

Anlage 7

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: 01.01.2025

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
9 15 11 (einmal je Patient)	01.01.2025 – 31.12.2025	623,10 EUR

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

SNR	Zeitraum	Vergütung
9 15 11 H (einmal je Patient)	01.01.2025 – 31.12.2025	207,70 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) 46,73 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) 72,70 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 72,70 EUR

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

SNR 91520F 36,35 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	15,58 EUR
91523A	16 KM bis 20 KM	20,77 EUR
91523B	21 KM bis 25 KM	25,96 EUR
91523C	26 KM bis 30 KM	31,16 EUR
91523D	31 KM bis 35 KM	36,35 EUR
91523E	36 KM bis 40 KM	41,54 EUR
91523F	41 KM bis 45 KM	46,73 EUR
91523G	ab 46 KM	51,93 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 145,39 EUR

Vom 15. Tag der Vollversorgung an je Behandlungstag/Patient

SNR 91517 72,70 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) 25,96 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	64,71 EUR
-	GOP 01411, SNR 91513	97,07 EUR
-	GOP 01412, SNR 91514	113,24 EUR
-	GOP 01415, SNR 91518	107,85 EUR
-	GOP 01413, SNR 91519	43,14 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	86,28 EUR
-	GOP 01411, SNR 91513S	118,64 EUR
-	GOP 01412, SNR 91514S	134,81 EUR
-	GOP 01415, SNR 91518S	129,42 EUR
-	GOP 01413, SNR 91519S	53,93 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	107,85 EUR
-	GOP 01411, SNR 91513T	140,21 EUR
-	GOP 01412, SNR 91514T	156,38 EUR
-	GOP 01415, SNR 91518T	150,99 EUR
-	GOP 01413, SNR 91519T	75,50 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	107,85 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	53,93 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 Blasenkateter, Trachealkanülenwechsel.

SNR 91529 (je Punktion/Patient)	26,96 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.