

Fragen-/Antworten-Katalog zur Umsetzung der
Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V
über Inhalte und Anforderungen
der gesundheitlichen Versorgungsplanung
für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017
durch die Vereinbarungspartner nach § 132g Abs. 3 SGB V

Inhaltsverzeichnis:

1. Vorbemerkung	4
2. Rahmenbedingungen	4
Welche Einrichtungen können die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten?	4
Besteht für Versicherte in der eingestreuten Kurzzeitpflege ein Leistungsanspruch ?	4
3. Beratungsprozess	4
Was ist ein Beratungsprozess bzw. ein Beratungsgespräch?	4
Wie läuft der Beratungsprozess ab?	5
Wann kann ein Arzt einbezogen werden?	5
Was ist eine Fallbesprechung?.....	5
4. Externe Vernetzung	6
Wie wird die gesundheitliche Versorgungsplanung in die regionalen Strukturen eingebunden (externe Vernetzung)?	6
5. Qualifikation der Beraterinnen und Berater	6
Wie ist die Weiterbildung aufgebaut?	6
Können die begleiteten Gespräche im Rahmen der Weiterbildung zur Beraterin/zum Berater simuliert (z.B. schauspielgestützt) erfolgen (1. Praxisteil)?	6
Können andere Weiterbildungen anerkannt werden?	7
In welchem Zeitraum müssen die sieben durchzuführenden Beratungsprozesse im Praxisteil (2. Teil der Weiterbildung / Praxisteil 2) durchgeführt werden?	7
Was passiert, wenn das Zertifikat nach Abschluss des 2. Praxisteils (2. Teil der Weiterbildung) nicht vorgelegt wird?	7
Werden Kurscurricula zur Weiterbildung zur Beraterin/zum Berater durch den GKV-Spitzenverband zertifiziert?	7
6. Vergütung der Leistung	8
Wann entsteht der Anspruch auf den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung?	8

7. Erstellung des Leistungsnachweises	8
Was ist bei der Erstellung des Leistungsnachweises über eine Beratung nach § 132g Abs. 3 SGB V zu beachten?.....	8
8. Überprüfung des Vergütungsverfahrens	9
Ist eine Mitwirkung der Einrichtungen bei der Datenerhebung zur Evaluierung des Vergütungsmodells erforderlich?	9

1. Vorbemerkung

Der GKV-Spitzenverband und die Vereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung auf Bundesebene haben das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbart.

Aus der Praxis sind seit dem Inkrafttreten der Vereinbarung über die Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase einige Fragen zur Auslegung an die Vereinbarungspartner gerichtet worden. Vor diesem Hintergrund wurde zwischen den Vereinbarungspartnern gemäß § 132g Abs. 3 SGB V der nachfolgende Fragen-/Antworten-Katalog erarbeitet, der der Praxis eine Orientierung geben soll (Stand: Oktober 2018).

2. Rahmenbedingungen

Welche Einrichtungen können die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten?

Die Leistung kann nur in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (derzeit nach § 75 SGB XII) angeboten werden. Andere Einrichtungen, wie z. B. stationäre Hospize und solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen, können diese Leistung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anbieten.

Besteht für Versicherte in der eingestreuten Kurzzeitpflege ein Leistungsanspruch?

Für Versicherte, die eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen belegen, kann die pauschale Vergütung der Leistung nicht beansprucht werden, da insoweit kein Leistungsanspruch auf eine gesundheitliche Versorgungsplanung gemäß § 132g Abs. 1 Satz 1 SGB V besteht.

3. Beratungsprozess

Was ist ein Beratungsprozess bzw. ein Beratungsgespräch?

Der Beratungsprozess kann sich gemäß der Vereinbarung nach § 132g SGB V (vgl. § 5 Abs. 1) dem individuellen Bedarf entsprechend zusammensetzen aus einem oder mehreren Beratungsgesprächen sowie einer oder mehreren Fallbesprechungen inklusive der Dokumentation des Beratungsprozesses einschließlich der Willensäußerungen.

Demnach sind Beratungsgespräche zwischen der Beraterin bzw. dem Berater und der Leistungsberechtigten bzw. dem Leistungsberechtigten ein Teil des Beratungsprozesses. Verschiedene

Aspekte, wie beispielsweise die Vorstellungen über medizinisch-pflegerische Abläufe, das Ausmaß, die Intensität, Möglichkeiten und die Grenzen medizinischer Interventionen sowie palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Maßnahmen in der letzten Lebensphase, können Bestandteil der Beratungsgespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sein. Innerhalb eines Beratungsprozesses können – je nach dem individuellen Bedarf und Erfordernis – mehrere, aufeinander aufbauende Beratungsgespräche geführt werden.

Wie läuft der Beratungsprozess ab?

Der Beratungsprozess beginnt mit der erstmaligen Durchführung eines Beratungsgesprächs und beinhaltet das Vorgehen der Beraterin bzw. des Beraters zum Zustandekommen von dokumentierten Willensäußerungen, die auch auf Wunsch der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten in eine Patientenverfügung münden können. Der Beratungsprozess endet mit den dokumentierten Ergebnissen der Beratung. Das Ende kann auch der Abbruch des Beratungsprozesses sein, ohne dass es zur dokumentierten schriftlichen Willensäußerung gekommen ist.

Auch nach dem Abschluss eines Beratungsprozesses ist jederzeit ein erneuter Beratungsprozess möglich, wenn sich die Lebensumstände bzw. die individuellen Versorgungswünsche und Vorstellungen geändert haben.

Wann kann ein Arzt einbezogen werden?

Auf Wunsch der oder des Leistungsberechtigten kann u .a. auch die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt in das Beratungsgespräch einbezogen werden. Die Art und Weise der Einbeziehung ist abhängig vom Einzelfall und kann sowohl persönlich als auch fernmündlich erfolgen.

Was ist eine Fallbesprechung?

Eine Fallbesprechung beinhaltet die persönliche Beteiligung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes. Eine Fallbesprechung ist durchzuführen, wenn es aufgrund der Komplexität der medizinischen Fragestellung erforderlich ist. Die Beteiligung der Ärztin bzw. des Arztes an der Fallbesprechung – sofern diese bzw. dieser nicht auch parallel die Funktion der Beraterin/des Beraters ausfüllt – wird über das ärztliche Vergütungssystem abgegolten.

4. Externe Vernetzung

Wie wird die gesundheitliche Versorgungsplanung in die regionalen Strukturen eingebunden (externe Vernetzung)?

Um die Leistung in die regionalen Strukturen einzubinden, soll ein Informationsaustausch zwischen der Beraterin/dem Berater und den vor Ort vorhandenen Versorgungsangeboten (z.B. Rettungsdienste, Krankenhäuser, Hospizdienste, SAPV-Teams) erfolgen. Dies kann beispielsweise in Form von Runden-Tischen, gemeinsamen Informationsveranstaltungen oder Netzwerktreffen erfolgen (§ 11 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V).

5. Qualifikation der Beraterinnen und Berater

Wie ist die Weiterbildung aufgebaut?

Die Weiterbildung (1. Teil) umfasst mindestens 48 Unterrichtseinheiten theoretischen Unterrichts und 12 Unterrichtseinheiten in der Praxis bestehend aus:

- zwei Beratungsprozessen mit insgesamt vier begleiteten Gesprächen der angehenden Beraterin/des angehenden Beraters unter Begleitung einer Dozentin/eines Dozenten mit anschließender Reflexion (Praxisteil 1)
- einschließlich der Vor- und Nachbereitung und Dokumentation durch die angehende Beraterin/den angehenden Berater.

Die Weiterbildung (2. Teil) umfasst mindestens sieben Beratungsprozesse, die alleinverantwortlich in der Praxis durchgeführt werden und vom Weiterbildungsanbieter begleitet werden.

Können die begleiteten Gespräche im Rahmen der Weiterbildung zur Beraterin/zum Berater simuliert (z.B. schauspielgestützt) erfolgen (1. Praxisteil)?

Bei den vier begleiteten Gesprächen im Rahmen der zwei Beratungsprozesse in der Weiterbildung (1. Teil) handelt es sich um Echtsituationen, d. h. die Gespräche werden mit Leistungsberechtigten in den Einrichtungen durch die angehende Beraterin/den angehenden Berater unter Begleitung einer Dozentin/eines Dozenten durchgeführt, einschließlich der Vor- und Nachbereitung sowie der Dokumentation. Die begleiteten Gespräche können nicht durch simulierte Gespräche am Weiterbildungsstandort ersetzt werden. Dadurch soll ein größtmöglicher Praxisbezug für den späteren Einsatz der Beraterin bzw. des Beraters gewährleistet werden.

Übergangsregelung: Weiterbildungen, die bis zum 31.12.2018 begonnen wurden, werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auch dann anerkannt, wenn der Praxisteil 1 schauspielgestützt durchgeführt wurde.

Können andere Weiterbildungen anerkannt werden?

Die Fußnote 9 der Vereinbarung enthält einen Hinweis zum § 12 Abs. 6, dass bereits abgeschlossene Weiterbildungen, die qualitativ und quantitativ den Anforderungen der Vereinbarung nach § 132g SGB V entsprechen, im Rahmen der Weiterbildung anzuerkennen sind. Die Fußnote bezieht sich auf geeignete Weiterbildungen im Sinne der Vereinbarung, die bereits vor dem Inkrafttreten der Vereinbarung existierten. Dadurch werden vor dem Inkrafttreten der Vereinbarung bereits abgeschlossene Weiterbildungen, die quantitativ und qualitativ der Weiterbildung nach der Vereinbarung gemäß § 132g SGB V entsprechen, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen anerkannt. Dies kann beispielsweise auf die in dem Modellprojekt „beizeiten begleiten“ durchgeführten Weiterbildungen und vergleichbare Modellprojekte zutreffen.

Aufgrund der unterschiedlichen fachlichen Ausrichtung der zu vermittelnden Kompetenzen wird die Fortbildung „Palliative Care“ im Umfang von 160 Stunden nicht anerkannt. Personen, die die Weiterbildung „Palliative Care“ im Umfang von 160 Stunden absolviert haben, müssen für die Leistungserbringung nach § 132g SGB die Weiterbildung zum/zur Berater/in der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase absolvieren.

In welchem Zeitraum müssen die sieben durchzuführenden Beratungsprozesse im Praxisteil (2. Teil der Weiterbildung / Praxisteil 2) durchgeführt werden?

Die mindestens sieben Beratungsprozesse sind nach Absolvierung des 1. Weiterbildungsteils in der Regel innerhalb eines Jahres durchzuführen. Die einzelnen Beratungsprozesse können dabei unterschiedlich lang dauern (§ 12 Abs. 7 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V). Sofern der Zeitraum im Einzelfall überschritten wird, ist dazu eine Absprache mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu treffen.

Was passiert, wenn das Zertifikat nach Abschluss des 2. Praxisteils (2. Teil der Weiterbildung) nicht vorgelegt wird?

Wenn das Zertifikat der Beraterinnen bzw. des Beraters über den erfolgreichen Abschluss des 2. Teils der Weiterbildung nicht bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vorgelegt wird, gilt die Weiterbildung als nicht abgeschlossen und weitere Leistungen können nicht erbracht und mit der Krankenkasse abgerechnet werden.

Werden Kurscurricula zur Weiterbildung zur Beraterin/zum Berater durch den GKV-Spitzenverband zertifiziert?

Der GKV-Spitzenverband hat keinen gesetzlichen Auftrag zur Zertifizierung von Weiterbildungsangeboten im Zusammenhang mit der Weiterbildung zur Beraterin/zum Berater nach § 132g SGB V. Die Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V sieht bestimmte Lernfelder, Kompetenzen und Zeitumfänge für die Weiterbildung zur Beraterin/zum Berater nach § 132g SGB V vor. Diese Inhal-

te sind vom Kursanbieter eigenverantwortlich in ein Curriculum zu überführen. Dabei stellt der Kursanbieter sicher, dass er die in der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V beschriebenen Lernfelder und Kompetenzen integriert hat und dass diese qualitativ hochwertig gelehrt werden, so dass die qualifizierten Beraterinnen und Berater die Anforderungen der Vereinbarung erfüllen und somit von den Trägern der Einrichtungen entsprechend eingesetzt werden können.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen prüfen beim Abschluss der Vergütungsvereinbarung, ob die Beraterin/der Berater mit den entsprechenden Qualifikationen eingesetzt werden kann.

6. Vergütung der Leistung

Wann entsteht der Anspruch auf den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung?

Damit Einrichtungen Leistungen nach § 132g SGB V unter Maßgabe der Vereinbarung erbringen und abrechnen können, müssen sie dies gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erklären und nachweisen, dass sie die Anforderungen der Vereinbarung erfüllen.

Gemäß § 14 Abs. 2 der Vereinbarung entsteht ein Anspruch auf die Vergütungsvereinbarung, wenn alle Voraussetzungen vorliegen. Diese Vergütungsvereinbarung kann auf Grundlage der Vereinbarung nach § 132g SGB V auf der Landesebene für alle Einrichtungen oder einrichtungsspezifisch geschlossen werden. Einzelvereinbarungen sind nicht ausgeschlossen.

Der Vereinbarung nach § 132g SGB V ist in der Anlage 1 eine Erklärung zur Erfüllung der Anforderungen der Vereinbarung beigefügt. Einrichtungen, die die Leistung der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V anbieten möchten, füllen die Anlage zur Vorlage bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aus, um auf dieser Basis eine Vergütungsvereinbarung abzuschließen. Die Hinweise zur Konzepterstellung finden sich in der Anlage 1 unter dem Punkt fünf. Die erforderlichen konzeptionellen Angaben können im Formular eingetragen oder als separates Einrichtungskonzept beigefügt werden.

7. Erstellung des Leistungsnachweises

Was ist bei der Erstellung des Leistungsnachweises über eine Beratung nach § 132g Abs. 3 SGB V zu beachten?

Nach einem erstmalig oder erneut abgeschlossenen Beratungsprozess hat die Einrichtung die Krankenkasse der Versicherten/des Versicherten 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. In dem Formular sind Angaben zu den Leistungsberechtigten (Versicherten), der Einrichtung sowie zum Beratungsprozess zu machen. Wurde

das Angebot der Beratung erneut angenommen, ist hierzu eine Begründung anzugeben. Der Leistungsnachweis ist sowohl von den Leistungsberechtigten bzw. des gesetzlichen Vertreters als auch von der Beraterin bzw. dem Berater zu unterschreiben. Die Zahlung der Bewohnerpauschale ist unabhängig von der Leistungsanspruchnahme.

8. Überprüfung des Vergütungsverfahrens

Ist eine Mitwirkung der Einrichtungen bei der Datenerhebung zur Evaluierung des Vergütungsmodells erforderlich?

Es liegen in Deutschland nur wenige Erfahrungen mit der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vor. Aufgrund der Neueinführung dieser Leistung und der damit verbundenen fehlenden Erfahrungswerte zur Berechnung einer Vergütung, gilt das pauschale Vergütungsmodell zunächst nur für eine Übergangszeit. Zur Weiterentwicklung der Vergütungssystematik erfolgt eine entsprechende Datenerhebung in Bezug auf die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in den vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Aus diesem Grund ist die Teilnahme bei der durch ein externes Institut durchzuführenden Datenerhebung von den an der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase teilnehmenden Einrichtungen erforderlich.