

FAQ zur „Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung“ (BQKPMV)

Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V, Anlage 30 BMV-Ä

Stand: Januar 2025

Autorinnen: Katharina van Baal, Stephanie Stiel

1. Wozu dieses FAQ?

Das Projekt Polite „Analyse der Implementierung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ in der Versorgungsrealität und Empfehlungen zur Weiterentwicklung“ wurde durch den Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert (Förder-Nr.: 01VSF20028) [1]. Ziel des Projekts war es, die bisherige Implementierung der BQKPMV zu untersuchen sowie Möglichkeiten zur Weiterentwicklung zu identifizieren. Im Ergebnis des Projekts wurden Empfehlungen mit Relevanz für die Weiterentwicklung der BQKPMV identifiziert und konsentiert, die die gesetzlich vorgesehene Evaluation ergänzen [2]. So sollte ein schneller bundesweiter Transfer der Ergebnisse ermöglicht und die palliativmedizinische Versorgung perspektivisch weiter optimiert werden.

Mit Hilfe der Delphi-Methode wurden konkrete Empfehlungen zur Weiterentwicklung der BQKPMV identifiziert und konsentiert. Im finalen Set dieser Empfehlungen liegt ein Fokus auf der Steigerung der Bekanntheit und der Vermittlung von Informationen zu Leistungsumfang, Mehrwert und Rahmenbedingungen der BQKPMV [2]. Die Ergebnisse stellen eine Grundlage für eine zielgerichtete, evidenzbasierte Weiterentwicklung der BQKPMV dar, zeigen konkreten Veränderungsbedarf auf und verdeutlichen, dass eine Optimierung der BQKPMV erforderlich ist.

Eine konkrete Empfehlung bezieht sich auf die Entwicklung eines FAQ zur BQKPMV, in dem konkret die praktische Umsetzung der BQKPMV in Abgrenzung zur AAPV und SAPV geschildert wird. In Anlehnung an das bestehende FAQ der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern [3] hat das Projektteam Polite einen ersten Entwurf für ein solches bundesweit gültiges FAQ zur BQKPMV erstellt.

2. Weshalb gibt es die Gebührenordnungspositionen zur BQKPMV?

Die „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ (BQKPMV) entstand im Zuge der Umsetzung des Hospiz- und Palliativgesetzes aus dem Jahr 2015 gemäß §87 Abs. 1b SGB V [4]. Die Einführung der BQKPMV zielte darauf ab, die Versorgung schwerkranker Menschen in der letzten Lebensphase zu verbessern. Eine besondere Qualifikation und verbesserte Koordination von Versorgenden durch Vertragsärzt:innen sollen ein Sterben zuhause bzw. in selbstgewählter Umgebung ermöglichen und die ambulante Palliativversorgung stärken.

Durch die gemeinsame Vereinbarung [5] sowie die daraus entstandenen EBM-Leistungen wurden die Rahmenbedingungen festgelegt. Seit dem 01. Oktober 2017 können spezifische Gebührenordnungspositionen für die BQKPMV durch Vertragsärzt:innen abgerechnet werden, die an der Vereinbarung teilnehmen.

3. Wo finde ich die Vereinbarung?

Die Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung finden Sie als Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte auf der Internet-Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter „Vereinbarung Palliativversorgung“ [6].

4. Was ist das Ziel der Vereinbarung?

Vorrangiges Ziel ist die Stärkung der AAPV durch

- besondere Qualifikation der Vertragsärzt:innen,
- bedarfsgerechte Strukturierung des Versorgungsprozesses,
- Koordination aller an der Versorgung beteiligten Leistungserbringenden durch Vertragsärzt:innen,
- aktive Kooperation mit weiteren an der Versorgung Beteiligten sowie
- weitere Maßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität.

Zudem soll der fließende Übergang von der AAPV in die SAPV gewährleistet sowie Betroffenen ein Sterben zuhause bzw. in selbstgewählter Umgebung bei bestmöglicher individueller Lebensqualität ermöglicht werden.

5. Was regelt die Vereinbarung?

Die Vereinbarung regelt die Voraussetzungen für eine Teilnahme von Vertragsärzt:innen an der BQKPMV zur Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patient:innen aller Altersgruppen in der letzten Phase ihres Lebens. Im Mittelpunkt steht die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team unter der Koordination durch an der Vereinbarung teilnehmende Ärzt:innen.

6. Für welche Patient:innen kann die BQKPMV eine geeignete Versorgungsform sein?

Im Rahmen der BQKPMV können Menschen am Lebensende versorgt werden, die in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) bzw. der palliativen Basisversorgung unterversorgt sind und eine intensivere Betreuung benötigen, jedoch (noch) keiner spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) bedürfen [7]. Grundsätzlich kann die BQKPMV damit bei allen unheilbaren, lebenslimitierenden Grunderkrankungen eine geeignete Versorgungsform für Patient:innen in der letzten Lebensphase sein. Adressiert werden grundsätzlich Patient:innen mit palliativem Versorgungsbedarf.

Konkret umfasst die Vereinbarung die Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Folgende Bedingungen sind in der aktuell gültigen Vereinbarung darüber hinaus genannt:

- kurative Behandlungen der Grunderkrankungen nicht mehr indiziert oder von Patient:innen nicht mehr erwünscht
- angemessene Versorgung in Häuslichkeit bzw. selbst gewählter Umgebung möglich
- stationäre Behandlung führt erwartungsgemäß nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitszustandes
- Allgemeinzustand der Patient:innen stark reduziert, benötigt regelmäßige ärztliche Behandlung
- Verordnung von SAPV gemäß § 37b SGB V i.V.m. § 132d Abs.1 SGB V ist nicht indiziert (mit Ausnahme der Beratungsleistung der SAPV)

7. Welche Ärzt:innen können an der Vereinbarung teilnehmen?

An der Vereinbarung können Hausärzt:innen sowie Fachärzt:innen der unmittelbaren Patientenversorgung teilnehmen. Voraussetzung ist die Genehmigung eines Antrags an die für den Sitz der Antragstellenden zuständige Kassenärztlichen Vereinigung. Es müssen Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen der BQKPMV erfüllt und nachgewiesen sein:

- Anwendung von Leitlinien (z.B. S3-Leitlinie Palliativmedizin)
- regelmäßige Teilnahme an palliativmedizinischen Fortbildungen (8 Fortbildungspunkte/Jahr)
- Verfügung über gültige BTM-Rezepte gemäß Betäubungsmittelverordnung
- interdisziplinäre Zusammenarbeit und Übernahme der Aufgaben entsprechen der Anlage 30 BMV-Ä (z.B. Erstellung eines schriftlichen und allen Beteiligten zugänglichen Therapieplans)
- Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern (Ärzt:innen) und die Gewährleistung verbindlicher Absprachen zur folgenden Aufgaben:
 - Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen
 - Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch
 - Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen und
 - Durchführung von Konsilen
- Praktische Erfahrungen:
 - mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team
 - oder Betreuung mindestens 15 Palliativpatient:innen innerhalb der vergangenen 3 Jahre
- theoretische Kenntnisse:
 - Teilnahme an einer Kurs-Weiterbildung der Palliativmedizin nach dem (Muster-)Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer (40 Stunden)
 - oder Teilnahme an der strukturierten curricularen Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (60 Stunden) und der Fortbildung „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung“ (80 Stunden) und zusätzliche Teilnahme am Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen“ (Symptomkontrolle - 20 Stunden) der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin
 - oder Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 Stunden) plus die Teilnahme an den Themenkomplexen 3, 4, 5 und 6 der Kurs-Weiterbildung („Psychosoziale und spirituelle Aspekte“, „Ethische und rechtliche Fragestellungen“, „Kommunikation und Teamarbeit“ und „Selbstreflexion“ insgesamt 18 Stunden)

8. Was sind die wesentlichen Aufgaben der teilnehmenden Ärzt:innen?

- Erstellung eines Therapieplanes sowie Notfallplanes, der allen Beteiligten zugänglich sein muss
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen zur Versorgung der Patient:innen in Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringenden
- Beratung und Aufklärung von Patient:innen und Angehörigen
- Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten
- Konsiliarische Beratung von nicht an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzt:innen
- Nachgewiesene Kooperationen und Vernetzung mit z.B. Pflegediensten, Hospizen und Hospizdiensten, SAPV-Teams, Palliativstationen

9. Mit welchen weiteren Leistungserbringenden müssen die teilnehmenden Ärzt:innen kooperieren?

Eine Kooperation sollte mit allen an der Versorgung der Patient:innen beteiligten Leistungserbringenden erfolgen, wie z. B.

- Stationäre Pflegeeinrichtungen und andere beschützende Einrichtungen
- ambulante Hospizdienste
- stationäre Hospize

- Palliativdienste
- Palliativstationen
- SAPV-Teams
- ambulante Pflegedienste
- Haus- und Fachärzt:innen

Die genannten Leistungserbringenden sind mögliche Kooperationspartner:innen. Grundsätzlich ist der Abschluss von schriftlichen Kooperationsverträgen mit Regelungen zu den Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit empfehlenswert. Die geforderten Kooperationen z.B. zwischen Hausärzt:innen und SAPV-Teams sind notwendig, um einen fließenden Übergang zwischen den Versorgungsformen zu begünstigen.

10. Welche Ziffern können im Rahmen der Vereinbarung abgerechnet werden?

Tabelle 1 zeigt die der BQKPMV zugeordneten Gebührenordnungspositionen (GOP) mitsamt Bezeichnung und Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (Stand Januar 2025).

Tabelle 1. GOP BQKPMV

GOP	Bezeichnung	Bewertung
37300	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inklusive Behandlungspläne	392
37302	Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt	275
37305	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten in der Häuslichkeit	124
37306	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 und 01415 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten in der Häuslichkeit	124
37314	Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin	106
37317	Zuschlag zur GOP 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft des koordinierenden Vertragsarztes in kritischen Phasen	1425
37318	Telefonische Beratung von mindestens 5 Minuten Dauer bei Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr und ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	213
37320	Fallkonferenz gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä	86

Bei den EBM-Ziffern handelt es sich um Einzelleistungen, die jede für sich einzeln unabhängig von der Erbringung anderer BQKPMV-Leistungen erbracht werden können und nicht um ein Gesamtpaket – das bezieht auch die 24h-Erreichbarkeit mit ein, die erbracht werden kann, aber nicht muss.

11. Dürfen Leistungen der BQKPMV auch abgerechnet werden, wenn Patient:innen Leistungen im Rahmen der SAPV erhalten?

Nein, Leistungen aus der Vereinbarung zur BQKPMV dürfen nicht abgerechnet werden, wenn Patient:innen zeitgleich Leistungen der Teil- oder Vollversorgung im Rahmen der SAPV erhalten. Ausgenommen ist hierbei die Beratungsleistung der SAPV.

12. Muss ich eine 24h-Rufbereitschaft erbringen?

Mit einer Teilnahme an der Vereinbarung für Ärzt:innen geht keine Verpflichtung zur Erbringung einzelner Leistungen einher. Dies gilt auch für die 24h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft. Für den Fall, dass Vertragsärzt:innen eine 24h-Erreichbarkeit/Rufbereitschaft nicht ausüben können oder wollen, werden nachfolgend Alternativen zur Sicherstellung der Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten genannt.

Die Rufbereitschaft sollte generell nur in den kritischen Phasen und in Abstimmung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen bzw. Angehörigen und ggf. weiterer Beteiligter angeboten werden. Im Falle einer Notwendigkeit für eine dauerhafte Rufbereitschaft sollte eine Verordnung von SAPV in Betracht gezogen werden.

Sollten behandelnde Ärzt:innen die Unterstützung eines SAPV-Teams einholen (z.B. für die 24h-Rufbereitschaft), muss dies zwischen den Beteiligten abgerechnet werden bzw. eine entsprechende Verordnung erfolgen. Im Falle einer Verordnung können jedoch die Leistungen aus der Vereinbarung zur BQKPMV nicht mehr durch die Vertragsärzt:innen abgerechnet werden (vgl. Frage 10).

Des Weiteren kann die Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten auch unter Einbeziehung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sichergestellt werden. Notfall-, Behandlungs- und Schmerztherapiepläne können die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst erleichtern und dazu beitragen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

13. Wie wird der nun entstehende Mehrbedarf finanziert?

Die Finanzierung der neuen Gebührenordnungspositionen im EBM erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Ergebnis des Delphi-Verfahrens im Projekt Polite ist, dass die extrabudgetäre Vergütung für Leistungen der BQKPMV bestehen bleiben soll. Zusätzlich soll die Höhe der Vergütung von Leistungen der BQKPMV die Vergütung von Leistungen der AAPV übersteigen, jedoch nicht höher vergütet werden als Leistungen der SAPV. Die Vergütung für BQKPMV-Leistungen sollte damit wirtschaftlich ins Gesamtgefüge passen.

14. Wie ist die Palliativversorgung in Deutschland nun aufgebaut?

Vor der Einführung der BQKPMV gab es die AAPV und SAPV. Durch die neuen Abrechnungsmöglichkeiten wurde nun eine zweite, ergänzende Stufe der AAPV eingeführt. Die Abrechnung der Betreuung von Palliativpatient:innen ohne erweiterten Versorgungsbedarf geschieht weiterhin über die bisherigen Palliativ-Ziffern (GOPen Versorgung 03370/04370 bis 03373/04373). Die nun eingeführte zweite Stufe der AAPV richtet sich an Patient:innen für die ein besonderer Versorgungsaufwand benötigt wird, der eine entsprechende Qualifizierung und Koordinierung mehrerer Leistungserbringender, jedoch (noch) keine SAPV erfordert.

Literatur

1. Stiel S, van Baal K, Ülgüt R, Stahmeyer JT, Schneider N. Analysing the administration of an intermediate level of outpatient palliative care in Germany and developing recommendations for improvement (Polite): A study protocol for a mixed-methods study. PloS one. 2021;16(9):e0256467.
2. van Baal K, Frerichs H, Stahmeyer JT, Hemmerling M, Schulze C, Schneider N, et al. Weiterentwicklung der ‚Besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung‘ (BQKPMV) – Ergebnisse einer Delphi-Befragung. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2023;179:29-38.
3. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. FAQs zur Vereinbarung nach § 87 Abs. 1 SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQKPMV) 2018 [Available from: <https://www.kvb.de/fileadmin/data/faq/31295665.pdf>].
4. Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland Bundesministerium der Justiz; 2015.
5. Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband. Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung Berlin 2016 [Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag_1/bmv_anlagen/BMV-Ae_Anlage_30_Palliativversorgung_2017-01-01.pdf].
6. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Bundesmantelvertrag (BMV) Berlin2025 [Available from: <https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php>].
7. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV. Erläuterungen zu Regelungen der ambulanten Palliativversorgung 2018 [Available from: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Erl%C3%A4uterungen_zu_Regelungen_der_ambulanten_Palliativversorgung_DGP_BAG_SAPV.pdf].