

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 die Vergütungen nach Ziffern 1, 2, 7 und 9. Der QPA eines PKD nach § 6 erhält für die nach dieser Vereinbarung zu erfüllenden Aufgaben die Vergütungen nach Ziffern 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11 und 12.

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

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

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

SNR 91511 (einmal je Patient)

525,00 EUR

2. Durchführung eines Erstassessments durch eine(n) nach § 5 Abs. 4 qualifizierte Koordinator/in des PKD im Rahmen eines persönlichen Kontaktes im selbstgewählten Umfeld eines eingeschriebenen Palliativpatienten (Besuch) von mindestens 45 bis 60 Minuten Dauer (beim Patienten). Es beinhaltet folgende Leistungen:

- (a) Einschätzung von bestehenden Symptomen und der individuellen palliativen Bedarfe in mindestens fünf Bereichen der Palliativversorgung (z.B Symptomintensität, psychosoziale Belastung,

Selbsthilfefähigkeit, soziale Situation/Einbindung, Alltagskompetenz) mit einem standardisierten Messverfahren beim jeweiligen Patienten (z.B. Basisbogen nach Hope MIDOS)

- (b) Einschätzung der Versorgungssituation (z.B. Notwendigkeit von Pflegediensten, ambulante Hospizdienste, Hilfsmittelversorgung)
- (c) Einschätzung der psychosozialen Situationen (z.B. Notwendigkeit von Psychoonkologen)
- (d) Einschätzung über die notwendige weitere Therapieerwartung (z.B. Maßnahmen bei Verschlechterung usw.)
- (e) Einschätzung der spirituellen Haltung
- (f) Einschätzung der Angehörigensituation (z.B. Ehegatte, Kinder mit erhöhtem Betreuungsbedarf, Überforderung der Angehörigen usw.) und möglicher ethisch divergierender Haltungen (z.B. Erwartungen zu aktiver Sterbehilfe usw.)
- (g) Planung ggf. notwendiger weiterer Routinekontakte (Telefon oder Hausbesuch) in Abstimmung mit dem Patienten und/oder Angehörigen am Ende des Besuchs.
- (h) Bericht an den QPA des PKD zur Festlegung eines Versorgungs-/Therapieplans (z.B. über die schmerztherapeutische Einstellung) und ggf. notwendiger weiterer Maßnahmen.
- (i) Information des koordinierenden Haus-/Facharztes über das Ergebnis des Erstassessments

Das Erstassessment darf nur von teilnehmenden PKDs abgerechnet werden, die über die nach § 5 Abs. 4 geforderte Stellenzahl hinaus eine zusätzliche, in Vollzeit beschäftigte Koordinationskraft angestellt und gegenüber der KVWL nachgewiesen haben. Die Feststellung hierüber trifft die KVWL entsprechend dem in § 5 Abs. 4 festgelegten Verfahren zum 01.04. eines Kalenderjahres und erteilt den in Frage kommenden PKDs eine Abrechnungsgenehmigung. Die Abrechnungsgenehmigung ist zu widerrufen, sofern die Zahl der Koordinatoren/innen wegen höherer Patientenzahlen nach § 5 Abs. 4 anzupassen ist, die vorgenannte Voraussetzung für die Abrechnung der folgenden SNR vom PKD aber nicht wieder hergestellt wird. Für das 4. Quartal 2017 und das 1. Quartal 2018 trifft die KVWL die Entscheidung auf der Basis der durchschnittlichen Patientenzahlen des Jahres 2016 unmittelbar nach Wirksamwerden dieser Vereinbarung.

SNR 91520 (einmal je Patient)

60,00 EUR

Zuschlag zur SNR 91520 für die Anfahrt zur Erbringung eines Erstassessments in der selbstgewählten Häuslichkeit des eingeschriebenen Palliativpatienten

bei einer Entfernung von über 25 Kilometern gerechnet auf die einfache Strecke - SNR 91521

25,00 EUR

oder

bei einer Entfernung von über 50 Kilometern gerechnet auf die einfache Strecke - SNR 91522

50,00 EUR

Der Zuschlag nach SNR 91521 oder 91522 ist nur einmalig zum Erstassessment nach SNR 91520 abrechnungsfähig (keine doppelte Abrechnungsfähigkeit für Hin- und Rückfahrt). Bei Erbringung des Erstassessments für mehrere Palliativpatienten an einem Ort sind die SNR 91521 oder 91522 nur einmalig ansatzfähig.

Die Ergebnisse des Erstassessments und die Angaben über die Anfahrt zum Patienten (Versichertennummer, Tag, von (Anschrift)..., bis (Anschrift)..., Kilometerangabe des direkten Weges) sind vom PKD zu dokumentieren. Die Dokumentation der Angaben über die Anfahrt ist bei Ansatz der SNR 91521 bzw. SNR 91522 der KVWL auf Anforderung und ggf. zur Weiterleitung an die Krankenkasse vorzulegen. Die Dokumentation der Ergebnisse des Erstassessments ist im Einzelfall auf Anforderung der Krankenkassen dem MDK vorzulegen.

3. 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

4. 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

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

- Ziffer 01410, SNR 91512T	85,00 EUR
- Ziffer 01411, SNR 91513T	115,00 EUR
- Ziffer 01412, SNR 91514T	130,00 EUR
- Ziffer 01415, SNR 91518T	125,00 EUR
- Ziffer 01413, SNR 91519T	55,00 EUR

6. Zuschlag zu den Hausbesuchen nach Ziffern 3, 4 und 5, wenn vom PKD im Rahmen des Hausbesuches Punktionen (Aszites- bzw. Pleurapunktion, Anlage zentraler Venenkatheter sowie transurethraler und suprapubischer Blasenkathe-ter) durchgeführt werden
- SNR 91515 25,00 EUR
7. Pauschale für eine SAPV-Vollversorgung nach Ziffer 1 c ab dem 4. Tag nach Beginn der Palliativbehandlung (3. auf den Tag der Einschreibung folgender Tag), 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 (gerechnet vom frühestmöglichen Abrechnungsbeginn im Sinne des 1. Halbsatzes)
- 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 3, 4 und 5); 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 sowie in Krisensituationen, die vom PKD im Rahmen der Vollversorgung nicht mehr beherrscht werden können.

Zur Vergütung palliativmedizinischer Leistungen für Hospizpatienten gelten folgende Regelungen:

- | | | |
|-----|--|------------|
| 8. | 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 denselben Palliativarzt zu Hause palliativmedizinisch versorgt wurde) | 95,00 EUR |
| 9. | 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 bereits vor Aufnahme in das Hospiz durch denselben PKD zu Hause palliativmedizinisch versorgt wurde) | 175,00 EUR |
| 10. | Für den 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 |
| 11. | Für den Besuch weiterer Patienten in einem stationären Hospiz im Anschluss an die Leistung nach Ziffer 10 wird von den Krankenkassen eine Pauschale (daneben sind Gebührenordnungspositionen nach dem EBM nicht abrechnungsfähig) für folgende EBM-Ziffer gezahlt: | |
| | - Ziffer 01413, SNR 92016 | 25,00 EUR |
| 12. | Zuschlag zu den Besuchen, wenn in diesem Rahmen eine Punktion (Aszites- bzw. Pleurapunktion, Anlage zentraler Venenkatheter sowie transurethraler und suprapubischer Blasenkatheter) durchgeführt wird. | |
| | SNR 92015 | 25,00 EUR |

Eine Abrechnung von Leistungen der Ziffern 1 bis 7 ist für stationäre Hospizpatienten nicht möglich.

Die Abrechnungsfähigkeit der Ziffern 1 bis 7 ist auf den Betreuungszeitraum nach § 2 Abs. 5 in Verbindung mit § 6 Abs. 2 begrenzt.

Die Vergütungspauschalen nach den Ziffern 1, 2, 7 und 9 werden durch den PKD mit der KVWL ausschließlich über eine von dieser vergebenen Pseudo-Arztnummer elektronisch abgerechnet.

Für die am Vertrag teilnehmenden PKDs/QPAs ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318 und 37320 der regionalen Gebührenordnung ausgeschlossen.