

## Anlage 1

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

### Teilnahmeerklärung des koordinierenden Haus-/Facharztes

an der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

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

Telefax: 0231/9432-83960

---

Name: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin über die Inhalte und den Verlauf der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld informiert und bereit, an der Vereinbarung teilzunehmen und die mich betreffenden Versorgungsaufgaben nach § 4 der Vereinbarung zu übernehmen. Insbesondere beachte ich die in § 13 der Vereinbarung normierten datenschutzrechtlichen Regelungen. Für die Abrechnung der Vergütung nach diesem Vertrag ermächtige ich die KVWL, meine ihr bekannte Bankverbindung zu verwenden.

Ich kooperiere mit folgendem an der Vereinbarung teilnehmenden palliativmedizinischen Konsiliardienst :

**Bezeichnung des PKD:**

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Arztes

## Anlage 2

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

# Teilnahmeerklärung als palliativmedizinischer Konsiliardienst

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

Telefax: 0231/9432-83960

---

**Bezeichnung des PKD und Gesellschaftsform:**

---

**Mitglieder des PKD:**

Name	Anschrift Praxis/Klinik	Fachgebiet	Qualifikation*

\*PM LÄK = Zusatzbezeichnung. „Palliativmedizin n. d. Weiterbildungsordnung der LÄK  
PM GV = 40stündige Kursweiterbildung „Palliativmedizinische Grundversorgung“

Ist die Qualifikation noch nicht abgeschlossen, steht nach dem Kürzel bis wann sie voraussichtlich abgeschlossen ist.

**Palliativpflegerisch qualifizierte Koordinationskraft:**

Name	Stellenansatz		Berufsbezeichnung	PC-WB* (X)
	VZ (1)	TZ (0,5)		

\* PC-WB = Palliativ-Care Weiterbildung (160 Stunden)

Wir sind über die Inhalte und den Verlauf der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld informiert und bereit, an der Vereinbarung teilzunehmen und die uns betreffenden Versorgungsaufgaben nach § 5 Abs. 2, 6 und 7 Abs. 1 der Vereinbarung zu übernehmen. Insbesondere beachten wir die datenschutzrechtlichen Regelungen in § 13 der Vereinbarung.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel  
des verantwortlichen/geschäftsführenden Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# Anlage 3

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

## Teilnahmeerklärung des Versicherten

an der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung

1. Der behandelnde Haus- bzw. Facharzt hat mich darüber aufgeklärt, dass sich mein Allgemeinzustand durch palliativmedizinische Maßnahmen verbessern lässt. Ich wünsche, die mir verbleibende Zeit durch qualifiziertes medizinisches Zusammenwirken der mich betreuenden Ärzte möglichst schmerzfrei im häuslichen Umfeld zu erleben.
2. Hiermit erkläre ich, dass ich über die Inhalte und den Verlauf der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung nach dieser Vereinbarung umfassend informiert wurde und damit einverstanden bin, dass die notwendige medizinische Versorgung im Zusammenwirken mit meinem ebenfalls teilnehmenden Haus- bzw. Facharzt entsprechend durchgeführt wird.
3. Ferner stimme ich der Übermittlung und Verwendung der im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung erhobenen Behandlungsdaten durch die hieran beteiligten Behandler ausschließlich zu Zwecken der Durchführung dieser ambulanten palliativmedizinischen Versorgung zu. Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten gelten die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der ärztlichen Berufsordnung sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und die Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung.

Ja, ich möchte an dieser speziellen palliativmedizinischen Versorgung teilnehmen und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

T T M M J J J J

---

Unterschrift des Versicherten  
oder seines Betreuers oder eines in häuslicher  
Gemeinschaft lebenden Angehörigen

Die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 der Vereinbarung liegen vor.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

T T M M J J J J

---

Stempel und Unterschrift  
des behandelnden Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# Stammdatenblatt 3a

## für den Palliativ- medizinischen Konsiliardienst

### Anlage 3a

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

Den Status als Palliativpatient begründende Erkrankung/Diagnose:

.....  
 .....

Stadium/ggf. Metastasierung: O palliatives Stadium oder Freitext:

.....  
 .....

Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund: O palliative Situation oder Freitext

.....  
 .....  
 .....

#### Zu erwartender palliativmedizinischer Bedarf:

Bereits begonnene Schmerztherapie	<b>Ja</b>		Nein	
Zu erwartende Schmerztherapie	<b>Ja</b>		Nein	
Symptomkontrolle/Krisenintervention (z.B. Erbrechen, Obstipation, Atemnot, Unruhe, etc.)	<b>Ja</b>		Nein	
Spezielle Wundversorgung	Ja		<b>Nein</b>	
Psychosoz. Unterstützung	<b>Ja</b>		Nein	
Sonstiges:	Ja		<b>Nein</b>	
Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor:	Ja		<b>Nein</b>	
Der/die Patient/in leidet an einer Suchterkrankung	Ja		<b>Nein</b>	

Bochum, \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift/ Stempel Arzt

**O Mitbehandlung erbeten. Telefonnummer Patient:** \_\_\_\_\_

**O Vollversorgung erbeten (zusätzlich Formular 63 an PKD faxen, SNR 40860 = 25 €)**

**per Fax mit Anlage 3 an PKD (für Bochum 7980624) Formulare unter [www.sapv.de/wl](http://www.sapv.de/wl)**

Ziffer 91501 (50 €), Zuschlag Hausbesuch 91502 (< 1 h, 25 €), 91502S (> 1 h, 40 €)

## Anlage 4 (Teil 1)

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

# Basisdokumentation des PKD

Datum: ..... Uhrzeit: .....

(Name/Institution):

**Anfrage durch:** Name/Tel./Funktion  
(Notarzt/ Hausarzt/Fachpflegedienst)

**Patient:** (Name/Vorname/Geburtsdatum)

### Grunderkrankung:

Tumorerkrankung

Nicht-Tumorerkrankung

### Allgemeinbefinden:

sehr schlecht

schlecht

mittel

gut

sehr gut

**Patientenverfügung vorhanden:** unbekannt      nein      ja .....

### Aktuelle Probleme (Hauptgrund der Anfrage bitte unterstreichen!)

Durchschnittlicher Schmerz	kein	leicht	mittel	stark
Maximaler Schmerz	kein	leicht	mittel	stark
Übelkeit	kein	leicht	mittel	stark
Erbrechen	kein	leicht	mittel	stark
Verstopfung	kein	leicht	mittel	stark
Luftnot	kein	leicht	mittel	stark
Schwäche	kein	leicht	mittel	stark
Angst	kein	leicht	mittel	stark
Hautprobleme	kein	leicht	mittel	stark
	kein	leicht	mittel	stark
	kein	leicht	mittel	stark

### Relevante Begleiterkrankungen:

Herz/Kreislauf

Leber

Niere

Lunge

Neurologisch

Psychiatrisch

Sonstige .....

PEG-Sonde

Port

ZVK

Pumpe

DK

**Vorbehandlung**Schmerz                    keine                    ja  
Bei BedarfÜbelkeit                    keine                    ja  
Bei BedarfErbrechen                    keine                    ja  
Bei BedarfVerstopfung                    keine                    ja  
Bei BedarfLuftnot                    keine                    ja  
Bei BedarfSchwäche                    keine                    ja  
Bei BedarfAngst                    keine                    ja  
Bei BedarfHautprobleme                    keine                    ja  
Bei Bedarf.....                    keine                    ja  
bei Bedarf**Soziale Situation**unbekannt                    allein lebend                    Pflegedienst vorhanden  
mit Partner/Familie lebend                    keine Unterstützung durch Partner/Familie mgl.**Therapieempfehlung**

s. angefügten Therapieplan

**Weitere Beratung erforderlich und gewünscht : nein                    ja**

Vermittlung an Hospizdienst

Vermittlung an Pflegedienst

Überweisung an Palliativzentrum

**Der Patient ist mit der anonymen Auswertung der Daten im Rahmen des Projektes einverstanden.****Er ist bei weiteren Beratungen mit der Einsichtnahme seiner bisher erhobenen Daten einverstanden.**

Datum:

## **Anlage 5**

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

### **Vergütung der nach § 3 teilnehmenden Haus- und Fachärzte**

Die nach § 3 teilnehmenden Haus- und Fachärzte erhalten für die nach dieser Vereinbarung zu erfüllenden Aufgaben folgende Pauschalvergütungen:

1. Pauschale für die
  - Eingangsdiagnostik einschließlich Teilnahmeerklärung eines Palliativpatienten nach § 2, Dokumentation (Anlage 3a) und Aktivierung des palliativmedizinischen Konsiliardienstes (PKD).
  - Betreuung und sachgerechte Koordinierung der Versorgung von eigenen Patienten im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung.
  - Feststellung der Notwendigkeit und Übergabe von Patienten zur Erbringung von SAPV-Leistungen durch den PKD.

SNR 91501 (einmal je Patient)	50,00 EUR
-------------------------------	-----------
  
2. Zuschlag für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von bis zu 60 Minuten (daneben ist die entsprechende EBM-Ziffer abrechnungsfähig) für die
  - Ziffer 01410, SNR 91502 25,00 EUR
  - Ziffer 01411, SNR 91502 25,00 EUR
  - Ziffer 01412, SNR 91502 25,00 EUR
  
3. Zuschlag für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitaufwand von mehr als 60 Minuten (daneben ist die entsprechende EBM-Ziffer abrechnungsfähig) für die
  - Ziffer 01410, SNR 91502S 40,00 EUR
  - Ziffer 01411, SNR 91502S 40,00 EUR
  - Ziffer 01412, SNR 91502S 40,00 EUR

Die o.a. Ziffern, insbesondere die Hausbesuchspauschalen, können für Besuche in Alten- und Pflegeheimen (gilt nicht für Hospize\*) entsprechend angesetzt werden.

Die Vergütungen nach den Symbolziffern der Nummern 2 und 3 sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.

#### **\* Protokollnotiz**

Sobald eine gesetzliche Regelung in Kraft getreten ist, wird diese Vereinbarung umgehend angepasst.

## Anlage 6

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

#### Vergütung des palliativmedizinischen Konsiliardienstes (PKD) nach § 6 Abs. 2

Der palliativmedizinische Konsiliardienst nach § 6 Abs. 2 erhält für die nach dieser Vereinbarung zu erfüllenden Aufgaben folgende Pauschalvergütungen:

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 als Ergänzung der haus-/fachärztlichen Betreuung der Patienten insbesondere vom Hausarzt angeforderte palliativmedizinische Beratung (APV), einschließlich angeforderte konsiliarische Besuche durch den PKD
- b) die vollständige Übernahme der palliativmedizinischen Versorgung von Patienten mit komplexem hausärztlich-ambulant nicht beherrschbarem Symptomgeschehen (SAPV), insbesondere bei
  - Schmerzkrisen trotz Einstellung nach WHO III, Atemnotanfällen, therapierefraktärem Erbrechen, Krampfanfall, Darmverschlussproblematik und/oder
  - notwendigen intensivmedizinischen Interventionen (Punktionen, Infusionen i.v.) mit dokumentiertem, besonders hohem Koordinationsaufwand und besonderer Bereitschaft zur Vermeidung von Notfallaufnahmen einschließlich Dokumentation nach Anlage 4

Pauschalvergütung, nach Patientenzahlen gestaffelt:

SNR 91511 (einmal je Patient)	1. - 200.	700 EUR
	201. - 300.	500 EUR
	301. - 400.	300 EUR
	401. und mehr	200 EUR

2. Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitumfang von bis zu 60 Minuten (daneben sind Gebühren nach EBM nicht abrechnungsfähig) im Sinne der
- Ziffer 01410, SNR 91512 40 EUR
  - Ziffer 01411, SNR 91513 70 EUR
  - Ziffer 01412, SNR 91514 85 EUR
3. Pauschale für einen erforderlichen Hausbesuch mit patientenbezogenem Zeitaufwand von mehr als 60 Minuten (daneben sind Gebühren nach EBM nicht abrechnungsfähig) im Sinne der
- Ziffer 01410, SNR 91512S 55 EUR
  - Ziffer 01411, SNR 91513S 85 EUR
  - Ziffer 01412, SNR 91514S 100 EUR
4. Zuschlag zu den Hausbesuchen nach Ziffern 2 und 3, wenn vom PKD im Rahmen des Hausbesuches Punktionen (Aszites- bzw. Pleurapunktionen) durchgeführt werden
- SNR 91515 25,00 EUR
5. Pauschale für eine SAPV-Vollversorgung nach Ziffer 1b ab dem 8. Tag nach Beginn der Palliativbehandlung (Einschreibung), sofern eine durchgängige Betreuung gewährleistet ist und durch den PKD (Palliativarzt oder Palliativpflegekraft) persönlich erbracht wird,
- je Behandlungstag
- SNR 91516 100,00 EUR

Daneben ist eine Abrechnung nach Ziffern 2 bis 4 sowie die Verordnung von Pallicare ausgeschlossen.

Die Ziffern 2 bis 4 können für Besuche in Alten- und Pflegeheimen (gilt nicht für Hospize\*) entsprechend angesetzt werden. Die Ziffern 2 und 3 sind nicht nebeneinander rechnungsfähig.

Die Vergütungspauschale nach Ziffern 1 und 5 wird patientenbezogen und quartalsweise mit der KVWL durch den Palliativmedizinischen Konsiliardienst über eine von dieser vergebenen Pseudo-Arztnummer elektronisch abgerechnet.

**\* Protokollnotiz**

Sobald eine gesetzliche Regelung in Kraft getreten ist, wird diese Vereinbarung umgehend angepasst.

## Anlage 7

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Telefax  
an den  
Palliativmedizinischen Konsiliardienst

0 / \_\_\_\_\_

Mein o. a. Patient ist am    verstorben

Während der Palliativversorgung ist

a) eine Krankenhausbehandlung

nicht veranlasst

am \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

notwendig gewesen.

Patient ist im Krankenhaus verstorben

b) häusliche Krankenpflege

nicht erforderlich gewesen

als HKP verordnet worden

als Palliativpflege verordnet worden

Den palliativmedizinischen Konsiliardienst habe ich

telefonisch \_\_\_\_ mal kontaktiert

\_\_\_\_ mal gebeten, einen Hausbesuch durchzuführen

Die Betreuung durch den PKD bewerte ich als

sehr gut     gut     befriedigend     nicht zufriedenstellend

keine Angabe

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

## Nicht-Teilnehmende Betriebskrankenkassen an der BKK-VAG NRW

Nr.	BKK
1	BAHN-BKK
2	BANK BKK
3	BKK A.T.U.
4	BKK BMW
5	BKK ENKA
6	BKK EWE
7	BKK FTE
8	BKK Groz-Beckert
9	BKK HENSCHTEL Plus
10	BKK KARL MAYER
11	BKK Kassana
12	BKK KBA
13	BKK KEVAG KOBLENZ
14	BKK Krones
15	BKK MEDICUS
16	BKK MEM
17	BKK MTU Friedrichshafen GmbH
18	BKK N-ERGIE
19	BKK salvina
20	BKK Schott-Rohrglas
21	BKK Schwesternschaft v. BRK
22	BKK S-H
23	BKK Stadt Augsburg
24	BKK VBU
25	BKK Wieland-Werke
26	Bosch BKK
27	Brandenburgische BKK
28	CITY BKK
29	Deutsche BKK
30	HEAG BKK
31	Siemens BKK