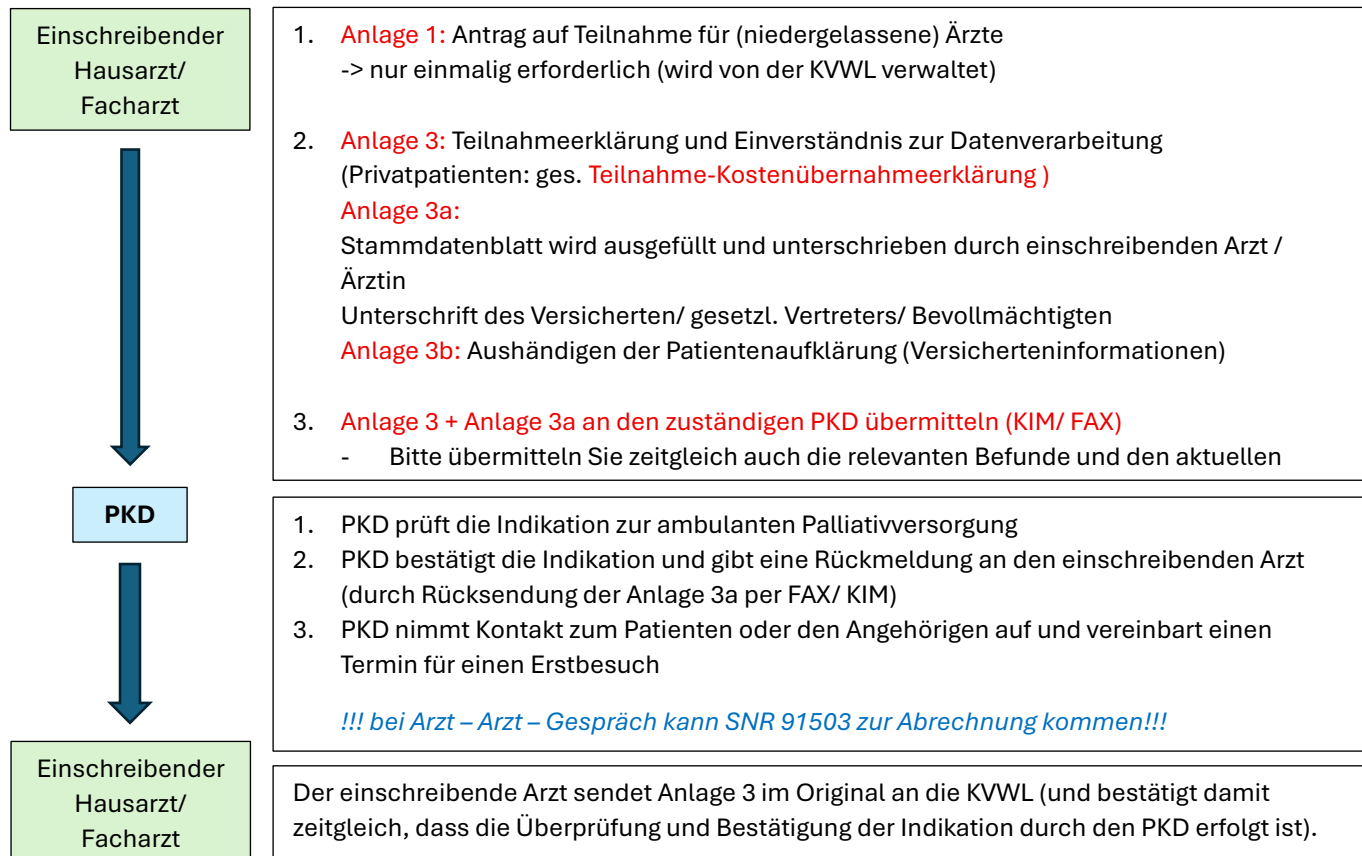


Einschreibeprozedere zur ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe



Abrechenbare Ziffern:

SNR 91501 (einmal je Patient) - 70,00 €

Eingangsdiagnostik einschl. Teilnahmeerklärung eines Palliativpatienten nach §8, Dokumentation (Anlage 3 a) und Aktivierung des palliativmedizinischen Konsiliardienstes.

- 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 91505 (einmal je Patient) - 181,54 €

Zuschlag zu Ziffer 91501 für die Vorhaltung einer telefonischen Erreichbarkeit und/ oder einer Besuchsbereitschaft der koordinierenden Arztes (Hausarzt mit Grundkurs Palliativmedizin, wenn auf Anlage 1 der KVWL angezeigt) außerhalb der Sprechstundenzeiten, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12 und 31.12. für den Patienten und/ oder die Angehörigen und/ oder die Pflegekräfte in Abstimmung mit den Patienten und /oder den Angehörige und obligatorisch dem Team des Palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD), dem der Patient zugeordnet ist, sowie ggf. weiteren Beteiligten im Rahmen der multiprofessionellen vernetzten Strukturen in kritischen Phasen, die über die Maßnahmen des qualifizierten Therapie-/Schmerztherapieplans nicht zu beheben sind. Koordinierende palliativmedizinische- und pflegerische Maßnahmen werden in enger Abstimmung mit dem zuständigen PKD getroffen.

Für Mitglieder eines PKD (QPAs) ist eine Abrechnung dieses Zuschlags nicht möglich.

SNR 91503 (max. Zweimal je Patient) - 25,00€

Patientenbezogener persönlicher Austausch des koordinierenden Haus-/Facharzt mit einem QPA des PKD. Diese Leistung ist insgesamt maximal zweimal pro Patient je Vertragsteilnahme abrechnungsfähig.

SNR 91506 (Zuschlag für Sonderleistungen) - 26,96€

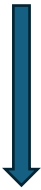
Zuschlag zu den Hausbesuchen nach Ziffern 4 bis 6, wenn im Rahmen des Hausbesuches eine Punktion bei folgenden Maßnahmen durchgeführt wird: Aszites- bzw. Pleura Punktion sowie Anlage zentraler Venenkatheter, transurethraler und/oder suprapubischer Blasenkateter, Trachealkanülen Wechsel.

Zuschläge für Hausbesuche gemäß Anlage 6 des Palliativvertrags

(www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Mitglieder/Rechtsquellen_und_Vertraege/Palliativmedizinische_Versorgung/Anlage_6_Verguetung_teilnehmende_Haus-_und_Fachaerzte_gueltig_ab_01.01.2024....pdf)

Verordnung von SAPV (Vollversorgung) in Westfalen Lippe

Zugelassener
Hausarzt/
Facharzt



PKD

1. Erstellen von Muster 63 (möglichst mit Unterschrift des Patienten oder Vertreters)
2. **Muster 63 vorab per Fax an den PKD** senden.
3. **!! Muster 63 im Original an den PKD zum dortigen Verbleib senden!!**

- Grundsätzlich erfolgt die Verordnung durch den teilnehmenden Haus-/Facharzt
- Im Bedarfsfall (z.B. Krankenhausentlassung/-überleitung, Akutfälle) kann die Verordnung auch durch den QPA erfolgen (z.B. bei erforderlichem Versorgungsbeginn am Wochenende)
- Die Ausstellung von Muster 63 ist über 01425 (Erstverordnung) oder 01426 (Folgeverordnung) abrechnungsfähig

1. PKD beantragt die SAPV-Vollversorgung bei der Krankenkasse (Muster 63 wird innerhalb von 3 Werktagen an die Koordinierungsstelle der Krankenkasse gefaxt)
2. PKD führt innerhalb von 3 Werktagen ein Assessment beim Patienten durch und legt das Ergebnis innerhalb von 7 Tagen via Anlage 4 der Koordinierungsstelle der Krankenkasse per Fax vor
3. Muster 63 verbleibt im Original beim PKD

- Der Hausarzt kann während der SAPV-Vollversorgung weiterhin Hausbesuche durchführen und inklusive Palliativzulagen gem. Anlage 6 des Palliativvertrags abrechnen
- Palliativpflege ist parallel zur SAPV-Vollversorgung verordnungsfähig und wird ab Versorgungsbeginn vergütet
- Im Falle einer Ablehnung der Vollversorgung durch die KK werden bis dahin erbrachte Leistungen vergütet.

Die entsprechenden Formulare finden Sie auf folgenden Internetseiten:

www.kvwl.de/mitglieder/rechtsquellen-vertraege/palliativmedizinische-versorgung

Für Rückfragen steht Ihnen unser Büro unter 02594-9919747 gerne zur Verfügung.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Teilnahmeerklärung des Privatversicherten an der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung

Hiermit erkläre ich, dass ich über die Inhalte und den Verlauf der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung informiert wurde und damit einverstanden bin, dass die notwendige medizinische Versorgung im Zusammenwirken mit einem ebenfalls teilnehmenden Haus- bzw. Facharztes entsprechend durchgeführt wird.

Ja, ich möchte an dieser speziellen Versorgung teilnehmen und wünsche, soweit möglich, ambulant im häuslichen Umfeld versorgt zu werden.

Datenschutzerklärung Ich stimme der Übermittlung und Verwendung der im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung erhobenen Behandlungsdaten durch die hieran beteiligten Behandler, Koordinatoren (palliativmedizinisch ausgebildete Pflegekräfte) oder einbezogenen Pflegedienstes, privaten Krankenkassen, ambulanten Hospizdienstes und Apotheken ausschließlich zu Zwecken der Durchführung dieser Versorgung entsprechend den für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten jeweils gültigen Regelung zu.

Die Berechnung der entstehenden Kosten erfolgt analog der Vergütung für gesetzlich Versicherte Patienten ohne Anrechnung weiterer Steigerungsfaktoren. Diese sind im „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 mit Gültigkeitsbeginn 01.07.2023 festgelegt.

Die Pauschalen dienen der Aufnahme des Patienten durch ein Erst-/Folgeassessment sowie der Koordination der Versorgung zur Sicherung einer ambulanten Betreuung eingeschriebener Palliativpatienten einschließlich der Unterstützung und Anleitung von Angehörigen oder der Pflegekräfte vor Ort, um eine Betreuung des Palliativpatienten zu Hause zu ermöglichen.

Sie beinhalten darüber hinaus die Bereitstellung des fachärztlichen palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD) einschließlich der erforderlichen personellen und sachlichen Ressourcen, insbesondere der Pflegekräfte mit Palliativ-Care- Weiterbildung (Koordinatoren) zu den Öffnungszeiten des PKD. Außerhalb des Sprechstundenzeiten des Hausarztes wird ein Bereitschaftsdienst vorgehalten. Der PKD steht den behandelnden Fach- und Hausärzten zur Beratung, für konsiliare Besuche und Mitbehandlung zur Verfügung. Die Einsätze des PKD und der Koordinatoren werden dokumentiert und mit dem betreuenden Hausarzt kommuniziert.

Einzelleistungen des diensthabenden PKD-Arzttes wie Hausbesuche usw. werden gemäß Gebührenordnung (GOÄ) von diesem zusätzlich in Rechnung gestellt.

Eine Kostenübernahme seitens der privaten Krankenkasse/ Beihilfe für die Einschreibepauschale kann vom PKD nicht garantiert werden; es wird empfohlen, eine vorherige Kostenzusage einzuholen.

Diese Teilnahmeerklärung kann innerhalb von 14 Tagen widerrufen werden. Die bisher entstandenen Kosten sind zu erstatten.

 Name, Vorname des Patienten

 Geburtsdatum, TT.MM.JJJJ

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient/ Bevollmächtigter

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Kostenübernahme
zur Teilnahme an der ambulanten
Palliativversorgung durch den
Palliativmedizinischen Konsiliardienst
Kreis Coesfeld

Sehr geehrte Patienten und Zugehörigen,

aufgrund einer fortgeschrittenen Erkrankung befinden Sie sich derzeit in einer Situation, in der Ihnen mehr Aufmerksamkeit und Unterstützung zusteht. Diese können wir Ihnen, Ihren Zugehörigen und Ihrem Hausarzt durch palliativmedizinischen Konsiliardienst Kreis Coesfeld anbieten. Dabei bleibt Ihr Hausarzt weiterhin Ihr erster und wichtigster Ansprechpartner- dieser wird auch die Einschreibung in die ambulante Palliativversorgung gemäß „Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld“ im Bereich Westfalen- Lippe vornehmen. Nach Einschreibung steht Ihnen, Ihren Zugehörigen und Ihrem Hausarzt ein Team von Palliativmedizinern und Palliativpflegekräften beratend zur Seite. Ebenso können Sie bei dringenden krankheitsbezogenen Problemen - falls ihr Hausarzt nicht erreichbar ist (z.B. außerhalb der Praxisöffnungszeiten, nachts und an Wochenenden) – auf den ärztlichen Palliativ- Bereitschaftsdienst zurückgreifen. Darüber hinaus wird an den Wochenenden und Feiertagen ein Rufbereitschaftsdienst vorgehalten.

Die Berechnung der für Sie entstehenden Kosten erfolgt analog der Vergütung für gesetzlich versicherte Patienten ohne Anrechnung weiterer Steigerungsfaktoren. Diese sind im „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“ mit Gültigkeitsbeginn 01.07.2023 festgelegt.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen diese Gebühr problemlos, manche private Krankenkassen übernehmen dies Gebühr nur eingeschränkt oder gar nicht. Erforderliche ärztliche Hausbesuche werden, so wie Sie es durch Ihren Hausarzt kennen, gesondert nach GOÄ in Rechnung gestellt. Da die Rechnungsstellung über Sie erfolgt, haben Sie die Möglichkeit sich im Vorfeld bei Ihrer Krankenkasse bezüglich der Kostenübernahme zu erkundigen.

Sie haben das Recht, innerhalb von 2 Wochen von diesem Vertrag zurückzutreten.

- ☐ Ich möchte die ambulante Palliativversorgung durch den PKD Kreis Coesfeld in Anspruch nehmen. Ich übernehme die anfallenden Kosten ungeachtet einer Erstattung meiner Krankenkasse.
- ☐ Ich möchte die ambulante Palliativversorgung durch den PKD Kreis Coesfeld in Anspruch nehmen. Bezüglich der Kosten möchte ich erst mit meiner Krankenkasse Rücksprache nehmen.
- ☐ Ich wurde umfassend beraten und habe den Flyer des PKD Kreis Coesfeld erhalten.
- ☐ Ich habe eine Kopie des Schreibens erhalten. ☐ Ich verzichte auf eine Kopie.

 Ort, Datum

 Name u. Unterschrift Patient/ Bevollmächtigter

 PKD Kreis Coesfeld

Informationsblatt

→ Bitte ausgefüllt zurück an

PKD Kreis Coesfeld
Alter Gartenweg 14
48249 Dülmen
Faxnummer: 02594-7823862
Mail: info@pkd-coesfeld.de

Informationsblatt für palliativ angemeldete Patienten beim Palliativmedizinischen
Konsiliardienst Kreis Coesfeld

Patientenname: _____

Telefonnummer: _____

Betreuer / Zugehöriger: _____

(Bitte angeben ob Ehepartner, Sohn/Tochter, oder in welchem Verhältnis)

Kontakttelefonnummer: _____

Name/Adresse Altenheim: _____

Wohnbereich/Telefonnummer: _____

- Zeitnahe (1-2 Tage) Hausbesuch einer Koordinationsfachkraft gewünscht ?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nein
- Beifügen eines aktuellen Medikamentenplans
- Beifügen des letzten Krankenhausberichtes

Patientenverfügung: ☐ Ja ☐ nein
(wenn vorhanden, bitte beifügen)

**Bitte diesen Vordruck ausgefüllt zusammen mit den Einschreibeformularen
Anlage 3a und 3 übermitteln.**

Praxisstempel

**Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach
§ 39 a Abs. 1 SGB V und § 43 SGB XI**

Anschrift der Krankenkasse:	Name des Versicherten:	
	Vorname:	
	Geb.-Datum:	
	Straße:	
	PLZ/Ort:	
	Telefon:	
	KV-Nr.:	

Name des Hospizes

(voraussichtliches) Aufnahme datum:

Anschrift des Hospizes

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name

Telefon

Eine ärztliche Verordnung ist beigelegt

☐ ja

☐ nein

Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung alternativ möglich?

☐ ja

☐ nein

Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt?

☐ ja

☐ nein

Grad _____

Ich erhalte/habe einen Anspruch auf Pflegeleistungen
(z. B. Pflegegeld/Pflegezulage)

☐ ja

☐ nein

wenn ja, von:

☐ der Pflegekasse

☐ der Beihilfestelle

☐ dem Sozialamt

☐ der Unfallvers.

☐ dem Versorgungsamt

☐ sonstigen Stellen

Name und Anschrift (z.B. Pflegekasse, Beihilfestelle, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Sozialamt)

Etwaige spätere Änderungen werde ich umgehend der Kranken-/und Pflegekasse mitteilen.

Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass meine Kranken-/Pflegekasse von dem mich behandelnden Arzt, Krankenhaus und den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Leistungen erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die vorgenannten Institutionen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken-/Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, können an den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) weitergegeben werden.

Datum, Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten*

*Einverständniserklärung des Versicherten zur Unterschrift liegt vor.

☐ ja

☐ nein

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V

Anschrift der Krankenkasse:	Name:	
	Vorname:	
	Geb.-Datum:	
	Straße:	
	PLZ/Ort:	
Fax:	KV-Nr:	

☐ Erstantrag

☐ Folgeantrag*

(nur die mit * versehenen Angaben sind erforderlich)

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung / Diagnose:

.....

Stadium ggf. Metastasierung/

Prognose:.....

.....

Begrenzte Lebenserwartung (Tage bis Wochen) ☐ ja

* Kurze Angaben zum aktuellen Krankheitsbefund, zur bisherigen und aktuellen Therapie:

.....

.....

Zukünftige Therapie:

.....

.....

☐ Körperl. Schwäche	☐ Übelkeit / Erbrechen	☐ (Lymph-) Ödem	☐ Aszites	☐ Blutungen	☐ Nieder- geschlagenheit
☐ Kachexie	☐ Müdigkeit	☐ Durchfall	☐ Verstopfung	☐ Motorische Unruhe	☐ Verwirrtheit
☐ Schmerzen	☐ Schluckstörung	☐ Atemnot	☐ Dekubitus	☐ Neurol. Symptome	☐ Angst
☐ Appetitlosigkeit	☐ Mund- trockenheit	☐ Husten	☐ Ex- ulcerationen	☐ Urol. Symptome	☐ Schlafstörung

* Spezieller Versorgungsbedarf besteht in Bezug auf:

☐ Psychosoziale / seelsorgliche Unterstützung ☐ Überwachung von Schmerztherapie nach (WHO- Schema) ☐ s.c.- oder i.v.- Flüssigkeitssubstitution ☐ s.c.- oder i.v.- Infusionen mit Medikamenten ☐ Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen ☐ Wundversorgung (Dekubitus, exulcerierende Tumore, Fisteln)	☐ Versorgung von Kathetern und Drainagen ☐ Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stomata ☐ Krisenintervention / Symptomkontrolle ☐ Spezielle Wundversorgung ☐ Enterale Ernährung (PEG) ☐ Parenterale Ernährung
--	---

Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor

☐ ja

☐ nein

Der Patient / die Patientin leidet an einer Suchterkrankung

☐ ja

☐ nein

Häusliche Versorgung ist gewährleistet

☐ ja

☐ nein

Überforderung der pflegenden Angehörigen / Patient ist alleinlebend

☐ ja

☐ nein

Datum

Unterschrift des Arztes/Stempel

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

63

☐ Erst-
verordnung

☐ Folge-
verordnung

☐ Unfall
Unfallfolgen

vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

Komplexes Symptomgeschehen

☐ ausgeprägte urogenitale
Symptomatik

☐ ausgeprägte
Schmerzsymptomatik

☐ ausgeprägte respiratorische /
kardiale Symptomatik

☐ ausgeprägte gastrointestinale
Symptomatik

☐ ausgeprägte ulzerierende /
exulzierende Wunden oder Tumore

☐ ausgeprägte neurologische /
psychiatrische / psychische Symptomatik

☐ sonstiges komplexes
Symptomgeschehen

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

Folgende Maßnahmen sind notwendig

☐ Beratung

☐ a. des behandelnden Arztes

☐ Koordination der Palliativversorgung

☐ b. der behandelnden Pflegefachkraft

☐ c. des Patienten / der Angehörigen

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

☐ Additiv unterstützende
Teilversorgung

☐ Vollständige
Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 40860, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 40862 berechnungsfähig.

Antrag des Versicherten

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird wie vom behandelnden Arzt verordnet beantragt.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum

vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

bis

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

Genehmigung der Krankenkasse

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

☐

entsprechend der Verordnung übernommen

☐

in folgendem Umfang übernommen

Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anlage 3a

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

Stammdatenblatt



Bitte mit Medikamentenplan und Vorbefunden an

PKD: _____

Telefax/KIM-Adresse des PKD: _____

Für ein Telefonat zwischen HA/FA und PKD:

Telefon HA/FA (bitte direkte Durchwahl angeben): _____

Für die Rücksendung der Anlage 3a vom PKD an HA/FA: Telefax/KIM-Adresse HA/FA _____

Den Status als Palliativpatient begründet/begründen folgende Erkrankung(en)/Diagnose(n):

Patient befindet sich ☐ im häuslichen Umfeld ☐ in einem Pflegeheim ☐ im Hospiz

Telefonnummer des Patienten/des/r Angehörigen/des Bevollmächtigten/der Wohneinrichtung: _____

Zu erwartender palliativmedizinischer Bedarf:

Bereits begonnene Schmerztherapie	☐ Ja	☐ Nein
Zu erwartende Schmerztherapie	☐ Ja	☐ Nein
Symptomkontrolle/Krisenintervention (z.B. Erbrechen, Obstipation, Atemnot, Unruhe, etc.)	☐ Ja	☐ Nein
Spezielle Wundversorgung	☐ Ja	☐ Nein
Psychosoziale Unterstützung	☐ Ja	☐ Nein
Schrittmacher mit Defibrillator	☐ Ja	☐ Nein
Laufende Radio-/Chemotherapie	☐ Ja	☐ Nein
PEG, parenterale Ernährung	☐ Ja	☐ Nein
Sonstiges:	☐ Ja	☐ Nein
SAPV-Vollversorgung wird in Kürze erwartet	☐ Ja	☐ Nein
Begründung: _____		
Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor	☐ Ja	☐ Nein
Der/die Patient/in leidet an einer Suchterkrankung	☐ Ja	☐ Nein

Der PKD empfiehlt dringend die tel. Rücksprache mit einem QPA unter der Telefonnummer: _____

HA/FA bittet um Rücksprache mit einem QPA unter der o. a. Durchwahl: ☐ Ja ☐ Nein

(Telefonat HA/FA mit QPA (maximal 2x abrechnungsfähig – SNR XXXXX))

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Erklärung des qualifizierten Palliativarztes (QPA):

Die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 des Vertrags liegen vor. ICD-10-GM: _____

Zum Zeitpunkt der Einschreibung ist eine sofortige (Mit-)Betreuung durch den PKD erforderlich:

☐ Ja ☐ Nein

☐ als Teilversorgung ☐ als Vollversorgung (Muster 63 erforderlich)

Zuständiger PKD: _____ **BSNR:** _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des QPA

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anlage 3 zum Vertrag

Allgemeine und spezialisierte ambulante palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe

(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

- Anlagen 3 (in Kopie) und 3a vom HA/FA an PKD senden – danach
- Anlage 3 via KIM (KIM-Adresse: PTE@kvwl.kim.telematik) oder im Original bei der KVWL einreichen -

1. Teilnahmeerklärung:

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung. Hiermit erkläre ich,

- dass ich ausführlich und umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert wurde;
- dass ich mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer einverstanden bin;
- dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Erklärung beginnt;
- dass ich mich nach Ablauf der Widerrufsfrist für 12 Monate an diese besondere Versorgung binde;
- dass ich darüber informiert bin, dass meine Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund vor Ablauf der Bindungsfrist beendet werden kann;
- dass die Teilnahme an dem Vertrag bei Widerruf der Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke, meinem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V bei meiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse endet.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.

2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung und in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke:

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung. Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich.

Meine Teilnahmeerklärung wird vom einschreibenden Arzt an die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) übermittelt. Die KVWL prüft das Dokument auf Vollständigkeit und informiert meine Krankenkasse über meine Vertragsteilnahme. Meine Teilnahmeerklärung wird beim Verbleib von der KVWL datenschutzkonform archiviert und ist dann meiner Krankenkasse zugänglich. Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die teilnehmenden Ärzte die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Behandlungstag, Teilnahmedaten, Vergütungsbezeichnung und ihren Wert, Art der Inanspruchnahme, dokumentierte Leistungen, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10-GM an die mit der Abrechnung beauftragte KVWL. Die KVWL leitet diese Abrechnungsdaten an meine Krankenkasse weiter. Meine Krankenkasse informiert die KVWL über den aktuellen Stand meiner Teilnahme, z. B. über mein Teilnahmeende. Die für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen – schriftlich, mündlich oder elektronisch. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann.

T	T	M	M	J	J

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters/Bevollmächtigten/Ehepartners/Lebenspartners

- Vom behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige die Einschreibung dieses Patienten in den Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe.

Die Bestätigung über den Palliativstatus des Patienten durch einen qualifizierten Palliativmediziner (QPA) liegt vor.

(durch Ersttelefonat und/oder zurückgesandte Anlage 3a)

T	T	M	M	J	J

Unterschrift

Vertragsarztstempel



Antrag auf Teilnahme für Ärzte

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)

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



Faxnummer: 0231/9432-1569



Wichtig:

Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer
Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder
Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einrei-
chen. Bei Teilnahme eines MVZ ist die Teilnahmeer-
klärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des
MVZ zu unterzeichnen.

Der Antrag wird gestellt für:

LANR: _____ BSNR: _____

KIM-Adresse: _____

1. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Versorgungsaufgaben nach § 5 des Vertrages, erkläre ich
hiermit die Teilnahme an dem o. g. Vertrag.

2. **Wichtig:** Für die am Vertrag teilnehmenden Ärzte ist die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03370,
03371, 03372, 03373, 04370, 04371, 04372, 04373, 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318 und
37320 der regionalen Euro-Gebührenordnung ausgeschlossen.

3. Ich kooperiere mit folgendem am Vertrag teilnehmenden palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD):

4. Ergänzend möchte ich die SNR 91505 abrechnen.

Die Voraussetzungen nach Anlage 30 (Qualifikation Zusatzweiterbildung Palliativmedizin oder
Grundkurs - Anlage 1) des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) hinsichtlich der geforderten theo-
retischen und praktischen Kenntnisse und Erfahrungen werden anliegend nachgewiesen. ☐

liegen der KVWL bereits vor ☐

Die zusätzlich geforderte interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team wird gewährleistet. ☐

Für Mitglieder eines PKD (QPAs) ist eine Abrechnung dieses Zuschlags nicht möglich!

5. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- ich alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.
- ich mit der Veröffentlichung meines Namens, meiner LANR, meiner BSNR, meiner Praxisanschrift, mei-
ner Telefon- und Faxnummer auf der Internetseite der vertragsbeteiligten Krankenkassen und der
KVWL sowie der Weitergabe dieser Daten im Rahmen eines Teilnehmerverzeichnisses einverstanden
bin.
- meine Teilnahmeerklärung auch für neu diesem Vertrag beitretende Krankenkassen gilt.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt

ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/
ärztlicher Leiter des MVZ

Stempel