

**Geschäftsstelle**  
Deutscher Hospiz- und  
Palliativverband e.V.  
Aachener Str. 5  
10713 Berlin

## **Stellungnahme**

**zur**  
**Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V**  
**über die Inhalte und Anforderungen der gesund-**  
**heitlichen Versorgungsplanung**  
**für die letzte Lebensphase**

Berlin  
07.06.2017

**Sie erreichen uns unter:**  
Telefon 030 / 8200758-0  
Telefax 030 / 8200758-13  
info@dhpv.de  
www.dhpv.de

**Geschäftsführender  
Vorstand:**  
Prof. Dr. Winfried Hardinghaus  
Vorstandsvorsitzender  
Dr. Anja Schneider  
Stellvertr. Vorsitzende  
Erich Lange  
Stellvertr. Vorsitzender

**Amtsgericht Berlin:**  
VR 27851 B  
Gemeinnützigkeit anerkannt  
durch das Finanzamt Berlin

**Bankverbindung:**  
Bank für Sozialwirtschaft  
Konto 834 00 00  
BLZ 370 205 00

IBAN: DE 4337 0205  
0000 0834 0000  
BIC: BFSWDE33XXX

Der DHPV bedankt sich für die Übersendung des Entwurfs der Vereinbarung mit Schreiben des GKV-Spitzenverbands vom 16.05.2017 und möchte wie folgt fristgemäß Stellung nehmen:

## **I. Grundposition des DHPV**

Die Festlegung bzw. Weiterführung der im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) verwendeten Benennung „gesundheitliche Versorgungsplanung“ (gVP) wird ebenso begrüßt wie die grundsätzliche Zugrundelegung des Konzeptes von „Advance Care Planning (ACP)“.

§ 1 Abs. 2 des Entwurfs der Vereinbarung (im Folgenden: VE) besagt – insoweit gleichlautend mit § 132g Abs. 1 S. 1 SGB V - , dass zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten können.

Dem DHPV ist es ein wichtiges Anliegen, dass jede Bewohnerin bzw. jeder Bewohner einer vollstationären Pflegeeinrichtung bzw. Einrichtung der Eingliederungshilfe die Möglichkeit der gesundheitlichen Versorgungsplanung gegeben wird. Dies ist nur dann gewährleistet, wenn jede Einrichtung im Rahmen der Einführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung mit der Entwicklung einer hospizlich-palliativen Kultur verbindlich beauftragt wird.

Dem DHPV ist bewusst, dass diese Vereinbarung nicht über die gesetzlichen Vorgaben des § 132g SGB V hinausgehen kann. Gleichwohl möchte der DHPV die Bedeutung einer verpflichtenden Implementierung der gesundheitlichen Versorgungsplanung in jeder der vorgenannten Einrichtungen hervorheben.

Unabhängig davon muss sich die Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgungsplanung auf die Bedürfnisse, Werte und Wünsche der Bewohnerin bzw. des Bewohners der jeweiligen Einrichtung fokussieren. Richtigerweise ist es Ziel der Rahmenvereinbarung, für die Leistungsberechtigten eine qualifizierte gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase verfügbar zu machen, die den Bedürfnissen und individuellen Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner in den vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie den Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Leistungsberechtigte) nach Verlässlichkeit und Selbstbestimmung gerecht wird (§ 1 Abs. 4 VE). Die Perspektive auf die Bewohnerin/den Bewohner als Zentrum der gesundheitlichen Versorgungsplanung muss sich jedoch in der Gestaltung und Formulierung der

Vereinbarung wiederfinden. Dies ist nach Auffassung des DHPV in der Vereinbarung nur bedingt der Fall, da die Regulierungen z.T. darauf abzielen scheinen, den Prozess der gesundheitlichen Versorgungsplanung zugunsten der Einrichtungen zu vereinfachen, anstatt die gewünschte Verlässlichkeit und Selbstbestimmung für die Bewohnerin/den Bewohner zu gewährleisten. Dies äußert sich u.a. in Formulierungen, wonach die Leistung durch die Bewohnerin/den Bewohner „in Anspruch genommen werden“ kann, was eine aktive Einforderung seitens der Bewohnerin/des Bewohners suggeriert (vgl. z.B. § 7 Abs. 3 VE). Wichtig wäre jedoch, dass die gesundheitliche Versorgungsplanung der Bewohnerin/dem Bewohner von Seiten der Einrichtung (auch nach Ablehnung des erstmaligen Gesprächsangebotes unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts erneut) aktiv angeboten wird.

Die Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung muss darüber hinaus auf der Basis eines Bildungs- und Organisationsentwicklungsprozesses erfolgen und ist zwingend in Bezug zur nachhaltigen Einführung und Implementierung hospizlicher und palliativer Kompetenz und Arbeitsweise in den Einrichtungen zu sehen. Zwar wird dies in der Vereinbarung an wenigen Stellen thematisiert (vgl. Präambel, 4. Absatz, § 6 Abs. 1, § 13 Abs. 2, 2. Spiegelstrich), dies erfolgt jedoch nach Auffassung des DHPV nicht in ausreichender Form. Da der vorausgehende bzw. mit der Einführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung notwendige Bildungs- und Organisationsentwicklungsprozess in den vollstationären Einrichtungen maßgeblich für die Verankerung der Expertise in den Einrichtungen ist, sollte dieser verstärkt thematisiert und vor allem konkretisiert werden.

## **II. Konkrete Änderungs-/Ergänzungsvorschläge für den Vereinbarungsentwurf**

Der DHPV sieht hinsichtlich des vorgelegten Vereinbarungsentwurfs die nachfolgenden Änderungs- und Ergänzungsbedarfe:

### **1. Präambel, 6. Absatz**

In der Präambel (6. Absatz) wird beschrieben, dass – mit Ausnahme von einigen Projekten – keine Erfahrungen mit der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vorliegen. Deshalb soll in der Übergangszeit eine Datenerhebung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen gem. § 43 SGB XI sowie in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe gem. § 75 SGB XII erfolgen, um auf dieser Grundlage die vereinbarte Vergütungssystematik zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Der DHPV unterstreicht die Notwendigkeit der Überprüfung und Weiterentwicklung. Aus dem VE geht leider nicht hervor, wie und durch wen die Einführung und Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung überprüft wird.

## 2. § 2 Abs. 2 S. 2 (Zielsetzung der Leistung)

*Durch die Dokumentation soll insbesondere ein rechtssicherer Umgang der Einrichtungen sowie weiterer Versorger mit dem geäußerten Willen ermöglicht werden. Dadurch sollen die Wünsche der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten bezogen auf medizinisch-pflegerische Behandlungsabläufe und die Betreuung beachtet werden, selbst wenn die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte zum Zeitpunkt der Entscheidung über Behandlungen nicht mehr entscheidungsfähig ist.*

### Änderungsvorschlag:

Durch die Dokumentation soll insbesondere ein rechtssicherer Umgang ~~der Einrichtungen sowie weiterer Versorger~~ **aller Beteiligten** mit dem geäußerten Willen ermöglicht werden. Dadurch sollen die Wünsche der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten bezogen auf medizinisch-pflegerische Behandlungsabläufe und die Betreuung beachtet werden, selbst wenn die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte zum Zeitpunkt der Entscheidung über Behandlungen nicht mehr entscheidungsfähig ist.

### Begründung:

Mit dieser Formulierung wird verdeutlicht, dass die Leistung auf die Bewohnerin/den Bewohner ausgerichtet ist und darüber hinaus ein rechtssicherer Umgang nicht lediglich mit den Leistungserbringern, sondern auch mit anderen Beteiligten (z.B. An- und Zugehörige, Betreuer) ermöglicht wird.

## 3. § 3 Abs. 1 (Anspruchsberechtigte Versicherte (Zielgruppe))

*Die Einrichtungen können den Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gem. § 132g SGB V im Sinne dieser Rahmenvereinbarung anbieten.*

### Kritik:

Bedingt durch die gesetzgeberischen Vorgaben besteht keine Verpflichtung zum Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung. Hierdurch kommt es zwangsläufig zu einer Diskrepanz hinsichtlich der Qualität der Versorgung von Menschen an ihrem Lebensende, je nachdem, ob die von ihnen gewählte Einrichtung eine gesundheitliche Versorgungsplanung anbietet oder nicht.

Änderungsvorschlag:

Um hier einen gewissen Ausgleich zu schaffen, unterbreitet der DHPV den Vorschlag, dass die Einrichtung vor Abschluss eines Vertrages mit der zukünftigen Bewohnerin/dem zukünftigen Bewohner darauf hinzuweisen hat, ob in der Einrichtung das Angebot einer gesundheitlichen Versorgungsplanung vorgehalten wird oder nicht.

4. **§ 5 Abs. 10 S. 2 (Beratung der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten - Fallbesprechungen)**

*An der Fallbesprechung können neben der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten, der Beraterin/dem Berater und der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt (Hausarzt, SAPV-Arzt oder sonstige Vertragsärzte) auch Angehörige, ggf. Betreuer oder Bevollmächtigte oder eine andere Vertrauensperson beteiligt werden.*

Änderungsvorschlag:

An der Fallbesprechung **sind neben der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten und der Beraterin/dem Berater auch der behandelnde Hausarzt, der SAPV-Arzt oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung einzubeziehen. Darüber hinaus können auf Wunsch des Leistungsberechtigten auch Angehörige und weitere Vertrauenspersonen beteiligt werden.**

Begründung:

In § 132g Abs. 2 ist vorgegeben, dass der behandelnde Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung in die Fallbesprechung einzubeziehen *sind*. Die Vereinbarung steht hinter diesen Vorgaben insofern zurück, als hier lediglich eine „Kann-Vorschrift“ hinsichtlich der behandelnden Ärzte vorgegeben ist. Die Formulierung ist jedenfalls missverständlich und bedarf insofern einer Klarstellung.

Unabhängig davon zeigt die Erfahrung, dass Fallbesprechungen ohne ärztliche Teilnahme unvollständig sind, da die ärztliche Perspektive fehlt und somit mangels Beteiligung des Arztes/der Ärztin kein Konsens vereinbart werden kann.

5. **§ 5 Abs. 11 (Dokumentation des Beratungsprozesses einschließlich der Willensäußerungen)**

Der DHPV befürwortet den Vorschlag der Leistungserbringerverbände hinsichtlich der barrierefreien Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.

Gem. § 3 S. 1 des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern kön-

nen. Hier wäre es wichtig – wie in dem Vorschlag der Leistungserbringerverbände präzisiert – , dass die Einrichtungen im Rahmen des Kommunikationsprozesses den besonderen Bedarfen dieser vulnerablen Personengruppe gerecht wird.

#### 6. § 7 Abs. 3 S. 2 (Durchführung des Beratungsprozesses)

*Wird das erstmalige Gesprächsangebot von der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten abgelehnt, besteht auch zu einem späteren Zeitpunkt die Möglichkeit der Inanspruchnahme.*

##### Änderungsvorschlag:

Wird das erstmalige Gesprächsangebot von der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten abgelehnt, besteht auch zu einem späteren Zeitpunkt die Möglichkeit der Inanspruchnahme. **Die Beraterin bzw. der Berater bietet der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten ein erneutes Gespräch in einem regelmäßigen Turnus bzw. bei erneutem Gesprächsbedarf an, ohne dass dies von der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten eingefordert werden muss. Im Rahmen ihres Organisationsentwicklungsprozesses legt die Einrichtung Standards für die Zeitpunkte zur erneuten Gesprächsaufnahme fest (z.B. hinsichtlich turnusmäßigem Angebot, Krisen, Notfällen, veränderter Lebenssituation).**

##### Begründung:

Die Leistung ist an den Bedürfnissen der Bewohnerin/des Bewohners auszurichten. Dies beinhaltet, dass die Einrichtung im Rahmen des dynamischen Gesprächsprozesses der gesundheitlichen Versorgungsplanung aktiv auf die Bewohnerin bzw. den Bewohner zugehen soll.

#### 7. § 7 Abs. 4 (Durchführung des Beratungsprozesses)

*Das Gesprächsangebot ist einrichtungsspezifisch nach einer individuellen Eingewöhnungszeit zu unterbreiten.*

##### Änderungsvorschlag:

Das Gesprächsangebot ist ~~einrichtungsspezifisch nach einer individuellen Eingewöhnungszeit~~ **spätestens nach 6 bis 8 Wochen** zu unterbreiten. **Das Gesprächsangebot ist auch den zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Rahmenvereinbarung bereits in den Einrichtungen versorgten Leistungsberechtigten zu unterbreiten.**

##### Begründung:

Die Erfahrung zeigt, dass die Festlegung auf einen Zeitraum für die Beraterin bzw. den Berater bzw. alle anderen Mitarbeitenden von Vorteil ist. Der Zeitraum wird in der Organisationsentwicklung verankert (sowie in andere Aufnahmeaktivitäten eingebettet) und ist daher für alle handlungsleitend bzw. im Haus bekannt. Außerdem besteht bei freier Wahl die Gefahr des Aufschiebens ggf. unangenehmer Gespräche.

Die Unterbreitung des Gesprächsangebotes an alle Bewohnerinnen/Bewohner unabhängig vom Zeitpunkt des Inkrafttretens der Rahmenvereinbarung sollte zur Klarstellung in den Rahmenvertragstext integriert werden, um so die Bedeutung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für alle Bewohnerinnen/Bewohner hervorzuheben.

#### 8. § 7 Abs. 5 (Durchführung des Beratungsprozesses)

*Der Beratungsprozess findet situations- und bedarfsgerecht in einer oder in mehreren, aufeinander aufbauenden Beratungen statt und kann multiprofessionell aufgestellt sein.*

##### Änderungsvorschlag:

Der Beratungsprozess findet situations- und bedarfsgerecht in einer oder in mehreren, aufeinander aufbauenden Beratungen statt und ~~kann~~ **soll** multiprofessionell aufgestellt sein.

##### Begründung:

Aus § 132g Abs. 1 S. 2 bis 4 SGB V ist zu schließen, dass der Beratungsprozess multiprofessionell aufgestellt sein soll. Eine Kann-Vorschrift wird dieser Vorgabe nicht gerecht.

Die Erfahrung zeigt zudem, dass verschiedene Perspektiven nur betrachtet sowie Entscheidungen über die zu besprechenden Themen getroffen werden können, wenn die an der Versorgung und Betreuung beteiligten Professionen an dem Prozess teilnehmen.

#### 9. § 7 Abs. 7 (Durchführung des Beratungsprozesses)

*Im Falle nicht-einwilligungsfähiger Personen wird die Bevollmächtigte/der Bevollmächtigte über den Beratungsprozess informiert und es wird ihr/ihm die Teilnahme angeboten.*

##### Änderungsvorschlag:

Im Falle nicht-einwilligungsfähiger Personen wird die Bevollmächtigte/der Bevollmächtigte über **vor dem** Beratungsprozess **über diesen** informiert; **die Bevollmächtigte/der Bevollmächtigte ist in den Beratungsprozess einzubeziehen.**

##### Begründung:

Im Falle nicht-einwilligungsfähiger Personen ist es erforderlich, die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten in den Beratungsprozess einzubeziehen. Die Teilnahme lediglich anzubieten, erscheint nicht ausreichend.

#### 10. § 7 Abs. 6 S. 2 (Durchführung des Beratungsprozesses)

Die gesundheitliche Versorgungsplanung kann daher bei Bedarf, wenn eine Änderung der Lebens- und Versorgungssituation eintritt oder auf Wunsch der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten, mehrfach in Anspruch genommen werden.

##### Änderungsvorschlag:

Die gesundheitliche Versorgungsplanung kann daher bei Bedarf, wenn eine Änderung der Lebens- und Versorgungssituation eintritt oder auf Wunsch der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten, mehrfach in Anspruch genommen werden. **Beratungsgespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung sind der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten von der Einrichtung mehrfach anzubieten, ohne dass dies von der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten eingefordert werden muss.**

##### Begründung:

Vgl. auch Nr. 6.

#### 11. § 7 Abs. 9 (Durchführung des Beratungsprozesses)

*Im Falle einer Patientenverfügung ist darauf zu achten, dass Beratung und Unterschrift nicht an einem Termin erfolgen sollten.*

##### Änderungsvorschlag:

Im Falle ~~einer~~ **der Erstellung oder Aktualisierung einer** Patientenverfügung ist darauf zu achten, dass Beratung und Unterschrift nicht an einem Termin erfolgen ~~sollten~~, **um der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten die Möglichkeit der persönlichen inhaltlichen Auseinandersetzung zu geben.**

##### Begründung:

Vgl. auch Nr. 6.

#### 12. § 10 (Externe Vernetzung)

Der DHPV unterstützt weder den Vorschlag der GKV, noch den der Leistungserbringer und unterbreitet einen neuen Vorschlag:

- Eine regionale Koordinierung wird als sinnvoll erachtet.
- Diese Stelle erfordert jedoch andere Kompetenzen als diejenigen, die an die Beraterin bzw. den Berater gestellt werden. Die Aufgaben der Beraterin bzw. den Berater hinsichtlich externer Vernetzung beziehen sich auf die Vernetzung und

den Austausch mit einrichtungsspezifischen Kooperationspartnern, die gemäß 132g SGB V relevant sind.

- Die Stelle der externen Koordination beinhaltet Aufgaben, die über die Vernetzungsaufgaben der Beraterin bzw. des Beraters hinausgehen (Planung und Steuerung des Implementierungsprozesses sowie Information und Beratung für Einrichtungen, die die gesundheitliche Versorgungsplanung einführen möchten, Analyse und Umsetzung von Schulungsbedarf von Ärzten, Rettungssanitätern usw., Konsentierung und Etablierung eines standardisierten Verfahrens für die Notfallversorgung etc.).
- Daher ist die Vergütung dieser Stelle extra zu betrachten und zu verhandeln. Der Aufwand wird nicht mit dem Stellenumfang (s. § 14) gedeckt werden können.
- Die regionale Koordinierung sollte maßgeblich 2 Tätigkeitsbereiche übernehmen:
  - a) regionale Abstimmungsprozesse steuern,
  - b) das regionale Netzwerk sowie die Beraterinnen und Berater koordinieren.

### 13. § 11 (Anforderungen an die Qualifikation der Beraterin/des Beraters)

In der nachfolgenden Tabelle werden Änderungen/Ergänzungen für § 11 zusammenfassend vorgeschlagen und begründet:

	§§	Auszug	Änderungsvorschlag
1.	§ 11 Abs. 3		<p>Vorschlag eines neuen Absatzes nach Abs. 3 (Personale Kompetenz), Absatz 4 wird zu Absatz 5:</p> <p><b>§ 11 Abs. 4 Hospizlich-palliative Kompetenz</b> Die Beraterin bzw. der Berater soll über eine hospizlich-palliative Qualifikation verfügen (z. B. Weiterbildung Palliative Care 160h, Palliative Praxis 40h und/oder Fachpflegekraft in der Palliativversorgung).</p> <p><u>Begründung:</u> Zusätzlich zu den in den Absätzen 1-4 genannten Kompetenzen sind hospizlich-palliative Kompetenzen für die Durchführung eines dynamischen Ge-</p>

	§§	Auszug	Änderungsvorschlag
			sprächsprozesses, Fallbesprechungen sowie interne und externe Vernetzung zu den palliativ-medizinisch, palliativ-pflegerischen und palliativ-geriatrischen Themen, Krisen, Notfallmaßnahmen, Sterbebegleitung etc. durch die Beraterinnen und den Berater in der GVP <b>für die letzte Lebensphase</b> zwingend erforderlich.
2.	§ 11 Abs. 4 Tabelle	Als Beraterin/Berater kommen auch Ärztinnen/Ärzte mit für die gesundheitliche Versorgungsplanung mit einschlägiger dreijähriger Berufserfahrung in den letzten acht Jahren in Frage.	Der DHPV unterstützt den Vorschlag des GKV-Spitzenverbands und schlägt eine Erweiterung des Abschnitts vor:  Als Beraterin/Berater kommen auch Ärztinnen/Ärzte mit für die gesundheitliche Versorgungsplanung einschlägiger dreijähriger Berufserfahrung in den letzten acht Jahren in Frage, <b>insofern Sie: eine Weiterbildung Basiskurs Palliativmedizin 40h aufweisen können.</b>  <u>Begründung:</u> Ärztinnen und Ärzte sollten gleichberechtigt werden und demnach ebenso wie nicht-ärztliche Berufsgruppen hospizlich-palliative Kompetenz aufweisen (vgl. 19).
3.	§ 11 Abs. 5 Tabelle	Die Weiterbildung gliedert sich in zwei Teile. Sie muss im ersten Teil mindestens 40 Unterrichtseinheiten [...] und sechs Beratungsprozesse (24 UE) des angehenden Beraters [...].	Der DHPV unterstützt den Vorschlag der GKV, da die ausführliche Weiterbildung inkl. praktischer Übung bzw. Auseinandersetzung mit dem Thema unter Begleitung und Reflexion von großer Wichtigkeit für die Gewährleistung eines qualitativ hochwertigen Gesprächsprozesses gesehen wird.  Allerdings sollte die Weiterbildung refinanzierbar sein und extra vergütet werden, da der Aufwand der Organisation und Durchführung für die Einrichtungen (plus Abwesenheit in der Ein-

	§§	Auszug	Änderungsvorschlag
			richtung während der Weiterbildung) nicht gemäß 132g abgerechnet werden kann.
4.	§ 11 Abs. 5 Tabelle 2- Teil der Weiterbildung		Der DHPV unterstützt den Vorschlag der GKV, da die ausführliche Weiterbildung inkl. praktischer Übung unter Begleitung und Reflexion von großer Wichtigkeit für die Gewährleistung eines qualifizierten Gesprächsprozesses gesehen wird.
5.	§ 11 S. 21 Inhalte	<p>Einführung in die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase</p> <p>Kenntnisse zu medizinisch-pflegerischen Sachverhalten</p> <p>Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen</p> <p>Kommunikation [...]</p>	<p>Unter Kompetenzen ist zu ergänzen:</p> <p>Zeitmanagement, Erstkontakt (Rahmen und Herangehensweise), Inhaltliche und organisatorische Vorbereitung, Überleitung von Themen</p> <p>Einstellungen zu Erkrankung, zu (Weiter-)Leben und Sterben, Vorausplanung spezifischer Szenarien, Krisen, Umgang mit temporärer und/oder dauerhafter Nicht-Entscheidungsfähigkeit, Therapiezieländerung</p> <p>Unter Vorsorgeinstrumente sollte die Notfallverfügung hinzugefügt werden.</p> <p>Thematische Konsistenz- und Kongruenzlücken zwischen Äußerungen, um bestmöglich stimmige und tragfähige Versorgungsplanung ermöglichen. Nehmen eigene Fehler in der Gesprächsführung sowie unbeabsichtigte Fehlentwicklungen im Gesprächsverlauf wahr und verfügen über Strategien und Techniken mittels derer diese kompensiert bzw. korrigiert werden können.</p>
6.	§ 11 S. 21 Inhalte	Kenntnisse zu medizinisch-pflegerischen Sachverhalten:	Verbesserungen sind notwendig:

	§§	Auszug	Änderungsvorschlag
		<p>[...] Vorstellungen über medizinisch-pflegerische Abläufe, das Ausmaß, die Intensität und die Grenzen medizinischer Interventionen sowie palliativmedizinischer und palliativ-pflegerischer Maßnahmen [...].</p> <p>Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen:</p> <p>[...] setzen sich mit den Möglichkeiten der Versorgung am Lebensende (z.B. der Inanspruchnahme von / oder dem Verzicht auf Intensivpflegerische lebensverlängernde, palliative Maßnahmen) auseinander. [...].</p>	<p>[...] Vorstellungen über medizinisch-pflegerische Abläufe, das Ausmaß, die Intensität und die Grenzen medizinischer Interventionen sowie palliativmedizinischer, palliativ-pflegerischer <b>und palliativ-geriatrischer</b> Maßnahmen [...].</p> <p>[...] setzen sich mit den Möglichkeiten der Versorgung am Lebensende (z.B. der Inanspruchnahme von / oder dem Verzicht auf Intensivpflegerische lebensverlängernde <b>oder</b> palliative Maßnahmen) auseinander. [...].</p>
7.	Praxisteil 1 und 2 (Seite 23)	Unterstützung GKV	<p>Der DHPV unterstützt den Vorschlag der GKV mit 6 Beratungsgesprächen in Praxisteil 1 und 8 Beratungsprozessen in Praxisteil 2.</p> <p><u>Begründung:</u> Der DHPV unterstützt den Vorschlag der GKV, da die ausführliche Praxisübung inkl. unter Begleitung und Reflexion von großer Wichtigkeit für die Gewährleistung eines qualifizierten Gesprächsprozesses gesehen wird.</p>

## § 13 Vertragliche Grundsätze

Der DHPV unterstützt den Vorschlag der Leistungserbringerverbände.

Das benannte „Konzept“ sollte im Rahmen der Verankerung im Bildungs- und Organisationsentwicklungsprozess einen eigenen Schwerpunkt in der Vereinbarung finden sowie näher ausgestaltet werden.

### 14. § 14 Abs. 2 (Grundsätze der Vergütung)

*Abrechnungsfähig nach § 132g Abs. 4 SGB V sind die im Zusammenhang mit der Beratung entstehenden Personal- und Sachkosten der Einrichtung.*

Änderungsvorschlag:

Abrechnungsfähig nach § 132g Abs. 4 SGB V sind die im Zusammenhang mit der Beratung entstehenden Personal- und Sachkosten **sowie die Qualifizierungskosten der Berater** der Einrichtung.

Begründung:

Der DHPV stellt infrage, dass die geforderten Aufgaben und Ressourcen der Gesprächsbegleitung mit der geplanten Stelle von 1/8 Stelle auf 50 Bewohner mit der notwendigen Qualität erbracht werden können. Des Weiteren finden sich die Qualifizierungskosten darin überhaupt nicht wieder und sollten extra vergütet werden.

### 15. § 14 Abs. 3 und nachfolgende Tabelle (Grundsätze der Vergütung)

*Für eine Übergangszeit bis zum 31.12.2021 erfolgt eine pauschale Vergütung. [...].*

Der DHPV unterstützt die Abrechnung über die genannte Pauschale. Er favorisiert die Anwendung dieser Abrechnungsmethode auch über die Übergangszeit hinaus.

### 16. § 14 Abs. 3 und nachfolgende Tabelle, Seite 30 (Grundsätze der Vergütung)

*Dabei wird als Sachkosten und Overhead- und Regiekosten ein Anteil von 20% der Personalkosten pauschal berücksichtigt (Leistungserbringerverbände).*

Der DHPV unterstützt den Vorschlag der Leistungserbringerverbände.

Begründung:

Aus der Erfahrung zeigt sich, dass wesentlich mehr als 3% (wie vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagen) im Sinne der Umsetzung notwendig sind. Die Einführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung benötigt ebenfalls Ressourcen.

**17. § 14 Abs. 4 und nachfolgende Tabelle, S. 32 und 33 (Grundsätze der Vergütung)**

*Es soll angestrebt werden, Vergütungskorridore der Personalkosten landesweit einheitlich [...] zu vereinbaren. [...]. (Leistungserbringerverbände)*

Der DHPV unterstützt den Vorschlag der Leistungserbringer.

**18. § 16 Abrechnung**

Der DHPV unterstützt den Vorschlag der Leistungserbringer.

Begründung:

Eine monatliche Abrechnung wird als zu aufwändig betrachtet. Es besteht die Sorge, dass der Fokus auf dem bürokratischen Aufwand anstatt auf der qualifizierten Gesprächsbegleitung liegt.

**19. Leistungsnachweis**

Der Gesprächsprozess ist nach ACP dynamisch zu verstehen und schließt mehrere Gesprächstermine sowie Fallbesprechungen ein. Aus dem VE geht nicht genau hervor, warum in den Leistungsnachweis gesonderte Nachweise zu erstmaligen und erneuten Beratungsprozessen zu erbringen sind und schlägt hier eine Konkretisierung der Notwendigkeit dieser Unterscheidung vor. Anderenfalls wären diese Angaben zu streichen.