

Anlage 6

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

Vergütung der spezialisierten Versorgung durch den palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD)

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

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

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

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

SNR 91511 (einmal je Patient)

525,00 EUR

...

2. Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von bis zu 45 Minuten (daneben sind Gebührenordnungspositionen nach dem EBM nicht abrechnungsfähig) im Sinne der
- Ziffer 01410, SNR 91512 45,00 EUR
 - Ziffer 01411, SNR 91513 75,00 EUR
 - Ziffer 01412, SNR 91514 90,00 EUR
 - Ziffer 01415, SNR 91518 85,00 EUR

 - Ziffer 01413, SNR 91519 25,00 EUR
3. Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitaufwand von mehr als 45 Minuten (daneben sind Gebührenordnungspositionen nach dem EBM nicht abrechnungsfähig) im Sinne der
- Ziffer 01410, SNR 91512S 65,00 EUR
 - Ziffer 01411, SNR 91513S 95,00 EUR
 - Ziffer 01412, SNR 91514S 110,00 EUR
 - Ziffer 01415, SNR 91518S 105,00 EUR

 - Ziffer 01413, SNR 91519S 35,00 EUR
4. Zuschlag zu den Hausbesuchen nach Ziffern 2 und 3, wenn vom PKD im Rahmen des Hausbesuches Punktionen (Aszites- bzw. Pleurapunktionen sowie Anlage zentraler Venenkatheter und suprapubischer Blasenkateter) durchgeführt werden
- SNR 91515 25,00 EUR
5. Pauschale für eine SAPV-Vollversorgung nach Ziffer 1 c ab dem 6. Tag nach Beginn der Palliativbehandlung (Einschreibung), sofern eine durchgängige ambulante Betreuung gewährleistet ist und durch den PKD (Palliativarzt oder Palliativpflegekraft) persönlich erbracht und nach Anlage 4a angezeigt wird,
- für die ersten 14 Tage der Vollversorgung je Behandlungstag/Patient SNR 91516 120,00 EUR
- vom 15. Tag der Vollversorgung an je Behandlungstag/Patient SNR 91517 60,00 EUR

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

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

Zur Vergütung palliativmedizinischer Leistungen für Hospizpatienten gelten folgende Regelungen:

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

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

...

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

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

Protokollnotiz:

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

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