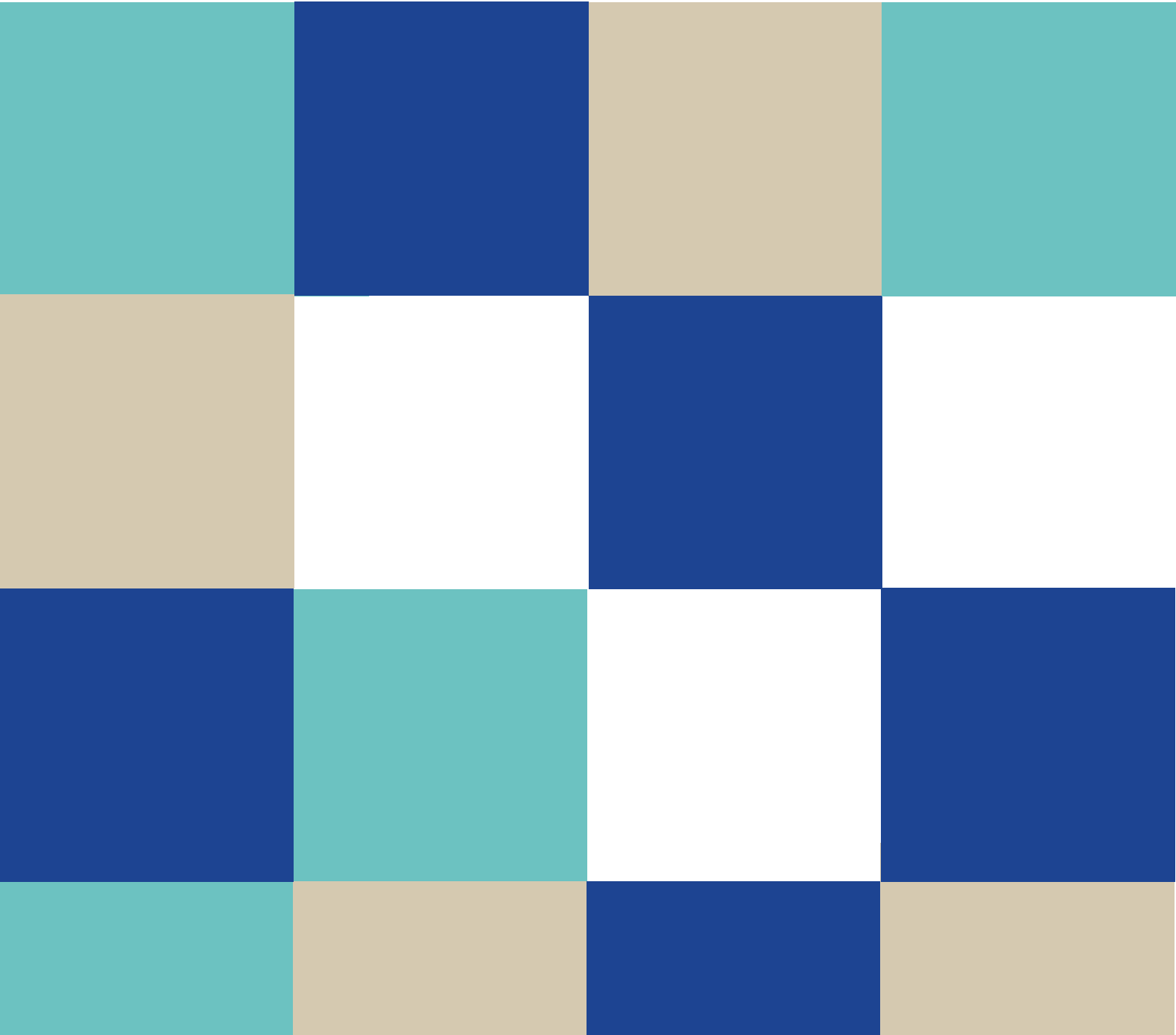


Handreichung:

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Umsetzung der Vereinbarung über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen
Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g Abs. 3 SGB V



Handreichung

zur Umsetzung der Vereinbarung über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g Abs. 3 SGB V

Stand: April 2018

Impressum

Herausgeberin:
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien
Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)

Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin
Telefon: 030 24089-0
Fax: 030 24089-134
E-Mail: info@bag-wohlfahrt.de
www.bagfw.de

V.i.S.d.P.:
Dr. Gerhard Timm

Redaktion und Gestaltung
Fachausschuss Altenhilfe der BAGFW
Sabina Bombien-Theilmann, Regina Klug, Katrin Goßens

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	5
2. Rahmenbedingungen.....	6
Welche Ziele werden mit der gesundheitlichen Versorgungsplanung verfolgt?	6
Wer kann die gesundheitliche Versorgungsplanung anbieten?	6
Wer kann die gesundheitliche Versorgungsplanung in Anspruch nehmen?	6
3. Organisation	7
Auf welcher Grundlage erfolgt die Personalbemessung?	7
Wie kann die Leistungserbringung durch die Einrichtung organisiert werden?	7
Wie kann die gesundheitliche Versorgungsplanung in die Strukturen der Einrichtung eingebunden werden?	8
Wie bindet man die gesundheitliche Versorgungsplanung in die regionalen Strukturen ein?	9
4. Beratungsprozess.....	9
Was ist im Beratungsprozess grundsätzlich zu beachten?	9
Wie ist der Beratungsprozess strukturiert?	10
Wer ist in den Beratungsprozess einzubeziehen?	10
Welche Ziele werden im Beratungsgespräch verfolgt?	11
Was wird im Beratungsgespräch thematisiert?	11
Welches Ziel verfolgt eine Fallbesprechung und wer ist einzubeziehen?	11
Was können Ergebnisse des Beratungsprozesses sein?	12
5. Dokumentation.....	12
Welche Dokumentationen sind zu erstellen?	12
Was ist bei der Dokumentation des Beratungsprozesses zu beachten?	12
Was ist bei der Dokumentation der Willensäußerungen zu beachten?	13
Darf die Dokumentation der Willensäußerung dem Rettungsdienst mitgegeben werden?	14
Wer erhält das Original der schriftlichen Willensäußerung?	14
Ist die Dokumentation der Krankenkasse vorzulegen?	14
Was ist bei der Erstellung des Leistungsnachweises zu beachten?	15
6. Qualifikation der Beraterinnen.....	15
Was wird von der Beraterin erwartet?	15
Welche fachliche Qualifikation ist für die Tätigkeit als Beraterin erforderlich?	15
Welche Inhalte werden in der Weiterbildung vermittelt?	16
Welchen Umfang hat die Weiterbildung?	17
Wer bietet die Weiterbildung an?	17
Finanziert die Krankenkasse die Weiterbildung?	18

Wem ist nach Abschluss der Weiterbildung das Zertifikat vorzulegen?	18
Werden bereits absolvierte Weiterbildungen anerkannt?	18
7. Kostenerstattung für die gesundheitliche Versorgungsplanung	18
Welche Schritte sind zum Abschluss der Vergütungsvereinbarung erforderlich?	19
Wie wird der monatliche Erstattungsbetrag durch die Krankenkassen ermittelt?	20
Müssen personelle Veränderungen angezeigt werden?	22
Was muss bei der Abrechnung durch die Einrichtung beachtet werden?	22
Überprüfung des Vergütungsverfahrens.....	23

1. Einleitung

Die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g SGB V wurde durch das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland geschaffen. Orientiert an der individuellen Situation der Leistungsberechtigten ist ein Beratungsangebot etabliert worden, das den Willen der Leistungsberechtigten in den Mittelpunkt der medizinisch-pflegerischen Versorgung und Betreuung am Lebensende stellt.

Die Vereinbarung¹ zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Vereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung geschlossen. Sie regelt die Zielsetzung der Leistung, den anspruchsberechtigten Personenkreis, die Qualifikation der Beraterin² sowie die Anforderungen, die Organisation, Dokumentation und die Finanzierung der Leistung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XII.

Ziel der vorliegenden Handreichung ist es, Einrichtungen, die die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V anbieten möchten, die Schritte zur Umsetzung der Leistung aufzuzeigen.

Die Handreichung entbindet jedoch nicht davon, in einzelnen Fällen den Vereinbarungstext und die entsprechenden Paragraphen zu Rate zu ziehen.

Die Leistung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase soll die Patientenautonomie am Lebensende stärken und dazu beitragen, dass die Leistungsberechtigten in stationären Einrichtungen ihren Vorstellungen entsprechend versorgt werden. Es handelt sich um eine Beratungsleistung, die keine zusätzlichen pflegerischen Ressourcen in den Einrichtungen schafft.

Die Vereinbarung ist am 01. Januar 2018 in Kraft getreten. Unter [www.gkv-Spitzenverband](http://www.gkv-Spitzenverband.de) stehen die Vereinbarung und die Anlagen 1 und 2 zur Verfügung.

Die vereinbarte pauschale Kostenerstattung ist für eine Übergangszeit bis zum 31.12.2021 vereinbart.

¹ Der Begriff „Vereinbarung“ bezieht sich immer auf die „Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017“

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten stets für beide Geschlechter

2. Rahmenbedingungen

Welche Ziele werden mit der gesundheitlichen Versorgungsplanung verfolgt?

Mit Hilfe des Beratungsangebotes der gesundheitlichen Versorgungsplanung soll das Selbstbestimmungsrecht der Leistungsberechtigten in der letzten Lebensphase gefördert und gestärkt werden. Ziel der Leistung ist es, Leistungsberechtigte dabei zu unterstützen, selbstbestimmte Entscheidungen über Behandlungs-, Versorgungs- und Pflegemaßnahmen zu treffen. Behandlungs- und Betreuungswünsche der Leistungsberechtigten sollen somit als Grundlage für die Behandlung und Versorgung am Lebensende dienen, wenn Leistungsberechtigte zum Zeitpunkt der Entscheidung über Behandlungen nicht mehr zur Willensäußerung³ fähig sind.

Durch die gedankliche Auseinandersetzung mit möglichen Verläufen, Prognosen, aber auch Komplikationen sowie durch die Aufklärung und Information über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung am Lebensende sollen eine Förderung der Autonomie und der Lebensqualität der Leistungsberechtigten erreicht werden.

Die schriftliche Dokumentation der Wünsche und Entscheidungen der Leistungsberechtigten soll insbesondere auch zu einem rechtssicheren Umgang der Einrichtung⁴ und der unmittelbar an der Versorgung Beteiligten mit dem geäußerten Willen der Leistungsberechtigten beitragen.

Wer kann die gesundheitliche Versorgungsplanung anbieten?

Zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XII können Leistungsberechtigten eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Nicht einbezogen sind teilstationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Kurzzeitpflege und stationäre Hospize. Für die Leistungserbringung sind bestimmte Voraussetzungen notwendig, die im Folgenden erläutert werden.

Wer kann die gesundheitliche Versorgungsplanung in Anspruch nehmen?

Bietet die Einrichtung die gesundheitliche Versorgungsplanung an, so kann jeder GKV-Versicherte diese Leistung in Anspruch nehmen. Ob jemand pflegeversichert ist oder eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI festgestellt worden ist, ist für den Leistungsanspruch ohne Bedeutung, da die Pflegeversicherung nicht Leistungsträgerin ist. Die Inanspruchnahme ist für die Leistungsberechtigten freiwillig und kostenfrei. Versicherte einer privaten Krankenversicherung sind von dieser

³ Willensäußerung im Sinne dieser Vereinbarung ist sowohl ein verbaler oder non-verbaler, unmissverständlicher Ausdruck des natürlichen Willens einer nicht-einwilligungsfähigen Person als auch der Ausdruck des Willens einer einwilligungsfähigen Person im Rahmen des Beratungsprozesses.

⁴ Der Begriff „Einrichtung“ bezieht sich immer auf vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XII.

Vereinbarung nicht erfasst. Die Frage der Kostenerstattung ist ggf. im Vorfeld vom Versicherten mit dem zuständigen Kostenträger zu klären.

3. Organisation

Auf welcher Grundlage erfolgt die Personalbemessung?

Der vereinbarte Stellenschlüssel liegt bei 1:400 Leistungsberechtigten. Das bedeutet, dass einer Mustereinrichtung mit 80 GKV-versicherten Bewohnerinnen ein Stellenanteil von 0,2 zur Verfügung steht.

Wie kann die Leistungserbringung durch die Einrichtung organisiert werden?

Das neue Angebot ist in die Organisationsstruktur und das Konzept der betreffenden Einrichtung einzubinden. Bei der Organisation der gesundheitlichen Versorgungsplanung sind mehrere Varianten möglich. In allen drei Varianten entspricht der Stellenumfang, der auf eine Einrichtung entfällt, dem vereinbarten Stellenschlüssel.

Variante a)

Organisation und Durchführung der Leistung durch das qualifizierte eigene Personal der Einrichtung.

Kommentar: Die Beraterin nimmt ggf. neben der Beratungstätigkeit noch andere Aufgaben wahr, ist bereits im Haus bekannt, kennt die Bewohnerinnen und kann die Hospiz- und Palliativkultur mitgestalten. Zu berücksichtigen ist, dass Zeiteile für den Schulungsaufwand und für die Mitwirkung in regionalen Netzwerken pro Person anfallen und bei geringen Stellenumfängen eine höhere Bedeutung gewinnen.

Variante b)

Durchführung durch das qualifizierte Personal des Einrichtungsträgers im Rahmen von Kooperationen mehrerer vollstationärer Einrichtungen - auch trägerübergreifend möglich. Dazu sind vertragliche Vereinbarungen zwischen den jeweiligen Trägern zu schließen.

Kommentar: Eine oder mehrere Stellen mit höherem Stellenumfang können geschaffen werden. Der Zeitaufwand für die externe Zusammenarbeit ist prozentual geringer als in Variante a). Es bleibt mehr Zeit für Beratungsarbeit. Da die Beraterin in mehreren Einrichtungen tätig ist, sind die zeitliche Einbindung und mögliche Wegezeiten zu beachten bzw. zu regeln.

Variante c)

Die Einrichtung schließt eine Kooperation mit externen regionalen Anbietern ab, d.h. eine oder mehrere qualifizierte Personen der Kooperationspartner führen die gesundheitliche Versorgungsplanung durch. Der Abschluss von vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Kooperationspartnern ist erforderlich.

Kommentar: Bei der schriftlichen Vereinbarung ist zu berücksichtigen, dass nur die Einrichtung abrechnungsberechtigt ist und die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgungsplanung in der Einrichtung bleibt. Auch die Frage einer möglichen Umsatzsteuerpflicht ist im Einzelfall zu prüfen.

Zu klären ist weiter, wie eine externe Beraterin in die Arbeit der Einrichtung eingebunden wird.

Wie kann die gesundheitliche Versorgungsplanung in die Strukturen der Einrichtung eingebunden werden?

Das Konzept der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist in das Gesamtkonzept der Einrichtung einzubinden und stellt damit auch einen Bestandteil zur (Weiter-)Entwicklung der Hospiz- und Palliativkultur innerhalb der Einrichtungen dar.

Neben der konzeptionellen Einbindung ist auch die Integration der gesundheitlichen Versorgungsplanung in die organisatorischen Arbeitsabläufe der Einrichtung erforderlich. Insbesondere ist der Umgang mit schriftlichen Willensäußerungen, die am Ende eines Beratungsprozesses stehen können, im Arbeitsalltag und in Notfallsituationen zu regeln:

- Alle Mitarbeitenden der Einrichtung werden über Sinn, Zweck und Vorgehensweise der gesundheitlichen Versorgungsplanung informiert.
- Das Dokument der schriftlichen Willensäußerung wird in der Einrichtung aufbewahrt. Es muss unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorgaben den verantwortlichen Mitarbeitenden in der Einrichtung sowie weiteren an der Versorgung Beteiligten jederzeit zugänglich sein.
- Die Einrichtung hat sicherzustellen, dass alle Mitarbeitenden die Ergebnisse der gesundheitlichen Versorgungsplanung (schriftliche Willensäußerung der Leistungsberechtigten) personenbezogen umsetzen.

Bei einer Verlegung der Leistungsberechtigten, z.B. ins Krankenhaus, ist die schriftliche Willensäußerung den an der Versorgung Beteiligten in Kopie mitzugeben (z.B. Notärztin, Rettungsdienst, Krankenhaus). Datenschutzrechtliche Vorgaben gemäß § 9 Abs. 5 der Vereinbarung sind dabei zu beachten.

Der Wunsch oder Hinweise einer Leistungsberechtigten beispielsweise in Form einer wahrnehmbar veränderten Lebenseinstellung ist Anlass für die zeitnahe Prüfung eines weiteren Beratungsbedarfs. Die Mitarbeitenden einer Einrichtung soll-

ten deshalb für mögliche Äußerungen und Hinweise von Leistungsberechtigten sensibilisiert werden.

Wie bindet man die gesundheitliche Versorgungsplanung in die regionalen Strukturen ein?

Die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen, die gesundheitliche Versorgungsplanung anbieten, und den regionalen Versorgungsstrukturen sind verbindlich beschrieben.

Auf Einrichtungsebene heißt das:

- Die Beraterin stellt eine enge Zusammenarbeit mit den regionalen Leistungserbringern sicher.
- Vor Einführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung informiert die Einrichtung die an der Versorgung Beteiligten (z.B. Ärztinnen, Rettungsdienste, SAPV-Teams, Kliniken) über das Angebot und das verwendete Notfalldokument.
- Die Einrichtung hat darauf hinzuwirken, dass die regionalen Versorgungs- und Betreuungsanbieter die Ergebnisse der gesundheitlichen Versorgungsplanung beachten. Dies sind insbesondere: niedergelassene Ärztinnen, Krankenhäuser, Rettungsdienste, ambulante Hospizdienste, Hospize, SAPV-Teams, Seelsorgerinnen und ggf. andere Institutionen.

Eine einheitliche Verwendung von Formularen zur schriftlichen Willensäußerung oder eines Notfalldokuments in allen Einrichtungen einer Region, die Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten, erhöht deren Wirksamkeit im Anwendungsfall bei Rettungskräften, der Notärztin oder Krankenhäusern.

Die Beraterinnen einer Region sollen an Treffen regionaler Leistungserbringer teilnehmen und sich in regionalen Netzwerken, wie zum Beispiel Palliativnetzwerke, Hospiznetzwerke und kommunale Netzwerke einbringen.

Die Organisation und Koordination einrichtungsübergreifender Treffen bzw. Netzwerke mit den regionalen Leistungserbringern ist nicht Leistungsinhalt der Vereinbarung.

4. Beratungsprozess

Was ist im Beratungsprozess grundsätzlich zu beachten?

In Rahmen ihrer Zuständigkeiten trägt die Beraterin die Organisations- und Durchführungsverantwortung für den Beratungsprozess.

Nach einer individuellen Eingewöhnungszeit wird jeder Leistungsberechtigten ein Gespräch mit der Beraterin zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase angeboten. Einrichtungen, die eine gesundheitliche Versorgungs-

planung anbieten, informieren alle Leistungsberechtigten über das Angebot. Das umfasst auch Hinweise zur Zielsetzung und den Inhalt der Versorgungsplanung und kann durch eine schriftliche Information ergänzt werden.

Die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgungsplanung ist freiwillig. Der Beratungsprozess umfasst abhängig vom individuellen Bedarf ein oder mehrere Gespräche. Der Beratungsprozess kann jederzeit durch die Leistungsberechtigte beendet oder auch mehrfach in Anspruch genommen werden (z.B. bei Änderung der Versorgungswünsche). Wurde das Beratungsangebot zunächst abgelehnt, kann es zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch genommen werden.

Die Inanspruchnahme der Beratung setzt keine Einwilligungsfähigkeit der Leistungsberechtigten voraus. Bei nicht einwilligungsfähigen Personen wird die Bevollmächtigte⁵ in den Beratungsprozess einbezogen. Zur Ermittlung des Willens können auch weitere nahestehende Personen einbezogen werden.

Aufgrund der individuellen Lebenssituation sollte darauf geachtet werden, dass die Informations- und / oder Beratungsintervalle und die Gesprächsdauer zeitlich auf die Bedürfnisse der leistungsberechtigten Personen zugeschnitten sind.

Die gesundheitliche Versorgungsplanung muss den Grundsätzen einer barrierefreien Kommunikation entsprechen. Dazu zählt ggf. auch der Einsatz von Hilfsmitteln. Abhängig vom Bedarf an barrierefreier Kommunikation können Übersetzungsleistungen durch Vertrauenspersonen der Leistungsberechtigten erforderlich sein. Bei Leistungsberechtigten, die sich verbal nicht äußern können, ist ihr Wille über Beobachtungen, Erfahrungen und frühere Willensäußerungen zu ermitteln. Die Ergebnisse des Beratungsprozesses sind für den jeweiligen Leistungsberechtigten barrierefrei zu dokumentieren.

Wie ist der Beratungsprozess strukturiert?

Der Beratungsprozess umfasst Beratungsgespräche, Fallbesprechungen und die Dokumentation des Beratungsprozesses einschließlich der schriftlichen Willensäußerung.

Wer ist in den Beratungsprozess einzubeziehen?

Auf Wunsch oder mit Zustimmung der Leistungsberechtigten sollen weitere relevante Personen in den Beratungsprozess einbezogen werden, z.B. gesetzliche Vertreterin, rechtliche Betreuerin oder Bevollmächtigte, Angehörige, Vertrauenspersonen.

Die behandelnde Ärztin ist in den Beratungsprozess einzubeziehen. Die Art und Weise der Einbeziehung erfolgt entsprechend dem Wunsch der Leistungsberechtigten (z.B. durch eine Mitteilung zur Durchführung eines Beratungsprozesses, durch persönliche Beteiligung der Ärztin am Beratungsprozess, durch die Möglich-

⁵ Im Rahmen dieser Vereinbarung wird der Begriff „Bevollmächtigte“ verwendet für die gesetzliche Vertreterin mit einem entsprechenden Aufgabenkreis, für die rechtliche Betreuerin sowie für die Bevollmächtigte.

keit zur Einsichtnahme in die getroffenen bzw. beabsichtigten Festlegungen). Sofern aufgrund der Komplexität der medizinischen Fragestellungen eine persönliche Beteiligung der behandelnden Ärztin innerhalb des Beratungsprozesses erforderlich ist, ist eine Fallbesprechung durchzuführen.

Welche Ziele werden im Beratungsgespräch verfolgt?

Ziel ist es, die leistungsberechtigte Person in die Lage zu versetzen, individuelle Versorgungs- und Behandlungspräferenzen für die letzte Lebensphase zu entwickeln oder weiterzuentwickeln und deren Konsequenzen zu verstehen.

Die Beratungsgespräche sollen es der leistungsberechtigten Person ermöglichen, über ihre Wünsche, Werte und Grundhaltungen mit Blick auf die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung am Lebensende zu reflektieren.

Was wird im Beratungsgespräch thematisiert?

Im Beratungsgespräch zur gesundheitlichen Versorgungsplanung ist der Wille der leistungsberechtigten Person handlungsleitend. Der erste Kontakt dient dazu, gemeinsam das Ziel und den Prozess der Beratung zu erörtern und abzustimmen.

Dabei können verschiedene Aspekte, wie z.B. die Einstellung zum Leben, mögliche Belastungen, die pflegerische Unterstützung sowie Versorgungswünsche Bestandteil der Beratungsgespräche sein.

Im Beratungsprozess soll auch über bestehende rechtliche Vorsorgeinstrumente (insbesondere Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsvollmacht) informiert bzw. die Möglichkeit ihrer Aktualisierung angeboten werden.

Welches Ziel verfolgt eine Fallbesprechung und wer ist einzubeziehen?

Die Fallbesprechung kann bei Bedarf als Bestandteil des Beratungsprozesses genutzt werden. Dabei liegt die Organisationsverantwortung für die Fallbesprechung bei der Beraterin. In der Fallbesprechung können vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Situation der Leistungsberechtigten und mit Blick auf die letzte Lebensphase und den Sterbeprozess die medizinisch-pflegerischen Abläufe thematisiert werden. Es können mögliche gesundheitliche Krisen- und Notfallsituationen erörtert und gemeinsam geeignete Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt und vorbereitet werden.

In die Fallbesprechung wird neben der Leistungsberechtigten und der Beraterin insbesondere die behandelnde Ärztin einbezogen. Sofern eine Bevollmächtigte vorhanden ist, ist diese einzubeziehen. Auf Wunsch oder mit Zustimmung der Leistungsberechtigten können auch Angehörige oder andere Vertrauenspersonen beteiligt werden.

Um den Beratungsprozess zur gesundheitlichen Versorgungsplanung nachvollziehbar zu machen, sollten insbesondere die in der Fallbesprechung besprochenen medizinisch-pflegerischen Themen dokumentiert werden.

Was können Ergebnisse des Beratungsprozesses sein?

Ergebnis des Beratungsprozesses kann eine schriftliche Willensäußerung zur gesundheitlichen Versorgung für die letzte Lebensphase sein, die bei einwilligungsfähigen Personen auch in Form einer (ggf. aktualisierten) Patientenverfügung abgegeben werden kann; dies ist jedoch nicht zwingend.

Insbesondere bei der Begleitung von Leistungsberechtigten mit einem hohen Unterstützungsbedarf können Situationen auftreten, in denen Vertrauenspersonen die Leistungsberechtigten im Sinne assistierter Autonomie bei ihren Entscheidungen unterstützen. Dabei ist der natürliche bzw. mutmaßliche Wille der leistungsberechtigten Person, die sich bspw. nicht verbal äußern kann, über Beobachtungen und Erfahrungen zu identifizieren.

5. Dokumentation

Welche Dokumentationen sind zu erstellen?

Mit der Durchführung der Beratung verbindet sich das Erstellen von drei voneinander getrennten Dokumentationen.

- In der Dokumentation des Beratungsprozesses sind wichtige Themen und Inhalte der einzelnen Gespräche zu vermerken. Insbesondere sind Themen und Ergebnisse einer eventuellen Fallbesprechung zu dokumentieren.
- Bei der Dokumentation der Willensäußerung geht es ausschließlich um die Wünsche und Entscheidungen der beratenen Person. Einwilligungsfähige Personen können in diesem Rahmen eine Patientenverfügung und ein Notfalldokument verfassen.
- Der Leistungsnachweis (Anlage 2 der Vereinbarung) dokumentiert die erfolgte Beratung gegenüber der Krankenkasse.

Nähere Erläuterungen dazu folgen in den nächsten Absätzen.

Was ist bei der Dokumentation des Beratungsprozesses zu beachten?

In der Vereinbarung ist festgelegt, welche Angaben in der einrichtungsinternen Dokumentation des Beratungsprozesses durch die Beraterin festzuhalten sind.

Es handelt sich dabei um:

- Name, Vorname, Geburtsdatum der Leistungsberechtigten
- Name der Beraterin
- Datum des Gespräches/der Gespräche

- Dauer des Gespräches/der Gespräche (Angabe in 30 / 60 / 90 / 120 Minuten-Takten)
- Namen von weiteren Beteiligten, wie z.B. An- und Zugehörige, Bevollmächtigte, Ärztin
- Form der Einbeziehung der Ärztin. Bei Fallbesprechungen sind die Themen des Gespräches festzuhalten.
- Verweis auf eine ggf. vorliegende Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und/oder Vorsorgevollmacht.
- Eine mehrfache Inanspruchnahme des Beratungsprozesses ist zu begründen.

Die Dokumentation soll den Beratungsprozess zu einem späteren Zeitpunkt z.B. bei einem erneuten Beratungsprozess oder bei kritischen Nachfragen nachvollziehbar machen. Diese Dokumentation ist ausschlielich zur Nutzung durch die Beraterin und einer eventuellen Nachfolgerin gedacht. Auch die Krankenkasse ist nicht berechtigt, in diese Dokumentation Einsicht zu nehmen.

Was ist bei der Dokumentation der Willensuerungen zu beachten?

Die selbstbestimmten Behandlungs-, Versorgungs- sowie Pflege- und Betreuungswunsche werden in der Dokumentation der Willensuerungen festgehalten. Diese Form der Dokumentation ist für alle Leistungsberechtigten möglich, unabhängig davon, ob sie einwilligungsfähig sind oder nicht. Hingegen muss für das Verfassen einer Patientenverfügung und einer damit verknüpften Notfalldokumentation die Einwilligungsfähigkeit der Leistungsberechtigten gegeben sein.

Bei der Dokumentation der Willensuerungen sind folgende Punkte zu beachten:

- Mit Angabe des Datums sind die geauerten Vorstellungen und Wünsche über die Versorgung am Lebensende der Leistungsberechtigten zu dokumentieren (Willensuerungen).
- Die dokumentierten Willensuerungen sind übersichtlich, nachvollziehbar und verständlich darzustellen, um Dritten einen schnellen Überblick zu ermöglichen.
- Die Leistungsberechtigte bestätigt die Richtigkeit der Dokumentation mit ihrer Unterschrift. Ist eine Bestätigung durch eine Unterschrift aus verschiedenen Gründen nicht möglich, kann die Bestätigung auch durch andere Formen der Zustimmung (z.B. Kürzel, Zeichen, Videoaufnahmen) erfolgen.

Falls eine Bevollmächtigte bestellt bzw. eingesetzt wurde, erhält diese die Dokumentation der Willensuerungen zur Kenntnisnahme.

- Das Verfassen einer Patientenverfügung nach § 1901a BGB⁶ ist möglich, wenn die Einwilligungsfähigkeit der Leistungsberechtigten und Volljährigkeit

⁶ Muster einer Patientenverfügung vgl. beispielsweise http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html

vorliegt. Die Leistungsberechtigte bestätigt auch hier die Richtigkeit der festgehaltenen Äußerungen mit ihrer Unterschrift sowie Datum und Ort. Bei begründeten Zweifeln der Beraterin an der Einwilligungsfähigkeit der Leistungsberechtigten sollte eine Klärung veranlasst werden.

- Als Bestandteil der Patientenverfügung sollte eine übersichtliche, nachvollziehbare und verständliche Darstellung der Verfügung für Notfallsituationen auf einem geeigneten Dokument (z.B. Notfalldokument⁷) erfolgen, das von einer Ärztin zu unterschreiben ist.
- Im Falle einer Patientenverfügung ist darauf zu achten, dass Beratung und Unterschrift nicht an einem Termin erfolgen, um der Leistungsberechtigten die Möglichkeit der persönlichen und inhaltlichen Auseinandersetzung zu geben.
- Sofern die Leistungsberechtigte nach dem Beratungsprozess keine schriftlichen Willensäußerungen treffen möchte, ist dies in der Dokumentation festzuhalten.

Darf die Dokumentation der Willensäußerung dem Rettungsdienst mitgegeben werden?

Um die dokumentierte Willensäußerung dem Rettungsdienst, dem Krankenhaus oder einem anderen Leistungserbringer zu übermitteln, bedarf es der vorherigen Zustimmung der Leistungsberechtigten bzw. der Bevollmächtigten. Im Rahmen des Beratungsprozesses ist diese Zustimmung einzuholen. Nur mit dieser Unterschrift ist es der Einrichtung bei einer Versorgung durch andere Leistungserbringer möglich, darauf hinzuwirken, dass die Behandlung und Versorgung am Lebensende den geäußerten Vorstellungen und Wünschen der Leistungsberechtigten entspricht.

Wer erhält das Original der schriftlichen Willensäußerung?

Das Original der schriftlichen Willensäußerung wird in der Einrichtung hinterlegt. Sie muss den pflegenden Mitarbeitenden der Einrichtung für den Fall eines Notfalls stets zugänglich sein. Der Leistungsberechtigten sowie der Bevollmächtigten wird eine Kopie ausgehändigt.

Ist die Dokumentation der Krankenkasse vorzulegen?

Weder die Dokumentation des Beratungsprozesses noch die Dokumentation der Willensäußerung sind der Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkasse hat keine Berechtigung der Einsichtnahme. Um aber nachvollziehbar zu machen, dass ein Beratungsprozess stattgefunden hat, ist nach Abschluss des Beratungsprozesses ein Leistungsnachweis auf dem Formblatt (siehe Anlage 2 der Vereinbarung) zu erstellen und der Krankenkasse der Leistungsberechtigten zur Information zu übermitteln.

⁷ z.B. Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen ([PALMA-Bogen](#)) oder andere Notfallbögen

Was ist bei der Erstellung des Leistungsnachweises zu beachten?

Nach abgeschlossenem Beratungsprozess ist die Krankenkasse über die erfolgte Beratung zu informieren. Hierzu ist das Formular Leistungsnachweis über eine Beratung (Beratungsprozess) nach § 132g Abs.3 SGB V (vgl. Anlage 2 der Vereinbarung) zu nutzen. Es steht als beschreibbares PDF-Dokument und in Papierform zur Verfügung. Das Feld Belegart (oben links) wird von der Krankenkasse ausgefüllt. In dem Formular sind Angaben der Leistungsberechtigten (Versicherten) und Angaben zur Einrichtung anzugeben, zum erstmaligen oder wiederholten Beratungsprozess sowie zeitliche Angaben zum Beratungsprozess. Wurde das Angebot der Beratung erneut angenommen, ist hierzu eine Begründung anzugeben. Der Leistungsnachweis ist sowohl von der Leistungsberechtigten als auch von der Beraterin zu unterschreiben.

6. Qualifikation der Beraterinnen

Was wird von der Beraterin erwartet?

Die Beraterin steht der Leistungsberechtigten im Prozess der Entscheidungsfindung für die Versorgung in der letzten Lebensphase zur Seite. Diese Gespräche sind geprägt von persönlichen Erlebnissen und Erfahrungen sowie vertraulichen Informationen. Die Auseinandersetzung über medizinisch-pflegerische Abläufe, Möglichkeiten, Ausmaß und Intensität von medizinischen Interventionen sowie palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer Maßnahmen ist eine sehr emotionale Situation. Dies kann für die einzelne Leistungsberechtigte ggf. auch eine Belastung darstellen. Für die Beratung und Begleitung in diesem Prozess bedarf es deshalb einer hohen personalen und fachlichen Kompetenz sowie entsprechender Erfahrungen.

Wesentlich ist, dass die Beraterin in der Gesprächsführung eine respektvolle, empathische Haltung einnimmt. Sie sollte sich ihrer Verantwortung als Beraterin bewusst sein und mittels non-direktiver Kommunikation eine Einflussnahme ausschließen.

Welche fachliche Qualifikation ist für die Tätigkeit als Beraterin erforderlich?

Die fachliche Voraussetzung ist gegeben, wenn eine einschlägige abgeschlossene Berufsausbildung bzw. ein abgeschlossenes Studium, Berufserfahrung sowie eine spezifische Weiterbildung gemäß § 12 der Vereinbarung vorliegen.

Die Grundqualifikation liegt mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung als

- Gesundheits- und Krankenpflegerin,
- Altenpflegerin,
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin,
- Staatlich anerkannte Heilerziehungspflegerin,
- Staatlich anerkannte Heilpädagogin,

- Staatlich anerkannte Erzieherin,
- oder einer anderen vergleichbaren Berufsausbildung,

oder mit einem einschlägigen Studienabschluss im Bereich

- der Gesundheits- und Pflegewissenschaften,
- Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften
(insbesondere als Pädagogin, Heilpädagogin, Sozialarbeiterin, Sozialpädagogin, Psychologin, Theologin)

vor.

Weiterhin ist eine dreijährige, für die gesundheitliche Versorgungsplanung einschlägige Berufserfahrung innerhalb der letzten acht Jahre, die mindestens den Umfang einer halben Stelle umfasst hat, erforderlich.

Diese Berufserfahrung kann insbesondere in einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder einem ambulanten Pflegedienst, einem ambulanten Hospizdienst/ambulanten Kinderhospizdienst als hauptamtliche Koordinatorin, einem stationären Hospiz/stationären Kinderhospiz, einem SAPV-Team, einer Palliativstation oder in einem Palliativdienst im Krankenhaus oder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche erworben worden sein. Liegt die Berufserfahrung aus einer anderen Einrichtungsart vor, ist ggf. die Einschlägigkeit in Bezug auf die hier beschriebene Beratungstätigkeit zu begründen.

Auch Ärztinnen, mit einschlägiger dreijähriger Berufserfahrung in den letzten acht Jahren, können als Beraterin tätig werden.

Welche Inhalte werden in der Weiterbildung vermittelt?

Die Weiterbildung greift die spezifischen Anforderungen dieser Beratungstätigkeit auf und vermittelt hierzu grundlegende Kenntnisse. Im Rahmen des theoretischen Unterrichts erfolgt u.a.

- eine Einführung in die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase,
- die Vermittlung von Kenntnissen zu medizinisch-pflegerischen Sachverhalten,
- eine Auseinandersetzung mit den ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen,
- die Vermittlung von Gesprächs- und Moderationstechniken sowie von Kenntnissen zu barrierefreien Kommunikationshilfen und die Anwendung des Erlernten in Kleingruppen sowie
- die Vermittlung der Aufgaben der Dokumentation und der Vernetzung.

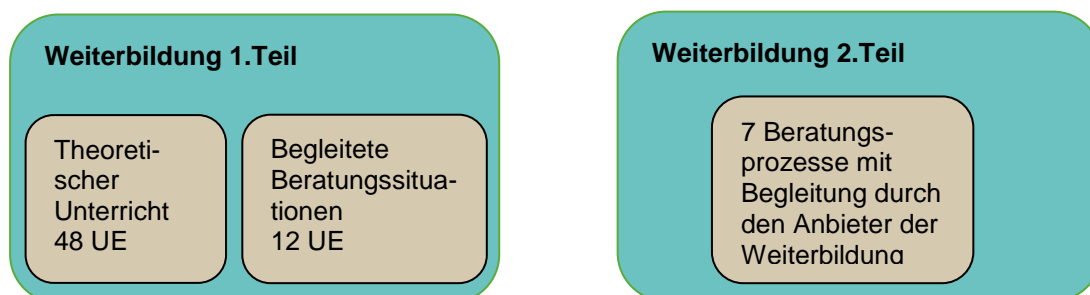
Welchen Umfang hat die Weiterbildung?

Die Weiterbildung gliedert sich in zwei Teile. Sie umfasst im **ersten Teil** mindestens

- 48 Unterrichtseinheiten⁸ theoretischen Unterricht und
- vier begleitete reale Beratungsgespräche in einer Einrichtung.

In den vier begleiteten Gesprächen führt die in der Weiterbildung befindliche Beraterin in Anwesenheit einer Dozentin das Beratungsgespräch zur gesundheitlichen Versorgungsplanung mit einer Leistungsberechtigten durch. Anschließend wird das Beratungsgespräch gemeinsam reflektiert und ausgewertet. Die Vor- und Nachbereitung des Gesprächs einschließlich der Dokumentation führt die in der Weiterbildung befindliche Beraterin selbstständig ohne Anwesenheit der Dozentin durch. Der Umfang von Vor- und Nachbereitung, Dokumentation und anschließender Reflexion mit der Dozentin umfasst insgesamt mindestens 12 UE. Die begleitende Dozentin wird in einer vertraglichen Vereinbarung durch das Weiterbildungsinstitut festgelegt. Die Vereinbarung beschreibt keine Qualifikationsanforderungen für die begleitende Dozentin.

Der **zweite Teil** der Weiterbildung dient der Sammlung weiterer Praxiserfahrung. Er umfasst die Durchführung von mindestens sieben Beratungsprozessen. Diese werden alleinverantwortlich geplant, vorbereitet, durchgeführt und dokumentiert. Während des zweiten Weiterbildungsteils werden die angehenden Beraterinnen durch den Anbieter der Weiterbildung begleitet; z.B. mit Coaching-Gesprächen, Plenararbeit, Organisation des Austausches zwischen Weiterbildungsteilnehmern. Nach erfolgreichem Abschluss des zweiten Teils erhält die Beraterin ein Zertifikat.



Wer bietet die Weiterbildung an?

Die Vereinbarung beschreibt keine konkreten Anforderungen an das Institut, das die Weiterbildung zur Beraterin zur gesundheitlichen Versorgungsplanung anbietet. Ein Zertifizierungsverfahren für das Weiterbildungsinstitut ist nicht vorgesehen. Es wird empfohlen darauf zu achten, dass das Weiterbildungsinstitut eine Weiterbildung nach der Vereinbarung bescheinigt.

⁸ 1 UE entspricht 45 Minuten.

Finanziert die Krankenkasse die Weiterbildung?

Für die Einrichtung besteht die Möglichkeit, bereits nach erfolgreichem Abschluss des ersten Teils der Weiterbildung für weitere Beratungen die pauschale Vergütungsleistung der Krankenkassen in Anspruch zu nehmen. Das bedeutet, dass die Einrichtung mit dem Vorliegen des Nachweises des ersten Teils der Weiterbildung eine Vergütungsvereinbarung (mit dem Formular der Anlage 1 der Vereinbarung) mit den Krankenkassen schließt. Die sieben Beratungsprozesse des zweiten Teils der Weiterbildung sind Bestandteil einer Leistungserbringung gemäß § 132g SGB V und einer Kostenerstattung gem. § 15 der Vereinbarung.

Wem ist nach Abschluss der Weiterbildung das Zertifikat vorzulegen?

Nach erfolgreichem Abschluss des zweiten Teils, der in der Regel innerhalb eines Jahres absolviert werden soll, erhält die Beraterin ein Zertifikat. Dieses ist den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen vorzulegen.

Werden bereits absolvierte Weiterbildungen anerkannt?

Die Anerkennung einer bereits erfolgten Weiterbildung zur Beraterin ist im Einzelfall durch den Landesverband der Krankenkasse möglich, wenn diese den qualitativen und quantitativen Anforderungen der Vereinbarung entspricht.

Die Vereinbarung sieht keinen Teilerlass der Weiterbildung zur Beraterin aufgrund einer bereits absolvierten Fort- oder Weiterbildung vor.

7. Kostenerstattung für die gesundheitliche Versorgungsplanung

Die Einrichtung, die eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach Maßgabe der Vereinbarung anbietet und nachweist, dass sie die Anforderungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt, hat einen Anspruch auf eine Vergütungsvereinbarung und in der Folge einen Anspruch auf Erstattung der Kosten der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach den Vorgaben der Vereinbarung.

Die durch die Einrichtung nachzuweisenden Anforderungen sind in Anlage 1 der Vereinbarung vollständig aufgeführt. Dazu gehören:

- Qualifikation der Beraterin
- Konzept der gesundheitlichen Versorgungsplanung, das insbesondere Angaben enthält zur
 - Organisation der gesundheitlichen Versorgungsplanung,
 - Einbettung in die Gesamtstruktur der Einrichtung,
 - internen und externen Vernetzung.

Weiterhin sind in Anlage 1 der Vereinbarung Angaben zu machen, die zur Festlegung der Höhe des monatlichen pauschalen Erstattungsbetrags durch die Einrichtung erforderlich sind.

Welche Schritte sind zum Abschluss der Vergütungsvereinbarung erforderlich?

Die einrichtungsbezogene Vergütungsvereinbarung mit dem Landesverband der Krankenkassen ist Voraussetzung und Grundlage der Kostenerstattung für die gesundheitliche Versorgungsplanung durch die gesetzliche Krankenkasse der Leistungsberechtigten.

Folgende Schritte zu einer Vergütungsvereinbarung sind in der Vereinbarung festgelegt.

1. Die Einrichtung bietet die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V für die Leistungsberechtigten der Einrichtung an. Es steht (mindestens) eine Person zur Verfügung, die die Beratungen für die Leistungsberechtigten der Einrichtung anbieten und durchführen kann. Sie hat mindestens den ersten Teil der Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen.
2. Die Einrichtung füllt die Anlage 1 der Vereinbarung (Erklärung zur Erfüllung der Anforderungen nach § 14 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V vom 13.12.2017) aus und sendet sie an den Landesverband der Krankenkassen und den Verband der Ersatzkassen. In der Anlage 1 bestätigt die Einrichtung, dass sie die Anforderungen dieser Vereinbarung erfüllt. Nicht in allen Bundesländern steht ein Landesverband der Krankenkassen und oder der Ersatzkassen zur Verfügung. In diesem Fall ist der zuständige Ansprechpartner auf der Landesebene zu klären.
3. Sind die Anforderungen dieser Rahmenvereinbarung durch die Einrichtung erfüllt, erhält die Einrichtung eine Vergütungsvereinbarung. Darin ist der monatliche Erstattungsbetrag genannt, den die Einrichtung mit der gesetzlichen Krankenkasse der Leistungsberechtigten abrechnen kann. Dafür sind keine weiteren Verhandlungen oder Vereinbarungen vorgesehen. Eventuell besteht ein Klärungsbedarf zu einzelnen Sachverhalten.
4. Maßgeblich für die Berechnung der Höhe der einrichtungsindividuellen monatlichen Erstattungspauschale sind die Angaben in Anlage 1 zu den Jahres-Bruttopersonalkosten der Beraterin. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können dazu entsprechende Nachweise unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben anfordern.
5. Die Vergütungsvereinbarung berechtigt die Einrichtung mit allen gesetzlichen Krankenkassen des Landes den in der Vergütungsvereinbarung genannten Erstattungsbetrag für jeden Leistungsberechtigten mit dessen gesetzlicher Krankenkasse abzurechnen.

Wie wird der monatliche Erstattungsbetrag durch die Krankenkassen ermittelt?

Die Vereinbarung legt die Personalbemessung für die gesundheitliche Versorgungsplanung in Anlehnung an die gesetzliche Regelung in § 132g SGB V (Gesetzesbegründung Hospiz- und Palliativgesetz) fest. Das Verhältnis: Eine Vollzeitkraft (Beraterin) auf 400 Leistungsberechtigte ist Berechnungsgrundlage der Kostenerstattung. Nur bei Anwendung dieses Schlüssels ist eine Kostenneutralität der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die Einrichtung möglich.

Die Anzahl der gesetzlich Versicherten in einer Einrichtung kann schwanken; dadurch kann es temporär zu Mehreinnahmen bzw. zu Unterdeckungen kommen. Jede Einrichtung sollte den Stellenumfang der Beraterin auf der Grundlage einer realistischen Prognose entsprechend der Anzahl der gesetzlich Versicherten (Leistungsberechtigten) in der Einrichtung berechnen.

Zu den erstattungsfähigen Kosten der gesundheitlichen Versorgungsplanung gehören Personalkosten sowie die Sach-, Overhead- und Regiekosten der Einrichtung. Es gelten die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit.

Grundsätzlich gilt: Eine Einrichtung, die eine Beraterin im Verhältnis 1 Vollzeitkraft: 400 gesetzlich versicherten Leistungsberechtigten beschäftigt, erhält die Bruttopersonalkosten (Arbeitgeberbrutto) durch die monatliche Pauschale refinanziert. Zusätzlich zu den Personalkosten werden die Sach-, Overhead- und Regiekosten in den monatlichen Pauschalbetrag einbezogen.

Unter Overhead- und Regiekosten sind beispielsweise Kosten für Personalverwaltung, Vorgesetzten- und Leitungsaufgaben zu verstehen. Zu den Sachkosten zählen zum Beispiel Raum- und Ausstattungskosten, aber auch die Kosten der Qualifizierung für die Beraterin. Sach-, Overhead- und Regiekosten werden prozentual zu den Jahres-Bruttopersonalkosten berechnet und brauchen nicht nachgewiesen werden.

Die Höhe der monatlichen Erstattungspauschale ist abhängig von den Bruttopersonalkosten der jeweiligen Beraterin und folglich einrichtungsspezifisch.

Berechnungsbeispiel

Die Höhe der monatlichen Erstattungspauschale, die in der Vergütungsvereinbarung der Einrichtung mitgeteilt wird, errechnet sich nach folgender Formel.

Berechnungsmethode/-formel	Berechnungsbeispiel mit fiktiven Zahlen
<p>Die Jahres-Bruttopersonalkosten der Beraterin (Teilzeitkraft) werden auf die Bruttopersonalkosten einer Vollzeitkraft (100 %) hochgerechnet.</p>	<p>Anzahl der gesetzlich Versicherten in einer Einrichtung = 80</p> <p>Bei einem Schlüssel von 1 : 400 entspricht das einem Stellenanteil von 20 %</p> <p>Die Jahres-Bruttopersonalkosten der 20 % Teilzeitmitarbeiterin betragen 14.000 €</p> <p>Die hochgerechneten Jahres-Bruttopersonalkosten einer Vollzeitkraft betragen 70.000 €</p>
<p>Plus 15% der Bruttopersonalkosten als Sach-, Overhead- und Regiekosten</p>	<p>Plus 15 % = 10.500 €</p>
<p>Die Jahres-Gesamtkosten der Einrichtung für eine Vollzeitkraft bei 400 leistungsberechtigten Personen ist die Summe aus Jahres-Bruttopersonalkosten + 15 % Sach-, Overhead- und Regiekosten.</p> <p>Die Jahres-Gesamtkosten geteilt durch 400 ergibt den jährlichen Erstattungsbetrag pro in der Einrichtung lebende Leistungsberechtigte.</p>	<p>$80.500 \text{ €} : 400 = 201,25 \text{ €}$ Erstattungsbetrag pro Leistungsberechtigte im Jahr.</p>
<p>Die Jahres-Gesamtkosten pro Leistungsberechtigte: 12 Monate ergeben den monatlichen Erstattungsbetrag pro Leistungsberechtigte.</p>	<p>$201,25 \text{ €} : 12 = 16,77 \text{ €}$</p> <p>Die Einrichtung stellt der gesetzlichen Krankenkasse jeder Leistungsberechtigten monatlich 16,77 € in Rechnung.</p>
Kontrollrechnung	
<p>Die jährliche Summe der Erstattungen deckt die Bruttopersonalkosten der Beraterin der Einrichtung, einschließlich der Sach-, Overhead- und Regiekosten.</p>	<p>Die Jahres-Bruttopersonalkosten der 20% Teilzeitkraft betragen 14.000 € + 15 % Sach-, Overhead- und Regiekosten = 16.100 €</p> <p>Einnahmen: monatlich Pauschale 16,77 € * 12 Monate * 80 Bewohnerinnen = 16.099 €</p>

Müssen personelle Veränderungen angezeigt werden?

Personelle Veränderungen, die die Anlage 1 betreffen (z.B. Ausscheiden der Beraterin), sind den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen unverzüglich durch die Einrichtung anzuzeigen. Auch wenn es die Vereinbarung nicht ausdrücklich vorsieht, empfiehlt es sich personelle Veränderungen unter Angabe der aktuellen jährlichen Bruttopersonalkosten der Beraterin, hochgerechnet auf eine Vollzeitkraft, anzuzeigen. Die veränderten Bruttopersonalkosten sind in einer aktualisierten Vergütungsvereinbarung zu berücksichtigen. Allerdings sind die Reaktionen der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen auf die Anzeige veränderter Bruttopersonalkosten in der Vereinbarung nicht verpflichtend geregelt.

Was muss bei der Abrechnung durch die Einrichtung beachtet werden?

Das Vorliegen einer Vergütungsvereinbarung ist Voraussetzung für eine Rechnungsstellung durch die Einrichtung. Die Vergütungsvereinbarung begründet einen Erstattungsanspruch der Einrichtung für jede Leistungsberechtigte. Die Zahlung der monatlichen Pauschale pro Leistungsberechtigte ist unabhängig von den zu übermittelnden Leistungsnachweisen. Der in der Vergütungsvereinbarung benannte Erstattungsbetrag kann durch die Einrichtung der Krankenkasse jeder Leistungsberechtigten unter Beachtung der nachfolgenden Regelungen in Rechnung gestellt werden.

Die Rechnungsstellung der Einrichtungen erfolgt grundsätzlich monatlich. In Absprache mit der Krankenkasse sind andere Rechnungsintervalle möglich. Das Nähere zur Rechnungslegung ist in den Vergütungsvereinbarungen zu regeln.

Ab 01.01.2020 soll die Abrechnung maschinell erfolgen. Davon abweichende Übergangsregelungen sind längstens bis 31.12.2021 möglich.

Wenn die Leistungsberechtigte nur für einen Teil des Monats in der Einrichtung ist (z.B. bei Einzug, Umzug, Versterben), wird die volle Pauschale für diesen Monat gezahlt. Auch wenn dies nicht ausdrücklich geregelt ist, ist davon auszugehen, dass jeder Monat voll abgerechnet werden kann, in dem die Leistungsberechtigte unabhängig von ihrer tatsächlichen Anwesenheit in der Einrichtung eine vertragliche Bindung mit der Einrichtung hat. Bei einem Wechsel der Einrichtung im Laufe des Monats kann nur die Einrichtung, die die Leistungsberechtigte verlässt, die Pauschale für den laufenden Monat abrechnen.

Die Einrichtung kann die Leistung auch mit Krankenkassen anderer Bundesländer abrechnen, wenn die Leistungsberechtigte außerhalb des Bundeslandes, in welchem sie wohnt, versichert ist. Die Höhe der Monatspauschale richtet sich nach der Einrichtung, die diese Leistung erbringt.

Bei der Rechnungsstellung der Einrichtung an die gesetzliche Krankenkasse der Bewohnerin sind neben den Struktur-Stammdaten der Einrichtung folgende Daten der Versicherten zu übermitteln⁹:

- Abrechnungsmonat
- Abrechnungscode
- Tarifikennzeichen
- Abrechnungspositionsnummer
- Rechnungsbetrag

Überprüfung des Vergütungsverfahrens

Für den Abschluss der Vereinbarung standen insbesondere zu folgenden Punkten keine systematisch ausgewerteten Erfahrungen oder Daten zur Verfügung:

- Einrichtungsbezogene Struktur (Einrichtungsart, Platzzahl, Qualifikation der Beraterin, Organisation des Beratungsangebots)
- Dauer des Beratungsprozesses in Tagen
- Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche
- Gesamter zeitlicher Aufwand des Beratungsprozesses, davon Dauer der Beratungsgespräche nach folgender Abstufung: Dauer bis 30 Minuten, bis 60 Minuten, bis 90 Minuten, bis 120 Minuten
- Anzahl erneut durchgeführter Beratungsprozesse.

Zur Weiterentwicklung der Vergütungssystematik erfolgt nach einer entsprechenden Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung in Einrichtungen eine systematische Datenerhebung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43 SGB XI sowie in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe gemäß § 75 SGB XII, um auf dieser Grundlage die vereinbarte Vergütungssystematik zu überprüfen. Das Nähere zur externen Datenerhebung wird zwischen den Vereinbarungspartnern gesondert festgelegt.

⁹ Um die Abrechnung maschinell durchführen zu können, bedarf es einer eindeutigen Zuordnung einer Einrichtung und der abzurechnenden Leistung. Dies geschieht durch den Abrechnungscode. Tarifikennzeichen und Abrechnungspositionsnummer sind in einem siebenstelligen Schlüssel zusammengefasst. Für die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase wurden noch keine entsprechenden Zuordnungen vergeben.