krankenpflegeleistungen nicht ausreichen und besondere palliativpflegerische Kenntnisse erforderlich werden, kann palliativpflegerische Krankenpflege verordnet werden, die durch hierfür nach § 132a Abs. 2 SGB V zugelassene Palliativpflegedienste erbracht wird, wenn diese nicht nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 ausgeschlossen ist.
- Einstellung und/oder Beratung zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle; bei der Arzneimitteltherapie sind Empfehlungen der gemeinsamen Arbeitsgruppe Arzneimittelvereinbarung von KVWL und Verbänden der Krankenkassen zu berücksichtigen.
- Beratung zur künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsgabe in der letzten Lebensphase.
- Beurteilung und Einleitung einer palliativmedizinischen Wundbehandlung.
- Grundsätzlich telefonische Rückkopplung mit den qualifizierten Palliativ-Ärzten vor einer stationären Einweisung aufgrund einer palliativmedizinischen Krisensituation.
- Betreuung und Beratung des Palliativpatienten sowie dessen Angehöriger.
- Ausfüllen eines Feedback-Bogens nach Anlage 7 zur Beurteilung der Tätigkeit des PKD am Ende der Behandlung und dessen Weiterleitung an den zuständigen PKD.

- Information des Palliativpatienten und seiner Angehörigen über die Erreichbarkeit des Haus- oder Facharztes bzw. der Koordinatorin oder eines Palliativarztes des PKD in sprechstundenfreien Zeiten, insbesondere an Wochenenden oder Feiertagen.
 - Ärztliche Versorgung von Palliativpatienten, die in stationären Hospizen untergebracht sind.
- (3) Die teilnehmenden Haus- und Fachärzte sollen im Rahmen ihrer Weiterbildung nach § 95d SGB V Weiterbildungsangebote mit dem Schwerpunkt Palliativmedizin wahrnehmen. Hierzu beteiligen sich die Haus- und Fachärzte u.a. an den regelmäßig angebotenen Qualitätszirkeln nach § 7 mit palliativmedizinischen Inhalten.

§ 5 Strukturqualität des PKD

- (1) Für jeden Planungsbereich soll ein PKD gebildet werden. Die Planungsbereiche entsprechen den kreisfreien Städten und Kreisen in Westfalen-Lippe. Insbesondere in Flächenkreisen können innerhalb des Planungsbereichs bestehende regionale palliativmedizinische Organisationsformen im Sinne von Absatz 2 zur Förderung einer regionalen Aufgabenteilung einen gemeinsamen PKD bilden.
- (2) Träger des PKD ist nach Wahl seiner Mitglieder eine juristische Person oder eine Personen- oder Partnergesellschaft. Mitglieder/Gesellschafter des Trägers müssen die teilnehmenden Palliativärzte sein. Diese bestimmen die innere Struktur des Trägers und dessen Vertretung.

Aufgabe des Trägers ist insbesondere:

- Sicherstellung einer fachgerechten Besetzung des PKDs im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen und Nachweisführung gegenüber der KVWL.
- Abrechnung palliativmedizinischer Leistungen gegenüber der KVWL, soweit sie nach Anlage 6 gemeinschaftlich vorzunehmen ist, im Namen und für Rechnung der Mitglieder/Gesellschafter des PKD.
- Annahme der auf die erstellten Abrechnungen von der KVWL geleisteten Zahlungen, deren Verbuchung und Ausschüttung nach den von den Mitglie-

dem/Gesellschaftern des PKD gefassten Beschlüssen. Hierzu benennt der PKD der KVWL einen Verantwortlichen.

- (3) An einem PKD können sich an der ambulanten Versorgung teilnehmende Haus- und Fachärzte in Westfalen-Lippe beteiligen, soweit sie die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen ***(Protokollnotiz)**. Für einen Planungsbereich bilden mindestens vier palliativmedizinisch qualifizierte Ärzte (Zusatzweiterbildung „Palliativ-Medizin“ im Umfang von zurzeit 160 Stunden nach der Weiterbildungsordnung einer Landesärztekammer) mit ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten (mindestens 75 Patienten oder einjährige klinische Tätigkeit in einer Palliativabteilung eines Krankenhauses in den letzten 3 Jahren) einen PKD. Wird ein PKD durch zwei oder mehr regionale palliativmedizinische Untergliederungen nach Absatz 1 Satz 2 gebildet, müssen in jeder Untergliederung mindestens zwei weitergebildete Ärzte tätig sein. Ärzte ohne die nach Satz 2 notwendige palliativmedizinische Weiterbildung können am PKD nicht beteiligt werden, es sei denn, die Strukturvoraussetzungen des PKD nach Satz 2 sind bereits erfüllt und der zu beteiligende Arzt schließt die Weiterbildung innerhalb eines Jahres ab. Allen Ärzten, die die Weiterbildung nach Satz 2 erfüllen, soll die Beteiligung an einem PKD nach Absatz 2 ermöglicht werden. Die Aufnahme in einen PKD ist diesem gegenüber zu beantragen. Ein Anspruch auf Aufnahme besteht nicht; sie kann durch Beschluss des Trägers abgelehnt werden. Die KVWL ist hierüber unverzüglich zu informieren. Für weitergebildete Ärzte, die nicht in einem PKD nach Absatz 2 organisiert sind, scheidet eine Abrechnung nach Anlage 6 aus.
- (4) Der PKD beschäftigt mindestens eine, ab erstmalig über 75 in einem Quartal betreuten Patienten mindestens eineinhalb und ab erstmalig über 125 in einem Quartal betreuten Patienten mindestens zwei 3-jährig ausgebildete, examinierte Pflegefachkraft(-kräfte) mit Abschluss einer Palliativ-Care-Weiterbildung im Umfang von zurzeit 160 Stunden als Koordinationskraft. Der Nachweis dieser Anforderung ist jeweils auf Vollzeitstellen zu beziehen. Notwendige Anpassungen der vorzuhaltenden Koordinatorenstellen sind spätestens zum 1. Tag des übernächsten Quartals vorzunehmen. Bei Zusammensetzung des PKD durch mehrere regionale palliativmedizinische Untergliederungen ist eine sachgerechte Aufgabenteilung der koordinierenden Pflegefachkräfte für alle Untergliederungen fest-

zulegen.

- (5) Die teilnahmeinteressierten Palliativmediziner im Sinne des Absatzes 3 beantragen die Teilnahme an dieser Vereinbarung als PKD mit Nachweis der jeweiligen Qualifikationen und dem Nachweis der Beschäftigung einer palliativpflegerisch qualifizierten Koordinationskraft nach Absatz 4 gegenüber der KVWL mit dem Formular nach Anlage 2 schriftlich. Dem Antrag fügt der PKD ein Konzept bei, in dem die Prozessabläufe der palliativmedizinischen Versorgung im Planungsbereich transparent dargestellt werden. Dieses Konzept ist spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Antragstellung einzureichen. Es wird angepasst, wenn sich wesentliche Änderungen in den Prozessabläufen ergeben. In Fällen des Absatzes 1 Satz 2, bei konkurrierenden Anträgen sowie Abweichungen von der nach Absatz 1 beschriebenen Verfahrensweise entscheiden die Vertragspartner nach Klärung der Sachlage einvernehmlich; im übrigen entscheidet die KVWL über die Anerkennung eines PKD. Ein Anspruch auf Anerkennung besteht nicht. Die KVWL stellt den Krankenkassen entsprechend § 9 eine Datei über die anerkannten PKDs (Planungsbereich, PKD, Ort, PKD-Leiter, PKD-Abr.-Nr., Verantwortlicher für die Abrechnung, Anerkennung PKD ja/nein, Mitglieder des PKD mit Angabe der BSNR und der Weiterbildung, Anzahl Personenmeldung, Personelnachweis ja/nein, Personalmeldungen im Einzelnen) zur Verfügung.
- (6) Liegen die erforderlichen Strukturvoraussetzungen nicht vor, ist eine Abrechnung nach dieser Vereinbarung grundsätzlich ausgeschlossen. Soweit die Strukturansforderungen eines PKD noch nicht oder nicht mehr im notwendigen Umfang bzw. in der notwendigen Qualität vorliegen, können für die Dauer von maximal 2 Quartalen - unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Krankenkassen und der KVWL - geringere Anforderungen an die Tätigkeit dieses PKD akzeptiert werden. Dies ist der KVWL vom PKD innerhalb von 10 Tagen unter Angabe der Gründe und dem Zeitpunkt, zu dem eine fachgerechte Besetzung wieder-/hergestellt ist, anzuzeigen. Dauert der Zustand über den nach Satz 2 festgelegten Zeitraum hinaus an, sind die Krankenkassen berechtigt, die Pauschalen nach Anlage 6 Ziffern 1, 5 und 7 in Abstimmung mit der KVWL um bis zu 50 v.H. zu kürzen und ggf. unmittelbar Vertragsmaßnahmen nach § 12 Abs. 1 Buchst. c einzuleiten.

- (7) Ein PKD bzw. Mitglieder eines PKD können ihre Teilnahme an dieser Vereinbarung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderhalbjahres gegenüber der KVWL kündigen. Sofern die Mindestgröße des PKD nach Absatz 1 durch einen Austritt eines Mitgliedes unterschritten wird, ist dieser innerhalb von 2 Quartalen fachgerecht nach zu besetzen. Übergangsweise können hierfür auch Palliativärzte mit Weiterbildung aus einem anderen Planungsbereich eingesetzt werden. Absatz 6 Satz 3 gilt hinsichtlich der Berechtigung der Krankenkassen zur Kürzung der Vergütung bzw. Einleitung einer Vertragsmaßnahme nach § 12 Abs. 1 Buchst. c entsprechend.

§ 6 Aufgaben des PKD

- (1) Die Palliativärzte des PKD werden auf Anforderung des behandelnden Haus-/Facharztes oder eines Krankenhausarztes zur Ein-/Überleitung (in) eine(r) ambulante(n) palliativmedizinische(n) Versorgung tätig.

Der PKD bzw. der ihm angehörende Palliativarzt übernimmt folgende Aufgaben:

1. Beratung des betreuenden Haus-/Facharztes und ggf. Abstimmung einzuleitender Betreuungsschritte im Rahmen einer Behandlungsplanung nach § 4 Abs. 1 sowie Vermittlung palliativmedizinischer Kenntnisse insbesondere zur Anleitung von Angehörigen und zum Einsatz von Pflegekräften. Die Beratung kann bei Vorliegen aller relevanten Angaben/Unterlagen über den Zustand des Palliativpatienten telefonisch erfolgen.
2. Palliativmedizinische Mitbehandlung zur Unterstützung des Haus-/Facharztes sowie ggf. persönliche Aufklärung und Anleitung von Palliativpatienten, deren Angehörigen sowie einbezogenen Pflegediensten (Teilversorgung).
3. In Fällen des § 4 SAPV-RL vollständige Übernahme der palliativmedizinischen und psychosozialen Versorgung im Einverständnis mit dem Haus-/Facharzt und Einwilligung des Palliativpatienten (Vollversorgung), wenn die anderweitigen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten auch unter Einbeziehung von Beratung, Koordination und unterstützender Teilversorgung nicht mehr ausreichen. Palliativmedizinische und ggf. pflegerische Maßnahmen

werden im Rahmen von Hausbesuchen direkt am Patienten erbracht. Dabei kann unter Berücksichtigung des Stufenschemas nach § 4 Abs. 2, 2. und 3. Spiegelstrich ein zugelassener Palliativpflegedienst einbezogen werden, sofern nicht Leistungen des PKD im Rahmen der Anlage 6 Ziffer 5 erbracht werden. Soweit die Komplexität des Symptomgeschehens in der Finalphase anders nicht beherrscht werden kann, ist die Bereitstellung einer tageweisen 24-Std.-Präsenz in der Wohnung des Patienten durch eine qualifizierte Pflegekraft zur Vermeidung einer Einweisung ins Krankenhaus möglich. Der PKD zeigt die Vollversorgung gem. §§ 7, 8 SAPV-RL der zuständigen Krankenkasse mit dem Vordruck nach Anlage 4 an. Die Übernahme der vollständigen Versorgung dokumentiert der PKD krankenkassenbezogen nach § 6 Abs. 4. Die Aufgaben nach § 4 Abs. 2 gelten entsprechend.

4. Palliativmedizinische Versorgung von Patienten, die in einem stationären Hospiz untergebracht sind, soweit vom behandelnden Haus-/Facharzt nicht beherrschbare Problemlagen vorliegen oder dieser eine Versorgung durch den Palliativarzt des PKD wünscht.
 5. Im Rahmen der Aufgaben nach Ziffern 1 bis 4 wird ausschließlich vom PKD die Erforderlichkeit einer Versorgung von Medikamentenapplikationen über Pumpensysteme unter besonderer Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes geprüft und im Bedarfsfall von ihm verordnet.
- (2) Der PKD stellt für die teilnehmenden Haus-/Fachärzte und die Patienten bzw. ihre Angehörigen eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit auch am Wochenende sicher. Die Verfügbarkeit mindestens eines palliativmedizinisch qualifizierten Arztes des PKD auch für Hausbesuche ist zu gewährleisten. Sofern ein Patient länger als 6 Wochen versorgt wird, prüft der PKD den Palliativ-Status des Patienten im Sinne des § 2 Abs. 1 regelmäßig und dokumentiert das Ergebnis nach Absatz 4. Dabei gibt er den Zeitpunkt an, von dem an eine akutpalliativmedizinische Betreuung nicht mehr erforderlich ist und die Versorgung nach dieser Vereinbarung eingestellt wird sowie ggf. später den Zeitpunkt, von dem an die akutpalliativmedizinische Versorgung wieder aufgenommen werden muss. Für die Zeit, in der die akutpalliativmedizinische Versorgung eingestellt wird, ist eine Abrechnung nach den Anlagen 5 und 6 nicht möglich; die Einschreibung des Patienten bleibt jedoch erhalten. Bei Wiederaufnahme der Versorgung können die Leistungen nach den Anlagen 5 und 6 der Vereinbarung (mit Ausnahme der jeweiligen

Ziffer 1 der Anlagen 5 und 6) vom Haus-/Facharzt bzw. vom PKD abgerechnet werden. Der PKD informiert den Haus-/Facharzt über das Einstellen und die Wiederaufnahme der Betreuung.

(3) Für erforderliche Koordinationsleistungen setzt der PKD eine Koordinationskraft mit palliativpflegerischer Qualifikation nach § 5 Abs. 4 ein. Diese übernimmt für die nach Absatz 1 Nrn. 1 bis 4 zu versorgenden Palliativpatienten u.a. folgende Koordinations-/Aufgaben:

- Klärung der Indikation für die Einleitung der palliativmedizinischen Versorgung nach dieser Vereinbarung.
- Überleitung in die ambulante palliativmedizinische Betreuung und Koordination einer fach-/schnittstellengerechten Versorgung des Patienten im häuslichen Umfeld.
- Prüfung der Einbeziehung von zugelassenen Pflegediensten bzw. Palliativpflegediensten unter Berücksichtigung des Stufenschemas nach § 4 Abs. 2, 2. und 3. Spiegelstrich.
- Anleitung und Kontrolle des Einsatzes von Pflegekräften.
- Zeitgerechte Bereitstellung notwendiger Pflegehilfsmitteln.
- soweit notwendig Herstellung des Kontaktes zu weiteren Leistungserbringern (z.B. Physiotherapeuten) oder Professionen (z.B. Seelsorge).
- Bedarfsgerechte Einschaltung eines ambulanten Hospizdienstes.
- Betreuung der Angehörigen und kontinuierliche psychosoziale Versorgung.
- Beratung des Palliativpatienten in sozialen Angelegenheiten wie z.B. die Antragstellung zur Pflegeversicherung.
- Koordination der Überleitung in ein stationäres Hospiz, eine Palliativstation oder ein Krankenhaus nach vorheriger Klärung der Erforderlichkeit.

(4) Der PKD dokumentiert entsprechend Anlage 4a und führt eine Statistik über alle teilnehmenden Patienten mit folgenden Angaben

- Fälle nach § 6 Abs. 1 Nr. 3, differenziert nach
 - o Vollversorgung ohne Pallicare-Verordnung
 - o Vollversorgung mit Pallicare-Verordnung
 - o Vollversorgung mit 24-Std. Präsenzphase

- Betreuungszeitraum in Tagen
- Sterbeort (Wohnung, Pflegeheim, stationäres Hospiz, Krankenhaus)
- Patienten, die länger als 6 Wochen eingeschrieben sind, mit Angabe zur
 - a) Notwendigkeit der weiteren akutpalliativmedizinischen Versorgung
 - b) Zeitpunkt des Einstellens der akutpalliativmedizinischen Versorgung
 - c) Zeitpunkt der Wiederaufnahme der akutpalliativmedizinischen Versorgung

und wertet die Ergebnisse des Feedbackbogens nach Anlage 7 aus. Bei ausschließlich vom PKD betreuten SAPV-Patienten füllt dieser den Feedbackbogen nach Anlage 7 mit den relevanten Angaben aus. Er stellt der KVWL und den Verbänden der Krankenkassen die vollständigen Daten quartalsweise zur Verfügung. Die PKDs legen entsprechend § 7 Abs. 2 Satz 2 eine einheitliche Form der statistischen Aufbereitung der Daten fest und stimmen diese mit den Verbänden der Krankenkassen ab.

§ 7

Regionaler palliativmedizinischer Qualitätszirkel und Qualitätssicherung

- (1) Der PKD bildet zusammen mit den teilnehmenden Haus-/Fachärzten für jeden Planungsbereich einen palliativmedizinischen Qualitätszirkel. Hierin tauschen sich die Teilnehmer regelmäßig über Erfahrungen und Optimierungsmöglichkeiten in der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung aus. Der palliativmedizinische Qualitätszirkel wird von Mitgliedern des PKD geleitet und tritt mindestens einmal im Halbjahr zusammen.
- (2) Inhalt und Ziel der multidisziplinären Qualitätszirkel ist insbesondere die sukzessive Entwicklung von Behandlungsleitlinien bezogen auf die relevantesten Erkrankungsbilder von Palliativ-Patienten mit Beschreibung der Schnittstellen und der Aufgabenverteilung der nach dieser Vereinbarung beteiligten Leistungserbringer u. a. für folgende Schwerpunkte:
 - Schnittstellen/Anlässe zur Einbeziehung eines Palliativarztes des PKD.
 - Schnittstellen/Anlässe zur Einbeziehung von Pflegediensten mit Weiterbildung in Palliativ-Care.
 - Systematischer und abgestufter Einsatz von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

- Kriterien für die Notwendigkeit der Einweisung von Palliativ-Patienten in ein Krankenhaus.
- Kriterien für Kooperationen mit Rettungsdienstleitstellen, um ein fachgerechtes Krisenmanagement für Palliativpatienten mit dem Rettungsdienst abzustimmen und hierdurch Rettungsdiensteinsätze sowie Krankenhausaufnahmen mit Unterstützung des PKDs soweit möglich zu vermeiden.
- Entwicklung von Informations- und Entscheidungshilfen für die Beratung von Palliativpatienten u.a. zum Nutzen von Behandlungsmaßnahmen und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität.

Mindestens einmal jährlich tauschen sich Vertreter der leitenden Palliativärzte der Qualitätszirkel in einer landesweiten Zusammenkunft mit dem Ziel aus, Umsetzungs- bzw. Rahmenempfehlungen für die o.a. Handlungsfelder der Qualitätszirkel aufzustellen und weiterzuentwickeln. Zudem wird die Form der statistischen Aufbereitung im Sinne von § 6 Abs. 4 einheitlich festgelegt. Die KVWL und die Palliativinitiative Westfalen-Lippe organisieren und moderieren diese Zusammenkünfte. Gemeinsam festgelegte Umsetzungs- bzw. Rahmenempfehlungen werden schriftlich niedergelegt und erforderlichenfalls mit den Verbänden der Krankenkassen abgestimmt bzw. im Gemeinsamen Ausschuss nach § 8 beraten. Danach veröffentlicht die KVWL diese in geeigneter Weise.

§ 8 Gemeinsamer Ausschuss

- (1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungskonzeption, Klärung von Auslegungsfragen, Beilegung von Meinungsverschiedenheiten und Erörterung von Vertragsmaßnahmen der Krankenkassen nach § 12 wird ein Gemeinsamer Ausschuss bei der KVWL gebildet.
- (2) Der Gemeinsame Ausschuss wird paritätisch mit Vertretern der KVWL und der Palliativärzte einerseits sowie der Krankenkassen andererseits besetzt. Eine Einberufung erfolgt bei Bedarf durch die KVWL. Die Beratungspunkte sind in einer Tagesordnung zu benennen und einschließlich evtl. erforderlicher Unterlagen den Mitgliedern vierzehn Tage vor dem Sitzungstermin zur Verfügung zu stellen.

- (3) Der Gemeinsame Ausschuss entscheidet mit Ausnahme von Maßnahmen nach § 12 mehrheitlich.

§ 9

Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte und der PKD

Über die teilnehmenden und ausscheidenden Fach-/Hausärzte nach § 3 sowie der Mitglieder der PKD nach § 5 führt die KVWL jeweils getrennt ein Verzeichnis. Sie stellt den Verbänden der Krankenkassen - soweit Änderungen eingetreten sind – nach Abstimmung mit dem PKD die aktuelle Fassung dieser Verzeichnisse in regelmäßigen Abständen in elektronischer Form zur Verfügung.

§ 10

Vergütung

- (1) Die ärztlichen Leistungen werden nach Maßgabe der jeweils gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung und der jeweils geltenden Abrechnungsregelungen von der KVWL vergütet, soweit im Folgenden keine abweichende Regelung getroffen wird. Die Vergütungen nach Absatz 2 werden von den beteiligten Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 85 SGB V gezahlt.
- (2) Für den besonderen Aufwand, der mit der Durchführung dieser Vereinbarung für die teilnehmenden Vertragsärzte entsteht, erhalten
- die teilnehmenden Haus-/Fachärzte eine Vergütung nach Maßgabe der Anlage 5
 - der regionale PKD eine Vergütung nach Maßgabe der Anlage 6.
- (3) Neben den in den Anlagen 5 und 6 genannten Pauschalen ist eine Abrechnung gleicher Leistungsinhalte nach der regionalen Euro-Gebührenordnung und/oder nach Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b oder c SGB V nicht zulässig.

§ 11 Abrechnung

- (1) Die teilnehmenden Vertragsärzte beauftragen die KVWL mit der quartalsweisen Abrechnung der erbrachten Leistungen nach § 10 Abs. 2. Die KVWL stellt diese den Krankenkassen über den KT-Viewer (Ebene 6) gesondert in Rechnung.
- (2) Die KVWL rechnet die Pauschalen nach Anlage 6 Ziffer 1, 5 und 7 im Sinne des § 5 Abs. 2, 2. und 3. Spiegelstrich quartalsweise mit den Trägern der PKDs, im übrigen direkt mit den Palliativärzten des PKD und den Haus-/Fachärzten gegenüber den Krankenkassen ab. Die KVWL vergütet Leistungen nur für die PKDs, bei denen die Strukturanforderungen nach § 5 gegeben sind; sie berücksichtigt dabei etwaige Ausnahmetatbestände nach § 5 Abs. 6. Sie prüft die Abrechnungen der Ärzte und PKDs entsprechend den Anforderungen für die Leistungsabrechnung sachlich und rechnerisch.
- (3) Die KVWL erhebt für die Abrechnung nach § 11 den satzungsgemäßen Verwaltungskostensatz.

§ 12 Vertragsmaßnahmen

- (1) Verstößt ein teilnehmender Haus-/Facharzt, Palliativarzt eines PKD bzw. ein PKD gegen seine Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung können die Krankenkassen gemeinsam folgende Maßnahmen ergreifen:
 - a) Schriftliche Aufforderung an den Arzt/PKD, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten; hierbei kann auf die Möglichkeit weiterer Maßnahmen (vgl. b, c) hingewiesen werden.
 - b) Nichtbezahlung der extrabudgetären Vergütung oder nachträgliche Rückforderung von bereits abgerechneten Vergütungen.
 - c) Sofortige Beendigung der Teilnahme nach §§ 3 oder 5, wenn die eingegangenen Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung trotz einer Aufforderung nach Buchst. a weiterhin nicht eingehalten werden.

Vor Einleitung von Vertragsmaßnahmen ist der Arzt bzw. PKD anzuhören und die Angelegenheit im Gemeinsamen Ausschuss zu erörtern. Über eine Vertragsmaßnahme wird der Arzt oder PKD durch die KVWL schriftlich unter Angabe der Gründe informiert.

- (2) Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie die Verpflichtung zur Wiedergutmachung eines entstandenen Schadens bleiben unberührt.

§ 13 Datenschutz

Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten gelten die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht sowie für die verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit die Vorschriften

- des Bundesdatenschutzgesetzes,
- der landesrechtlichen Regelungen zum Datenschutz (Gesundheitsdatenschutzgesetz NW) und
- die Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung (Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten im Gesundheitswesen)

in der jeweils gültigen Fassung. Zu den im Zusammenhang mit der Durchführung dieser Vereinbarung erhobenen Daten gibt der Patient vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahmeerklärung (Anlage 3) seine freiwillige schriftliche Einwilligung zur Übermittlung und Verwendung dieser Behandlungsdaten ausschließlich zu Zwecken der Durchführung der in dieser Vereinbarung geregelten Versorgungsleistungen ab.

§ 14 Haftung

- (1) Die Haftung richtet sich nach den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Aus dieser Vereinbarung können gegen die Krankenkassen keine haftungsrechtlichen Ansprüche hergeleitet werden. Für den Fall, dass eine Krankenkasse den-

noch haftungsrechtlich in Anspruch genommen wird, stellen die für die Versorgungsaufgaben nach dieser Vereinbarung jeweils zuständigen Beteiligten für von ihnen zu vertretende haftungsbegründende Umstände die Krankenkassen im Innen- und Außenverhältnis von der Haftung frei.

§ 15 Sonstige Bestimmungen

- (1) Die Vertragspartner prüfen gemeinsam, inwieweit die Ziele nach § 1 Abs. 3 erreicht worden sind. Die PKD stellen hierzu die Dokumentationen nach Anlage 4a und die Auswertung der Anlage 7 zur Verfügung. Ferner bereitet die KVWL die GKV-Abrechnungsdaten je PKD auf. Die Krankenkassen werten ergänzend Daten über veranlasste Leistungen und Krankenhausbehandlung aus.
- (2) Für teilnehmende Haus-/Fachärzte bzw. Mitglieder des PKD, die nachweislich aufgrund einer intensiveren Betreuung von Palliativ-Patienten die Toleranzgrenzen der Wirtschaftlichkeitsprüfung überschreiten, stellen die Krankenkassen geeignete Verordnungsdaten zur Verfügung, um ihnen so den Nachweis der sachlichen Notwendigkeit zu erleichtern.
- (3) In begründeten Einzelfällen gewährt der PKD dem MDK WL zu Prüfzwecken Einsicht in die Patientenakten.
- (4) Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden oder die Vereinbarung unvollständig sein, so wird die Vereinbarung in ihren übrigen Inhalten davon nicht berührt. Die unwirksame oder fehlende Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck unwirksamer Bestimmungen in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.

§ 16 Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Die Vereinbarung tritt am 01.07.2011 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Das Recht zur außer-

ordentlichen Kündigung dieser Vereinbarung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

- (2) Haben sich Umstände, die zur Grundlage dieser Vereinbarung geworden sind, insbesondere durch gesetzliche Änderungen verändert oder werden Vergütungen nach dieser Vereinbarung durch Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes berührt, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung dieser Vereinbarung. Falls eine Anpassung nicht möglich ist, besteht ein außerordentliches Kündigungsrecht für die Vertragspartner.

Protokollnotiz zu § 5 Abs. 3:

Nicht ermächtigte Krankenhausärzte, denen nach der Vereinbarung vom 30.04.2010 eine Genehmigung durch die KVWL erteilt wurde, können im Rahmen dieser Vereinbarung an dem betreffenden PKD weiter beteiligt werden.

Bochum, Dortmund, Düsseldorf, Essen, Münster, 02.05.2011

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe

AOK NordWest

.....
Dr. Gerhard Nordmann
2. Vorsitzender des Vorstandes

.....
Martin Litsch
Vorstandsvorsitzender

BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NRW

.....
Lutz Kaiser
Vorsitzender des Vertragsausschusses

BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NRW

.....

Katrin Schuldt
Leiterin der Geschäftsstelle

Vereinigte IKK

.....

Werner Terlohr
Vorstandsvorsitzender

Landwirtschaftliche
Krankenkasse NRW

.....

Heinz-Josef Voß
Direktor

Knappschaft

.....

Rolf Stadié
Direktor

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

.....

Andreas Hustadt
Leiter der vdek-Landesvertretung NRW