Vertrag

zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
- nachfolgend KVWL genannt -

dem

Berufsverband der Palliativmediziner in Westfalen-Lippe e.V.
- handelnd für die **teilnehmenden** PKDs –

und

der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse
- handelnd als Landesverband –

dem BKK-Landesverband NORDWEST
(BKK-LV NW)

- handelnd für die teilnehmenden BKK –

der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

der KNAPPSCHAFT

sowie

den Ersatzkassen

Techniker Krankenkasse (TK) - (VKZ: 12120500011)
BARMER
DAK-Gesundheit
Kaufmännische Krankenkasse KKH
Handelskrankenkasse (hkk)
HEK – Hanseatische Krankenkasse

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

(Vertragskennzeichen 12020561011)

Inhaltsverzeichnis:

Präambel
§ 1 Geltungsbereich der besonderen Versorgung
§ 2 Gegenstand der besonderen Versorgung
§ 3 Ziel der besonderen Versorgung
§ 4 Anspruchsvoraussetzungen für die besondere Versorgung
§ 5 Teilnahme der Versicherten
§ 6 Verordnung SAPV und Genehmigungsverfahren
§ 7 Teilnahmeverfahren für Haus- und Fachärzte
§ 8 Aufgaben der teilnehmenden Haus- und Fachärzte
§ 9 Strukturqualität des PKD
§ 10 Teilnahmeverfahren des PKD
§ 11 Aufgaben des PKD
§ 12 Regionale palliativmedizinische Fortbildungsveranstaltungen
§ 13 Verordnungen von (veranlassten) Leistungen, sowie sonstige Bestimmungen
§ 14 Aufgaben der KVWL
§ 15 Aufgaben der Krankenkasse
§ 16 Grundsätze der Abrechnung
§ 17 Abrechnung zwischen dem Arzt/QPA/PKD und der KVWL
§ 18 Abrechnung zwischen der KVWL und den Krankenkassen
§ 19 Vergütung
§ 20 Zielerreichung (Konzept) / Statistik
§ 21 Maßnahmen bei Vertragsverletzung
§ 22 Beitritt von weiteren Krankenkassen
§ 23 Datenschutz
§ 24 Vertragsänderungen
§ 25 Haftung
§ 26 Compliance und Antikorruption
§ 27 Salvatorische Klausel
§ 28 Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

Anlagenverzeichnis:

Anlage 1 Teilnahmeerklärung für Hausärzte/Fachärzte
Anlage 2 Teilnahmeerklärung als palliativmedizinischer Konsiliardienst (PKD)
Anlage 3 Teilnahmeerklärung des Versicherten und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung
Anlage 3a Stammdatenblatt
Anlage 3b Versicherteninformation
Anlage 4 Ergebnisbericht zur Indikationseinschätzung (Erst-/Folge-Assessment)
Anlage 4a Mitteilung über die Beendigung der SAPV
Anlage 5 Palliativdokumentation – Statistik
Anlage 6 Vergütung der teilnehmenden Haus- und Fachärzte
Anlage 7 Vergütung der besonderen spezialisierten Versorgung durch den PKD und den QPA des PKD
Anlage 8 Technische Anlage
Anlage 9 Muster Teilnehmerverzeichnis Hausärzte/Fachärzte
Anlage 10 Muster Teilnehmerverzeichnis PKD
Anlage 11a Beitrittserklärung Krankenkassen
Anlage 11b Beitrittserklärung BKK
Anlage 12 Liste der vertragsbeteiligten Krankenkassen
Anlage 13 Korrespondenzstellen der vertragsbeteiligten Krankenkassen
Anlage 14 Feedback-Bogen
Anlage 15 Behandlungspfad
Anlage 16 Informationsfluss/ Kommunikation unter den Vertragspartnern
Anlage 17 Muster Kooperationsvertrag

Die Vertragspartner behalten sich die Änderung der Anlagen sowie den Abschluss weiterer Anlagen durch Austausch des Anlagenverzeichnisses vor.

. . .

Präambel

Unheilbar erkrankte Menschen wünschen oftmals nicht in der teilweise als anonym erlebten Umgebung eines Krankenhauses zu sterben, sondern in eigener häuslicher oder anderweitig selbstgewählter Umgebung. Die Vertragspartner stimmen in der Einschätzung überein, dass die Voraussetzungen für ein Sterben zuhause durch zielgerichtetes Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten, qualifizierten Palliativärzten (QPA), palliativmedizinischen Konsiliardiensten (PKD) sowie Pflegediensten noch weiter verbessert werden können. Mit diesem Vertrag der besonderen ärztlichen Versorgung gemäß § 140a Abs. 1 SGB V setzen die Partner im Rahmen der Gesamtversorgung die gesetzlichen Regelungen des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) unter Berücksichtigung der Bundesrahmenvereinbarung BRV-SAPV und des § 132d Abs. 3 SGB V um. Die in der Region Westfalen-Lippe geschaffenen und seit Jahren etablierten Versorgungsstrukturen wurden weiterentwickelt und der aktuellen Rechtsgrundlage angepasst. Diese beinhalten neben der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im Sinne des § 37 b SGB V auch die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV). Das Angebot der besonderen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung (APV) nach diesem Vertrag wird durch bereits bestehende Verträge nach § 132a SGB V für Palliativpflegedienste sinnvoll und bedarfsgerecht ergänzt.

Der aktuelle Umsetzungsstand der Telematikinfrastruktur bedingt, dass ein flächendeckender Einsatz digitaler Übertragungswege ab Beginn der Laufzeit dieses Vertrages nicht möglich ist. Die Vertragspartner bewerten regelhaft den Umsetzungsstand mit dem Ziel, so zeitnah wie möglich sämtliche Übermittlungen nach diesem Vertrag rein digital zu gestalten.

§ 1
Geltungsbereich der besonderen Versorgung

Dieser Vertrag gilt für Haus-/Fachärzte, die nach § 7 dieses Vertrages teilnehmen, für die PKD nach § 10 und für die vertragsschließenden und beigetretenen Krankenkassen sowie deren Versicherte [1] [2].

§ 2
Gegenstand der besonderen Versorgung

Gegenstand des Vertrages ist die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung unheilbar kranker Menschen in der letzten Phase ihres Lebens. Durch diesen Vertrag werden eine kooperative, integrative palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung sowie die Vergütung für vertraglich erbrachte palliativmedizinische Leistungen geregelt. Der behandelnde Vertragsarzt übernimmt dabei grundsätzlich eine zentrale Rolle in seiner Funktion als koordinierender Haus-/Facharzt. Sofern eine ambulante spezialisierte palliativmedizinische Versorgung geboten ist, übernimmt der PKD nach § 10 die zentrale Funktion als Koordinator und Versorger.

. . .

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem Vertrag Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jeweils Personen des weiblichen und männlichen Geschlechts sowie Personen des Geschlechts „divers“ gleichermaßen.

[2] Wird in diesem Vertrag von „Versicherten“ gesprochen, sind die an diesem Vertrag teilnehmenden Versicherten gemeint.

§ 3
Ziel der besonderen Versorgung

(1) Ziel des Vertrages ist es, eine ambulante medizinische und palliativpflegerische Versorgung unheilbar erkrankter Patienten in der letzten Phase ihres Lebens in häuslicher oder anderweitig selbstgewählter Umgebung, wie z.B. Alten- und Pflegeeinrichtungen, umfassend zu sichern, ihre Lebensqualität unter Berücksichtigung des Krankheitsstadiums zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Sterben zu Hause zu ermöglichen. Weiteres Ziel ist die Vermeidung medizinisch nicht indizierter Interventionen und nicht notwendiger Krankenhausaufnahmen der zu versorgenden Patienten im Interesse einer Steigerung der Ergebnisqualität. Zur Erreichung dieser Ziele werden in Westfalen-Lippe im Rahmen einer optimierten Vernetzung und durch eine intensive Zusammenarbeit mit allen an der Versorgung beteiligten Kooperationspartnern die in der Vergangenheit bereits erfolgreich strukturierten Behandlungsabläufe umgesetzt. Die im Rahmen des Vertrages tätigen Ärzte/QPA/PKD sind berechtigt, die relevanten Behandlungsbefunde und Behandlungsdaten – im Sinne einer multiprofessionellen Behandlung – von einem anderen am Behandlungsprozess teilnehmenden Leistungserbringer abzurufen/anzufordern und einzusehen. Es werden, Instrumente und Indikatoren zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung nachhaltig entwickelt. Durch diese miteinander verzahnte interdisziplinäre Versorgungsstruktur wird die Palliativversorgung qualitativ verbessert und darüber hinaus wirtschaftlicher erbracht.

(2) Dieser Vertrag beinhaltet darüber hinaus die palliativmedizinische Versorgung von Patienten, die in einem stationären Hospiz versorgt werden. Hospizpatienten, die vom PKD betreut werden, können ebenfalls gemäß § 5 an dieser besonderen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung teilnehmen. Koordinierende Aufgaben sowie pflegerische Maßnahmen für Hospizpatienten werden im Rahmen der stationären Versorgung durch das Hospizpersonal übernommen und sind nicht Bestandteil dieses Vertrags.

§ 4
Anspruchsvoraussetzungen für die besondere Versorgung

(1) Anspruch auf Leistungen nach diesem Vertrag haben Palliativpatienten.
Palliativpatienten im Rahmen dieser besonderen Versorgung sind Patienten,

- die an einer unheilbaren progredienten Krankheit leiden, die so weit fortgeschritten ist, dass in der Regel lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von wenigen Tagen, Wochen oder Monate besteht,
- die an den körperlichen Symptomen dieser Erkrankung und den mit ihr einhergehenden psychosozialen und spirituellen Problemen leiden,
- bei denen kurative Behandlungen im Sinne des Patienten nicht mehr indiziert sind,
- bei denen eine ambulante Palliativversorgung im selbstgewählten Umfeld möglich und gewünscht ist.

(2) Für Patienten, die zu Hause, in Pflegeheimen oder in stationären Hospizen wegen gestörter oder ausgefallener Organfunktionen intensivpflegerisch versorgt werden (u.a. Dauerbeatmungspatienten) sind die Anforderungen einer palliativmedizinischen Versorgung im vorgenannten Sinne nicht gleichzeitig bei Einleitung intensivpflegerischer Maßnahmen bzw. für den gesamten Zeitraum gegeben. Sie treten erst ein, wenn sich der Gesundheitszustand tatsächlich so verschlechtert, dass im Sinne der o. g. Kriterien eine Lebenserwartung von in der Regel wenigen Tagen, Wochen oder Monate wahrscheinlich ist. Die medizinische Indikation für eine palliativmedizinische Versorgung ist gegeben, wenn Therapiebegrenzungen von den Patienten oder deren Bevollmächtigten, gesetzlichen Vertretern oder Ehepartnern/Lebenspartnern gewünscht bzw. verlangt werden.

(3) Die ambulante spezialisierte Palliativversorgung dient Palliativpatienten, die einer besonders betreuungsintensiven Versorgung, insbesondere auf Grundlage der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ bedürfen. Der Anspruch auf APV - bestehend aus AAPV und SAPV – leitet sich aus § 37 Abs. 2b SGB V und § 37b SGB V ab. Im Rahmen dieser besonderen Versorgung wird die APV in Westfalen-Lippe durch ein einheitliches Rahmenkonzept umgesetzt, bei der ambulante Leistungserbringer der palliativen Regelversorgung mit den PKD unter Einbindung weiterer Kooperationspartner sowie des Ehrenamtes interdisziplinär eng miteinander verzahnt werden und insbesondere an Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung effizient und nachhaltig zusammenarbeiten.

(4) Die Anspruchsvoraussetzungen für die SAPV basieren auf der jeweils gültigen SAPV-Richtlinie des G-BA. Die SAPV gemäß § 37b SGB V 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/psychosoziale Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzerierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik
- sonstiges komplexes Symptomgeschehen wie z. B.
  - terminale Zustände mit hoher Symptomlast
  - existenzielles Leid

§ 5
Teilnahme der Versicherten

(1) Teilnahmeberechtigt sind ausschließlich Versicherte der vertragsschließenden und beigetretenen Krankenkassen und Anspruchsberechtigte nach § 264 SGB V (hiervon ausgenommen ist die besondere Personengruppe mit Statusmerkmal 9) unabhängig von deren Wohnort, die die Anspruchsvoraussetzungen für die besondere Versorgung gemäß § 4 erfüllen.

. . .

(2) Eine Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn einer der folgenden Ausschlussgründe vorliegt:

a. Ungeklärtes oder fehlendes Versicherungsverhältnis bei der Krankenkasse;

b. Fehlende Angaben auf der Teilnahme- und Einverständniserklärung (z.B. Fehlende Unterschrift des Versicherten, ihres Bevollmächtigten, gesetzlichen Vertreters oder Ehepartners/Lebenspartners);

c. Kein Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Krankenkasse.

(3) Die Teilnahme der Versicherten an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig. Die Versicherten, ihre Bevollmächtigten, gesetzliche Vertreter oder Ehepartner/Lebenspartner erklären die freiwillige Teilnahme an dieser besonderen Versorgung durch eine schriftliche Teilnahmeerklärung in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die Versicherten binden sich mit ihrer Teilnahme für 12 Monate an dieser besonderen Versorgung.

(4) Die Teilnahmeerklärung und die Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung (Anlage 3) regeln zusammen mit der Versicherteninformation (Anlage 3b) das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahme, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, zur Abrechnung sowie ggf. eine Information über den Austausch von Teilnehmerlisten für Abrechnungszwecke zwischen der KVWL und den Krankenkassen.

(5) Redaktionelle Anpassungen der Teilnahmeformulare (Anlagen 3 bis 3b) können durch Austausch der Anlagen zwischen den Vertragspartnern vorgenommen werden, ohne dass es hierzu einer Änderungsvereinbarung oder Protokollnotiz bedarf.

(6) Die Versorgung nach diesem Vertrag beginnt mit der Unterzeichnung und Übergabe der Teilnahmeerklärung und der Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung (Anlage 3) an den teilnehmenden Haus-/Facharzt, sofern die Bestätigung nach Anlage 3a durch einen QPA des PKD vorliegt, bzw. den QPA des PKD. Das Nähere regelt § 8.

(7) Versicherte haben das Recht, ihre Teilnahme am Vertrag ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung zu widerrufen. Der Widerruf ist schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse zu erklären. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Während der Bindung kann der Versicherte seine Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund beenden. Ein solcher liegt vor, wenn dem Versicherten eine Teilnahme bis zum Ablauf der zeitlichen Bindung nicht zugemutet werden kann. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn

- das Vertrauensverhältnis zum teilnehmenden Arzt nachhaltig gestört ist.
- der Versicherte z. B. wegen eines Umzugs keine Möglichkeit hat, die Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer wahrzunehmen.

Die Krankenkasse informiert den teilnehmenden Haus-/Facharzt, den PKD sowie die KVWL unverzüglich schriftlich über den Widerruf bzw. die Beendigung der Teilnahme. Im Falle eines fristgerechten Widerrufs bzw. bis zur Beendigung der Teilnahme werden die vom Haus-/Facharzt/QPA/PKD bis zum Vorliegen der schriftlichen Information erbrachten Leistungen von der Krankenkasse vergütet.

...

(8) Die Teilnahme eines Versicherten endet:

a. Mit dem Tod.
b. Mit Kündigung aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung. Ein wichtiger Grund kann z. B. in einem Wohnortwechsel des Versicherten bestehen, wenn dadurch die Inanspruchnahme der an dieser besonderen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer aufgrund der räumlichen Entfernung nicht mehr zumutbar ist.
c. Mit Vertragsende.
d. Mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses bei der Krankenkasse oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V.
e. Bei Widerruf der Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke.
f. mit dem Austritt der teilnehmenden / beigetretenen Krankenkasse aus diesem Vertrag.

Die Krankenkasse informiert den gewählten Haus-/Facharzt/PKD sowie die KVWL über eine Kündigung, Beendigung des Leistungsanspruchs oder Widerrufs nach den Buchstaben b bis f.

§ 6
Verordnung SAPV und Genehmigungsverfahren

(1) Für die Inanspruchnahme der SAPV **(ausschließlich bei Vollversorgung)** ist die Verordnung über das Muster 63 erforderlich. Grundsätzlich erfolgt die Verordnung durch den teilnehmenden Haus-/ Facharzt, im Bedarfsfall (z.B. Krankenhausentlassung/-überleitung, Akutfälle) auch durch den QPA.

(2) Wird das Muster 63 durch den teilnehmenden Haus-/Facharzt ausgestellt, ist dieses – vorab per Fax - an den zuständigen PKD zu übermitteln. Für das Ausstellen der Verordnung nach Muster 63 sind die Gebührenordnungspositionen 01425/01426 des EBM abrechnungs- und vergütungsfähig.

(3) Der PKD beantragt die SAPV bei der zuständigen Krankenkasse und übermittelt per Fax spätestens an dem Dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag das Muster 63 an die Korrespondenzstelle der zuständigen Krankenkasse nach Anlage 13. Das Muster 63 ist durch den Versicherten zu unterschreiben. Kann die Unterschrift durch den Versicherten, Bevollmächtigten, gesetzlichen Vertreter bzw. Ehepartner/Lebenspartner nicht bzw. nicht fristgerecht erbracht werden, bleibt das Unterschriftenfeld auf dem Muster 63 frei. Der PKD gibt dort oder auf einer Anlage zur Verordnung die Gründe hierfür an.

(4) Die Durchführung der verordneten SAPV steht unter dem Genehmigungsvorbehalt der versichernden Krankenkassen. Die versichernde Krankenkasse kann die Voraussetzungen der SAPV in begründeten Einzelfällen durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen. Eine Leistungserbringung ist ab dem Zeitpunkt möglich, zu dem die Verordnung ausgestellt wurde. Sofern nach Ablauf von drei Wochen nach Eingang des Musters 63 bei der Krankenkasse keine anderslautende Information vorliegt, gilt die Leistung der SAPV als genehmigt. Sofern die Genehmigung der Leistung abgelehnt wird, können alle bis zu diesem Zeitpunkt bereits erbrachten Leistungen nach diesem Vertrag abgerechnet werden. Die Zustellung des Ablehnungsbescheides gilt mit dem Tag des Eingangs beim PKD, spätestens drei Tage nach Versand. Die Frist verlängert sich bei einem Sonn- bzw. Feiertag auf den nächsten Werktag.

(5) Mit der Verordnung der SAPV führt der PKD innerhalb von drei Arbeitstagen ein Erst-/Folge-Assessment nach Anlage 4 durch. Dieses ist ebenfalls per Fax an die zuständige Korrespondenzstelle der Krankenkasse (Anlage 13) zu übermitteln. Liegt dies der zuständigen Krankenkasse nicht innerhalb von 7 Arbeitstagen neben dem Muster 63 vor, endet die Kostenzusage der Krankenkasse vorläufig bis zur Vorlage des Ergebnisses des Erst-/Folge-Assessments.

§ 7
Teilnahmeverfahren für Haus- und Fachärzte

(1) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KVWL zugelassenen und ermächtigten Haus- und Fachärzte (im Folgenden Arzt/Ärzte) sowie in einem MVZ oder bei einem teilnehmenden Arzt angestellte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie Ärzte, die aufgrund einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Zweigniederlassung oder einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft berechtigt sind, im Bereich der KVWL Leistungen zu erbringen und abzurechnen.

(2) Die Teilnahme ist schriftlich bei der KVWL durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung (Anlage 1) zu beantragen. Durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der nach Abs. 1 teilnahmeberechtigte Arzt mit einem PKD im gleichen bzw. angrenzenden Versorgungsbereich nach den vertraglichen Bestimmungen zu kooperieren und folgende Teilnahmevoraussetzungen zu erfüllen:

- Erfüllung der Vertragsinhalte zur Wahrnehmung der in diesem Vertrag beschriebenen Aufgaben (u. a. § 8).

- Teilnahme mindestens einmal jährlich an einer von einer Ärztekammer zertifizierten Fortbildungsveranstaltung mit themenbezogenen Inhalten zur Förderung der Umsetzung dieser besonderen Versorgung (z. B. Schmerz, Ethik, Wunde, Geriatrie, Gesprächsführung). Die Teilnahme ist der KVWL alle fünf Jahre, beginnend mit dem Ablauf des Jahres, in dem der Arzt die Teilnahme an diesem Vertrag erklärt hat, nachzuweisen.

(3) Die KVWL überprüft die initialen Teilnahmevoraussetzungen. Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KVWL dem Arzt die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag (Anlage 6).

. . .

(4) Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Anlage 1.

(5) Der Arzt verpflichtet sich, Änderungen im Hinblick auf seinen Teilnahmestatus, die Einhaltung der rechtlichen Voraussetzungen seiner Vertragsarztzulassung sowie seiner gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten unaufgefordert und unverzüglich der KVWL mitzuteilen.

(6) Der Arzt kann seine Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich mit einer Frist von sechs Wochen zum Kalenderquartalsende gegenüber der KVWL kündigen; er informiert darüber zeitgleich den PKD.

(7) Die Teilnahme eines Arztes endet:

- Mit Ende oder Wegfall seiner Zulassung, Ermächtigung oder Approbation.
- Sofern die Fortbildungsnachweise nach Abs. 2 nicht bis zum 15.02. nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums nachgewiesen wurden.
- Mit Vertragsende. Die Ärzte erhalten hierüber rechtzeitig eine Information der KVWL

(8) Die KVWL ist berechtigt, die Teilnahme des Arztes an dem Vertrag aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung zu beenden bzw. die Genehmigung nach Abs. 3 zu widerrufen. Es gelten § 13 und § 21.

(9) Der Arzt stimmt der Übermittlung seiner Kontaktdaten (Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer, Faxnummer, KIM-Adresse, LANR und BSNR) in einem Teilnehmerverzeichnis durch die KVWL an die Krankenkassen und die PKD sowie der Veröffentlichung dieses Verzeichnisses auf der Homepage der Krankenkassen und der KVWL zum Zwecke der Versicherteninformation zu.

§ 8
Aufgaben der teilnehmenden Haus- und Fachärzte

(1) Der Arzt prüft, welcher Versicherte die Teilnahmevoraussetzungen nach den §§ 4 und 5 erfüllt, berät den Patienten umfassend über die Inhalte und den Ablauf dieser besonderen Versorgung und händigt die Versicherteninformation (Anlage 3b) und die Teilnahme- und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung (Anlage 3) aus. Der Arzt übermittelt die unterzeichnete Anlage 3 in Kopie und das Stammdatenblatt (Anlage 3a) an den zugehörigen PKD. Mit seiner Unterschrift auf der Anlage 3 bestätigt der Arzt, dass ein QPA des PKD ihm bestätigt hat (durch ein empfohlenes Ersttelefonat oder Rücksendung der vom QPA unterschriebenen Anlage 3a), dass die Teilnahmevoraussetzungen des Patienten an dieser besonderen Versorgung erfüllt sind und welche Versorgungsform aktuell angezeigt ist. Das Original der sowohl vom Arzt als auch durch den Versicherten, dessen Bevollmächtigten, gesetzlichen Vertreter oder Ehepartner/Lebenspartner unterzeichneten Anlage 3 ist dann umgehend an die KVWL zu übersenden.

. . .

(2) Der Arzt übernimmt grundsätzlich, als der vom Palliativpatienten gewählte Arzt, die Behandlung des Patienten, koordiniert – sofern erforderlich – die Einbeziehung weiterer Leistungserbringer im Rahmen des vorliegenden Vertrages und erbringt die in Abs. 3 und in der Anlage 6 angeführten Leistungen. Der Arzt überprüft die Teilnahmevoraussetzungen des Palliativpatienten auch für den Fall, dass er die Versorgung nicht selbst übernimmt, da er z. B. eine sofortige Versorgung durch den PKD für angezeigt hält. Die Prüfung der Teilnahmevoraussetzung kann ebenfalls durch einen QPA des jeweiligen PKD initiiert und durchgeführt werden.

(3) Der Arzt übernimmt folgende Aufgaben:

(a) Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen und erforderlichenfalls gemeinsame Abstimmung der Betreuungsschritte mit dem zugeordneten PKD zur Behandlungsplanung

(b) Einstellung und/oder Beratung zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle

(c) Beratung zur künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsgabe in der letzten Lebensphase

(d) Beurteilung und Einleitung einer palliativmedizinischen Wundbehandlung

(e) Grundsätzlich telefonische Rückkopplung mit den QPA des PKD vor einer stationären Einweisung aufgrund einer palliativmedizinischen Krisensituation

(f) Betreuung und Beratung des Palliativpatienten sowie dessen Angehörigen

(g) Information des Palliativpatienten und seiner Zugehörigen über seine Erreichbarkeit in sprechstundenfreien Zeiten, insbesondere an Wochenenden oder Feiertagen und über die Zuständigkeit und Erreichbarkeit inkl. der Kontaktdaten des PKD

(h) Verordnung der SAPV über Muster 63 (ausschließlich bei Vollversorgung, sofern die Versorgung im Rahmen der AAPV bzw. der additiv unterstützenden Teilversorgung nicht oder nicht mehr gewährleistet ist.

(i) Information an die zuständige Krankenkasse bei Wechsel des Behandlungsumfangs,

(j) Ausfüllen des Feedback-Bogens (Anlage 14) am Ende der Behandlung nach diesem Vertrag und Übermittlung an den zuständigen PKD

§ 9
Strukturqualität des PKD

(1) Jeder teilnehmende PKD verpflichtet sich, die in seinem Versorgungsbereich im Vertrag teilnehmenden Patienten nach diesem Vertrag zu behandeln. Die Vertragspartner unterstützen eine flächendeckende Versorgung.

. . .

(2) Träger des PKD ist eine natürliche oder juristische Person oder eine Personengesellschaft. Mitglieder/Gesellschafter des Trägers können nur die teilnehmenden Palliativärzte sein. Diese bestimmen die innere Struktur des Trägers und dessen Vertretung. Verwiesen wird insbesondere auf § 29 Abs. 2 Heilberufsgesetz NRW.

(3) Die Mehrheit der Gesellschafter eines PKD müssen niedergelassene Ärzte oder für den PKD selbstständig tätige Nicht-Vertragsärzte sein. Ein vom PKD angestellter Arzt kann nicht Gesellschafter dieses PKD sein.

(4) Aufgaben des Trägers sind insbesondere:

- Sicherstellung einer fachgerechten Besetzung des PKD im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen und Nachweisführung gegenüber der KVWL

- Abrechnung palliativmedizinischer Leistungen gegenüber der KVWL nach Anlage 7 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 Mitgliedern/Gesellschaftern des PKD gefassten Beschlüssen. Hierzu benennt der PKD der KVWL einen verantwortlichen PKD-Leiter.

(5) An einem PKD können sich an der ambulanten Versorgung in Westfalen-Lippe teilnehmende Haus- und Fachärzte beteiligen, soweit sie die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen. Für einen Versorgungsbereich bilden mindestens vier QPA (palliativmedizinisch qualifizierte Ärzte) mit 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. 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 absehbarer Zeit ab. Allen Ärzten, die die Weiterbildung nach Satz 2 erfüllen, kann 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. Für weitergebildete Ärzte, die nicht in einem PKD nach Absatz 2 organisiert sind, scheidet eine Abrechnung nach Anlage 7 aus.

(6) Gemäß §140a Abs. 3 Satz 2 können nicht ermächtigte Krankenhausärzte und weitere nicht vertragsarztrechtlich tätige Ärzte, denen nach der Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld vom 18.06.2013, zuletzt geändert am 26.09.2017, eine Genehmigung durch die KVWL erteilt wurde, im Rahmen dieser Vereinbarung an dem betreffenden PKD weiter beteiligt werden. Ferner können weitere Ärzte an einem PKD beteiligt werden, wenn Sie die Anforderungen dieses Vertrages erfüllen und die Vertragspartner dem einvernehmlich zustimmen. Der PKD-Leiter beantragt hierzu die Überprüfung bei der KVWL. Mit der einvernehmlichen Zustimmung durch die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe, vergibt die KVWL, sofern erforderlich, eine LANR und eine Pseudo-Abrechnungsnummer.

(7) Jeder PKD beschäftigt mindestens eine Koordinationskraft. Diese muss den Abschluss einer Palliativ-Care-Weiterbildung im Umfang von zurzeit 160 Stunden sowie in der Regel eine mehrjährige Tätigkeit als Pflegefachkraft, Altenpflegefachkraft oder MFA nachweisen. Die Anzahl der Koordinationskräfte richtet sich nach den im Quartal neu eingeschriebenen GKV-Patienten im ambulanten Bereich (ohne Hospiz). Eine Aufstockung erfolgt, wenn in drei aufeinander folgenden Quartalen die Patientenzahlen wie folgt steigen:

a. Ab über 75 im Quartal neu eingeschriebene Patienten mindestens zweieinhalb Vollzeitstellen (als Vollzeitstelle gilt mind. 30 Arbeitsstunden/Woche),

b. ab über 125 im Quartal neu eingeschriebenen Patienten mindestens drei Vollzeitstellen,

c. ab über 175 im Quartal neu eingeschriebenen Patienten mindestens dreieinhalb Vollzeitstellen,

d. ab über 225 im Quartal neu eingeschriebenen Patienten mindestens vier Vollzeitstellen.

e. Die anpassungsrelevante Patientenzahl muss über eine Mindestdauer von drei aufeinanderfolgenden Folgequartalen überschritten werden.

(8) Notwendige Anpassungen der vorzuhaltenden Koordinatorenstellen sind innerhalb von vier Quartalen vorzunehmen. Die Anpassungspflicht besteht nicht, wenn nach der Überschreitung innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Quartalen die anpassungsrelevante Patientenzahl wieder unterschritten wird. Bei Zusammensetzung des PKD durch mehrere regionale palliativmedizinische Untergliederungen ist eine sachgerechte Aufgabenverteilung der koordinierenden Pflegefachkräfte für alle Untergliederungen festzulegen. Der KVWL ist einmal jährlich jeweils zum 31.10. die aktuelle personelle Ausstattung des PKD mitzuteilen. Die KVWL prüft daraufhin, ob eine fachgerechte Besetzung in Bezug auf die betreute Patientenzahl weiterhin gegeben ist und informiert die Krankenkassen über das Ergebnis.

(9) Die Anforderungen der notwendigen Voraussetzungen der im PKD eingesetzten Koordinationskräfte werden von der KVWL geprüft. Sollten diese personellen Voraussetzungen übergangsweise nicht erfüllt werden, ist der KVWL eine entsprechende Mitteilung zu machen. Die Tätigkeit in einem PKD entspricht dabei der Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Palliativversorgung. Abs. 8 gilt entsprechend.

...

§ 10
Teilnahmeverfahren des PKD

(1) Teilnahmeberechtigt sind PKD, die die personellen und strukturellen Voraussetzungen des § 9 erfüllen. Die Palliativmediziner beantragen die Teilnahme als PKD mit Nachweis der jeweiligen Qualifikationen und dem Nachweis der Beschäftigung einer bzw. der qualifizierten Koordinationskraft/-kräfte schriftlich gegenüber der KVWL mit der Anlage 2. Dem Antrag fügt der PKD ein schriftliches Versorgungskonzept mit den Mindestinhalten nach Absatz 2 bei. Zudem weist er seine Kooperationsverträge mit den Palliativpflegediensten gemäß Anlage 17 nach. Ein Vergütungsanspruch des PKD auf der Grundlage dieses Vertrages (Anlage 7) sowie ein Vergütungsanspruch des QPA (Anlage 7) ist nur und erst dann gegeben, wenn die KVWL das vorgelegte Versorgungskonzept genehmigt und bei Vorliegen aller weiteren Voraussetzungen dem PKD und den QPA die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag erteilt. Der QPA erhält in diesem Fall ebenfalls die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen nach Anlage 6. Mit der Genehmigung erhält der jeweilige PKD von der KVWL eine eigene Abrechnungsnummer.

(2) Das Versorgungskonzept ist anzupassen, wenn sich wesentliche Änderungen in den Prozessabläufen ergeben. Das genehmigungspflichtige Versorgungskonzept hat folgende Mindestangaben zu beinhalten:

(a) Sitz des PKD (Standort) sowie Form der Trägerschaft (Rechtsform)

(b) Kontaktdaten und Darstellung der Erreichbarkeit für die Öffentlichkeit

(c) Organisationsstruktur (Mitglieder, Sicherstellung der 24-Stunden Rufbereitschaft an jedem Tag)

(d) Geographische Zuständigkeit des PKD (Versorgungsgebiet)

(e) Strukturqualität, wie personelle Ausstattung inkl. der Festlegung jeweiliger Verantwortungsbereiche, Anstellungsverhältnisse und Qualifikationsnachweise bzgl. des Personals, Honorarverträge, Fort- und Weiterbildungskonzepte, sachliche Ausstattung inkl. Mietvertrag über Räumlichkeiten, Dienstfahrzeug, Arzt-/Pflegekoffer/Bereitschaftstasche, Patientendokumentation, Patientenmappe, Arzneimittel für Notfall-/Krisenintervention

(f) Kooperationsstrukturen insbesondere mit betreuenden Hausärzten/Fachärzten, Apotheken, Hospizdiensten, Pflegeheimen und Pflegediensten, Ehrenamtliche

(g) Prozessabläufe inkl. Organisation der Kommunikations- und Kontaktstrukturen (Einschreibeverfahren, routinemäßige Kontakte zur Symptomkontrolle, Patientenmappe, Ersttelefonate mit Hausärzten nach Einschreibung, Erstbesuche mit Erstassessment durch Koordinatoren oder QPA, Routinetelefonate

(h) Qualitätssicherungsmaßnahmen (Fallbesprechungen, Teamsitzungen, Gesellschaftersitzungen, QM- Handbuch, Treffen mit Pflegediensten)

(i) Haftungskonzept

(3) Ein PKD bzw. ein QPA des PKD kann seine Teilnahme an diesem Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderhalbjahrs gegenüber der KVWL kündigen. Die KVWL informiert hierüber umgehend die beteiligten Krankenkassen.

(4) Sobald ein PKD erkennt, dass die nach § 9 erforderlichen Mindeststrukturvoraussetzungen künftig nicht eingehalten werden können, hat der PKD die KVWL hierüber zu informieren. Die Information erfolgt unmittelbar, wenn die Mindeststrukturvoraussetzungen tatsächlich nicht mehr eingehalten werden. Im Fall einer erwarteten nur temporären Nichteinhaltung der Mindeststrukturvoraussetzungen ist die erforderliche Anzahl an QPA bzw. an Koordinationskräften innerhalb von vier Quartalen durch fachgerechte Nachbesetzungen herzustellen. Übergangsweise können hierfür auch QPA aus einem anderen Versorgungsbereich eingesetzt werden. Fachgerechte Nachbesetzungen sind entsprechend der KVWL anzuzeigen. Die KVWL informiert die vertragsschließenden Krankenkassen(verbände). Im Anschluss stimmen die Vertragspartner kurzfristig ab, ob für die Dauer von maximal einem halben Jahr geringere Anforderungen an die Tätigkeit und die Teilnahme des PKD akzeptiert werden. Die KVWL informiert umgehend den anzeigenden PKD über das Abstimmungsergebnis und die sich daraus ggf. ergebenden Folgen. Sofern die – von den Vertragspartnern akzeptierte – Unterschreitung der Mindeststrukturvoraussetzungen nicht behoben werden kann bzw. konnte, ist die Genehmigung zur Teilnahme des PKD an diesem Vertrag grundsätzlich durch die KVWL zu beenden bzw. zu widerrufen.

§ 11
Aufgaben des PKD

(1) Der PKD wird auf Anforderung des Haus-/ Facharztes zur Ein-/Überleitung (in) eine AAPV/SAPV dieser besonderen Versorgung tätig. Im begründeten Einzelfall kann der PKD auch auf Initiative eines Krankenhausarztes unter Berücksichtigung des Entlassmanagements die Versorgung übernehmen. Der PKD führt regelmäßig Team- und Fallbesprechungen durch.

(2) Der PKD bzw. der ihm angehörende QPA übernimmt folgende Aufgaben im Rahmen von Koordination, Beratung, additiver Teilversorgung oder Vollversorgung:

(a) Beratung der teilnehmenden Arzt/Ärzte und ggf. Abstimmung einzuleitender Maßnahmen im Rahmen einer Behandlungsplanung nach § 8 Abs. 3 sowie Vermittlung palliativmedizinischer Kenntnisse und zum Einsatz von Pflegekräften und bei Bedarf die Ausstellung des Muster 63. Die Beratung kann bei Vorliegen aller relevanten Angaben/Unterlagen über den Zustand des teilnehmenden Versicherten auch telefonisch erfolgen.

(b) Palliativmedizinische Mitbehandlung zur Unterstützung des Haus-/Facharztes sowie ggf. persönliche Aufklärung und Anleitung von Palliativpatienten, deren Zugehörigen sowie einbezogenen Pflegediensten (Teilversorgung).

(c) Vollständige Übernahme der palliativmedizinischen Versorgung (SAPV) und Koordination in Abstimmung mit dem Haus-/Facharzt und Einwilligung des Palliativpatienten, wenn die anderweitigen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten auch unter Einbeziehung von Beratung, Koordination und unterstützender Teilversorgung nicht mehr ausreichen.

. . .

(d) Die Vollversorgung wird nach Bedarf intermittierend oder durchgängig erbracht; nähere Einzelheiten zur Abrechnungsfähigkeit sind in der Anlage 7 geregelt. Die Übernahme der Vollversorgung im Rahmen der SAPV dokumentiert der PKD nach § 6. Die Aufgaben nach § 8 gelten entsprechend.

(e) Palliativmedizinische Versorgung von Patienten, die in einem stationären Hospiz versorgt werden, soweit vom behandelnden Haus-/Facharzt nicht beherrschbare Problemlagen vorliegen und dieser eine Versorgung durch den Palliativarzt des PKD befürwortet.

(f) Der PKD ist verpflichtet bei der Erbringung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung mit den für die ambulante palliativpflegerische Versorgung zugelassenen Pflegediensten seines Versorgungsbereiches zu kooperieren, sofern diese Pflegedienste über eine vertragliche Regelung gemäß § 132a SGB V verfügen. Die Pflegefachkräfte dieser Pflegedienste erfüllen die personellen Voraussetzungen gemäß des Bundesrahmenvertrages nach § 132d SGB V. Hierzu schließen die PKD mit den an der Versorgung beteiligten Palliativpflegediensten Kooperationsverträge gemäß Anlage 17 ab. Mit der Kooperation soll insbesondere ein kollegialer Austausch aller notwendigen Informationen durch eine transparente Dokumentation von laufenden Behandlungsdaten und –ergebnissen sichergestellt werden. Die PKD-Leiter geben hierzu im Rahmen des § 11 Abs. 2a eine Empfehlung ab. Die Kooperation und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen dem PKD und dem gemäß § 132a SGB V für die ambulante palliativpflegerische Versorgung eingebunden Pflegedienst ist für die Versorgung der Versicherten nach diesem Vertrag von wesentlicher Bedeutung. Sofern eine Kooperation mit einem zugelassenen Palliativpflegedienst nicht möglich ist, kann auch eine Kooperation mit einem ambulanten Pflegedienst mit ausreichendem palliativpflegerisch qualifiziertem Personal (gemäß §7 Abs. 4 BRV) eingegangen werden. Der PKD sorgt für die Gewährleistung der palliativpflegerischen Expertise.

(g) Der QPA prüft während des Versorgungszeitraums den Palliativstatus des Patienten im Sinne von § 4. Unter Einbeziehung des Haus-/Facharztes stellt er fest, ob die allgemeine Palliativversorgung oder die Teilversorgung/Vollversorgung noch indiziert ist.

(h) Der PKD arbeitet mit allen in seinem Versorgungsgebiet tätigen ambulanten Hospizdiensten integrativ zusammen, insbesondere zur Einbindung von deren Ehrenamtlichen.

(i) Zur Sicherstellung der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmittel für den Notfall kooperiert der PKD mit mindestens einer Apotheke sowie mindestens einem von den Krankenkassen anerkannten Hilfsmittelerbringer im Versorgungsbereich.

(3) Der PKD stellt sicher, dass er für die am Vertrag teilnehmenden Patienten eine 24/7-Stunden-Rufbereitschaft anbietet. Die Verfügbarkeit mindestens eines QPA des PKD, auch für Hausbesuche, ist zu gewährleisten.

(4) Wird durch den PKD festgestellt, dass der verordnete Leistungsumfang der SAPV anzupassen ist, teilt der PKD das entsprechend Anlage 4a der Korrespondenzstelle der Krankenkasse mit (Anlage 13).

. . .

(5) Für erforderliche Koordinationsleistungen setzt der PKD Koordinationskräfte mit Qualifikation nach § 9 Abs. 7 ein. Die Koordinationskräfte übernehmen für die zu versorgenden Palliativpatienten folgende Versorgungs- und Koordinationsaufgaben:

a) Unterstützung bei der Überleitung in die ambulante palliativmedizinische Betreuung und Koordination einer fach-/schnittstellengerechten Versorgung des Patienten im häuslichen Umfeld (sowie Koordination der Überleitung in ein stationäres Hospiz, auf eine Palliativstation oder in ein Krankenhaus nach vorheriger Rückkopplung mit den verantwortlichen QPA des PKD)

b) Fallbezogene Anleitung und kollegiale Beratung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in palliativpflegerischen Versorgungssituationen

c) Organisation notwendiger Pflegehilfsmittel

d) Bedarfsgerechte Einbindung von notwendigen weiteren Leistungserbringern (z. B. von zugelassenen Pflegediensten, Palliativpflegediensten, Physiotherapeuten) oder weiteren Professionen (z. B. Seelsorge, soziale Beratung)

e) Bedarfsgerechte Einbindung eines ambulanten Hospizdienstes

f) Begleitung der Zugehörigen und beratende Unterstützung in fachlichen und / oder psychosozialen Belangen

g) Umfassende telefonische und / oder persönliche Beratungen

h) Hausbesuche und Assessments erfolgen nach engmaschiger Rückkopplung mit den QPA des PKD

(6) Der PKD dokumentiert quartalsweise die Statistik nach Anlage 5. Diese beinhaltet die Differenzierung nach neu teilnehmenden Patienten ambulant/Hospiz, SAPV-Vollversorgung, den Betreuungszeitraum in Tagen (Median) und den Sterbeort (Wohnung, Pflegeheim, Hospiz, Krankenhaus, Palliativstation) und berücksichtigt die Angaben der Feedback-Bögen (Anlage 14). Die Anlage 5 wird quartalsweise der KVWL übermittelt. Er stellt der KVWL die vollständigen Daten quartalsweise zur Verfügung. Die PKD legen eine einheitliche Form der statistischen Aufbereitung der Daten fest und stimmen diese mit der KVWL ab. Die Vertragspartner können die Inhalte der Anlage 5 einvernehmlich anpassen, wenn dies z.B. zur Beantwortung von Anfragen des G-BA sinnvoll ist. Die KVWL übersendet die aufbereitete Statistik quartalsweise an die Krankenkassen.

(7) Auf Grundlage des § 119b Absatz 1 Satz 1 SGB V können Kooperationsvereinbarungen zwischen den PKD und stationären Pflegeeinrichtungen geschlossen werden. Koordinierende Aufgaben werden in der SAPV vom PKD übernommen.

. . .

§ 12
Regionale palliativmedizinische Fortbildungsveranstaltungen

(1) Der PKD bietet mindestens einmal jährlich in jedem Versorgungsbereich multidisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen an. Dabei tauschen sich die Teilnehmer über Erfahrungen und Optimierungsmöglichkeiten in der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung aus. Eine palliativmedizinische Fortbildungsveranstaltung wird von den Beschäftigten eines PKD geleitet. An den Fortbildungsveranstaltungen sollen die teilnehmenden Haus-/Fachärzte, die kooperativ eingebundenen Pflegedienste, die ambulanten Hospizdienste sowie die stationären Strukturen themenbezogen beteiligt werden. Diese Fortbildungsveranstaltungen sollen von der Ärztekammer Westfalen-Lippe zertifiziert sein.

(2) Inhalt und Ziel der multidisziplinären Fortbildungsveranstaltungen nach Abs. 1 ist insbesondere die sukzessive Entwicklung von Behandlungsleitlinien bezogen auf die relevantesten Erkrankungsbilder von Palliativpatienten mit Beschreibung der Schnittstellen und der Aufgabenverteilung der nach dieser Vereinbarung beteiligten Leistungserbringer u. a. für folgende Schwerpunkte:

(a) Schnittstellen/Anlässe zur Einbeziehung eines Palliativarztes des PKD.

(b) Schnittstellen/Anlässe zur Einbeziehung von Pflegediensten.

(c) Systematischer und abgestufter Einsatz von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

(d) Kriterien für die Notwendigkeit der Einweisung von Palliativpatienten in ein Krankenhaus.

(e) Kriterien für Kooperationen mit Rettungsdienstleitstellen, um ein fachgerechtes Krisenmanagement für Palliativpatienten mit dem Rettungsdienst abzustimmen und hierdurch Rettungsdiensteinsätze sowie Krankenhausaufnahmen mit Unterstützung des PKD soweit möglich zu vermeiden.

(f) Entwicklung von Informations- und Entscheidungshilfen für die Beratung von Palliativpatienten u.a. zum Nutzen von Behandlungsmaßnahmen und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität.

(3) Mindestens einmal jährlich tauschen sich PKD-Leiter bzw. deren Vertreter in überregionalen Zusammenkünften mit dem Ziel aus, Umsetzungs- bzw. Rahmenempfehlungen aufzustellen und weiterzuentwickeln und um regionale Qualitätszirkel zu fördern. Gemeinsam festgelegte Umsetzungs- bzw. Rahmenempfehlungen werden schriftlich niedergelegt. Die KVWL veröffentlicht diese in geeigneter Weise.

§ 13
Verordnung von (veranlassten) Leistungen im Rahmen des Vertrages sowie sonstige Bestimmungen

(1) Die ggf. neben den Leistungen der vollständigen Versorgung entsprechend der SAPV-Richtlinie notwendigen Leistungen sind nicht Bestandteil dieser besonderen Versorgung. Diese notwendigen Leistungen werden weiterhin im Rahmen der anderweitigen Versorgungsformen erbracht. Dies gilt gleichermaßen für die Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V und die pflegerische Versorgung nach dem SGB XI, z. B. nach § 36 SGB XI durch ambulante Pflegedienste sowie die stationäre pflegerische Versorgung nach § 43 SGB XI.

(2) Für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel erhält jeder PKD mit seiner Genehmigung von der KVWL eine eigenständige – von der KBV nach der SAPV-BSNR-Vereinbarung vergebene - SAPV-BSNR (7420nnn63).

(3) Bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel können die QPA - mit Angabe der individuellen LANR - die allgemein gültigen Vordrucke (Muster 13, 14, 16 und 18), mit der nach Abs. 2 vergebenen eigenständigen PKD-SAPV-BSNR verwenden.

(4) Bei Verordnungen ist die Wirtschaftlichkeit der Versorgung i. S. d. § 12 SGB V zu berücksichtigen. Die vertragsbeteiligten Krankenkassen sichern zu, dass sie bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung - aufgrund der besonderen individuellen palliativmedizinischen Versorgungsnotwendigkeiten - den Off-Label-Use (z. B. im Bereich der Symptomkontrolle) akzeptieren und keine diesbezüglichen Anträge bei den Prüfungseinrichtungen gestellt werden.

(5) Sofern der QPA/PKD an Wochenenden/Feiertagen die medizinische Notwendigkeit zum Ausstellen einer Erstverordnung häuslicher Krankenpflege und/oder Palliativpflege feststellt und an diesem Tag bzw. diesen Tagen ein zugelassener Pflegedienst bereits die entsprechenden Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und/oder Palliativpflege erbringt, gilt Folgendes:

- Die Erstverordnung häuslicher Krankenpflege und/oder Palliativpflege kann erst am ersten Praxisöffnungstag nach erfolgter Feststellung ausgestellt werden.

- Die Erstverordnung enthält die diesbezügliche Begründung entsprechend § 3 Abs. 5 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie.

- Die leistungspflichtige Krankenkasse sichert zu, dass in diesen Fallkonstellationen eine rückwirkende Verordnung zulässig ist und berücksichtigt dies entsprechend bei der Verordnungsprüfung und Genehmigung.

§ 14
Aufgaben der KVWL

(1) Die KVWL informiert ihre Mitglieder initial und bei Änderungen in angemessener Form über die Inhalte dieses Vertrages und die jeweils vertragsbeteiligten Krankenkassen.

(2) Die KVWL erhält die Teilnahmeerklärungen der Ärzte und PKD, prüft die initialen und laufenden Teilnahmeberechtigungen nach § 7 bzw. § 10 und erteilt bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen die jeweilige Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung nach diesem Vertrag.

(3) Die KVWL führt über die teilnehmenden und ausscheidenden Haus-/Fachärzte sowie die PKD und deren Mitglieder jeweils getrennt ein Verzeichnis. Diese Verzeichnisse stellt die KVWL den Krankenkassen(verbänden) in regelmäßigen Abständen (monatlich) auf elektronischem Wege zur Verfügung.

. . .

(4) Die KVWL prüft die Vollständigkeit der Versichertenteilnahmeunterlagen und archiviert die Teilnahmeerklärungen und Einverständniserklärungen zur Datenverarbeitung (Anlage 3) nach Klärung möglicher Unstimmigkeiten Die KVWL erstellt über die teilnehmenden Versicherten ein Verzeichnis und stellt dieses der Krankenkasse entsprechend der Technischen Anlage (Anlage 8) zur Verfügung. Die KVWL versichert, dass das jeweilige Teilnehmerverzeichnis vollständig und ordnungsgemäß ist und alle vorliegenden Versichertenteilnahmeerklärungen enthält. Bei Bedarf übersendet die KVWL der Krankenkasse entsprechend der Anlage 8 sämtliche Versichertenteilnahmeerklärungen. Darüber hinaus kann die Krankenkasse jederzeit die vorliegenden Teilnahmeerklärungen einsehen bzw. deren Übermittlung veranlassen.

(5) Die Originalerklärung des Versicherten in Papier bzw. das digitalisierte Dokument ist für eine Dauer von 10 Jahren ab Ende des Jahres, in dem die jeweilige Leistung der Besonderen Versorgung für den teilnehmenden Versicherten erbracht bzw. abgerechnet wurde, von der KVWL aufzubewahren und anschließend zu löschen. Wird das Original der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung nicht in Papierform aufbewahrt, sondern unter Anwendung der Bestimmungen der „Resiscan Richtlinie“ (BSI Technische Richtlinie 03138 Ersetzendes Scannen) in digitaler Form, ist insbesondere Folgendes zu beachten und zu gewährleisten:

- Sicherstellung, dass weder bei der Umwandlung in die digitale Form noch zwischen Umwandlung und Archivierung und auch während der gesamten Archivierungsfrist (= Aufbewahrung) keine Veränderungen vorgenommen werden können (Sicherstellung der Integrität des digitalen Dokuments)

- Sicherstellung und Nachweis an die Krankenkasse auf Anforderung über die Integrität und Authentizität zwischen Papier-Original und digitalem Dokument. Dabei ist sicherzustellen, dass bei der Digitalisierung Methoden verwendet werden, welche dem jeweils aktuellsten Stand der Technik entsprechen.

Die Aufbewahrung erfolgt unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen. Für die Einhaltung des Datenschutzes ist die KVWL verantwortlich.

§ 15
Aufgaben der Krankenkasse

(1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten in angemessener Form umfassend über Inhalt und Ziel des Vertrags zur besonderen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung.

(2) Die Krankenkasse prüft und setzt die bestehenden Inhalte zum Genehmigungsverfahren nach der SAPV-RL und dem Rahmenvertrag nach § 132 d Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Erbringung der SAPV um.

(3) Die Krankenkassen/-verbände informieren die KVWL zu Beginn des Vertrages über die Palliativ-Pflegedienste, mit denen entsprechende Verträge nach § 132a SGB V geschlossen wurden. Bei Veränderungen ist die KVWL unverzüglich zu informieren.

§ 16
Grundsätze der Abrechnung

(1) Die Diagnosen nach diesem Vertrag werden auf Grundlage nach § 295 Absatz 1 SGB V sowie darauf basierender Richtlinien oder Vereinbarungen über Form und Inhalte des GKV-Quartalsabrechnungsverfahrens in der jeweils geltenden Fassung dokumentiert und übermittelt. Die Dokumentation und Übermittlung der entsprechenden gesicherten Diagnosen ist maßgeblich für die Umsetzung dieses Vertrages.

(2) Die im Rahmen des Datenaustauschverfahrens zu übermittelnden Diagnosen sind vollständig, spezifisch und kontinuierlich zu dokumentieren. Die Diagnosen sind gemäß der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte unter Berücksichtigung der Vorgaben des ambulanten Bereiches anzugeben.

(3) Es sind alle Indikationen zu erfassen, für die im Rahmen der Behandlung Leistungen erbracht bzw. Maßnahmen durchgeführt worden sind oder die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen und/oder Maßnahmen stehen. Die Diagnosen sind entsprechend dem Krankheits- und Behandlungsverlauf anzupassen.

(4) Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu kodieren. Die Erkrankung ist, soweit es die Klassifikation ermöglicht, in deren Stadium, Schweregrad und soweit sachgerecht, mit der dazugehörigen Lokalisation anzugeben. Zu jeder ambulanten Diagnose werden die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit („A“, „G“, „V“ oder „Z“) entsprechend der jeweils aktuellen ICD-10-GM angegeben.

§ 17
Abrechnung zwischen dem Arzt/QPA/PKD und der KVWL

(1) Die Abrechnung nach den Anlagen 6 und 7 erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.

(2) Abrechenbar und vergütungsfähig sind neben den kurativen Leistungen nach den jeweiligen Gebührenordnungspositionen des EBM die in den Anlagen 6 (auch bei Teilversorgung/SAPV) und 7 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten Symbolnummern (SNR) und Vergütungsbeträgen für die Dauer der Teilnahme des Versicherten.

(3) Im Übrigen gelten die im Rahmen der GKV-Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen, insbesondere die Abrechnungsrichtlinie und die Satzung der KVWL, der Vertrag gemäß § 106d Abs. 5 SGB V über Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie der Bundesmantelvertrag, in ihren jeweils gültigen Fassungen.

(4) Der Arzt/QPA erhält im Rahmen des Honorarbescheides einen gesonderten Ausweis der vergüteten Leistungen nach diesem Vertrag. Der PKD erhält entsprechend der nach Anlage 7 vergüteten Leistungen einen Honorarbescheid.

(5) Die KVWL stellt durch die Abrechnungsprüfung eine vertragskonforme Abwicklung sicher. Die Abrechnungsprüfung beinhaltet u. a. die Teilnahme des Arztes/QPA/PKD sowie die Teilnahme des Patienten unter Berücksichtigung der jeweiligen Patiententeilnahmevoraussetzungen.

(6) Im Übrigen gelten die Regelungen der Gesamtverträge zwischen den Krankenkassen(verbänden) und der KVWL in ihrer jeweils gültigen Fassung, soweit sich aus diesem Vertrag keine Abweichungen ergeben.

(7) Die KVWL erhebt vom Arzt/QPA/PKD für die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag die jeweiligen satzungsgemäßen Verwaltungskosten.

§ 18
Abrechnung zwischen der KVWL und den Krankenkassen

(1) Die Abrechnung erfolgt quartalsweise nach § 295 Abs. 1 SGB V.

(2) Bei der Rechnungsstellung ist das Vertragskennzeichen 12020561011 anzugeben.

(3) Abrechenbar und vergütungsfähig sind die in den Anlagen 6 (auch bei Teilversorgung/SAP-V**ersorgung**) und 7 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten SNR und Vergütungsbeträgen.

(4) Die KVWL prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung. Der Vertrag nach § 106d Abs.5 SGB V i. V. m. der Abrechnungsprüfungs-Richtlinie gem. § 106d Abs.6 SGB V gilt entsprechend.

(5) Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und –fristen sowie des Ausweises in den Abrechnungsunterlagen (Formblatt 3: Kontenart 570 bis in Ebene 6) gelten die Bestimmungen des jeweils gültigen Honorarvertrages und des jeweiligen Gesamtvertrages.

(6) Leistungen nach diesem Vertrag für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort außerhalb des KV-Bereiches Westfalen-Lippe werden über den Fremdkassen-zahlungsausgleich von der KVWL angefordert. Die Krankenkassen erklären ausdrücklich, dass sie berechtigte Forderungen anderer Kassenärztlichen Vereinigungen bedienen werden, die über den Fremdkassenzahlungsausgleich von der KVWL für Leistungen nach diesem Vertrag bei den Versicherten der Krankenkassen mit Wohnort außerhalb von Westfalen-Lippe angefordert werden.

§ 19
Vergütung

(1) Die Krankenkassen vergüten die Leistungen nach den Anlagen 6 und 7 dieses Vertrages außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(2) Eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung findet nicht statt, da durch diesen Vertrag insbesondere strukturelle Angebote gefördert werden, die eine Mehrleistung gegenüber der Regelversorgung darstellen. Die neben dem Vertrag notwendigen ärztlichen Leistungen der Regelversorgung können, mit Ausnahme der in den Anlagen 6 und 7 von der Abrechnung ausgeschlossenen GOP des EBM, weiterhin vollständig nach dem EBM sowie den weiteren relevanten Regelungen abgerechnet und vergütet werden und bleiben hiervon unberührt.

. . .

§ 20
Zielerreichung (Konzept)/Statistik

(1) Um messen zu können, ob die in diesem Vertrag vereinbarten Vertragsziele nach § 3 erreicht wurden, bewerten die teilnehmenden und beigetretenen Krankenkassen den Vertragsgegenstand und dessen Auswirkungen. Das Nähere zu den Inhalten des Vertragscontrollings und der Vertragsevaluation regeln die Vertragspartner in einer separaten Anlage bis zum 31.12.2024. Die Statistik nach Anlage 5 ist hierbei zu berücksichtigen.

(2) Die Kosten dieser Auswertungen tragen die an diesem Vertrag teilnehmenden und beigetretenen Krankenkassen jeweils selbst.

Ziel: Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, Prüfung Sterbeort

§ 21
Maßnahmen bei Vertragsverletzungen

(1) Verstößt ein Haus-/Facharzt, QPA des PKD bzw. ein PKD gegen seine Verpflichtungen nach diesem Vertrag, kann die KVWL folgende Maßnahmen ergreifen:

a. Schriftliche Aufforderung an den Arzt/QPA/PKD, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten; hierbei wird auf die Möglichkeit weiterer Maßnahmen hingewiesen.
b. Bei groben oder wiederholten Verstößen sofortige Beendigung der Teilnahme an diesem Vertrag. Eine erneute Teilnahme ist nur mit schriftlicher Zustimmung der Vertragspartner möglich.

(2) Über die Einleitung von Vertragsmaßnahmen gegenüber Haus/Fachärzten, QPA entscheiden die vertragsschließenden Krankenkassen /-verbände und die KVWL einvernehmlich. Im Fall der Einleitung von Vertragsmaßnahmen gegenüber einem PKD wird der Berufsverband der Palliativmediziner in Westfalen-Lippe e.V. einbezogen.

(3) Abrechnungsbeanstandungen/-berichtigungen, disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie die Verpflichtung zur Wiedergutmachung eines entstandenen Schadens bleiben unberührt.

§ 22
Beitritt von weiteren Krankenkassen

(1) Weitere Krankenkassen können diesem Vertrag beitreten. Der Beitritt weiterer Krankenkassen ist nur mit vorheriger Zustimmung der vertragsschließenden Krankenkassen/ -verbände und der KVWL möglich. Sofern diese im internen Austausch ihre Zustimmung erteilen, ermöglicht die KVWL durch Übermittlung der Beitrittsvereinbarung in Form der Anlagen 11a/11b den Beitritt der beitrittswilligen Krankenkasse. Die beitrittswillige Krankenkasse nimmt das Angebot der vertragsschließenden Krankenkassen auf Beitritt durch Rücksendung der unterschriebenen Beitrittsvereinbarung an die KVWL an. Sie wird jedoch ausdrücklich nicht Vertragspartner dieses Vertrages.

. . .

(2) Mit dem Beitritt werden die Inhalte dieses Vertrages in der jeweils gültigen Fassung akzeptiert. Die Beitrittserklärung ist von der KVWL informatorisch

- an den jeweils im Rubrum aufgeführten Verband der jeweiligen Kassenart bzw.
- bei nichtverbandszugehörigen Krankenkassen an den Landesverband derselben Kassenart oder an die Krankenkasse derselben Kassenart, die im Bereich der Regelversorgung die Aufgaben eines Landesverbandes wahrnimmt zu richten.

(3) Die Krankenkasse hat ihren Beitritt spätestens vier Wochen vor Quartalsende zu erklären. In diesem Fall wird der Beitritt mit Beginn des Quartals wirksam, welches auf den Eingang der Beitrittserklärung bei der KVWL folgt. Geht die Teilnahmeerklärung später ein, so beginnt der Beitritt mit dem übernächsten Quartal.

(4) Bei vertraglichen Anpassungen steht der beigetretenen Krankenkasse ein Sonderkündigungsrecht zu. Die Frist hierfür beträgt sechs Wochen zum Quartalsende und muss schriftlich gegenüber den Partnern dieses Vertrages erfolgen.

(5) Die beigetretene Krankenkasse kann unabhängig von einer Änderung des Vertrages ihren Beitritt mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber den Partnern ihres Vertrages kündigen.

(6) Die Betriebskrankenkassen (BKK) erklären ihren Beitritt mit Wirkung zum 01.07.2023 gegenüber dem BKK-LV NW. Der BKK-LV NW unterrichtet regelmäßig die KVWL nach einer Beitrittserklärung über die beigetretenen BKK. Es erfolgen unverzügliche Unterrichtungen bei Widerruf bzw. Fusion von Betriebskrankenkassen. Ein späterer Beitritt einer BKK zu diesem Vertrag ist quartalsweise mit einer Frist von vier Wochen vor Quartalsbeginn möglich. Eine Kündigung einer beigetretenen BKK hat schriftlich gegenüber dem BKK-LV NW mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende zu erfolgen. Der BKK-LV NW teilt der KVWL spätestens sechs Wochen zum Beginn eines jeweiligen Abrechnungsquartals schriftlich die Veränderungen mit.

§ 23
Datenschutz

(1) Die Vertragspartner verpflichten sich, bei der Verarbeitung personenbezogener Daten alle geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften – insbesondere die der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), der Sozialgesetzbücher (SGB) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) – einzuhalten und nur die personenbezogenen Daten zu verarbeiten, deren Verarbeitung zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erforderlich ist.

(2) Der jeweilige Vertragspartner ist für die sich im Rahmen seiner vertraglichen Aufgaben ergebende Datenverarbeitung verantwortlich. Die Mitarbeiter der Vertragspartner sind auf die Einhaltung des Datengeheimnisses zu verpflichten. Erforderliche technische und organisatorische Maßnahmen zur Einhaltung des Datenschutzes sind zu treffen und nachzuhalten.

(3) Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage der vorherigen Einwilligung des Versicherten. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung ist dieser vor Abgabe seiner Einwilligungserklärung umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenverarbeitung aufzuklären. Die Transparenzverpflichtungen nach der EU-DSGVO gegenüber dem Versicherten sind von den Vertragspartnern zu erfüllen.

. . .

(4) Bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahmeerklärung durch einen Versicherten werden die betroffenen personenbezogenen Daten des Versicherten gelöscht bzw. die Zugriffsrechte Dritter gesperrt. Medizinische Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.

(5) Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse des jeweils anderen Vertragspartners sind streng vertraulich zu behandeln und gegen Einsichtnahme Dritter zu schützen. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und zur Wahrung der Vertraulichkeit bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.

§ 24
Vertragsänderungen

(1) Die Vertragspartner sind gemeinsam berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für alle Teilnehmer mit angemessener Vorlauffrist nach Maßgabe der folgenden Abs. 2 und 3 zu ändern.

(2) Sofern während der Vertragslaufzeit Anpassungsbedarf insbesondere hinsichtlich der gesetzlichen Rahmenvorgaben des § 132d Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Erbringung SAPV erforderlich wird, werden sich die Vertragspartner zeitnah über eine Anpassung dieses Vertrages verständigen.

(3) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für den etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

(4) Die KVWL gibt den Ärzten Änderungen schriftlich bekannt. Ist der Arzt/PKD mit der Anpassung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme an dem Vertrag außerordentlich zu kündigen.

§ 25
Haftung

(1) Die Vertragspartner übernehmen die nach diesem Vertrag vorgesehenen Pflichten. Weitergehende Verpflichtungen bestehen nicht.

(2) Die Vertragspartner haften nicht für Schäden, die durch die teilnehmenden Ärzte in Ausübung ihrer vertraglichen Aufgaben entstanden sind. Für Schäden, die insbesondere an Leben, Gesundheit und Person der Versicherten eintreten, haften die teilnehmenden Haus-/Fachärzte, QPA sowie PKD aufgrund der Regelungen des privatrechtlichen Behandlungsvertrages und der gesetzlichen Bestimmungen. Diese verpflichten sich zum Abschluss einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung.

(3) Für den Fall einer ordentlichen oder fristlosen Kündigung dieses Vertrages stehen den Vertragspartnern Ansprüche auf Schadenersatz nur bei grober Fahrlässigkeit und Vorsatz zu. Dies gilt nur, soweit nicht eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit vorliegt.

. . .

§ 26
Compliance und Antikorruption

(1) Die Vertragspartner sind verpflichtet, zusätzlich zu den bereits in diesem Vertrag aufgeführten Bestimmungen die jeweils für sie maßgeblichen und im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis stehenden gesetzlichen Regelungen einzuhalten. Dies betrifft insbesondere Anti-Korruptions- und Geldwäschegesetze, kartell-, wettbewerbsrechtliche und strafrechtliche Vorschriften (insbesondere Betrug, Untreue und Insolvenzstraftaten) sowie arbeits- und sozialrechtliche Vorschriften.

(2) Bei einem Verstoß gegen vorstehenden Absatz kann dieser Vertrag nach den gesetzlichen Bestimmungen ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist außerordentlich gekündigt werden. Die Krankenkassen sind insbesondere zur außerordentlichen Kündigung berechtigt,

a. wenn sich die Vertragspartner im Zuge der Begründung oder Durchführung des Schuldverhältnisses an unzulässigen Wettbewerbsbeschränkungen im Sinne des Strafgesetzbuches (StGB) oder des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) beteiligt haben. Dies umfasst insbesondere Vereinbarungen mit Dritten über die Abgabe oder Nichtabgabe von Angeboten, über zu fordernde Preise, über die Entrichtung einer Ausfallentschädigung (Gewinnbeteiligung oder sonstige Angaben) sowie über die Festlegung der Empfehlung von Preisen oder

b. wenn die Vertragspartner nachweislich eine ihre Zuverlässigkeit in Frage stellende schwere Verfehlung begangen haben, die nach den maßgeblichen vergaberechtlichen Bestimmungen ihren Ausschluss vom Wettbewerb rechtfertigen. Eine schwere Verfehlung ist insbesondere die Gewährung von Vorteilen im Sinne der §§ 333, 334 StGB.

§ 27
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrags ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke soll eine dem Willen der Vertragspartner sowie dem Sinn und Zweck dieses Vertrags entsprechende Regelung treten. Die Vertragspartner regeln dies einvernehmlich.

§ 28
Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2023 in Kraft und löst den bestehenden Vertrag zur besonderen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe vom 18.06.2013, zuletzt geändert am 26.09.2017 ab.

(2) Die vertragsschließenden Parteien erklären einvernehmlich, dass Versorgungen für Versicherte, die auf der Grundlage des Vertrags vom 18.06.2013, zuletzt geändert am 26.09.2017. ihre Teilnahme erklärt haben, unverändert fortgeführt werden. Auf eine erneute Einschreibung der Versicherten in den vorliegenden Vertrag wird verzichtet.

(3) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Quartalsende durch schriftliche Erklärung gegenüber dem jeweils anderen Vertragspartner gekündigt werden, frühestens zum 30.06.2026. Kündigt nur eine Krankenkasse, so bleibt der Vertrag für die übrigen Vertragspartner bestehen.

(4) Eine außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund ist gegeben, wenn Tatsachen vorliegen, auf Grund derer dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der Interessen der Vertragspartner die Fortsetzung des Vertrages bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zugemutet werden kann. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor,

a) wenn die Voraussetzungen dieser besonderen Versorgung aus Gründen der Rechtsentwicklung, wesentlicher medizinisch-wissenschaftlicher oder tatsächlicher Gründe entfallen,

b) wenn die Leistungen, die Gegenstand dieser besonderen Versorgung sind, nicht erbracht oder in erheblichem Umfange mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden,

c) bei groben Verstößen gegen Inhalte dieses Vertrages,

d) wenn gesetzliche Änderungen, eine gerichtliche oder behördliche Verfügung einer Vertragspartei die Durchführung der vertragsgegenständlichen Leistung nicht länger erlauben. Dies gilt insbesondere, sofern das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) oder das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit NRW (MAGS) im Hinblick auf diesen Vertrag Anordnungen gemäß § 71 Abs. 6 SGB V trifft. Die durch eine behördliche Maßnahme oder eine gerichtliche Entscheidung betroffene Partei ist nicht verpflichtet, vor der Kündigung die Rechtskraft der Maßnahme oder Rechtsprechung abzuwarten oder dagegen Rechtsbehelfe einzulegen. Die Vertragspartner verzichten in diesem Fall auf die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen wegen etwaiger durch eine solche Kündigung eintretender Schäden, es sei denn, die Untersagung beruht auf einem pflichtwidrigen Verhalten des Kündigenden,

(5) Auch nach Wirksamwerden der Kündigung wird der Vertrag für zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigung eingeschriebene Versicherte bis zum vertraglich definierten Abschluss der Behandlung im Rahmen der Regelversorgung weitergeführt, von der Krankenkasse anerkannt und vergütet.

(6) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

(7) Eine nach den Anlagen 11a/11b beigetretene Krankenkasse kann frühestens nach acht Quartalen durch schriftliche Erklärung kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt acht Wochen zum Quartalsende.

...

Bochum, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Essen, Kassel, Münster, den 22.05.2023

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe

. . . . . .
Dr. Dirk Spelmeyer
Vorstandsvorsitzender

Berufsverband der Palliativmediziner
in Westfalen-Lippe e. V.

. . . . . .
Dr. Hans-Ulrich Weller

AOK NordWest

. . . . . .
Bernd Marchlowitz
Unternehmensbereichsleiter
Ambulante Versorgung

BKK-Landesverband
NORDWEST

. . . . . .
Stephan Koberg
Stellv. Geschäftsbereichsleiter

IKK classic

. . . . . .
Andreas Häfferer
Geschäftsführer Versorgung

SVLFG
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

. . . . . .

KNAPPSCHAFT

. . . . . .
Timo Mundt
Fachbereichsleiter

Verband der Ersatzkassen e. V.
(vdek)

. . . . . .
Dirk Ruiss
Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

Antrag auf Teilnahme für Ärzte

Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe
gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V
(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

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

Faxnummer: 0231/9432-1569

Wichtig:
Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ zu unterzeichnen.

Der Antrag wird gestellt für:

LANR: _____ BSNR: _____

KIM-Adresse: _____

1. **Teilnahmeerklärung**
   In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Versorgungsaufgaben nach § 5 des Vertrages, erkläre ich hiermit die Teilnahme an dem o. g. Vertrag.

2. **Wichtig**: Für die am Vertrag teilnehmenden Ärzte ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03370, 03371, 03372, 03373, 04370, 04371, 04372, 04373, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318 und 37320 der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgeschlossen.

3. Ich kooperiere mit folgendem am Vertrag teilnehmenden palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD):
   _____

4. Ergänzend möchte ich die SNR 91505 abrechnen.

   Die Voraussetzungen nach Anlage 30 (Qualifikation Zusatzweiterbildung Palliativmedizin oder Grundkurs - Anlage 1) des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) hinsichtlich der geforderten theoretischen und praktischen Kenntnisse und Erfahrungen werden anliegend nachgewiesen. ☐

   liegen der KVWL bereits vor ☐

   Die zusätzlich geforderte interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team wird gewährleistet. ☐

   Für Mitglieder eines PKD (QPAs) ist eine Abrechnung dieses Zuschlags nicht möglich!

5. **Verpflichtungserklärung**

   Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

   - ich die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
   - ich alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.
   - ich mit der Veröffentlichung meines Namens, meiner LANR, meiner BSNR, meiner Praxisanschrift, meiner Telefon- und Faxnummer auf der Internetseite der vertragsbeteiligten Krankenkassen und der KVWL sowie der Weitergabe dieser Daten im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses einverstanden bin.
   - meine Teilnahmeerklärung auch für neu diesem Vertrag beitretende Krankenkassen gilt.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift Vertragsarzt

_____
ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/
ärztlicher Leiter des MVZ

Stempel

Anlage 2

zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V

Teilnahmeerklärung als palliativmedizinischer Konsiliardienst

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

Telefax: 0231/9432-1569

Bezeichnung des PKD und Gesellschaftsform:

Das nach § 10 des Vertrages geforderte Versorgungskonzept ist beigefügt.

Mindestens eine palliativpflegerisch qualifizierte Koordinationskraft in Vollzeit bzw. entsprechende Anzahl in Teilzeit mit Palliativ-Care Weiterbildung (von zurzeit 160 Stunden):

Name, Vorname	Stellenansatz VZ (1)	TZ (0,5)	Berufsbezeichnung

Die Nachweise gemäß § 9 Abs. 7 des Vertrages (Arbeitsvertrag, Nachweis über den Erwerb der Berufsbezeichnung) je gemeldeter Koordinationskraft

sind beigefügt ☐

liegen der KVWL bereits vor ☐

Mir ist bekannt, dass bei gestiegener Anzahl an Palliativpatienten – wie in § 9 Abs. 7 des Vertrages ausgeführt - eine Anpassung des gemeldeten Stellensolls erfolgen muss. ☐

Mir ist bekannt, dass die Abrechnung der SNR 91511K das Vorhalten einer durchgehenden Koordinationsbereitschaft an Wochenenden und an Feiertagen gem. Anlage 7 Ziffer 1b des Vertrages erfordert und Voraussetzung ist, um die Vollversorgung nach Anlage 7 Ziffer 3 abrechnen zu können. ☐

Das Vorhalten der vorgenannten Koordinationsbereitschaft gemäß Anlage 7 Ziffer 1b wird ab folgendem Datum bestätigt:

Anlage 2

zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V

Bankverbindung des PKD

Institut:

IBAN:

D E	

Wir sind über die Inhalte und den Verlauf der allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V informiert und bereit, am Vertrag teilzunehmen und die uns betreffenden Versorgungsaufgaben zu übernehmen. Insbesondere beachten wir die datenschutzrechtlichen Regelungen in § 23 des Vertrages.

Anmerkung:
Für die am Vertrag teilnehmenden Ärzte ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03370, 03371, 03372, 03373, 04370, 04371, 04372, 04373, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318 und 37320 der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgeschlossen!

Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- der PKD die vertraglichen Regelungen kennt, akzeptiert und umsetzt.
- der PKD alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen wird.
- der PKD mit der Veröffentlichung der Kontaktdaten, des Versorgungsbereichs und der Anschrift auf der Internetseite der vertragsbeteiligten Krankenkassen und der KVWL sowie der Weitergabe dieser Daten im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses einverstanden ist.
- die Teilnahmeerklärung auch für neu diesem Vertrag beitretende Krankenkassen gilt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des verantwortlichen/geschäftsführenden Arztes

Anlage 2
zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V

Mitglieder des PKD und Bestätigung des jeweiligen PKD Mitgliedes über die Kenntnisnahme des § 10 Abs. 3 (Kündigung) sowie des § 11 (Aufgaben des PKD) des Vertrages

Name, Vorname (Druckbuchstaben)	Anschrift Praxis/Klinik	Qualifikation*	Unterschrift des Mitgliedes des PKD

*Zusatzbezeichnung. „Palliativmedizin“ (mindestens 160 Stunden palliativmedizinische Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung einer Landesärztekammer)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anlage 3 zum Vertrag

Allgemeine und spezialisierte ambulante palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe
(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

- Anlagen 3 (in Kopie) und 3a vom HA/FA an PKD senden – danach

- Original bei der KVWL einreichen -

1. Teilnahmeerklärung:

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung. Hiermit erkläre ich,

- dass ich ausführlich und umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert wurde;
- dass ich mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer einverstanden bin;
- dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Erklärung beginnt;
- dass ich mich nach Ablauf der Widerrufsfrist für 12 Monate an diese besondere Versorgung binde;
- dass ich darüber informiert bin, dass meine Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund vor Ablauf der Bindungsfrist beendet werden kann;
- dass die Teilnahme an dem Vertrag bei Widerruf der Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke, meinem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V bei meiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse endet.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.

2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke:

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung. Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich.

Meine Teilnahmeerklärung wird vom einschreibenden Arzt an die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) übermittelt. Die KVWL prüft das Dokument auf Vollständigkeit und informiert meine Krankenkasse über meine Vertragsteilnahme. Meine Teilnahmeerklärung wird beim Verbleib von der KVWL datenschutzkonform archiviert und ist dann meiner Krankenkasse zugänglich. Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Ärzte die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, Art der Inanspruchnahme, dokumentierte Leistungen, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte KVWL. Die KVWL leitet diese Abrechnungsdaten an meine Krankenkasse weiter. Meine Krankenkasse informiert die KVWL über den aktuellen Stand meiner Teilnahme, z. B. über mein Teilnahmeende. Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen – schriftlich, mündlich oder elektronisch. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann.

T T	M M	J J J J

Bitte das heutige Datum eintragen.

_____
Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten/Ehepartners/Lebenspartners

- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe.

Die Bestätigung über den Palliativstatus des Patienten durch einen qualifizierten Palliativmediziner (QPA) liegt vor.
(durch Ersttelefonat und/oder zurückgesandte Anlage 3a)

T T	M M	J J J J

_____
Unterschrift Vertragsarztstempel

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anlage 3a
zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs.3 SGB V

Stammdatenblatt

Bitte mit Medikamentenplan und Vorbefunden an

PKD: _____

Telefax/KIM-Adresse des PKD: _____

Für ein Telefonat zwischen HA/FA und PKD:
Telefon HA/FA (bitte direkte Durchwahl angeben): _____

Für die Rücksendung der Anlage 3a vom PKD an HA/FA: Telefax/KIM-Adresse HA/FA _____

Den Status als Palliativpatient begründet/begründen folgende Erkrankung(en)/Diagnose(n):

_____

Patient befindet sich ☐ im häuslichen Umfeld ☐ in einem Pflegeheim ☐ im Hospiz

Telefonnummer des Patienten/des/r Angehörigen/des Bevollmächtigten/der Wohneinrichtung: _____

Zu erwartender palliativmedizinischer Bedarf:

Bereits begonnene Schmerztherapie	☐ Ja	☐ Nein
Zu erwartende Schmerztherapie	☐ Ja	☐ Nein
Symptomkontrolle/Krisenintervention (z.B. Erbrechen, Obstipation, Atemnot, Unruhe, etc.)	☐ Ja	☐ Nein
Spezielle Wundversorgung	☐ Ja	☐ Nein
Psychosoziale Unterstützung	☐ Ja	☐ Nein
Schrittmacher mit Defibrillator	☐ Ja	☐ Nein
Laufende Radio-/Chemotherapie	☐ Ja	☐ Nein
PEG, parenterale Ernährung	☐ Ja	☐ Nein
Sonstiges:	☐ Ja	☐ Nein
SAPV-Vollversorgung wird in Kürze erwartet Begründung: _____	☐ Ja	☐ Nein
Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor	☐ Ja	☐ Nein
Der/die Patient/in leidet an einer Suchterkrankung	☐ Ja	☐ Nein

Der PKD empfiehlt dringend die tel. Rücksprache mit einem QPA unter der Telefonnummer: _____

HA/FA bittet um Rücksprache mit einem QPA unter der o. a. Durchwahl: ☐ Ja ☐ Nein
(Telefonat HA/FA mit QPA (maximal 2x abrechnungsfähig – SNR XXXXX))

_____ _____
Ort, Datum Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Erklärung des qualifizierten Palliativarztes (QPA):

Die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 des Vertrags liegen vor. **ICD-10-GM:** _____

Zum Zeitpunkt der Einschreibung ist eine sofortige (Mit-)Betreuung durch den PKD erforderlich:

☐ Ja ☐ Nein
☐ als Teilversorgung ☐ als Vollversorgung (Muster 63 erforderlich)

Zuständiger PKD: _____ **BSNR:** _____

_____ _____
Ort, Datum Stempel und Unterschrift des QPA

Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz
Anlage 3b zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß §140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V
(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Liebe Patientin, lieber Patient,
eine palliative Versorgungssituation ist für alle Betroffenen eine maximale Herausforderung. Es ist uns ein wichtiges Anliegen, Sie und Ihre Angehörigen in dieser schweren Lebenssituation bestmöglich zu begleiten und zu unterstützen.

Strukturierte Behandlung
Mit dieser besonderen Versorgung verfolgen die Vertragspartner das Ziel, eine kooperative, integrative palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung für die teilnehmenden Versicherten anzubieten. Die ambulante medizinische Versorgung schwer erkrankter Patienten wird in dem häuslichen/selbst gewählten Umfeld durch eine enge Kooperation und Abstimmung von teilnehmenden Haus- und Fachärzten, sowie den Palliativmedizinischen Konsiliardiensten (PKD) mit palliativmedizinisch weitergebildeten Ärzten und Pflegekräften umfassend gesichert.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an dieser allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung an. Hiermit möchte sie Ihnen dabei helfen, dass auftretende palliativmedizinisch zu versorgende Gesundheitsprobleme in der für Sie gewohnten Umgebung angemessen ambulant erbracht werden können und dass Ihnen sowie Ihren Angehörigen durch die besonderen Versorgungsmaßnahmen die nach dem Krankheitsstadium bestmögliche Lebensqualität erhalten bleibt. Ihre Teilnahme an diesem Vertrag ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

Alle Versorgungsabschnitte dieser besonderen Versorgung werden Ihnen verständlich und ausführlich erläutert. Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Betreuung, die auf Ihre Interessen und Bedürfnisse ausgerichtet ist. Sie haben Fragen zum detaillierten Inhalt dieser besonderen Versorgung oder dessen Ablauf? Dann sprechen Sie einfach Ihren behandelnden Arzt an. Er wird Sie gerne beraten.

So können Sie am Versorgungsangebot teilnehmen
Sie erklären bzw. Ihr Ehe-/Lebenspartner/Bevollmächtigter/gesetzlicher Vertreter erklärt Ihre freiwillige Teilnahme durch Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Sie binden sich für die Dauer von 12 Monaten an diese Versorgung. Während der Bindung können Sie Ihre Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund (insbesondere Umzug ohne Möglichkeit der Weiterbetreuung im Rahmen des Vertrages, gestörtes Vertrauensverhältnis zum teilnehmenden Arzt) kündigen.

So können Sie Ihre Teilnahme widerrufen
Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf ist schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären. Fristwahrend ist die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihre Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre Krankenkasse Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Damit endet gleichzeitig Ihre Teilnahme an dieser besonderen palliativmedizinischen Versorgung. Ihnen ist bekannt, dass die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs/der Kündigung erfolgte Datenverarbeitung rechtmäßig erfolgte und die erhobenen und gespeicherten Daten bei Widerruf/Kündigung und Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Nachteile in der Regelversorgung entstehen Ihnen nicht. Für die Behandlung Ihrer Erkrankung können Sie weiterhin die im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung - beschriebenen Leistungen beanspruchen.

Hinweise zum Datenschutz

Bei jedem Bearbeitungsschritt werden die gesetzlichen Datenschutzvorschriften – insbesondere die seit Mai 2018 geltenden Regelungen der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) – beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet. Bei allen Beteiligten haben nur speziell für die besondere Versorgung ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugriff auf Ihre Daten.

Daten bei Ihrem behandelnden Arzt und dem PKD
Mit Ihrer Unterschrift auf der „Teilnahmeerklärung des Versicherten“ stimmen Sie bzw. Ihr Ehe-/Lebenspartner/Bevollmächtigter/gesetzlicher Vertreter zu, dass Daten von Ihrem Haus-/Facharzt an den PKD, dem sich Ihr Haus-/Facharzt zuordnet, vom PKD an Ihren Haus-/Facharzt sowie an die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und Ihre Krankenkasse weitergeleitet werden. Ihr Haus-/Facharzt und/oder der PKD stellen Ihre medizinischen Daten ggf. Pflegediensten, Hospizen oder anderen im Rahmen dieser besonderen Versorgung zu beteiligenden Vertragsärzten oder zugelassenen Leistungserbringern zur Verfügung. Ihr Haus-/Facharzt und/oder der PKD stellt Daten über die Teilnahme (einschl. medizinischer Daten) und für die Abrechnung seiner Leistungen zusammen und leitet diese an die KVWL sowie von dort an Ihre Krankenkasse weiter.

Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Für die Abrechnung der Behandlung werden folgende Daten durch den teilnehmenden Arzt/PKD an die KVWL übermittelt: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten und Diagnosen nach ICD-10-GM sowie weitere zur Abrechnung erforderliche Daten, welche abschließend in § 295 SGB V geregelt sind.

Die KVWL übermittelt die zur Abrechnung erforderlichen Daten auf elektronischem Wege an Ihre versichernde Krankenkasse. Die Abrechnung der Vertragsärzte erfolgt gemäß § 295 SGB V über die KVWL. Eine datenschutzkonforme Abwicklung der Abrechnung ist sichergestellt.

Sofern Sie mit der v. g. Datenübermittlung einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung bzw. Ihr Ehe-/Lebenspartner/Bevollmächtigter/gesetzlicher Vertreter. Bitte beachten Sie, dass die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke für die vertragliche Erfüllung und Bereitstellung unseres Versorgungsangebotes nach § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V zwingend erforderlich sind. Bei einer Nicht-Einwilligung ist Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich.

Daten bei Ihrer Krankenkasse

Zur Überprüfung der tatsächlichen Veränderungen im Rahmen der besonderen Versorgung nutzt Ihre versichernde Krankenkasse Ihre Leistungs- und Abrechnungsdaten (Versicherungsart, Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten mit Diagnosen, ambulante Abrechnungs- und Leistungsdaten, Krankenhauszeiten und -kosten mit Diagnosen, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen mit Diagnosen und Kosten, Dauer und Kosten der Häuslichen Krankenpflege, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrkosten, Pflegeleistungen und -kosten).

Gem. Art. 13 Abs. 1 a) der EU-DSGVO ist Ihre versichernde Krankenkasse für die Erhebung der Daten verantwortlich. Die Daten bei Ihrer versichernden Krankenkasse werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs.1 Nr.8 SGB V in Verbindung mit § 140a SGB V erhoben und gespeichert. Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z.B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht. Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)

So können Sie Ihr Einverständnis zur Datenverarbeitung widerrufen

Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Aufgrund Ihrer vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zu Ihrem Widerruf nicht berührt. Mit Widerruf Ihrer Einwilligung endet Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsangebot. Für die Behandlung Ihrer Erkrankung können Sie weiterhin die im SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung - beschriebenen Leistungen beanspruchen.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zum jeweiligen Datenschutzbeauftragten sowie zu Ihren Rechten finden Sie u. a. auf der Homepage Ihrer versichernden Krankenkasse.

Bei weiteren Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an Ihrer Krankenkasse (s. Anhang).

Sofern Sie zweifeln, dass Ihre Sozialdaten rechtmäßig erhoben und verarbeitet wurden, haben Sie das Recht, sich an die Landesbeauftragte bzw. Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit zu wenden:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW
Kavalleriestr. 2-4
40213 Düsseldorf
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Graurheindorfer Str. 153
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de
De-Mail: poststelle@bfdi.de-mail.de

Anhang zur Anlage 3b
zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß §140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V Stand: 06.06.2023

Datenschutz

Allgemeine Informationen zum Datenschutz bei Ihrer Krankenkasse gibt es auf der jeweiligen Homepage. Sollten Sie Fragen zur Datenverarbeitung haben, können Sie sich an Ihre Krankenkasse oder an den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse wenden.

AOK NordWest
Datenschutzbeauftragter
Kopenhagener Str. 1
44269 Dortmund

IKK classic
Datenschutzbeauftragter
Tannenstraße 4b
01099 Dresden
E-Mail: datenschutz@ikk-classic.de

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Datenschutzbeauftragte(r)
Weißensteinstr. 70-72
34131 Kassel
E-Mail: Datenschutzbeauftragte_PF@svlfg.de

KNAPPSCHAFT
Datenschutzbeauftragter
Wasserstr. 215
44799 Bochum
E-Mail: datenschutz@kbs.de

Techniker Krankenkasse
Beauftragter für den Datenschutz
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg
E-Mail: datenschutz@tk.de

BARMER
Datenschutzbeauftragter
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal
E-Mail: datenschutz@barmer.de

DAK-G
Datenschutzbeauftragte der DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg
E-Mail: datenschutz@dak.de

Kaufmännische Krankenkasse
Datenschutzbeauftragter
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
E-Mail: datenschutz@kkh.de

hkk
Datenschutzbeauftragter
Martinistraße 26
28195 Bremen
E-Mail: datenschutzbeauftragter@hkk.de

Hanseatische Krankenkasse
Datenschutzbeauftragter
Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
E-Mail: datenschutz@hek.de

AOK PLUS
Datenschutzbeauftragter der AOK PLUS
01058 Dresden

BIG direkt gesund
Datenschutzbeauftragter
Rheinische Str. 1
44137 Dortmund

E-Mail: datenschutz@big-direkt.de

BKK exklusiv
Datenschutzbeauftragter
Zum Blauen See 7
31275 Lehrte

E-Mail: Dedo.Kleen@bkkexklusiv.de

BKK EUREGIO
Datenschutzbeauftragter
Boos-Fremery-Str. 66
52525 Heinsberg

E-Mail: datenschutz@bkk-euregio.de

BKK Faber-Castell & Partner
Datenschutzbeauftragter
Bahnhofstraße 45
94209 Regen

BKK Freudenberg
Datenschutzbeauftragter
Höhnerweg 2 – 4
69469 Weinheim

E-Mail: datenschutz@bkk-freudenberg.de

BKK
GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
Datenschutzbeauftragter
Winterstraße 49
33649 Bielefeld

E-Mail: datenschutz@bkkgs.de

BKK Linde
Beauftragte für den Datenschutz
Konrad-Adenauer-Ring 33
65187 Wiesbaden

E-Mail: datenschutz@bkk-linde.de

bkk melitta hmr
Datenschutzbeauftragter
Marienstraße 122
32425 Minden

E-Mail: datenschutz@bkk-melitta.de

BKK PFAFF
Datenschutzbeauftragter
Pirmasenser STr. 132
67655 Kaiserlautern

E-Mail: Datenschutz@bkk-pfaff.de

BKK Pfalz
Datenschutzbeauftragter
Lichtenbergerstraße 16
67059 Ludwigshafen am Rhein

E-Mail: datenschutz@bkkpfalz.de

BKK ProVita
Datenschutzbeauftragter
Münchner Weg 5
85232 Bergkirchen

E-Mail: datenschutz@bkk-provita.de

BKK PricewaterhouseCoopers (PwC)
Datenschutzbeauftragter
Burgstraße 1-3
34212 Melsungen

E-Mail: datenschutz@bkk-pwc.de

BKK ZF & Partner
Datenschutzbeauftragter
Otto-Lilienthal-Straße 10
88046 Friedrichshafen

Bosch BKK
Datenschutzbeauftragter
Kruppstraße 19
70469 Stuttgart

E-Mail: Datenschutz@Bosch-BKK.de

energie BKK
Datenschutzbeauftragter
Oldenburger Allee 24
30659 Hannover

E-Mail: datenschutz@energie-bkk.de

Mercedes-Benz BKK
Datenschutzbeauftragter
Mercedesstr. 120
70372 Stuttgart

E-Mail: postfach-datenschutz@mercedes-benz-bkk.com

Mobil Krankenkasse
Datenschutzbeauftragter
Burggrafstraße 1
29221 Celle

E-Mail: Datenschutz@mobil-kranken-kasse.de

Novitas BKK
Datenschutzbeauftragter
Schifferstraße 92-100
47059 Duisburg

E-Mail: datenschutz@novitas-bkk.de

Pronova BKK
Datenschutz
Horst-Henning-Platz 1
51373 Leverkusen

E-Mail: datenschutz@pronovabkk.de

SKD BKK
Datenschutzbeauftragter
Schultesstr. 19 A
97421 Schweinfurt

E-Mail: datenschutz@skd-bkk.de

Südzucker BKK
Datenschutzbeauftragter
Joseph-Meyer-Str. 13-15
68167 Mannheim

E-Mail: Datenschutz@Suedzucker-BKK.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anlage 4
zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß §140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V
(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Ergebnisbericht zur Indikationseinschätzung (Erst-/Folge-Assessment*)

PKD:
Koordinator/QPA:
Hausarzt:
Persönlicher Ansprechpartner:
Telefonnummer:

SAPV (Vollversorgung)

Korrespondenzstelle der Krankenkasse: _____

Telefax: _____

Erstverordnung (Datum) von: _____ bis: _____
Folgeverordnung (Datum) von: _____ bis: _____

Verordnungsrelevante Diagnosen (ICD-10-GM):	
Diesbezügliche kurative Behandlungen sind abgeschlossen:	☐ ja ☐ nein
Komplexes Symptomgeschehen nach SAPV-Richtlinie und Notwendigkeit der Vollversorgung:	☐ liegt vor ☐ liegt nicht vor
Ausgeprägter Symptomkomplex:	☐ ausgeprägte Schmerzsymptomatik ☐ ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik ☐ ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik ☐ ausgeprägte urogenitale Symptomatik ☐ ausgeprägte ulzerierende/exulzerierende Wunden/Tumore ☐ ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik ☐ sonstiges komplexes Symptomgeschehen

Kurze Beschreibung der Ausprägung der Symptome / ggf. fachliche Begründung zur Abweichung von der SAPV-Verordnung:

_____

_____

_____

Therapie- und Hilfeplan muss abgestimmt werden mit folgenden Leistungserbringern/Diensten:

☐ Haus-/Facharzt ☐ amb. Pflegedienst ☐ stat. Pflegeeinrichtung ☐ Kurzzeitpflege
☐ amb. Hospizdienst ☐ stat. Hospiz ☐ Physiotherapeut/in ☐ Sanitätshaus ☐ Apotheke

Therapie- und Hilfeplan ist:

☐ konsentiert ☐ teilweise konsentiert ☐ muss noch abgestimmt werden
☐ Notfallplan erstellt ☐ Rufbereitschaft organisiert

Datum der Erhebung: _____ durchgeführt von: _____

Unterschrift: _____

**Ein ausführliches Erst-/Folge-Assessment in Anlehnung an HOPE oder MIDOS verbleibt beim PKD*

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anlage 4a
zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V
(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Mitteilung über die Beendigung der SAPV (Vollversorgung)

An

Korrespondenzstelle der Krankenkasse: _____

Telefax: _____

Vollversorgung wurde beendet am: _____

‡ Beendigungsgrund:

☐ Versicherte/Versicherter verstorben

☐ Versicherte/Versicherter unter Vollversorgung stabilisiert, AAPV/additiv unterstützende Teilversorgung ausreichend

☐ sonstiger Grund: _____

☐ Aufnahme

☐ Krankenhaus/Palliativstation

☐ stationäres Hospiz

☐ Sonstige:_____

Sonstige Mitteilung:

_____

_____

Datum der Erhebung: _____

PKD: _____

_____

Unterschrift PKD/QPA

Anlage 5
zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V

(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Anlage 5 - Palliativdokumentation ±Statistik (nur GKV -Patienten)

quartalsweise per E -Mail zu übermitteln: Vertraege@kvwl.de

Quartal __/202_		Werte
Neu teilnehmende GKV-Patienten ambulant		
Neu teilnehmende GKV-Patienten Hospiz		
Betreuungszeitraum in Tagen (Median)		
SAPV (Vollversorgung)		
Sterbeort	Verstorbene Gesamt	
Wohnung		
Pflegeheim (einschl. Kurzzeitpflege)		
Stationäres Hospiz		
Krankenhaus		
Palliativstation		

BSNR: _____

Zuständiger PKD: _____

_____ _____

Ort, Datum Stempel und Unterschrift des QPA

Anlage 6
zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulante n palliativmedizinische n und palliativpflegerischen Versorgung von u nheilbar erkrankten Patienten in Westfalen -Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V
(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Vergütung für die teilnehmenden Haus - und Fachärzte

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

1. Pauschale für die

   - Eingangsdiagnostik einschließlich Teilnahmeerklärung eines Palliativpatienten nach § 8, 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) 70,00 EUR

2. Zuschlag zur Ziffer 1 für die Vorhaltung einer telefonischen Erreichbarkeit und/oder einer Besuchsbereitschaft des koordinierenden Arztes außerhalb der Sprechstundenzeiten, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. für den Patienten und/oder die Angehörigen und/oder die Pflegekräfte in Abstimmung mit den Patienten und/oder den Angehörigen und obligatorisch dem Team des Palliativmedizinischen Konsiliardienstes (PKD), dem der Patient zugeordnet ist, sowie ggf. weiteren Beteiligten im Rahmen der multiprofessionellen vernetzten Strukturen in kritischen Phasen, die über die Maßnahmen des qualifizierten Therapie-/Schmerztherapieplans nicht zu beheben sind. Koordinierende palliativmedizinische- und pflegerische Maßnahmen werden in enger Abstimmung mit dem zuständigen PKD getroffen.

   Der Zuschlag kann nur von Ärzten abgerechnet werden, die die Voraussetzungen der Anlage 1 zur Anlage 30 Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) gegenüber der KVWL nachgewiesen haben. Für Mitglieder eines PKD (QPAs) ist eine Abrechnung dieses Zuschlags nicht möglich.

   SNR 91505 (einmal je Patient) 163,75 EUR

   Die Vergütung der SNR 91505 wird ab dem Kalenderjahr 2024 zum 1. Januar eines jeden Jahres um die prozentuale Steigerung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V angepasst.

3. Patientenbezogener persönlicher Austausch des koordinierenden Haus-/ Facharztes mit einem QPA des PKD. Diese Leistung ist insgesamt maximal zweimal pro Patient je Vertragsteilnahme abrechnungsfähig.

   SNR 91503 (maximal zweimal je Patient) 25,00 EUR

. . .

Hausbesuche (gilt für alle Bereiche der APV-Versorgung incl. Hospiz)

4. 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	18,00 EUR

5. 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	30,00 EUR

6. Zuschlag für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitaufwand von mehr als 90 Minuten (daneben ist die entsprechende EBM-Ziffer abrechnungsfähig) für die

-	Ziffer 01410, SNR 91502T	70,00 EUR
-	Ziffer 01411, SNR 91502T	70,00 EUR
-	Ziffer 01412, SNR 91502T	70,00 EUR
-	Ziffer 01415, SNR 91502T	70,00 EUR
-	Ziffer 01413, SNR 91504T	42,00 EUR

Anmerkung:

Neben den SNR für Hausbesuche nach den Ziffern 4 bis 6 ist Wegegeld berechnungsfähig. Die Fahrstrecken sind in Doppelkilometern anzugeben. Die Vergütungen der SNR nach den Ziffern 4 bis 6 sind bei einem erforderlichen Hausbesuch bei einem teilnehmenden Patienten nicht nebeneinander abrechnungsfähig. Für die an dem Vertrag teilnehmenden Ärzte ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03370, 03371, 03372 und 03373, 04370, 04371, 04372 und 04373, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318 und 37320 der regionalen Gebührenordnung ausgeschlossen.

Zuschlag für Sonderleistungen

7. Zuschlag zu den Hausbesuchen nach Ziffern 4 bis 6, wenn im Rahmen des Hausbesuches eine Punktion bei folgenden Maßnahmen durchgeführt wird: Aszites- bzw. Pleurapunktionen sowie Anlage zentraler Venenkatheter, transurethraler und/oder suprapubischer Blasenkatheter, Trachealkanülenwechsel.

SNR 91506 25,00 EUR

Die Vergütung der SNR 91506 wird ab dem Kalenderjahr 2024 zum 1. Januar eines jeden Jahres um die prozentuale Steigerung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V angepasst.

Vergütung der spezialisierten Versorgung durch den palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD) (Teil 1) und durch den QPA (Teil 2)

Teil 1:
Der teilnehmende PKD erhält für die nach diesem Vertrag zu erfüllenden Aufgaben folgende Vergütungen:

1a. PKD-Struktur- und Vorhaltepauschale

Mit der PKD-Struktur- und Vorhaltepauschale wird die Etablierung und Sicherung der Versorgungsstrukturen für die besondere ambulante Palliativversorgung eingeschriebener Palliativpatienten und deren Zugehörigen vergütet. Die Pauschale beinhaltet

(a) die Bereitstellung und Aufrechterhaltung notwendiger Versorgungsstrukturen sowie insbesondere die Koordinierung der Versorgung durch den palliativmedizinischen Konsiliardienst,

(b) die Sicherstellung einer 24-Stunden-Rufbereitschaft - bei palliativmedizinischer Indikation ist ein tagesaktueller QPA-Hausbesuch zu gewährleisten,

(c) die Ergänzung der palliativmedizinischen Versorgung der Patienten durch Haus-/Fachärzte, insbesondere die von diesen angeforderte palliativmedizinische Beratung und Koordination,

(d) die als Ergänzung der haus- und fachärztlichen Versorgung der Patienten insbesondere vom Hausarzt angeforderte palliativmedizinische Mitbehandlung durch den Palliativarzt des PKD (Teilversorgung) einschließlich angeforderte konsiliarische Besuche,

(e) die vollständige Übernahme der palliativmedizinischen Versorgung von Patienten mit komplexem hausärztlich ambulant nicht beherrschbarem Symptomgeschehen (SAPV-Vollversorgung), z. B. 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

Die PKD-Struktur- und Vorhaltepauschale wird wie folgt vergütet:

SNR	Zeitraum	Vergütung
91511 (einmal je Patient)	01.07.2023 ±31.12.2023	585,00 EUR
	01.01.2024 ±31.12.2024	600,00 EUR

Die PKD-Struktur- und Vorhaltepauschale wird bei Hospizpatienten wie folgt vergütet:

SNR	Zeitraum	Vergütung
91511H (einmal je Patient)	01.07.2023 ±31.12.2023	195,00 EUR
	01.01.2024 ±31.12.2024	200,00 EUR

Anmerkungen:
Die SNR 91511 oder 91511H ist einmal je Patient je Vertragsteilnahme abrechnungsfähig. Die SNR 91511H ist nicht abrechnungsfähig, sofern der am Vertrag teilnehmende Patient bereits vor Aufnahme in ein Hospiz durch denselben PKD in gewählter Häuslichkeit palliativmedizinisch versorgt wurde. Zusätzliche ärztliche Leistungen werden vom QPA nach Anlage 7 Teil 2 bzw. jeweils gültigem EBM abgerechnet.

. . .

1b. Koordinatoren -Vorhaltepauschale

Vorhalten einer durchgehenden Koordinationsbereitschaft an Wochenenden und Feiertagen wie folgt:

- zwischen Freitag 16:00h bis Montag 08:00h
- Feiertage: ab 18:00h des Vortages bis 08:00h des Folgetages

Die Einrichtung dieser Koordinationsbereitschaft ist Voraussetzung, um die Pauschale SAPV (Vollversorgung) nach Ziffer 3. abrechnen zu können. Es gilt die Übergangsfrist gemäß Ziffer 3.5.

Diese Pauschale wird einmal je Patient je Vertragsteilnahme vergütet.

Diese Pauschale ist bei Hospizpatienten nicht abrechnungsfähig.

SNR 91511K (einmal je Patient) 45,00 EUR

1c. Koordinatoren -Akuteinsatz -Pauschale

Akut-Einsatz einer Koordinationskraft in Form eines Hausbesuches an den in 1b. genannten Zeiten.

Diese Pauschale wird je Patient je durchgeführtem Einsatz vergütet. Diese Pauschale ist bei Telefonaten nicht abrechnungsfähig, ebenso nicht bei Hospizpatienten. Die parallele Durchführung und Abrechnung eines Erst-/Folge-Assessments gemäß Ziffer 2. ist möglich.

SNR 91511A (je Akuteinsatz) 70,00 EUR

2. Erst -/Folge -Assessment

2.1 Das Erst-/Folge-Assessment durch eine Koordinationskraft / den QPA des PKD (Vergütung gemäß Teil 2 dieser Anlage) ist nicht ortsgebunden, erfolgt im Regelfall als Hausbesuch und beinhaltet die Erstellung der Anlage 4 (Ergebnisbericht zur Indikationseinschätzung). Nach Durchführung des Erst-/Folge-Assessments erfolgt die Festlegung und Initiierung notwendiger weiterer Maßnahmen. Der Hausarzt/Facharzt wird über das Erst-/Folge-Assessment informiert.

2.2 Die Durchführung des Erst-/Folge-Assessments durch eine Koordinationskraft wird wie folgt vergütet:

SNR 91520 70,00 EUR

Sofern das 2. Assessment innerhalb von sieben Tagen nach dem Erst-Assessment durchgeführt wird, wird dieses wie folgt vergütet:

SNR 91520F 35,00 EUR

Neben den SNR 91520 und 91520F ist bei Hausbesuchen durch eine Koordinationskraft Wegegeld wie folgt berechnungsfähig, sofern die Gesamtfahrstrecke mindestens 10 Kilometer (KM) beträgt:

SNR	KM	Vergütung
91523	10 KM bis 15 KM	15,00 EUR
91523A	16 KM bis 20 KM	20,00 EUR
91523B	21 KM bis 25 KM	25,00 EUR
91523C	26 KM bis 30 KM	30,00 EUR
91523D	31 KM bis 35 KM	35,00 EUR
91523E	36 KM bis 40 KM	40,00 EUR
91523F	41 KM bis 45 KM	45,00 EUR
91523G	ab 46 KM	50,00 EUR

Anmerkungen:
Bei Durchführung des Erst-/Folge-Assessments durch einen QPA erhält dieser eine Zusatzpauschale, gesondert angegeben in Teil 2 dieser Anlage. Das Erst-/Folge-Assessment nach Teil 1 Ziffer 2.2 und Teil 2 Ziffer 4. ist insgesamt maximal zweimal je Patient je Vertragsteilnahme abrechnungsfähig.

. . .

2.3 Ein Erst-/Folge-Assessment ist obligat bei allen SAPV-Patienten (Vollversorgung) zu erbringen. Es kann weiterhin fakultativ bei allen am Vertrag teilnehmenden Patienten der APV bzw. zum Zeitpunkt der APV sowohl im ambulanten Bereich als auch im Pflegeheim und Hospiz erbracht werden.

2.4 Die erbrachten Leistungen und die jeweiligen Zeiten des Erst-/Folge-Assessments sind von dem PKD nachvollziehbar und elektronisch zu dokumentieren. Diese Dokumentationen sind auf Anforderung der KVWL und der entsprechenden Krankenkasse unterschrieben vorzulegen.

3. Pauschale SAPV (Vollversorgung)

3.1 Der PKD erhält eine Pauschale je Behandlungstag/Patient für die SAPV-Vollversorgung, sofern eine ambulante Betreuung gewährleistet ist ~~und~~ , die unten aufgeführten Leistungen durch den PKD erbracht werden und die Genehmigung der SAPV-Vollversorgung entsprechend § 6 des Vertrages gegeben ist.

Diese Pauschale ist bei Hospizpatienten nicht abrechnungsfähig.

Die Abrechnung dieser Pauschale ist ab dem 1. Tag der Vertragsteilnahme des Patienten möglich.

3.2 Die SAPV-Vollversorgungspauschale wird wie folgt vergütet:

Für die ersten 14 Tage der Vollversorgung je Behandlungstag/Patient:

SNR 91516	140,00 EUR

Vom 15. Tag der Vollversorgung an je Behandlungstag/Patient

SNR 91517	70,00 EUR

3.3 Der Ansatz der SNR 91516 und 91517 setzt die unmittelbare Erbringung palliativmedizinischer und koordinativer Leistungen des PKD für den Palliativpatienten am Tag der Abrechnung dieser SNR sowie einen durchschnittlichen Umfang der Versorgung von 1,5 Stunden voraus.

Die SNR 91516 und 91517 beinhalten folgende Leistungen:

(a) Hausbesuche der Koordinationskräfte
In der Regel soll ein Hausbesuch durch den PKD pro Tag erbracht werden. Der zeitliche Umfang der Hausbesuche setzt sich zusammen aus der Fahrzeit sowie der Zeit, die beim Patienten vor Ort verbracht wird. (Anmerkung: Zusätzliche Hausbesuche der QPA werden nach Anlage 7 Teil 2 abgerechnet.)

(b) Telefongespräche
z. B. mit Hausärzten, Fachärzten, Patienten, Zugehörigen, Krankenkassen, Netzwerkpartnern sowie interne telefonische Absprachen im PKD-Team

(c) Besprechungen (Team-, Fall-, Übergabebesprechungen z. B. an den diensthabenden QPA bzw. die diensthabende Koordinationskraft) und Dokumentation

3.4 Die erbrachten Leistungen und die jeweiligen Zeiten der SAPV-Vollversorgung sind von dem PKD nachvollziehbar und elektronisch zu dokumentieren. Dabei sind Anfang und Ende der Vollversorgung, auch im Fall der intermittierenden Versorgung, anzugeben. Diese Dokumentationen sind auf Anforderung der KVWL und der entsprechenden Krankenkasse unterschrieben vorzulegen.

. . .

3.5 Der PKD hat innerhalb der nächsten 5 Jahre ab Inkrafttreten des Vertrages eine 24/7 Koordinationsbereitschaft zu etablieren, um die SAPV-Vollversorgungspauschale weiterhin abrechnen zu können.

4. Durchführung von invasiven Maßnahmen im Bedarfsfall

Die von einer Koordinationskraft vorgenommenen invasiven Maßnahmen wie Anlegen eines transurethralen Blasenkatheters, eines zentralen Venenkatheters, einer Magensonde etc. - unter Berücksichtigung der Delegationsvereinbarung (Anlage 24 BMV-Ä) ± außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten (insbesondere abends, nachts), an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12., werden wie folgt vergütet:

SNR 91524 (je Anlage/Patient)	25,00 EUR

Neben der SNR 91524 ist Wegegeld entsprechend Ziffer 2.2 berechnungsfähig.

Die Vergütungen des Teils1 dieser Anlage werden ab dem Kalenderjahr 2025 zum 1. Januar eines jeden Jahres um die prozentuale Steigerung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V angepasst.

Teil 2:

Der QPA des PKD erhält für die nach diesem Vertrag zu erfüllenden Aufgaben folgende Vergütungen:

Hausbesuche (gilt für alle Bereiche der APV -Versorgung incl. Hospiz)

1. Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von bis zu 45 Minuten (daneben sind GOP nach dem EBM für den Hausbesuch nicht abrechnungsfähig) im Sinne der

- GOP 01410, SNR 91512	60,00 EUR
- GOP 01411, SNR 91513	90,00 EUR
- GOP 01412, SNR 91514	105,00 EUR
- GOP 01415, SNR 91518	100,00 EUR
- GOP 01413, SNR 91519	40,00 EUR

2. Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitaufwand von mehr als 45 Minuten (daneben sind GOP nach dem EBM für den Hausbesuch nicht abrechnungsfähig) im Sinne der

- GOP 01410, SNR 91512S	80,00 EUR
- GOP 01411, SNR 91513S	110,00 EUR
- GOP 01412, SNR 91514S	125,00 EUR
- GOP 01415, SNR 91518S	120,00 EUR
- GOP 01413, SNR 91519S	50,00 EUR

. . .

3. Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitaufwand von mehr als 90 Minuten (daneben sind GOP nach dem EBM für den Hausbesuch nicht abrechnungsfähig) im Sinne der

-	GOP 01410, SNR 91512T	100,00 EUR
-	GOP 01411, SNR 91513T	130,00 EUR
-	GOP 01412, SNR 91514T	145,00 EUR
-	GOP 01415, SNR 91518T	140,00 EUR
-	GOP 01413, SNR 91519T	70,00 EUR

Anmerkungen:
Neben den SNR für Hausbesuche nach den Ziffern 1 bis 3 ist Wegegeld berechnungsfähig. Die Fahrstrecken sind in Doppelkilometern anzugeben. Die Vergütungen der SNR nach den Ziffern 1 bis 3 sind bei einem erforderlichen Hausbesuch bei einem teilnehmenden Patienten nicht nebeneinander abrechnungsfähig. Für die an dem Vertrag teilnehmenden Ärzte ist die Abrechnung der GOP 03370, 03371, 03372 und 03373, 04370, 04371, 04372 und 04373, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318 und 37320 der regionalen Gebührenordnung ausgeschlossen.

Erst-/Folge-Assessment

4. Erst-/Folge-Assessment nach Teil 1 Ziffer 2.1 dieser Anlage - vom QPA durchgeführt ±wird wie folgt vergütet:

SNR 91528 100,00 EUR

Sofern das 2. Assessment durch den QPA innerhalb von sieben Tagen nach dem Erst-Assessment durchgeführt wird, wird dieses wie folgt vergütet:

SNR 91528F 50,00 EUR

Das Erst-/Folge-Assessment nach Teil 1 Ziffer 2.2 und Teil 2 Ziffer 4. ist insgesamt maximal zweimal je Patient je Vertragsteilnahme abrechnungsfähig.

Zuschlag für Sonderleistungen

5: Zuschlag zu den Hausbesuchen nach Ziffern 1 bis 3, wenn im Rahmen des Hausbesuches eine Punktion bei folgenden Maßnahmen durchgeführt wird: Aszites- bzw. Pleurapunktionen sowie Anlage zentraler Venenkatheter, transurethraler (gemeint sind alle invasiven Maßnahmen) und/oder suprapubischer Blasenkatheter, Trachealkanülenwechsel.

SNR 91529 (je Punktion/Patient) 25,00 EUR

Die Vergütungen des Teils 2 dieser Anlage werden ab dem Kalenderjahr 2024 zum 1. Januar eines jeden Jahres um die prozentuale Steigerung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V angepasst.

Technische Anlage

]XP9HUWUDJ
]XU DOOJHPHLQHQ XQG VSH]LDOLVLHUWHQ
SDOOLDWLYPHGL]LQLVFKHQ XQG SDOOLDWLYS
YRQ XQKHLOEDU HUNUDQNWHQ 3DWLHQWHQ
JHPl‰ † D 6*% 9 LQ 9HUELQGXQJ PLW † G
9HUWUDJVNHQQ]HLFKHQ

]ZLVFKHQ GHU

der Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
(KVWL)

und

Version 2.0
Stand: April 2018

I. Einleitung

Diese technische Anlage dient der Präzisierung des Datenaustausches von Patientendaten (aus Patiententeilnahmeerklärungen - PTE) zwischen den Vertragspartnern. In dieser werden ergänzend zu dem geschlossenen Vertrag die wesentlichen Punkte für die spätere Datenübermittlung und -veränderung vereinbart.

Die Adressaten dieser Anlage sind die beteiligten Fachbereiche und ggf. deren zugeordnete IT-Abteilung.

Um Folgendes bitten wir Sie:

1. Füllen Sie diese Anlage zeitnah aus.
2. Bei inhaltlichen oder technischen Fragen wenden Sie sich an:
   Birgit Karns, Telefonnummer: 0231 9432-1062
   oder per Mail an Abrechnung@kvwl.de
3. Senden Sie dieses Dokument im Anschluss an: Abrechnung@kvwl.de

Bei jeder Datenlieferung durch die KVWL erhalten Sie diese – von Ihnen ausgefüllte Anlage - nochmals zu Ihrer Information mit zur Verfügung gestellt. Sollte die Datenlieferung von den Vorgaben, die in diesem Dokument vereinbart sind, abweichen, informieren Sie uns bitte unter o.g. Kontaktdaten.

Bei Änderungen bitten wir Sie ebenfalls um Kontaktaufnahme.

II. Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung 2
II. Inhaltsverzeichnis 2
III. Änderungshistorie 3
IV. Kontaktdaten zur ‘Technischen Anlage PTE‘ 3
V. Datenübertragung 3
VI. Inhaltlicher Aufbau des TVZ 5
VII. Rückmeldung an die KVWL 5

III. Änderungshistorie

Version	Datum	Kategorie	Beschreibung/Inhalt	Wer

Kategorie: E= Ergänzung, R= Review/Korrektur, A= Abnahme

IV. Kontaktdaten zur ‘Technischen Anlage PTE‘

	KVWL	Vertragspartner
Ansprechpartner	Birgit Karns	
Fachbereich / Orga-nisationseinheit	Geschäftsbereich Abrechnung	
Anschrift	Robert-Schimrigk-Str. 4-6 44141 Dortmund	
Telefon	0231/9432-1062	
Telefax	0231/9432-81672	
E-Mail	Abrechnung@kvwl.de	

V. Datenübertragung

1. Die PTE wird im Original an die KVWL übermittelt.

2. Soll ein Teilnahmeverzeichnis (TVZ) übermittelt werden?

   ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, wird Ihnen die KVWL das passwortgeschützte TVZ im Excel-Format auf dem SFTP-Server* als fortlaufende Liste bereitstellen.

3. Das TVZ wird standardmäßig nach einer festen Syntax benannt:
   Datum_PTE_Vertragsart_Krankenkasse

4. Soll Ihnen die PTE (Scan bzw. Papierform) übermittelt werden?

☐ ja ☐ nein (PTE wird von der KVWL archiviert; sie kann bei Bedarf angefordert werden)

Wenn ja, auf welchem Übertragungsweg soll Ihnen die PTE übermittelt werden?
- nur eine Auswahl möglich -

☐	SFTP-Server* im Dateiordner „KVWL an Benutzer“ (PTE als PDF-Dokument)
☐	Postalisch** (PTE in Papierform)

5. In welchem Turnus soll die PTE und/oder das TVZ übermittelt werden?
- nur eine Auswahl möglich -

☐	Monatlich (Übermittlung zum Monatsanfang beinhaltet die bis zum letzten Arbeitstag des Vormonats der KVWL vorliegenden PTE)
☐	Quartalsweise (Übermittlung zum Quartalsbeginn beinhaltet die bis zum letzten Arbeitstag des Vorquartals der KVWL vorliegenden PTE)

6. Wann sollen die Datenlieferungen erfolgen?

_____

---

* Zur initialen Einrichtung (Serveradresse, Benutzernamen, Passwort etc.) wird sich die KVWL mit dem unter IV genannten Ansprechpartner in Verbindung setzen.

An welche E-Mail-Adresse soll die Mitteilung erfolgen, dass neue Daten bereitgestellt wurden?

E-Mail: _____

** Postanschrift: _____

_____

VI. Inhaltlicher Aufbau des TVZ

7. Welche Attribute sollen übermittelt werden?

Attribute	Übertragung	Reihenfolge
Kostenträgername		
Kassennummer		
Einschreibedatum (wenn vorhanden)		
Einschreiber Arzt (LANR)		
BSNR-Praxis		
Versichertennummer		
Patientennachname		
Patientenvorname		
Geburtsdatum		
Dokumenten-ID		
Ende der Teilnahme (vom Kostenträger zu liefern)		
Beendigungsgrund (vom Kostenträger zu liefern)		
Meldedatum der Krankenkasse (von KVWL auszufüllen)		

8. Wir stellen Ihnen die Datei alphabetisch sortiert nach Patientennachname zur Verfügung.

VII. Rückmeldung an die KVWL

9. Erhalten wir von Ihnen eine Rückmeldung zur Datenlieferung?

☐ ja (Rückmeldung erfolgt über den SFTP-Server als Excel-Datei im Dateiordner „Benutzer an KVWL“)

☐ nein

10. Sofern wir von Ihnen Rückmeldungen zum Ende der Teilnahme und zum Beendigungsgrund (s. Frage 9) erhalten, nutzen Sie bitte folgende Ausfüllhilfe:

Ende der Teilnahme	tt.mm.jjjj (Datum, zu dem die Patiententeilnahme endet)
Beendigungsgrund	HzV
	Palliativ
	Verstorben
	Kündigung der Teilnahme durch den Patienten
	Widerruf durch den Patienten
	Krankenkassenverwechslung (Patient unbekannt)
	Krankenkassenwechsel
	Patient erfüllt nicht die Teilnahmevoraussetzung

11. Sofern wir von Ihnen Rückmeldungen erhalten, liefern Sie diese bitte bis zum 30.Tag des Folgemonats bei gewünschter monatlicher Datenlieferung oder bei gewünschter quartalsweiser Datenlieferung bis zum 10. des dritten Quartalsmonats.

Die Adresse des SFTP-Servers (wird von KVWL ausgefüllt):

_____

Anlage 9
zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V
(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Muster Teilnehmerverzeichnis Hausärzte/Fachärzte

BSNR	LANR	Akad. Grad	Nachname	Rufname	PLZ	Ort	Straße	Telefon	Fax	Genehmigung von	Genehmigung bis

Anlage 10
zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V
(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Muster Teilnehmerverzeichnis PKD

PKD	Anschrift	Versorgungsbereich des PKD (Orte)	PKD-Leiter (inkl. LANR)	SAPV-BSNR	QPA des PKD (inkl. LANR und/oder BSNR)	Personal	E-MAIL

Anlage 11a
zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V
(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Beitrittserklärung für Krankenkassen

Per E-Mail/Telefax an:

KVWL
E-Mail: Vertraege@kvwl.de
Fax-Nr.: 0231 9432-83213

Beitrittserklärung

☐ mit Wirkung zum 01.07.2023 ±eingereicht spätestens bis zum 02.06.2023

☐ P L W : L U N X Q J] X P « « « « « « « « « ±frühestens zum 01.10.2023

Name: _____

Anschrift: _____

_____

Ansprechpartner:

Tel.-Nr.: _____ Fax-Nr. _____

E-Mail: _____

Hiermit erklärt die o. g. Krankenkasse den Beitritt zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V.

Die Inhalte des Vertrages wurden von der oben genannten Krankenkasse zur Kenntnis genommen; sie verpflichtet sich, diese zu erfüllen.

_____ _____
Datum Unterschrift
Vorstand/Geschäftsführer

Anlage 11b
zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V
(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Beitrittserklärung für Betriebsk rankenkassen

Per E-Mail/Telefax an:

BKK -Landesverband NW
Frau Annegret Böckenholt
Fax-Nr.: 0201 179-1692

sowie

KVWL
E-Mail: Vertraege@kvwl.de
Fax-Nr.: 0231 9432-83213

Beitrittserklärung

☐ mit Wirkung zum 01.07.2023 ±eingereicht spätestens bis zum 08.06.2023

☐ mit Wirkung zum « « « « « « « « « « « « ±frühestens zum 01.10 .2023

Name: _____

Anschrift: _____

_____

Ansprechpartner:

Tel.-Nr.: _____ Fax-Nr. _____

E-Mail: _____

Hiermit erklärt die o. g. Betriebskrankenkasse den Beitritt zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V zwischen der KVWL und u. a. der BKK-Landesverband NORDWEST.

Die Inhalte des Vertrages wurden von der oben genannten Betriebskrankenkasse zur Kenntnis genommen; sie verpflichtet sich, diese zu erfüllen.

_____ _____
Datum Unterschrift
Vorstand/Geschäftsführer

Anlage 12
zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V
(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Vertragsbeteiligte Krankenkassen :

Stand: 06.06.2023

NAME	VKNR
AOK NordWest	18111
IKK classic	95301
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)	42251
KNAPPSCHAFT	18701
Techniker Krankenkasse	72601
BARMER	72601
DAK-Gesundheit	02602
Kaufmännische Krankenkasse (KKH)	17603
Hkk	03607
HEK	72601
Beigetretene Krankenkassen:	
AOK PLUS	95101
BIG direkt gesund	18306
BKK exklusiv	09402
BKK EUREGIO	21407
BKK Faber-Castell & Partner	69405
BKK Freudenberg	53408
BKK Gildemeister Seidenticker	19410
BKK Linde	45411
bkk melitta hmr	19540
BKK PFAFF	49417
BKK Pfalz	49411
BKK ProVita	68415
BKK PricewaterhouseCoopers (PwC)	42405

BKK ZF & Partner	47434
Bosch BKK	61409
energie BKK	09450
Mercedes-Benz BKK	61491
Mobil Krankenkasse	09455
NOVITAS BKK	02407
Pronova BKK	49402
SKD BKK (Siemens Betriebskrankenkasse)	61495
Südzucker BKK	52405

Anlage 13
zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V
(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Stand: 06.06.2023

Korrespondenzstellen der vertragsbeteiligten Krankenkassen

Krankenkasse	Straße	PLZ, Ort	Ansprechpartner/ -in	Telefon	Fax	E-Mail
AOK NordWest Die Gesundheitskasse.		58079 Hagen			0800 265 2265	
IKK classic						
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)						
KNAPPSCHAFT	Husemannstr.32-34	45879 Gelsenkirchen	Stefanie Schulz	0209 38621 510	0234 9783890032	Stefanie.Schulz@KBS.de
Techniker Krankenkasse						
BARMER						
DAK-G (Vertragsmanagement)	Graf-Adolf-Str. 89	40210 Düsseldorf	DAK-G Landesvertretung NRW	0211 946840-0	0211 946840-7000	service424300@dak.de
Kaufmännische Krankenkasse (KKH)						
hkk						
HEK						
AOK PLUS						
BIG direkt gesund	Markgrafenstr. 22	10117 Berlin	Jörg Spiethoff	0231/5557-2205	0231/5557-5205	joerg.spiethoff@big-direkt.de
BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275 Lehrte	Claudia Eggers	05132/5000120	05132/500112	Claudia.Eggers@bkkexklusiv.de
BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 66	52525 Heinsberg	Thomas Graf	02452/9016-100	02452/9016-729	Thomas.graf@bkk-euregio.de
BKK Faber-Castell & Partner	Bahnhofstr. 45	94209 Regen	Doris Seider-Weikl	09921/9602-270	09921/98602-269	Doris.seider-weikl@bkk-faber-castell.de
BKK Freudenberg	Höhnerweg 2-4	69469 Weinheim	Sabine Schäfers	06201/803685	06201/883685	sschaefers@bkk-freudenberg.de
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649 Bielefeld	Monika Buchta	0521/5228-3270		M.Buchta@BKKGS.de

BKK Linde	Konrad-Adenauer-Ring 33	65187 Wiesbaden	Manuela Dusendann	0611/7366-660	0611/7366694	manuela.dusendann@bkk-linde.de
bkk melitta hmr	Marienstr. 122	32425 Minden	Dietmar Kupitz	0571/93409-1141		Dietmar.kupitz@bkk-melitta.de
BKK PFAFF	Pirmasenser Str. 132	67655 Kaiserslautern	Anke Gerhardt	0631/ 31876-88	0631/ 31876-99	AGerhardt@bkk-pfaff.de
BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059 Ludwigshafen am Rhein	Valon Zeqiraj	0621/68559844	0621/685593616	VZeqiraj@bkkpfalz.de
BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232 Bergkirchen	Petra Maurer-Honisch	08131/6133-1721	08131/6133-9-1721	petra.maurer-honisch@bkk-provita.de
BKK PricewaterhouseCoopers (PwC)	Burgstr. 1-3	34212 Melsungen	Roberto Huke	05661/730264	05661/73029964	roberto.huke@bkk-pwc.de
BKK ZF & Partner	Otto-Lilienthal-Str. 10	88046 Friedrichshafen	Julia Enzesberger	0851/213733-2066		julia.enzesberger@bkk-zf-partne.de
Bosch BKK	Kruppstr. 19	70469 Stuttgart	Annabelle Renfer	0711 252918-731	0711 252918-735	Annabelle.Renfer@Bosch-BKK,de
energie BKK	Oldenburger Allee 24	30659 Hannover	Nina Ideker	0511/91110-407	0511/91110-7960	nina.ideker@energie-bkk.de
Mobil Krankenkasse	Friedenheimer Brücke 29	80639 München	Andrea Kobbe	05141/1540701	040 3002-940701	Andrea.Kobbe@mobil-krankenkasse.de
Mercedes-Benz BKK		28178 Bremen	Jenny Rohrmoser	0421/80716115		Jenny.Rohrmoer@mercedes-benz-bkk.com
Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059 Duisburg	Barbara Matthies	02303/545-8464	02303/545-608464	Barbara.matthies@novitas-bkk.de
Pronova BKK	Rheinallee 13	67061 Ludwigshafen	Thomas Schüttpelz	0214-322962517	0214-322968517	thomas.schuettpelz@ pronovabkk.de
SKD BKK (Siemens Betriebskrankenkasse)	Schultestr. 19 a	97421 Schweinfurt	Martin Breuning	09721 9449-384	09721 9449-333	Martin.breuning@skd-bkk.de
Südzucker BKK	Joseph-Meyer-Str. 13-15	68167 Mannheim	Herr Weber	0621328580	0621 3285849	info@suedzucker-bkk.de