

## Informationen für Privatversicherte über die ambulante palliativ-medizinische Versorgung des PKD Lippe



Sehr geehrte Damen und Herren,

mit den gesetzlichen Krankenversicherungen wurde in Westfalen-Lippe eine Vereinbarung über die ambulante allgemeine palliativmedizinische Versorgung geschlossen (in Anlehnung an § 132d SGB V). Für ihre erbrachten Leistungen werden die palliativärztlichen Konsiliardienste pro eingeschriebenen Patient mit einer einmaligen Pauschale vergütet.

Die Vereinbarung ist einsehbar auf der Webseite der KVWL <https://www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/palliativ/index.htm>.

Bisher gibt es keine einheitliche Regelung für die Kostenübernahme durch die privaten Krankenversicherungen. Der palliativärztliche Konsiliardienst Lippe ermöglicht die Einschreibung und Versorgung von Privatpatienten analog der o.g. Vereinbarung.

Eingeschriebene Privatversicherte erhalten vom PKD Lippe/ Ärztenetz Lippe eine Rechnung zum einfachen Satz in Höhe von 585 Euro (525 € Versorgungspauschale + 60 € Koordinationsbesuch).

Die Kostenübernahme für diese Pauschale ist ggf. mit der jeweiligen Privatversicherung im Vorfeld zu klären. Bei Fragen stehen Ihnen die Koordinatoren gern zur Verfügung.

### **Leistungen und Konditionen der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung im Überblick:**

Täglich 24 Std. Hintergrundbereitschaft der Palliativmediziner

- jederzeit für die behandelnden Haus- und Fachärzte
- für die Patienten außerhalb der Praxiszeiten der Haus- und Fachärzte

Angebot der Koordinatoren

- Persönliche Beratung im Rahmen von Hausbesuchen
- Beratung am Telefon
- Bedarfs- und bedürfnisgerechte Koordination der Versorgung

**Der Rechnungsbetrag ist mit der Einschreibung unmittelbar nach Rechnungsstellung fällig.**

**Die Pauschale ist unabhängig von der Dauer der Einschreibung und Häufigkeit der Inanspruchnahme der Leistungen.**

**Ärztliche Leistungen erfolgen gesondert und werden vom jeweils behandelnden Arzt in Rechnung gestellt.**

### **Einverständniserklärung**

Ich möchte an der palliativmedizinischen Versorgung durch den PKD Lippe teilnehmen und bin über die entstehende Kostenpauschale informiert und einverstanden.

-----  
Name des Patienten

-----  
Datum, Ort

-----  
Unterschrift Patient oder gesetzl. Vertreter