



**Deutscher Hospiz- und  
Palliativverband e.V.**

**Geschäftsstelle**

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

## **Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.**

### **Kritische Abwägung zu Kooperationsvereinbarungen nach BQKPMV**

**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  
Stellvert. 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

Berlin

05.02.2019

## Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	Seite 3
2. Grundlagen der BQKPMV	Seite 3
3. Vorteile und Gestaltungsmöglichkeiten	Seite 5
4. Kritikpunkte am Konzept und der Umsetzung der BQKPMV	Seite 6
5. Risiken von Kooperationsvereinbarungen nach BQKPMV	Seite 7
6. Anforderungen an Kooperationsvereinbarungen nach BQKPMV	Seite 8
6.1. Vorschläge für Inhalte eines Kooperationsvertrages	Seite 8
6.2. Trilaterale Kooperationsvereinbarungen	Seite 9
6.3. Keine Überforderung des ambulanten Hospizdienstes!	Seite 9
7. Was die einzelnen Hospizdienste noch diskutieren können und ggf. regeln sollten	Seite 10

## 1. Einführung

Am 01.01.2017 ist die „Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung“<sup>1</sup> (BQKPMV) zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinbarung und dem GKV-Spitzenverband in Kraft getreten. Zum Nachweis der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern soll laut dieser Vereinbarung der an der BQKPMV teilnehmende Arzt bei der Kassenärztlichen Vereinigung eine unterschriebene Kooperationsvereinbarung einreichen, in der er und die Kooperationspartner die Zusammenarbeit sowie die Gewährleistung verbindlicher Absprachen zu folgenden Aufgaben in der BQKPMV erklären:

- Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen,
- Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch,
- Organisation gemeinsamer, patientenorientierter Fallbesprechungen und
- Durchführung von Konsilen.

Zwischenzeitlich wurden z.B. von mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen dafür Musterkooperationsvereinbarungen erstellt, mit denen Ärzte in den letzten Monaten auf Hospizeinrichtungen mit der Bitte um Unterzeichnung zugegangen sind. Der DHPV schätzt einige der bestehenden Musterkooperationsverträge fachlich kritisch ein.

Nachfolgend werden insbesondere die Möglichkeiten und Risiken von Kooperationsvereinbarungen mit **ambulanten Hospizdiensten** abgewogen. Es stellen sich dabei folgende Fragen: Welche **Gestaltungsmöglichkeiten** bieten Kooperationsvereinbarungen nach BQKPMV für die ambulanten Hospizdienste? Welche **Kritikpunkte** und **Risiken** ergeben sich aus unserer Sicht? Und welche **Anforderungen** sollten Kooperationsverträge nach BQKPMV erfüllen?

## 2. Grundlagen der BQKPMV

Zentraler Baustein des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) im Hinblick auf die ambulante Palliativversorgung und im Hinblick auf die Vernetzung, war die Einführung der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung durch Vertragsärzte, also durch Haus- und Fachärzte. Durch zusätzlich vergütete Leistungen sollte die Versorgungsqualität gesteigert sowie die Kooperation mit den an der Versorgung Beteiligten und die aktive Koordination der Leistungsangebote gefördert werden. Der Gesetzgeber wollte mit dieser Regelung die Palliativversorgung auch in der Regelversorgung stärken, die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ergänzen und die im hausärztlichen Bereich bereits zum 01.10.2013 eingeführten Gebührenordnungspositionen für palliativmedizini-

---

<sup>1</sup> siehe [www.kbv.de/media/sp/Anlage\\_30\\_Palliativversorgung.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_30_Palliativversorgung.pdf)

sche Leistungen fortentwickeln. Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) ist in seiner Stellungnahme der Fachgruppe AAPV/SAPV zur ambulanten Palliativversorgung nach dem HPG vom Juni 2016 bereits ausführlich auf die BQKPMV eingegangen<sup>2</sup>.

Zum 01.01.2017 ist dann die Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur BQKPMV zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KVB) und GKV-Spitzenverband in Kraft getreten. Damit wurde im haus- bzw. kassenärztlichen Bereich eine neue Leistungsvergütung geschaffen. Die Vereinbarung umfasst laut § 2 die Versorgung von Menschen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung ohne SAPV-Indikationen die über einen Beratungsbedarf hinausgehen, **aber mit besonderem Versorgungsbedarf**.

Der EBM wurde am 01.10.2017 um folgende acht neue (für zwei Jahre extrabudgetäre) Gebührenpositionen ergänzt, die aktuell wie folgt vergütet sind:

Ersterhebung	37300	42,42 €	1 x pro Krankheitsfall
Koordination der Versorgung	37302	29,76 €	1 x pro Behandlungsfall
Rufbereitschaft	37317	154,22 €	1 x pro Krankheitsfall
Telefonische Beratung	37318	23,05 €	max. 7 x pro Behandlungsfall
Zuschlag Hausbesuch	37305	13,42 €	
Dringender Besuch	37306	13,42 €	je Besuch
Fallkonferenz	37320	6,93 €	höchstens 5 x im Krankheitsfall
Konsultätigkeit	37314	11,74 €	1 x pro Behandlungsfall

Nach § 4 der Vereinbarung soll der an der BQKPMV teilnehmende Arzt

- die Behandlung des Patienten übernehmen,
- **die interdisziplinäre Zusammenarbeit organisieren, indem er die erforderliche Einbeziehung sowie die notwendige fortlaufende Abstimmung mit weiteren Leistungserbringern koordiniert,**
- sofern es sich nicht um seine eigenen Patienten handelt, auf Anforderung des behandelnden Haus- oder Facharztes tätig werden und in diesen Fällen beraten und ggf. mitbehandeln sowie
- **eng mit den an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligten Leistungserbringern kooperieren.**

Dies können sein

- o an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligte ambulante Pflegedienste,

<sup>2</sup> siehe

[www.dhvp.de/tl\\_files/public/Aktuelles/Stellungnahme/Stellungnahme\\_FG%20AAPV%20SAPV\\_%20EF\\_21%2006%202016.pdf](http://www.dhvp.de/tl_files/public/Aktuelles/Stellungnahme/Stellungnahme_FG%20AAPV%20SAPV_%20EF_21%2006%202016.pdf)

- Palliativdienste,
- ambulante Hospizdienste,
- SAPV-Teams,
- stationäre Pflegeeinrichtungen und andere beschützende Einrichtungen,
- stationäre Hospize,
- Palliativstationen,
- ggf. weitere Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten).

Zu den Aufgaben der BQKPMV-Ärzte zählen laut § 5 der Vereinbarung unter anderem

- die Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung durch Einbezug und Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern,
- die Betreuung und Beratung der Patienten und Angehörigen zu Hilfs- und Entlassungsangeboten,
- die Beratung über Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung,
- die Beratung zur Schmerztherapie und/oder Symptomkontrolle,
- die Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten, an Wochenenden und an Feiertagen, auch unter Einbeziehung von an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegediensten und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und
- die Teilnahme an Fallbesprechungen.

### **3. Vorteile und Gestaltungsmöglichkeiten**

Eine Stärkung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) wird vom DHPV grundsätzlich begrüßt.

Engagierte Ärzte, die sich schon in der Vergangenheit für die allgemeine ambulante Versorgung von Palliativpatienten eingesetzt haben, bekommen dafür nun (neben den zum 01.10.2013 eingeführten EBM-Abrechnungsziffern) eine Vergütung, die erstmals auch Koordinationsleistungen umfasst.

Für ambulante Hospizdienste bietet sich durch den Austausch mit den (Haus)Ärzten über eine Kooperationsvereinbarung nach BQKPMV die Möglichkeit, über ein gemeinsames Konzept zur AAPV-Versorgung mit konkreten Leistungszuordnungen ins Gespräch zu kommen und eine schriftliche Vereinbarungen dazu zu treffen (s. Punkt 6).

Die medizinische Versorgung, die pflegerische Versorgung und die Hospizbegleitung werden oft nicht zeitgleich aufgenommen. Die Erfahrung zeigt, dass sie häufig noch unabgestimmt nebeneinander erbracht werden. Die BQKPMV bietet die Chance, dass sie koordiniert in gegenseitiger Abstimmung erfolgen. Die Versorgung und Begleitung ist dann am besten, wenn alle Beteiligten in gutem Austausch miteinander stehen.

Eine adäquate Koordination in der BQKPMV hätte außerdem den Vorteil, dass Hospizdienste bedarfsgerechter und weniger nach dem Zufallsprinzip zum Einsatz kommen.

#### 4. Kritikpunkte am Konzept und der Umsetzung der BQKPMV

Voraussetzung für das gute Gelingen einer AAPV ist unseres Erachtens die Koordination aller hospizlichen und palliativen Angebote. Eine qualitativ gute AAPV ist nur multiprofessionell möglich und umfasst neben der Palliativmedizin und der Palliativpflege je nach Einzelfall auch palliativpflegerische Beratung, psychosoziale Begleitung, sozialrechtliche Beratung, Ethikberatung, therapeutische Angebote und Seelsorge (auch der Angehörigen) – sowie die Koordination dieser Leistungen. Aktuell wird ein Großteil der Leistungen und ihre Koordination eher selten von (Haus)Ärzten, sondern – mit regionalen Unterschieden – von ambulanten Hospizdiensten, Pflegediensten oder auch SAPV-Teams erbracht. Die Vereinbarung zur BQKPMV sieht jedoch vor, dass sie von Ärzten übernommen werden.

Die Versorgungs- und Koordinationsleistungen aller beteiligten Leistungserbringer sollten auskömmlich honoriert werden. Die finanziellen Verbesserungen durch die BQKPMV kommen jedoch nur der Ärzteschaft zugute (wobei auch diese nicht auskömmlich sind), nicht aber den anderen Leistungserbringern.

Die BQKPMV trägt in ihrem Namen nicht nur eine „besonders qualifizierte“, sondern auch eine „(besonders) koordinierte“ Versorgung. In vielen Fällen ist jedoch fraglich, ob die Mehrzahl der teilnehmenden Ärzte die in § 5 der Vereinbarung dafür beschriebenen Aufgaben in Zukunft tatsächlich erbringen kann und erbringen wird. Aufgaben wie die Koordination der Leistungserbringer, die Organisation von Fallbesprechungen oder die Beratungen zu Patientenverfügung und Vollmachten sind fachlich, organisatorisch und zeitlich sehr aufwändig. Erste Erfahrungen zeigen, dass die Anforderungen für Ärzte neben dem normalen Praxisalltag kaum zu bewältigen sind<sup>3</sup>. Die Wahrnehmung der Aufgaben bedarf unseres Erachtens der Unterstützung durch kompetente und qualifizierte Palliative Care-Fachkräfte, die in Pflegediensten, ambulanten Hospizdiensten, Palliativberatungsdiensten oder SAPV-Teams angesiedelt sein können.

Insbesondere die in der BQKPMV vorgesehene Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten, an Wochenenden und an Feiertagen ist für viele (Haus)Ärzte eine große Herausforderung. Wenn dafür der ärztliche Bereitschaftsdienst mit einbezogen werden soll, ist das unseres Erachtens in der Praxis nur dann hilfreich, wenn beim Patienten vor Ort ein umfassender Krisenplan hinterlegt ist.

---

<sup>3</sup> siehe dazu zum Beispiel

[www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Stellungnahme\\_DGP\\_LV\\_Bayern\\_aktuelle\\_Lage\\_AAPV\\_20180326.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Stellungnahme_DGP_LV_Bayern_aktuelle_Lage_AAPV_20180326.pdf)

Da die BQKPMV auf einer gesetzlichen Regelung beruht, könnte sich das in der Zukunft prägend auf das Selbstverständnis der Ärzte und der anderen an der allgemeinen Versorgung beteiligten Leistungserbringer auswirken.

Außerdem hat der Gesetzgeber in § 87 Absatz 1b SGB V keinen „besonderen Versorgungsbedarf“ vorgegeben. Die BQKPMV war also von der Indikation her genauso offen geplant wie die ambulante Hospizarbeit. Erst die Vereinbarung zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband schaffte mit ihrer enger definierten Indikation („besonderer Versorgungsbedarf“) eine gesetzlich nicht vorgesehene Abgrenzung, die nicht nur im Widerspruch zur Intention des HPG steht („Übergang von der kurativen zur palliativen Versorgung“), sondern in der Kooperation und Abstimmung zwischen Hospizdiensten, SAPV und BQKPMV-Ärzten zu Problemen führen kann.

Ein ähnliches Synchronisationsproblem ergibt sich auch bei der häuslichen Krankenpflege, da hier die Verordnung der Leistung der Symptomkontrolle noch enger gefasst ist als in der BQKPMV. Die Vereinbarung zur BQKMPV hat deshalb innerhalb der A-APV viele Divergenzen – und damit sogar zusätzlichen Koordinierungsbedarf – geschaffen.

Die Praxis zeigt, dass Ärzte in vielen Regionen Deutschlands derzeit auch ohne Kooperationsverträge die Zulassung für BQKPMV bekommen und diese abrechnen können. Diese Entwicklung unterläuft die vorgegebenen Qualitätskriterien und ist nicht nachvollziehbar. Die Vereinbarung zur BQKPMV nützt nur etwas, wenn ihre – ohnehin nicht sehr hohen – Qualitätskriterien eingehalten werden.

Dort wo in den letzten Jahren Strukturen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung durch oder mit ambulanten Hospizdiensten gewachsen sind und bestehen, sollte deren Fortbestand nachhaltig gesichert werden. Durch die BQKPMV ist das nicht gegeben. Im Gegenteil könnte es zu der paradoxen Situation kommen, dass der teilnehmende Arzt zu Leistungen verpflichtet ist, die er nicht erbringt oder erbringen kann und die Kooperationspartner (ambulanter Hospizdienst, Pflegedienst, SAPV-Team) Leistungen erbringen, die nicht ihnen, sondern dem Arzt vergütet werden.

## **5. Risiken von Kooperationsvereinbarungen nach BQKPMV**

Zunächst sei hier noch einmal auf die Problematik der Unterzeichnung einer Kooperationsvereinbarung durch Hospizdienste ohne verbindliche schriftliche Absprachen mit dem Arzt zur Art und Weise der Kooperation und zu bestimmten Aufgaben (z.B. Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen; Regelungen zum gegenseitigen Informations-

austausch) verwiesen, auf die der DHPV bereits im Zusammenhang mit den zum 01.10.2017 neu eingeführten Leistungen im EBM hingewiesen hat<sup>4</sup>.

Viele der Aufgaben in der BQKPMV sind von den (Haus)Ärzten schwer zu bewältigen (siehe Punkt 4). Auch viele ambulante Pflegedienste sind in der Praxis häufig personell, finanziell, zeitlich oder fachlich nicht in der Lage, in die Erfüllung der Aufgaben mit einbezogen zu werden. Deshalb könnte der Wunsch entstehen, dass ambulante Hospizdienste sich durch die Kooperationsverträge nach BQKPMV zu bestimmten Leistungen verpflichten, die sie aber nicht vergütet bekommen (siehe dazu auch Punkt 6.3.).

## **6. Anforderungen an Kooperationsvereinbarungen nach BQKPMV**

Ziel des Abschlusses einer Kooperationsvereinbarung nach BQKPMV sollte aus Sicht des ambulanten Hospizdienstes sein, dass er und der (Haus)Arzt gemeinsam ein Konzept zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung mit konkreten Leistungszuordnungen entwickeln und vereinbaren.

### **6.1. Vorschläge für Inhalte eines Kooperationsvertrages**

Gegenstand der Kooperation sollte die Einbindung des Hospizdienstes in die Versorgung der Hospiz- und Palliativpatienten sein, durch

- die Identifikation von Patienten, deren Erkrankungsstadien einer allgemeinen ambulanten palliativen Begleitung und Versorgung bedürfen, die sich in der (haus)ärztlichen Versorgung des ärztlichen Kooperationspartners befinden oder von diesem künftig versorgt werden wollen,
- Hospizbegleitung durch ehrenamtliche Mitarbeiter\*innen und ggf. palliativpflegerische und psychosoziale Beratung durch hauptamtliche Fachkräfte des Hospizdienstes und
- die Vereinbarung eines gegenseitigen Informationsaustausches.

Bei der Beschreibung der Aufgaben und Leistungen des ambulanten Hospizdienstes sollte zwischen hauptamtlichen Fachkräften (z.B. Koordinatoren) und Ehrenamtlichen unterschieden werden. Dabei sollte beschrieben werden, was die BQKPMV-Ärzte von ehrenamtlichen Mitarbeiter\*innen erwarten können – und was nicht (siehe dazu auch Punkt 6.3.).

Die Beschreibung der ehrenamtlichen Unterstützung könnte z.B. beinhalten:

- Der Hospizdienst stellt entsprechend seiner Ressourcen qualifizierte Ehrenamtliche zur Verfügung.

---

<sup>4</sup> siehe

[www.dhvp.de/aktuelles\\_detail/items/ebm-neue-leistung-der-ambulanten-palliativmedizinischen-versorgung-aufgenommen.html](http://www.dhvp.de/aktuelles_detail/items/ebm-neue-leistung-der-ambulanten-palliativmedizinischen-versorgung-aufgenommen.html)



- Für die eingesetzten ehrenamtlichen Mitarbeiter\*innen verbleibt die fachliche Verantwortung bei der Koordinationskraft des Hospizdienstes.
- Die qualifizierte Vorbereitung der ehrenamtlichen Mitarbeiter\*innen, die Praxisbegleitung und die persönliche Begleitung durch die Koordinationskraft sowie die Supervision obliegen dem Hospizdienst.
- Der Hospizdienst stellt einen Förderantrag nach §39a Abs. 2 SGB V bei den Krankenkassen. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter\*innen sind über den Hospizdienst versichert und erhalten Fahrtkostenerstattung. Sie können dort kostenlos an Praxisbegleitung, Fortbildung und ggf. Supervision teilnehmen.
- Das Angebot des Hospizdienstes wendet sich sowohl an die Patienten als auch an die An- und Zugehörigen.

Es sollte vereinbart werden, dass der Arzt die Sicherstellung der Versorgung – ggf. über einen Krisenplan – organisiert. Reicht das nicht aus, kann geprüft werden, ob die Voraussetzungen für eine SAPV-Versorgung erfüllt sind.

In der Kooperationsvereinbarung könnte ein geordnetes Verfahren für die Übergabe von Patienten in eine andere Versorgungsform beschrieben und geregelt werden.

Die Kooperation könnte Vereinbarungen enthalten, dass und wie die Partner in der Öffentlichkeitsarbeit zusammenarbeiten und sich abstimmen.

Der Kooperationsvertrag sollte schließlich noch Vereinbarungen zu folgenden Themen enthalten: Erreichbarkeit der Kooperationspartner (siehe dazu Punkt 6.3.), Schweigepflicht, Datenschutz, Haftung und Kündigung.

## **6.2. Trilaterale Kooperationsvereinbarungen**

Eine denkbare Variante wäre, dreiseitige Vereinbarungen – zwischen Arzt, Pflegedienst und Hospizdienst – abzuschließen. Diese wären zwar komplexer als zweiseitige Absprachen, könnten aber in vielen Fällen das Versorgungsgeschehen im Hinblick auf die Hauptakteure und ihr Miteinander besser abbilden. Da in der Versorgungspraxis oft alle drei Akteure koordinieren (auch wenn nur der Arzt den gesetzlichen Auftrag hat), Würden solche Vereinbarungen dazu beitragen, sich über die näheren Bedingungen der Koordination im Einzelfall abzustimmen. Deshalb könnten sie noch zielführender sein als bilaterale Vereinbarungen.

## **6.3. Keine Überforderung des ambulanten Hospizdienstes!**

Viele der Aufgaben in der BQKPMV sind von (Haus)Ärzten kaum zu bewältigen (s. Punkt 4). Außerdem lehnen Ärzte vielerorts Hausbesuche ab. Deshalb könnte der Wunsch entstehen, dass ambulanten Hospizdienste sich zur Übernahme von Aufgaben verpflichten, die über ihren gesetzlichen Auftrag nach § 39a Abs. 2 SGB V hinausgehen.

Dadurch besteht die Gefahr, dass ambulante Hospizdienste – vielleicht in dem Bestreben, sich in Abgrenzung zur SAPV einen Platz im Versorgungssystem zu sichern – Verpflichtungen eingehen, die sie bzw. ihre ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiter\*innen überfordern könnten.

Aber: Die wichtigen Versorgungspflichten der Ärzte in der BQKPMV dürfen nicht durch eine Kooperationsvereinbarung auf Hospizdienste übertragen werden!

- Beispielsweise ist in Bezug auf die Aufgabe der an der BQKPMV teilnehmenden Ärzte zur „Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung während sprechstundenfreier Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen“ (siehe Einführung) genau zwischen der Erreichbarkeit eines ambulanten Hospizdienstes und der o.g. Sicherstellung im Rahmen der BQKPMV zu unterscheiden: Für ambulante Hospizdienste genügt es, wenn sie eine ständige Erreichbarkeit mittels einer medizinisch nicht qualifizierten Person oder eines Anrufbeantworters vorhalten. Damit kann keine Verantwortung für die Klärung von palliativmedizinischen Notsituationen übernommen werden. Mit Einsätzen im Rahmen der BQKPMV, z.B. für Kriseninterventionen, würden sich ambulante Hospizdienste also übernehmen. Solche Einsätze gehören nicht zum Aufgabenfeld eines Hospizdienstes, sondern sind Aufgabe der Ärzte oder ggf. auch von Pflegediensten oder SAPV-Teams. In einem Kooperationsvertrag nach BQKPMV darf also nicht vereinbart werden, dass der Hospizdienst zur Sicherstellung der Versorgung während der sprechstundenfreien Zeiten erreichbar ist, sondern sollte im Gegenteil deutlich gemacht werden, dass der Hospizdienst nicht an dieser Sicherstellung teilnimmt.

Schließlich sollten ambulante Hospizdienste vor Unterzeichnung einer Kooperationsvereinbarung prüfen, ob sie die Kapazitäten haben, die Leistungen zu garantieren, die beispielsweise in Muster-Kooperationsvereinbarungen<sup>5</sup> vorgesehen sind, z.B. die Teilnahme an externen Fallbesprechungen.

## **7. Was die einzelnen Hospizdienste noch diskutieren können und ggf. regeln sollten**

Die ambulanten Hospizdienste sind bundesweit sehr heterogen ausgestaltet. Sie erfüllen klassisch die Aufgaben, die sich aus § 39a Abs. 2 SGB V ergeben, also Hospizbegleitung durch qualifizierte ehrenamtliche Mitarbeiter\*innen und ggf. palliativpflegerische (auch wenn diese bisher begrifflich nicht näher gefasst wurde) und psychosoziale Beratung durch Fachkräfte.

---

<sup>5</sup> siehe dazu z.B. den Muster-Kooperationsvertrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Formulare/M-P/KVB-FORM-Palliativversorgung-Musterkooperationsvertrag.pdf>

Nicht wenige Träger von ambulanten Hospizdiensten haben allerdings in den letzten Jahren damit begonnen, in den Hospizdiensten weitere Leistungen zu erbringen, die über den Auftrag des § 39a SGB V hinausgehen, aber für eine gelingende AAPV je nach Einzelfall notwendig sein können. Beispiele dafür sind Beratung in ethischen Fragen, spirituelle Angebote, sozialrechtliche Beratung, therapeutische Angebote, die Organisation von Fallbesprechungen und nicht zuletzt sogar die Koordination der verschiedenen Leistungserbringer in der AAPV.

Diese Leistungen erfolgen aus Eigenmitteln des Trägers, z.B. aus Spenden oder Stiftungsmitteln. Sie werden von Palliative Care-Fachkräften, Koordinatorin\*innen nach § 39a SGB V oder anderen Fachkräften erbracht, deren Qualifikationen den jeweiligen Leistungsanforderungen entsprechen. Die Verantwortung bzw. ggf. Haftung für die Leistungen liegt beim Träger.

Das bedeutet jedoch nicht, dass es für alle Hospizdienste ratsam ist, sich in Kooperationsvereinbarungen<sup>6</sup> zu zusätzlichen Leistungen zu verpflichten.

Wenn ein ambulanter Hospizdienst vor Ort über den § 39a SGB V hinausgehende Leistungen erbringen möchte, empfehlen wir dem Träger (z.B. Hospizverein), folgende Fragen für sich zu diskutieren, zu klären und zu regeln:

1. Wo steht der Hospizdienst aktuell? Erbringt er vielleicht bereits Leistungen, die über den § 39a Abs. 2 SGB V hinausgehen?
2. Der Träger sollte diskutieren und klären,
  - ob der Hospizdienst grundsätzlich über den gesetzlichen Auftrag des § 39a SGB V hinausgehende Leistungen erbringen soll und
  - ob der Träger die Verantwortung/Haftung dafür übernehmen bzw. regeln kann.
3. Der Träger sollte dann ggf. prüfen, welche Fachkraft mit welcher Profession dem Hospizdienst für die jeweilige Leistung zur Verfügung stehen muss.
4. Schließlich sollte der Träger prüfen und klären, ob der Hospizdienst dauerhaft über die dann erforderlichen personellen bzw. finanziellen Kapazitäten verfügt.

---

<sup>6</sup> siehe dazu auch Kittelberger et. al. (2015), Auf dem Weg zur Kooperationsvereinbarung, 1. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer