



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

PRAXISNACHRICHTEN



↳ Ambulante Palliativmedizin wird ausgebaut - Neue Leistungen im EBM

27.07.2017 - Die ambulante Palliativversorgung durch Haus- und Fachärzte wird ausgebaut. Dazu werden zum 1. Oktober mehrere neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Darauf haben sich KBV und Krankenkassen am Dienstag im Bewertungsausschuss geeinigt.

Damit können Patienten noch in diesem Jahr im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung behandelt werden. Anfang des Jahres hatten die KBV und der GKV-Spitzenverband eine entsprechende Vereinbarung als Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte geschlossen.

Der Bewertungsausschuss hat nunmehr die Vergütung für die neuen Leistungen festgelegt. Dazu gehören die palliativmedizinische Ersterhebung und die Koordination der medizinischen und pflegerischen Versorgung der schwerstkranken Patienten. Auch der Zeitaufwand für längere Hausbesuche, Fallkonferenzen sowie die Erreichbarkeit des Arztes in kritischen Phasen werden vergütet. Die Honorierung erfolgt extrabudgetär.

Ärzte benötigen Abrechnungsgenehmigung

Der Beschluss des Bewertungsausschusses sieht acht neue Gebührenordnungspositionen (GOP) vor, die ab Oktober im neuen Abschnitt 37.3 aufgeführt sind. Ärzte benötigen für die Berechnung bestimmter Leistungen, zum Beispiel der Koordinationspauschale, eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Die Anforderungen sind in der Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag geregelt.

Neue GOP für Ersterhebung und Koordination

Zu den neuen Leistungen gehört die palliativmedizinische Ersterhebung, bei der der Arzt anhand eines Assessments den individuellen palliativen Bedarf des Patienten ermittelt, zum Beispiel für eine Schmerztherapie. Die Leistung wird mit 41,28 Euro (GOP 37300: 392 Punkte) vergütet und kann einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden.

Für die Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung erhalten die teilnehmenden Haus- und Fachärzte einen Zuschlag zur Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale von 28,96 Euro (GOP 37302: 275 Punkte). Hierbei geht es vor allem um die Zusammenarbeit mit Palliativdiensten, SAPV-Teams und Hospizen.

150 Euro für Rufbereitschaft

Die KBV konnte ferner durchsetzen, dass die Ärzte für die telefonische Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeiten eine einmalige Vergütung von 150 Euro erhalten. „Gerade in den letzten Tagen des Lebens kann es eine kritische Phase geben, wo es wichtig ist, dass der Patient und seine Angehörigen wissen, dass sie im Notfall auch nachts oder am Wochenende ihren Arzt konsultieren können“, erläuterte der stellvertretende KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Stephan Hofmeister.

Die Zeiten, wann der Arzt erreichbar ist, stimmt er mit den Patienten, den Angehörigen oder den Pflegekräften ab. Die Abrechnung erfolgt über die GOP 37317 (1.425 Punkte).

Längere Telefonate mit dem Pflegepersonal, dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder den Angehörigen außerhalb der Sprechstundenzeiten werden ebenfalls vergütet (GOP 37318: 213 Punkte / 22,43 Euro).

Zuschlag zu Hausbesuchen

Erfolgt die palliativmedizinische Betreuung des Patienten zu Hause, im Pflegeheim oder im Hospiz können Ärzte Zuschläge zu den Hausbesuchen von jeweils 13,06 Euro (124 Punkte) berechnen. Die Vergütung (GOP 37305) erfolgt als Zuschlag zum Besuch (GOP 01410) oder Mitbesuch (GOP 01413) und ist je vollendete 15 Minuten berechnungsfähig.

Der Zuschlag kann bis zu sechsmal am Behandlungstag, also für Besuche von bis zu 1,5 Stunden berechnet werden. Im Falle von dringenden Besuchen (GOP 01411, 01412 und 014110) ist zukünftig der neue Zuschlag (GOP 37306: 124 Punkte/13,06 Euro) je Besuch ansetzbar.

Die Zuschläge zu den Besuchen sowie Fallkonferenzen (GOP 37320, 64 Punkte / 6,74 Euro) können alle an der Versorgung von Palliativpatienten beteiligten Ärzte abrechnen. Eine Genehmigung der KV ist dafür nicht erforderlich.

Pauschale für Konsiliarärzte

Ein weiterer Bestandteil des neuen EBM-Abschnitts 37.3 ist eine Pauschale für die konsiliarische Erörterung komplexer Fragestellungen. Konsiliarisch tätige Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin können diese GOP abrechnen (GOP 37314: 106 Punkte / 11,16 Euro), wenn sie von einem palliativmedizinisch betreuenden Haus- oder Facharzt wegen einer speziellen Fragestellung zu Rate gezogen werden, aber nicht den Patienten visitieren.

Extrabudgetäre Vergütung

Die GOP des Abschnitts 37.3 werden extrabudgetär zu festen Preisen vergütet; zunächst für zwei Jahre. Darüber hinaus empfiehlt der Bewertungsausschuss den Vertragspartnern auf Landesebene, ab Oktober auch die palliativmedizinischen Leistungen in den haus- und kinderärztlichen EBM-Kapiteln (Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5) für zwei Jahre extrabudgetär zu honorieren.

Bestehende Regelungen bleiben unberührt

Von der Vereinbarung (Anlage 30 zum BMV-Ä) bleiben bestehende regionale Regelungen zur Palliativversorgung unberührt. Auch die palliativmedizinischen Leistungen in den haus- und

kinderärztlichen EBM-Kapiteln können weiter abgerechnet werden – allerdings bestehen entsprechende Berechnungsausschlüsse zu den neuen GOP.

Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz hatten KBV und Krankenkassen den Auftrag erhalten, im Bundesmantelvertrag die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung festzulegen. Ziel ist es, die Übergänge zwischen kurativer Behandlung und palliativmedizinischer Versorgung sowie SAPV fließend zu gestalten. Zudem soll die Palliativversorgung flächendeckend etabliert werden.

Auf einen Blick: Die neuen Leistungen

Übersicht der neuen GOP

GOP Bewertung* Leistung und Auszug der Leistungsinhalte

GOP, die nur Vertragsärzte abrechnen dürfen, die eine Genehmigung ihrer KV haben

37300	392 Punkte/ 41,28 Euro	<p>Palliativmedizinische Ersterhebung Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten;</p> <p>Ersterhebung des Patientenstatus im Rahmen eines standardisierten palliativmedizinischen Assessments in mindestens fünf Bereichen;</p> <p>Erstellung und/oder Aktualisierung eines Behandlungsplans und/oder Schmerztherapieplans und/oder Notfallplans in Zusammenarbeit mit beteiligten Ärzten</p> <p>Hinweise: 1x im Krankheitsfall (= 4 Quartale)</p>
37302	275 Punkte/ 28,96 Euro	<p>Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen sowie der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung</p> <p>Hinweise: 1x im Behandlungsfall (= 1 Quartal)</p>
37317	1.425 Punkte/ 150,05 Euro	<p>Zuschlag Erreichbarkeit/Besuchsbereitschaft Zuschlag zur GOP 37302 für die Vorhaltung einer telefonischen Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft des koordinierenden Arztes in Abstimmung zwischen dem Arzt und dem Patienten und/oder den Angehörigen und ggf. weiterer Beteiligter in kritischen Phasen, die nicht über die</p>

Maßnahmen des qualifizierten Schmerztherapie-, Therapie-, und/oder Notfallplans zu beheben sind

Hinweise: 1x Krankheitsfall/ außerhalb der Sprechstundenzeiten, am Wochenende (Sa/So), an gesetzlichen Feiertagen und am 24./31. Dezember

37318 213 Punkte/
22,43 Euro

Telefonische Beratung von mind. 5 Min. Dauer
Telefonischer Kontakt des Arztes mit dem Pflegepersonal oder dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder den Angehörigen des Patienten oder dem Krankenhaus

Hinweise: je Telefonat werktags zwischen 19 Uhr und 7 Uhr sowie ganztägig am Wochenende (Sa/So), an gesetzlichen Feiertagen und am 24./31. Dezember

GOP, die alle an der Versorgung eines Palliativpatienten beteiligten Vertragsärzte abrechnen dürfen

37305 124 Punkte/
13,06 Euro

Zuschlag zum Hausbesuch** bei einem Patienten (GOP 01410) oder bei einem Mitbesuch (GOP 01413)
Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle) von mind. 15 Minuten Dauer

Hinweise: je vollendete 15 Min./ höchstens 90 Min. am Behandlungstag(Höchstwert 744 Punkte)

37306 124 Punkte/
13,06 Euro

Zuschlag zu einem dringenden Hausbesuch** bei einem Patienten (GOP 01411, 01412, 01415)
Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle)

Hinweise: je Besuch/ nicht im Rahmen des Not(fall)dienstes, der Notfallversorgung oder dringender Visiten auf der Belegstation

37320 64 Punkte/
6,74 Euro

Fallkonferenz (gemäß Anlage 30 BMV-Ä)
Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind

Hinweise: höchstens 5x im Krankheitsfall/ auch bei telefonischer Konferenz

GOP, die nur konsiliarisch tätige Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin abrechnen dürfen

37314 106 Punkte/
11,16 Euro **Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung** komplexer medizinischer Fragestellungen durch einen Konsiliararzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin

Hinweise: 1x im Behandlungsfall/ im selben Arztfall nicht neben Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale

*Die Vergütung erfolgt extrabudgetär und zu festen Preisen.

**Häuslichkeit umfasst hier auch Pflege- und Hospizeinrichtungen sowie beschützende Wohnheime bzw. Einrichtungen.

Genehmigung: Möchten Ärzte Leistungen des EBM-Abschnitts 37.3 abrechnen, müssen sie zum Teil bestimmte Qualifikationsanforderungen erfüllen und benötigen eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Die Anforderungen sind in der Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) geregelt.

Abrechnungsausschlüsse: Die GOP des Abschnitts 37.3 sind nicht bei Patienten berechnungsfähig, die gleichzeitig Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erhalten (Ausnahme: SAPV-Beratungsleistung). Für jede GOP enthält der EBM darüber hinaus einzelne Abrechnungsausschlüsse.