

5. Änderungsvereinbarung

zum
Rahmenvertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß
§ 132d SGB V in Berlin vom 06.07.2010

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
- im Folgenden KV Berlin genannt -
und

dem
Home Care Berlin e. V.
- im Folgenden HC e. V. genannt -

sowie
der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,

den Ersatzkassen:

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatz-
kasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg

dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover,

der BIG direkt gesund,

der IKK Brandenburg und Berlin,

der Knappschaft, Regionaldirektion Berlin,

der Krankenkasse für den Gartenbau,
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche
Krankenversicherung in Berlin
- im Folgenden Krankenkassen genannt -

Der Rahmenvertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 132 d SGB V in Berlin vom 06.07.2010 wird mit Wirkung ab 01.07.2011 wie folgt geändert:

Zu § 13 – Abrechnung und Vergütung in Verbindung mit Anlage 2 b) zur Vergütung der spezialisierten Leistungserbringer Palliativpflege:

Die beigefügte Anlage 2b) - Vergütung der spezialisierten Leistungserbringer Palliativpflege ersetzt mit Wirkung ab 01.07.2011 die bisherige Vergütungsregelung (Anlage 2b).


Berlin, den 29.07.11



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand



AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,
zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau,
diese handelnd als Landesverband für die
landwirtschaftliche Krankenversicherung Berlin
Der Vorstand



Home Care Berlin e.V.
Der Vorstand



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Berlin/Brandenburg



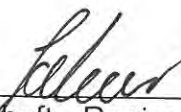
BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Berlin-Brandenburg



BIG direkt gesund



IKK Brandenburg und Berlin



Knappschaft - Regionaldirektion Berlin
- Der Leiter der Regionaldirektion -

Anlage 2 b Vergütung spezialisierte Leistungserbringer Palliativpflege

(1) Ab **01.07.2011** sind für die im Rahmen ärztlich verordneter spezialisierter Palliativpflege und von spezialisierten Leistungserbringern Palliativpflege erbrachten Leistungen gemäß Vertrag nach § 132 d SGB V vom 06.07.2010 folgende Entgelte abrechnungsfähig. Die Leistungserbringer können die ab 01.07.2011 geltenden Vergütungen für bewilligte Verordnungen abrechnen, deren erster Behandlungstermin nach dem 30.06.2011 liegt und die zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses noch nicht abgerechnet sind. In der Einführungsphase gilt für die bisherige Wochenpauschale, dass mit Ablauf der letzten 7 Kalendertage eine Umstellung auf die neue Vergütungssystematik erfolgt.¹ Nachfakturierungen für bereits abgerechnete Leistungen sind ausgeschlossen.

Leistung			DTA Gebührenposition (302 SGB V) ²	Entgelt
Lfd. Nr.	Beschreibung	Einheit		
1.)	Pflegefachliche Beratung/Aufnahme	Je Beratungseinheit	0xxxxxx	30,00 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur palliativ-pflegerischen Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod - psychosoziale Unterstützung des Patienten und dessen Angehörigen im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger Zusammenarbeit z. B. mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten <p>abrechnungsfähig sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) für das ausführliche <u>Erstberatungsgespräch</u> bei Leistungsbeginn drei Beratungseinheiten <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> b) bei Folgeverordnung mit <u>erheblicher Änderung des ärztlichen Behandlungsplanes</u> oder nach Entlassung aus stationärer Behandlung eine Beratungseinheit <p>oder</p>			

¹ Zum Beispiel: Leistungsbeginn gemäß VO 30.06.2011 bis 15.07.2011, Wochenpauschale bis 06.07.2011, ab 07.07.2011 Umstellung auf die neuen Entgelte gemäß 3a)

² Die DTA Gebührenpositionen zur SAPV sind auf der Bundesebene noch nicht verabschiedet. Nach Veröffentlichung in den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V (Datenträgeraustausch) und der technischen Anlagen werden diese nachgesetzt. Die Anwendung der Verschlüsselung auf den Rechnungen ist bis auf weiteres noch nicht erforderlich.

Leistung			DTA Gebührenposition (302 SGB V) ²	Entgelt
Lfd. Nr.	Beschreibung	Einheit		
	c) bei Wechsel der pflegerischen Versorgungsform zwei Beratungseinheiten			
2.a)	Koordination der pflegerischen Versorgung	Je angefangene Behandlungswoche ³	0x x xxx	22,50 Euro
	<ul style="list-style-type: none"> - Koordination der spezialisierten palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und von Hospizdiensten im Rahmen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit - Abstimmen der erforderlichen Maßnahmen auf den ärztlichen Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Palliativarzt - Mitarbeit an der Dokumentation und Evaluation durch den spezialisierten Palliativarzt zu den wesentlichen Maßnahmen im Rahmen der SAPV 			
2.b)	Fallbesprechungen	Je Fallbesprechung, einmal wöchentlich abrechnungsfähig.	0x x xxx	22,50 Euro
	Interdisziplinäre Fallbesprechung			
	Telefonische Abstimmungen gelten nicht als Fallbesprechung, s. 2. a) Koordination			
	Werden mehrere Fallverläufe in einer Fallkonferenz beraten und dokumentiert:	Je Fallbesprechung, einmal wöchentlich abrechnungsfähig.	0x x xxx	15,00 Euro

³ Einmalig, jeweils 7 Tage ab Beginn des Leistungsanspruches (z.B. Genehmigung ab 02.des Monats / 1. Behandlungswoche 02.des Monats bis 08.des Monats/ 2. Behandlungswoche ab 09.des Monat u.s.w.)

Leistung			DTA Gebührenposition (302 SGB V)	Entgelt
Lfd. Nr.	Beschreibung	Einheit		
3.	spezialisierte palliativpflegerische Leistungen			
3 a)	Spezialisierte palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care entspricht. Durchführung von medikamentösen oder anderen Maßnahmen zur Symptomlinderung.	Je angefangene 45 Minuten Anwesenheit im Haushalt; ⁴ maximal dreimal täglich abrechnungsfähig	0x x xxx	21,00 Euro
3 b)	Einsätze zur Krisenintervention	je Einsatz		35,50 Euro
3 c)	Zuschlag zum Entgelt gemäß Position 3 a) bei Infusionstherapie oder bei Überwachung bei / nach Aszitispunktion / Pleuropunktion mit notwendiger Anwesenheitspflicht der Pflegefachkraft	je Einsatz		7,50 Euro
3 d)	spezialisierte palliativpflegerische Leistungen mit außergewöhnlichem Versorgungsaufwand; dieser muss aus der ärztlichen Verordnung eindeutig hervorgehen; mindestens drei Stunden je Tag; Entgelte nach 3 a) oder 3 b) sind nicht zusätzlich abrechnungsfähig	je Stunde		28,00 Euro

- (2) Während eines Aufenthaltes des Versicherten in einem stationären Hospiz sind Leistungen nach Absatz (1) nicht abrechnungsfähig.
- (3) Während des Aufenthaltes des Versicherten in einer vollstationären Einrichtung gemäß § 72 SGB XI sind für Leistungen nach Absatz 1 Nr. 3 a) 23,00 Euro je Behandlungstag durch den ambulanten spezialisierten Leistungserbringer Palliativpflege abrechnungsfähig.
- (4) Werden die Leistungen nach 3 a) in einer vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI in Kooperation mit dieser Pflegeeinrichtung erbracht, beträgt die Vergütung für die Leistungen nach 3 a) je Behandlungstag 19,50 Euro.
- (5) Einsätze zur Krisenintervention nach Absatz 1 Nr. 3 b) dieser Vereinbarung sind abrechnungsfähig, wenn sich die Pflegesituation des Versicherten akut so verschlech-

⁴ In den der Abrechnung beizufügenden Leistungsnachweisen ist Beginn und Ende der Leistungserbringung gemäß Position 3 a) aufzuzeichnen.

tert hat, dass ohne eine sofortige Intervention die weitere ambulante Versorgung nicht mehr möglich ist (z.B. akutes Auftreten von Atemnot, unbeherrschbare Schmerzen, akute Somnolenz u.s.w.) und der spezialisierte Leistungserbringer Palliativpflege außerplanmäßig einen Hausbesuch durchführt.

- (6) Mit den genannten Entgelten nach Absatz 1 Nr. 3 sind jeweils sämtliche im Zusammenhang mit den bewilligten und erbrachten Leistungen der SAPV erforderlichen Aufwendungen abgegolten, einschließlich ggf. erforderlicher Behandlungspflegen nach § 37 Absatz 2 SGB V als Bestandteil der verordneten SAPV -Leistungen, in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit notwendig sind. Im Sinne einer umfassenden qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten ist die im Rahmen der SAPV ggf. erforderliche Häusliche Krankenpflege durch den spezialisierten Leistungserbringer Palliativpflege sicherzustellen.
- (7) Der spezialisierte Palliativarzt ist berechtigt, die Forderung aus Leistungen des spezialisierten Leistungserbringers Palliativpflege an seinen Kooperationspartner abzutreten. Die Forderungsabtretung ist im Kooperationsvertrag (Muster Anlage 1 a) für die Dauer des Kooperationsverhältnisses zu vereinbaren. Damit ist der spezialisierte Leistungserbringer Palliativpflege berechtigt, die delegierten, genehmigten und erbrachten Leistungen gegenüber dem jeweiligen Kostenträger abzurechnen.
- (8) Die Krankenkassen begleichen die Rechnungen gegenüber dem spezialisierten Leistungserbringer Palliativpflege innerhalb von 28 Tagen nach Rechnungseingang mit befreiender Wirkung unter Angabe der Rechnungsnummer und des Rechnungsdatums. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.
- (9) Der Inhalt der Abrechnung richtet sich grundsätzlich nach den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Absatz 2 SGB V (Datenträgeraustausch) und der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung und umfasst:
 1. Abrechnungsdaten
je Abrechnungsbeleg sind mindestens zu übermitteln:
 - Betriebsstättennummer (BSNR) des qualifizierten Palliativarztes und das Institutionskennzeichen/ Abrechnungskennzeichen (Pseudo-Arztnummer) des speziellen Leistungserbringers Palliativpflege, Name, Anschrift, Telefonnummer des Leistungserbringers
 - Rechnungsnummer
 - Krankenversicherungsnummer des Versicherten, Name, Vorname, Geburtsdatum, Versichertenstatus
 - Institutionskennzeichen des Kostenträgers
 - abzurechnender Zeitraum
 - abzurechnende Leistungen nach Art, Menge, Einzel- und Gesamtvergütungsbetrag
 2. Urbelege (Verordnungen im Original)
 3. Leistungszusagen (im Original)
 4. Leistungsnachweis (im Original)

Der einsatzbezogene Erhalt der Leistungen ist vom Versicherten, ggf. bevollmächtigten Angehörigen oder Vertreter, auf dem Leistungsnachweis mit Unterschrift und Datum zu bestätigen. In zu begründenden Ausnahmefällen kann der Leistungserbringer den Leistungsnachweis unterschriftlich bestätigen. Vordatierungen oder Globalbestätigungen über den Empfang von Leistungen sind unzulässig. Im Leistungsnachweis sind alle erbrachten Leistungen nach Art, Menge, Datum und Uhrzeit aufzuschlüsseln.

5. Gesamtaufstellung der Abrechnung

Der spezialisierte Leistungserbringer Palliativpflege hat auf dem Abrechnungsbeleg mit seiner Unterschrift zu bestätigen, dass die in Rechnung gestellten Leistungen nach Art und Häufigkeit erbracht worden sind.

Rechnungen, die den Anforderungen nicht entsprechen, können unter Angabe des Grundes zur Berichtigung an den Leistungserbringer zurückgegeben werden. Offensichtliche Rechen- oder Schreibfehler sollten unbürokratisch abgeklärt werden. Rechnungsbeanstandungen muss die Krankenkasse innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erheben. Einsprüche gegen Beanstandungen können vom Leistungserbringer innerhalb von drei Monaten nach Mitteilung geltend gemacht werden.