

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 398. Sitzung am 25. Juli 2017 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2017**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

#### **2. Regelungshintergrund**

Gemäß § 87 Absatz 1b SGB V hatten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband bis zum 30. Juni 2016 die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zu vereinbaren. Auf der Grundlage dieser Vereinbarung hatte der Bewertungsausschuss den EBM zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten anzupassen. Die Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung ist am 1. Januar 2017 als Anlage 30 zum BMV-Ä in Kraft getreten.

#### **3. Regelungsinhalt**

Mit dem vorliegenden Beschluss erfolgt die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages durch die Aufnahme einen neuen Abschnitts 37.3 (Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä) in das Kapitel 37.

Gemäß Präambel Nr. 1 des Abschnittes 37.3 sind die Leistungen nur für Patienten gemäß § 2 der Vereinbarung gemäß § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (Anlage 30 Bundesmantelvertrag-Ärzte) berechnungsfähig.

Die Leistungen des Abschnittes 37.3 sind angelehnt an bestehende EBM-Leistungen (u.a. der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 „Palliativmedizinische Versorgung“). Der Abschnitt 37.3 umfasst insgesamt acht Gebührenordnungspositionen (GOP), die an unterschiedliche Abrechnungsvoraussetzungen gebunden sind.

Die palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus (GOP 37300), der Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 30 zum BMV-Ä (GOP 37302), der Zuschlag zur GOP 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen (GOP 37317) sowie die Telefonate mit dem Bereitschaftsdienst, Angehörigen, Pflegepersonal und/oder dem Krankenhaus außerhalb der Sprechstundenzeiten zwischen 19 und 7 Uhr und ganztägig an Wochenenden/Feiertagen (GOP 37318) können nur von Vertragsärzten berechnet werden, die die Voraussetzungen gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä erfüllen.

Die Zuschläge zu den ärztlichen Besuchen nach den GOP 01410 und 01413 (GOP 37305) bzw. GOP 01411, 01412 und 01415 (GOP 37306) sowie die Fallkonferenz (GOP 37320) sind von allen an der Versorgung eines Palliativpatienten gemäß der Nr. 1 zum Abschnitt 37.3 beteiligten Vertragsärzten berechnungsfähig.

Weiterer Bestandteil des Abschnitts 37.3 ist eine Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen, die durch einen konsiliarisch tätigen Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin berechnungsfähig ist.

Die Änderungen gemäß Nr. 4 und Nr. 5 sind notwendige Anpassungen bezogen auf den Abschnitt 37.2 (Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä) in Folge der Integration der palliativmedizinischen Leistungen in das Kapitel 37.

#### **4. Inkrafttreten**

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 in Kraft.