

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 Telematikinfrastuktur 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 exulzierende 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 Teilnahmezustand, 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 Aufgabenteilung 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 eingebundenen 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-Versorgung) 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 berechnigte 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 Insolvenzstraf-taten) sowie arbeits- und sozialrechtliche Vorschriften.
- (2) Bei einem Verstoß gegen vorstehenden Absatz kann dieser Vertrag nach den gesetz-lichen Bestimmungen ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist außerordentlich gekün-digt 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 Wettbewerbsbeschrän-kungen (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 stel-lende schwere Verfehlung begangen haben, die nach den maßgeblichen verga-berechtlichen 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 unwirk-sam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Best-immungen 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 be-sonderen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Pa-tienten in Westfalen-Lippe vom 18.06.2013, zuletzt geändert am 26.09.2017 ab.
- (2) Die vertragsschließenden Parteien erklären einvernehmlich, dass Versorgungsungen 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

AOK NordWest

.....
Dr. Dirk Spelmeyer
Vorstandsvorsitzender

.....
Bernd Marchlowitz
Unternehmensbereichsleiter
Ambulante Versorgung

Berufsverband der Palliativmediziner
in Westfalen-Lippe e. V.

BKK-Landesverband
NORDWEST

.....
Dr. Hans-Ulrich Weller

.....
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