Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017

zwischen

dem GKV-Spitzenverband[1], Berlin

und

- der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Berlin
- der Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V., Hannover
- dem Bundesverband Ambulanter Dienste und Stationärer Einrichtungen e. V., Essen
- dem Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen e. V., Echzell
- dem Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V., Köln
- dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V., Berlin
- dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Berlin
- der Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V., Freiburg/Berlin
- dem Deutschen Caritasverband e. V., Freiburg im Breisgau
- der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband e. V., Berlin
- dem DRK e. V. – Generalsekretariat, Berlin
- dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.,
- dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Essen
- der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V., Frankfurt am Main

[1] Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

Inhaltsverzeichnis

Präambel 1

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung 2

§ 2 Zielsetzung der Leistung 3

§ 3 Anspruchsberechtigte Versicherte (Zielgruppe) 4

§ 4 Inhalt der Leistung 4

§ 5 Beratung der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten 5

§ 6 Barrierefreie Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase 7

§ 7 Organisation der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase 8

§ 8 Durchführung des Beratungsprozesses 8

§ 9 Dokumentation des Beratungsprozesses und der Willensäußerungen 9

§ 10 Interne Vernetzung 11

§ 11 Externe Vernetzung 12

§ 12 Anforderungen an die Qualifikation der Beraterin/des Beraters 12

§ 13 Qualität und Qualitätssicherung 18

§ 14 Vertragliche Grundsätze 19

§ 15 Grundsätze der Vergütung 20

§ 16 Überprüfung des Vergütungsverfahrens 21

§ 17 Abrechnung 22

§ 18 Inkrafttreten und Kündigung 23

Unterschriftenseite 24

Anlage 1: Erklärung zur Erfüllung der Anforderungen nach § 14 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V vom 13.12.2017

Anlage 2: Leistungsnachweis über eine Beratung (Beratungsprozess) nach § 132g Abs. 3 SGB V

Präambel

Zunehmendes Lebensalter oder chronisch fortschreitende Erkrankungen machen eine intensive Auseinandersetzung mit Fragen der physischen, psychischen, sozialen und religiösen bzw. spirituellen Unterstützung sowie mit Fragen zu pflegerischen Maßnahmen und medizinischen Behandlungen in Vorbereitung auf die letzte Lebensphase erforderlich.

Die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase im Sinne des § 132g SGB V orientiert sich am biografischen bzw. lebensweltlichen Hintergrund der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten. Der Wille der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten ist zu respektieren und daher handlungsleitend.

Inhalt der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist ein individuelles, auf die Situation der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten zugeschnittenes Beratungsangebot zur medizinisch-pflegerischen, psychosozialen und/oder seelsorgerlichen Versorgung in der letzten Lebensphase. Sie soll der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten ermöglichen, selbstbestimmt über Behandlungs-, Versorgungs- und Pflegemaßnahmen entscheiden zu können und damit als Grundlage für eine Behandlung und Versorgung am Lebensende dienen, die den geäußerten Vorstellungen der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten entspricht.

Die Etablierung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe setzt einen Organisationsentwicklungsprozess in den Einrichtungen voraus. Hierbei geht es um die Einbindung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in die Strukturen und Prozesse der Einrichtung.

Die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe lehnt sich an das internationale Konzept des „Advance Care Planning“ (ACP) an.

Es liegen – mit Ausnahme von einigen Projekten – in Deutschland keine Erfahrungen mit der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vor. Aufgrund der Neueinführung dieser Leistung fehlen Erfahrungswerte, insbesondere mit Blick auf die Inanspruchnahme, die Anzahl der durchgeführten Beratungen je Beratungsprozess sowie die Dauer der Gespräche je Beratungsprozess. Deshalb erfolgt in einer Übergangszeit eine 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 und weiterzuentwickeln.

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

(1) Der GKV-Spitzenverband vereinbart mit den Vereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung auf Bundesebene das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g Abs. 3 Satz 1 SGB V. Die Vereinbarung regelt die Zielsetzung der Leistung, den anspruchsberechtigten Personenkreis, die Qualifikation der Beraterin bzw. des Beraters/der Gesprächsbegleiterin bzw. des Gesprächsbegleiters (nachfolgend Beraterin/Berater genannt) sowie die Anforderungen, die Organisation, Dokumentation und die Finanzierung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase 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. Nicht einbezogen sind teilstationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Kurzzeitpflege und stationäre Hospize.

(2) 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 den Versicherten in den jeweiligen Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Nachfolgend wird von Einrichtungen gesprochen.

(3) Bei Einrichtungen der Eingliederungshilfe handelt es sich um Einrichtungen, mit denen Vereinbarungen nach § 75 SGB XII geschlossen worden sind. Die doppelte Inanspruchnahme ist auszuschließen. Bei der Ermittlung der potenziell Leistungsberechtigten sowie bei der Kalkulation der Vergütung ist sicherzustellen, dass die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte nur einmal berücksichtigt wird. Soweit eine Leistungsberechtigte/ein Leistungsberechtigter das Angebot in einer teilstationären Einrichtung, die nicht dem Wohnen dient, in Anspruch nehmen möchte, befragt die Einrichtung vor Beginn der Leistung die Leistungsberechtigte/den Leistungsberechtigten zu einem anderweitigen Angebot in ihrer/seiner Wohneinrichtung. Wird ein solches anderweitiges Angebot von der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten bejaht, führt die Einrichtung, die nicht die Wohneinrichtung ist, das Angebot in Bezug auf diese Leistungsberechtigte/diesen Leistungsberechtigten nicht durch und erhält insoweit keine Vergütung. Dies ist bei der Vergütungsvereinbarung darzulegen.

(4) Ziel der Vereinbarung ist es, 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.

(5) Unter den gesetzlichen und den in dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen werden die Leistungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase von der

Gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Unter Beachtung dieser Vereinbarung bleibt die konkrete Organisation des Beratungsangebotes den Einrichtungen überlassen.

(6) Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den für die Wahrnehmung der Interessen der Hospizdienste und stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen, den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände ist Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden. Darüber hinaus ist der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden. Die Hinweise aus den Stellungnahmen sind in die Vereinbarung eingeflossen.

§ 2 Zielsetzung der Leistung

(1) Im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase soll den Leistungsberechtigten bezogen auf ihre individuelle Situation ermöglicht werden, Vorstellungen über medizinisch-pflegerische Abläufe, das Ausmaß, die Intensität, Möglichkeiten und Grenzen medizinischer Interventionen sowie palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer Maßnahmen in der letzten Lebensphase zu entwickeln und mitzuteilen. Die gedankliche und emotionale Auseinandersetzung der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten und ihres/seines Bevollmächtigten[2] sowie – auf Wunsch der/des Leistungsberechtigten – der An- und Zugehörigen mit möglichen Komplikationen, Verläufen, Prognosen sowie Veränderungen des gesundheitlichen Zustands sowie auf mögliche Notfallsituationen kann dazu dienen, besser vorbereitet zu sein, die Krankheitssituation besser anzunehmen, ein Gefühl der Selbstwirksamkeit zu bewahren und damit Autonomie und Lebensqualität zu fördern. Außerdem sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung sowie zur möglichen psychosozialen Versorgung im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase aufgezeigt werden. Zielsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist die Ermöglichung und Unterstützung einer selbstbestimmten Entscheidung über Behandlungs-, Versorgungs- und Pflegemaßnahmen. Damit soll die gesundheitliche Versorgungsplanung zur Verbesserung des Prozesses des Zustandekommens von Behandlungs- und Betreuungswünschen beitragen und als Grundlage für eine Behandlung und Versorgung am Lebensende dienen, die den geäußerten Vorstellungen und Wünschen der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten entspricht.

(2) Der Wille der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten ist zu ermitteln und dieser im Rahmen einer Versorgungsplanung zu dokumentieren (vgl. § 9). Durch die Dokumentation

[2] Im Rahmen dieser Rahmenvereinbarung wird der Begriff „Bevollmächtigte/Bevollmächtigter" verwendet für die gesetzliche Vertreterin/den gesetzlichen Vertreter, die rechtliche Betreuerin/den rechtlichen Betreuer sowie Bevollmächtigte.

soll insbesondere ein rechtssicherer Umgang der Einrichtungen sowie der unmittelbar an der Versorgung Beteiligten mit dem geäußertem 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 zu einer Äußerung des natürlichen Willens fähig ist. Ergebnis des Beratungsprozesses kann eine schriftliche Willensäußerung[3] sein, die bei einwilligungsfähigen Leistungsberechtigten auch in Form einer (ggf. aktualisierten) Patientenverfügung abgegeben werden kann; dies ist jedoch nicht zwingend.

§ 3 Anspruchsberechtigte Versicherte (Zielgruppe)

(1) Die Einrichtungen können den Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g SGB V im Sinne dieser Vereinbarung anbieten.

(2) Versicherte einer privaten Krankenversicherung (PKV-Versicherte) sind von dieser Vereinbarung nicht erfasst und entsprechende Vorsorgeplanungen können auch nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Soweit PKV-Versicherte eine gesundheitliche Versorgungsplanung im Sinne dieser Vereinbarung wünschen, sollte die Einrichtung darauf hinweisen, dass die Frage der Kostenerstattung im Vorfeld mit den zuständigen Kostenträgern (Versicherungsunternehmen, Beihilfe) geklärt werden sollte.

(3) Bietet die Einrichtung die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach dieser Vereinbarung an, besteht ein Anspruch der Leistungsberechtigten im Sinne dieser Vereinbarung, dieses Angebot in Anspruch nehmen zu können. Das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung richtet sich grundsätzlich an alle Leistungsberechtigten der Einrichtung und wird jedem unterbreitet.

(4) Die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist für die Leistungsberechtigten freiwillig.

§ 4 Inhalt der Leistung

Inhalte der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sind:

1. Beratung der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten (Beratungsprozess), vgl. § 5
2. Interne Vernetzung, vgl. § 10

[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.

3. Externe Vernetzung, vgl. § 11

§ 5 Beratung der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten

(1) Der versichertenbezogene Beratungsprozess umfasst unterschiedliche Inhalte, die je nach Bedarf der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten zum Tragen kommen. Hierzu gehören:

- **Beratungsgespräche**
- **Fallbesprechungen**
- **Dokumentation des Beratungsprozesses einschließlich der Willensäußerungen**

Der Wille der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten ist zu respektieren und daher für die Beraterin/den Berater handlungsleitend.

(2) **Beratungsgespräche**

Die Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist ein qualifizierter Gesprächsprozess zwischen der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten und der Beraterin/dem Berater. Sofern eine gesetzliche Vertreterin/ein gesetzlicher Vertreter vorhanden ist oder eine rechtliche Betreuerin/ein rechtlicher Betreuer für den Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge bestellt ist, ist diese/dieser in den Gesprächsprozess einzubeziehen. Auf Wunsch oder mit Zustimmung der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten können auch An- und Zugehörige und andere relevante Personen an den Gesprächen beteiligte werden oder zwischen der Beraterin/dem Berater und den vorgenannten Personen geführt werden; diese können sowohl persönlich als auch fernmündlich oder in anderen geeigneten Formen erfolgen. Im ersten Kontakt der Beraterin/des Beraters mit der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten und/oder der Bevollmächtigten/dem Bevollmächtigten erfolgt eine Verständigung und Erörterung zur Zielsetzung und zum Prozess der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.

(3) Die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe ist mehrheitlich dadurch gekennzeichnet, dass sie häufig im frühen Lebensalter die Angebote der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen. Aufgrund der Lebenssituation müssen die Informations- und/oder Beratungsintervalle zeitlich auf die Bedürfnisse der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten zugeschnitten sein und die jeweiligen behinderungsspezifischen Mehraufwendungen berücksichtigen.

(4) Die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte erhält die Möglichkeit, mit der Beraterin/dem Berater ihre/seine Werte, Grundhaltungen und Ziele sowie eine zu ihr/ihm passende Versorgung und Behandlung am Lebensende zu reflektieren. Verschiedene Aspekte wie z. B. die Einstellung zum Leben, mögliche Belastungen, die pflegerische Unterstützung sowie Versorgungswünsche können Bestandteil der Beratungsgespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sein. Hierzu gehören insbesondere:

- Klärung von Wünschen und Vorstellungen der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten zu relevanten Situationen, die am Lebensende eintreten könnten (z. B. Bewusstlosigkeit, Atemnot, Herzstillstand, anhaltender Zustand der fehlenden Fähigkeit zur Äußerung des natürlichen Willens).
- Besprechung möglicher medizinisch-pflegerischer Abläufe sowie Thematisierung von Notfallszenarien und Besprechung möglicher Notfallmaßnahmen.
- Darstellung der Möglichkeiten der palliativen Versorgung und Sterbebegleitung. Informationen zu bestehenden Kooperationspartnern der Einrichtung, die z.B. durch regionale Hospiz- und Palliativversorgung sowie durch Seelsorge, psychosoziale Begleitung und medizinisch-pflegerische Versorgung zur Verfügung stehen. Konkretisierung pflegerischer, psychosozialer, spiritueller und medizinsicher Wünsche der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten.

(5) Die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte soll in die Lage versetzt werden, ihre/seine individuellen Versorgungs- und Behandlungspräferenzen für das Lebensende zu entwickeln bzw. weiterzuentwickeln. Bestandteil der Beratungsgespräche soll auch das Angebot zur Aufklärung über bestehende rechtliche Vorsorgeinstrumente (insbesondere Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsvollmacht) bzw. die Möglichkeit ihrer Aktualisierung sein.

(6) Solange die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte sich selbst äußern kann – auch nonverbal – steht im Beratungsprozess ihre/seine Willensäußerung vor allen anderen Erwägungen. Dabei ist mit besonderer Sorgfalt der Inhalt einer solchen Äußerung festzustellen – insbesondere da Gegenstand der Ermittlung zukünftige Handlungen und Versorgungsformen sind.

(7) Insbesondere bei der Begleitung von Leistungsberechtigten mit einem hohen Unterstützungsbedarf (z.B. bei Schwerstmehrfachbehinderungen oder kognitiven Einschränkungen) können Situationen auftreten, in denen Vertrauenspersonen[4] die Leistungsberechtigten im Sinne assistierter Autonomie bei ihren Entscheidungen unterstützen. Dabei ist der natürliche bzw. mutmaßliche Wille der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten, die/der sich beispielsweise verbal nicht (mehr) äußern kann, über Beobachtungen und Erfahrungen zu identifizieren.

(8) Ein Bestandteil des Beratungsgespräches ist die Klärung der Notwendigkeit einer Fallbesprechung (vgl. § 8 Abs. 8 Satz 3).

(9) **Fallbesprechungen**

Im Rahmen von Fallbesprechungen soll auf der Grundlage der individuellen Bedürfnisse auf medizinisch-pflegerische Abläufe mit Blick auf die letzte Lebensphase und während des Ster-

[4] Dies schließt auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung ein.

beprozesses eingegangen, 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 sind die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte, die Beraterin/der Berater und die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt (Hausarzt, SAPV-Arzt oder sonstige Vertragsärzte) einzubeziehen. Sofern eine gesetzliche Vertreterin/ein gesetzlicher Vertreter vorhanden ist oder eine rechtliche Betreuerin/ein rechtlicher Betreuer für den Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge bestellt ist, ist diese/dieser in den Gesprächsprozess einzubeziehen. Auf Wunsch oder mit Zustimmung können auch Angehörige, ggf. Betreuer oder Bevollmächtigte oder andere Vertrauenspersonen beteiligt werden.

(10) **Dokumentation des Beratungsprozesses einschließlich der Willensäußerungen**
Der Beratungsprozess einschließlich der Willensäußerungen ist nach § 9 zu dokumentieren. Die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Daten sind entsprechend § 9 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. § 17 Abs. 6 zu dokumentieren.

§ 6 Barrierefreie Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

(1) Die gesundheitliche Versorgungsplanung muss den individuellen Bedarfen einer barrierefreien Kommunikation Rechnung tragen.

(2) Vor einem Beratungsprozess sind die behinderungsspezifischen Bedarfe für barrierefreie Kommunikation individuell und in Bezug auf die medizinisch-pflegerischen Themen der gesundheitlichen Versorgungsplanung zu identifizieren. Sie unterscheiden sich von den übrigen barrierefreien Assistenzleistungen der Eingliederungshilfe. Insbesondere bei der Begleitung von Leistungsberechtigten mit Schwerstmehrfachbehinderungen oder kognitiven Einschränkungen können Übersetzungsleistungen durch Vertrauenspersonen der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten erforderlich sein. Bei Leistungsberechtigten, die sich verbal nicht äußern können, ist ihr Wille über Beobachtungen und Erfahrungen zu ermitteln.

(3) Die Heterogenität des Personenkreises erfordert ein Spektrum unterschiedlicher barrierefreier Kommunikationsformen. Barrierefreie Kommunikation umfasst den Einsatz von „leichter Sprache“, Gebärden, unterstützter Kommunikation, grafischen Symbolen oder anderen Hilfsmitteln.

(4) Weiterhin sind die Ergebnisse des Beratungsprozesses für den jeweiligen Leistungsberechtigten barrierefrei zu dokumentieren.

§ 7 Organisation der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

(1) Sofern die Einrichtung Leistungen nach § 132g SGB V anbietet, ist diese Leistung im Sinne der Zielsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 2 in die Gesamtstruktur und konzeptionelle Ausrichtung der Einrichtung einzubinden. Die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist auch ein Bestandteil zur (Weiter-)Entwicklung der Hospiz- und Palliativkultur innerhalb der Einrichtungen.

(2) Der Träger der Einrichtung ist verantwortlich dafür, dass die Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß der gesetzlichen Regelung und der Ausgestaltung durch diese Vereinbarung durchgeführt wird. Dies ist unabhängig von der Organisation der gesundheitlichen Versorgungsplanung. Zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgungsplanung sind folgende Varianten möglich:

a) Durchführung durch das qualifizierte eigene Personal der Einrichtung.
b) Durchführung durch das qualifizierte Personal des Einrichtungsträgers im Rahmen von Kooperationen mehrerer vollstationärer Pflegeeinrichtungen und/oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung; dies ist auch trägerübergreifend möglich. Dazu sind vertragliche Vereinbarungen zwischen den jeweiligen Trägern zu schließen.
c) Durchführung in Kooperation mit externen regionalen Anbietern. Dazu sind vertragliche Vereinbarungen zwischen den jeweiligen Trägern zu schließen.

§ 8 Durchführung des Beratungsprozesses

(1) Die Organisations- und Durchführungsverantwortung für den Beratungsprozess der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase obliegt der Beraterin/dem Berater im Rahmen ihrer/seiner Zuständigkeit.

(2) Die Leistungsberechtigten erhalten durch die Einrichtung strukturiert allgemeine Informationen darüber, dass eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase angeboten wird. Dabei wird auf die Zielsetzung und den Inhalt der Versorgungsplanung hingewiesen.

(3) Die Inanspruchnahme der Versorgungsplanung ist freiwillig. Jeder Leistungsberechtigten/jedem Leistungsberechtigten wird ein Gespräch mit der Beraterin/dem Berater zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase angeboten. Wird das erstmalige Gesprächsangebot von der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten abgelehnt, besteht auch zu einem späteren Zeitpunkt die Möglichkeit der Inanspruchnahme.

(4) Das Gesprächsangebot ist einrichtungsspezifisch nach einer individuellen Eingewöhnungszeit zu unterbreiten[5]. Bei den Einrichtungen der Eingliederungshilfe ist der Zeitpunkt für die Angebotsunterbreitung individuell abhängig von der Versorgungs- und Lebenssituation der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten zu planen.

(5) Der Beratungsprozess findet situations- und bedarfsgerecht in einem oder in mehreren, aufeinander aufbauenden Beratungsgespräch(en) und ggf. einer oder mehreren Fallbesprechung(en) statt und kann multiprofessionell aufgestellt sein. Die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte kann den Beratungsprozess jederzeit beenden.

(6) Die individuellen Vorstellungen und Behandlungswünsche können sich verändern. 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.

(7) Im Falle nicht-einwilligungsfähiger Personen wird die Bevollmächtigte/der Bevollmächtigte vorab über den Beratungsprozess informiert und sie/er wird in den Gesprächsprozess einbezogen. Zur Ermittlung des natürlichen bzw. mutmaßlichen Willens können auch weitere nahestehende Personen einbezogen werden. Die Beratung setzt keine Geschäftsfähigkeit der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten voraus.

(8) Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt (Hausarzt, SAPV-Arzt oder sonstiger Vertragsarzt) ist in den Beratungsprozess einzubeziehen. Die Einbeziehung erfolgt entsprechend dem individuellen Wunsch der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten (z.B. Mitteilung zur Inanspruchnahme des Beratungsprozesses, persönliche Beteiligung, Möglichkeit zur Einsichtnahme in die getroffenen bzw. beabsichtigten Festlegungen). Sofern aufgrund der Komplexität der medizinischen Fragestellungen eine persönliche Beteiligung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes (Hausarzt, SAPV-Arzt oder sonstiger Vertragsarzt) innerhalb des Beratungsprozesses erforderlich ist, ist eine Fallbesprechung einzuleiten.

(9) Im Falle einer Patientenverfügung ist darauf zu achten, dass Beratung und Unterschrift nicht an einem Termin erfolgen, um der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten nochmals die Möglichkeit der persönlichen inhaltlichen Auseinandersetzung zu geben.

§ 9 Dokumentation des Beratungsprozesses und der Willensäußerungen

(1) Die Dokumentation des Beratungsprozesses und der Willensäußerungen dient der Nachvollziehbarkeit. Der Leistungsnachweis ist nach Abschluss des Beratungsprozesses zu erstellen

[5] Das Gesprächsangebot ist auch den zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Vereinbarung bereits in den Einrichtungen versorgten Leistungsberechtigten zu unterbreiten.

und der Krankenkasse zu übermitteln (vgl. § 17 Abs. 6).

(2) Die Dokumentation des Beratungsprozesses umfasst folgende Angaben:
- Name, Vorname, Geburtsdatum der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten
- Name der Beraterin/des Beraters
- Datum des Gespräches/der Gespräche
- Dauer des Gespräches/der Gespräche (Angabe 30 / 60 / 90 / 120 Minuten)
- Namen von weiteren Beteiligten wie An- und Zugehörige, Bevollmächtigte, Ärzte
- Bei Einbeziehung der Ärztin/des Arztes ist die Form der Beteiligung (s. § 8 Abs. 8) zu dokumentieren. Bei Fallbesprechungen sind die Themen des Gespräches festzuhalten
- Verweis auf eine ggf. vorliegende Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und/oder Vorsorgevollmacht

Die Dokumentation des Beratungsprozesses ist vertraulich und daher ausschließlich der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten und ggf. Bevollmächtigten sowie der Beraterin/dem Berater zugänglich. Auf Wunsch oder mit Zustimmung der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten wird die Dokumentation Dritten zugänglich gemacht. Die Einrichtungen stellen die Dokumentation des Beratungsprozesses der Krankenkasse nicht zur Verfügung.
Die Notwendigkeit der mehrfachen Inanspruchnahme des Beratungsprozesses zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase durch die Leistungsberechtigte/den Leistungsberechtigten muss durch die Beraterin/den Berater dokumentiert werden.

(3) Die Dokumentation der Willensäußerungen umfasst folgende Angaben:
- Die von der Leistungsberechtigten/vom Leistungsberechtigten geäußerten Vorstellungen und Wünsche über die Versorgung am Lebensende sind mit Angabe des Datums zu dokumentieren (Willensäußerungen).
- Um in Krisen- und Notfallsituationen einen schnellen Überblick über die Behandlungsvorstellungen der Leistungsberechtigten/ des Leistungsberechtigten zu ermöglichen, sollen die dokumentierten Willensäußerungen übersichtlich, nachvollziehbar und verständlich dargestellt werden.
- Die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte bestätigt die Richtigkeit der Dokumentation[6] in der Regel mit seiner Unterschrift. Falls eine Bevollmächtigte/ein Bevollmächtigter bestellt bzw. eingesetzt wurde, erhält diese/ dieser die Dokumentation der Willensäußerungen zur Kenntnisnahme.
- Sofern die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte eine Patientenverfügung nach § 1901a BGB[7] verfassen möchte, ist diese in einem separaten Dokument zu erstellen und von der Leistungsberechtigten/vom Leistungsberechtigten zu unterzeichnen. Das Verfas-

[6] Sofern bei Leistungsberechtigten eine Bestätigung durch Unterschrift nicht möglich ist – insbesondere bei Schwerstmehrfachbehinderungen oder kognitiven Einschränkungen – kann die Bestätigung auch durch andere Formen der Zustimmung (z.B. Kürzel, Zeichen, Videoaufnahmen) erfolgen.

[7] Muster eine Patientenverfügung vgl. beispielsweise http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html

sen einer Patientenverfügung setzt die Einwilligungsfähigkeit der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten voraus. Bei begründeten Zweifeln der Beraterin/des Beraters an der Einwilligungsfähigkeit der Leistungsberechtigten/des 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. Notfallbogen[8]) erfolgen, das ärztlich zu unterschreiben ist.
- Sofern die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte nach dem Beratungsprozess keine schriftlichen Willensäußerungen treffen möchte, ist dies in der Dokumentation festzuhalten.

(4) Die schriftliche Dokumentation der Willensäußerungen wird der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten sowie der Bevollmächtigten/dem Bevollmächtigten in Kopie ausgehändigt.

(5) Sofern die dokumentierten Willensäußerungen an andere Leistungserbringer/Einrichtungen übermittelt werden, bedarf dies einer vorherigen Zustimmung der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten bzw. der Betreuerin/des Betreuers. Die Zustimmung ist im Rahmen des Beratungsprozesses so rechtzeitig einzuholen, dass diese Frage am Ende des Beratungsprozesses geklärt ist. Dies ist entsprechend zu dokumentieren.

§ 10 Interne Vernetzung

(1) Die Einrichtung informiert einrichtungsintern die Mitarbeitenden über Sinn und Zweck der Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase und hat im Rahmen ihres Aufgabenbereiches sicherzustellen, dass die Ergebnisse der gesundheitlichen Versorgungsplanung (Willensäußerungen der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten) beachtet und eingehalten werden. Äußert die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte gegenüber dem Personal der Einrichtung Änderungswünsche zu ihren/seinen geäußerten Vorstellungen und Wünschen für die Versorgung in der letzten Lebensphase und den festgelegten Beratungsergebnissen, ist unverzüglich die zuständige Beraterin/der zuständige Berater einzubinden.

(2) Die ständige Verfügbarkeit der Dokumentation muss von der Einrichtung gewährleistet werden und unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorgaben gemäß § 9 Abs. 5 dem Personal in der Einrichtung sowie den beteiligten Versorgern zur Verfügung stehen. Bei Verlegung der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten z.B. in ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung sind die entsprechenden Unterlagen unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen gemäß § 9 Abs. 5 in Kopie mitzugeben.

[8] z.B. Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen PALMA oder andere Notfallbögen.

§ 11 Externe Vernetzung

(1) Die an der Versorgung Beteiligten, z.B. Ärzte, Rettungsdienste, SAPV-Teams und Kliniken, sind über das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V sowie den Einsatz von verwendeten Notfalldokumenten vorab zu informieren. Um den dokumentierten Willensäußerungen der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten mit Blick auf die medizinisch-pflegerische Versorgung gerecht werden zu können, ist durch die Beraterin/den Berater eine enge Zusammenarbeit mit den regionalen Leistungserbringern, insbesondere mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Rettungsdiensten, ambulanten Hospizdiensten, Hospizen, SAPV-Teams, Seelsorgern und anderen Institutionen ggf. auch unter Berücksichtigung der speziellen Struktur zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen.

(2) Die Einrichtung hat darauf hinzuwirken, dass die regionalen Versorgungs- und Betreuungsanbieter die Ergebnisse der gesundheitlichen Versorgungsplanung beachten.

(3) Die Berater der Einrichtungen in der Region sollen regelmäßige Treffen (z.B. Runde Tische) mit den regionalen Leistungserbringern durchführen oder an Treffen vorhandener regionaler Netzwerke (z.B. Palliativnetzwerke, Hospiznetzwerke, kommunale Netzwerke) teilnehmen.

§ 12 Anforderungen an die Qualifikation der Beraterin/des Beraters

(1) Die Qualifikation zur Beraterin/zum Berater ist am Deutschen Qualifikationsrahmen auszurichten (DQR). Der DQR beschreibt auf acht Niveaus fachliche und personale Kompetenzen, an denen sich die Einordnung der Qualifikationen orientiert, die in der allgemeinen, der Hochschulbildung und der beruflichen Bildung erworben werden. Die Niveaus haben eine einheitliche Struktur. Sie beschreiben jeweils die Kompetenzen, die für die Erlangung einer Qualifikation erforderlich sind. Der DQR unterscheidet dabei zwei Kompetenzkategorien: „Fachkompetenz“, unterteilt in „Wissen“ und „Fertigkeiten“, und „Personale Kompetenz“, unterteilt in „Sozialkompetenz“ und „Selbständigkeit“.

(2) Für die Ausübung der Tätigkeit als Beraterin/als Berater im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sind fachliche und personale Kompetenzen und Erfahrungen notwendig. Die fachliche Kompetenz zeichnet sich insbesondere durch medizinisch-pflegerische einschließlich palliative Kenntnisse sowie Kenntnisse im Sozial- und Betreuungsrecht und psychische, soziale, ethische und kulturelle Kenntnisse im Kontext von Alter und Sterben aus.

(3) Die personale Kompetenz zeichnet sich insbesondere durch eine Gesprächsführungskompetenz und Beratungshaltung aus, die
- kooperativ,
- kommunikativ,

- selbstreflektierend,
- verantwortungsbewusst,
- respektvoll und
- empathisch ist.

(4) Die Berater verfügen über eine Grundqualifikation in Form einer abgeschlossenen Berufsausbildung als
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in,
- Altenpfleger/in,
- Kinderkrankenpfleger/in,
- staatlich anerkannte Heilerziehungspflegerin/anerkannter Heilerziehungspfleger,
- staatlich ankerkannte Heilpädagogin/anerkannter Heilpädagoge,
- staatlich anerkannte Erzieherin/anerkannter Erzieher

oder eine andere vergleichbare Berufsausbildung

oder

über einen einschlägigen Studienabschluss im Bereich
- der Gesundheits- und Pflegewissenschaften,
- Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften
  (insbesondere als Pädagogin/Pädagoge, Heilpädagogin/Heilpädagoge, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter, Sozialpädagogin/Sozialpädagoge, Psychologin/Psychologe, Theologin/Theologe)

und

eine dreijährige, für die gesundheitliche Versorgungsplanung einschlägige Berufserfahrung innerhalb der letzten acht Jahre, die mindestens den Umfang einer halben Stelle umfasst hat, insbesondere in einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder einem ambulanten Pflegedienst, einem ambulanten Hospizdienst/ambulanten Kinderhospizdienst (hauptamtliche Koordinatorenkraft), 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.

(5) Als Beraterin/Berater kommen auch Ärztinnen/Ärzte mit für die gesundheitliche Versorgungsplanung einschlägiger dreijähriger Berufserfahrung in der gesundheitlichen Versorgung von schwerstkranken oder sterbenden Menschen im ambulanten oder stationären Bereich in den letzten acht Jahren in Frage.

(6) Die Leistung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase erfordert von den eingesetzten Beratern zusätzliche Kompetenzen, die im Rahmen einer Weiterbildung

zur Beraterin/zum Berater der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g SGB V zu erwerben sind.
Die Weiterbildung[9] gliedert sich in zwei Teile. Sie umfasst im ersten Teil mindestens 48 Unterrichtseinheiten[10] theoretischen Unterricht (mit Diskussionen, Rollenspielen, Intensivtraining in Kleingruppen etc.) und 12 UE bestehend aus

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

(7) Nach erfolgreichem Abschluss des ersten Teils der Weiterbildung und einem entsprechenden Nachweis gegenüber der Krankenkasse sind die Berater berechtigt, Leistungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V in den in § 1 Abs. 2 genannten Einrichtungen zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen (vgl. § 17). Der zweite Teil der Weiterbildung dient der Sammlung weiterer Praxiserfahrung. Er umfasst die Durchführung von mindestens 7 Beratungsprozessen, die in der Regel innerhalb eines Jahres, alleinverantwortlich geplant, vorbereitet, durchgeführt und dokumentiert werden. Dieser Praxisteil wird durch den Anbieter der Weiterbildung begleitet (z.B. Coaching-Gespräche, Plenararbeit, Organisation des Austausches zwischen Weiterbildungsteilnehmern). Nach erfolgreichem Abschluss des zweiten Teils erhält die Beraterin/der Berater ein Zertifikat, das den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen vorzulegen ist. Das Nähere ist in der Vergütungsvereinbarung zu regeln. Wenn das Zertifikat der Beraterin/des Beraters nicht vorgelegt wird, gilt die Weiterbildung als nicht abgeschlossen und weitere Leistungen können nicht erbracht werden.

(8) Die Weiterbildung beinhaltet im theoretischen Teil folgende Lernfelder:

1. Einführung in die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase
2. Kenntnisse zu medizinisch-pflegerischen Sachverhalten
3. Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen
4. Kommunikation in Beratungsgesprächen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase
5. Dokumentation und Vernetzung

[9] Soweit bereits eine Weiterbildung abgeschlossen wurde, die qualitativ und quantitativ den nachfolgenden Anforderungen entspricht, ist diese anzuerkennen

[10] 1 UE entspricht 45 Minuten.

Die zu vermittelnden Kompetenzen sind:

Lernfelder	Kompetenzen	Anzahl UE
Einführung in die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	Die Teilnehmer… • kennen das Konzept der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase im Kontext des deutschen Gesundheitssystems und können es allgemeinverständlich wiedergeben. • können die Ziele der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase benennen und diese auf verschiedene Zielgruppen kontextbezogen anwenden. • können den Auftrag der eigenen Rolle als Beraterin/Berater und das Maß der Verantwortungsübernahme, auch vor dem Hintergrund der ärztlichen Delegation und möglicher Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen, reflektieren. • können die Bedeutung des Beratungsprozesses der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sowie dessen Bedeutung für die Betroffenen und ihre Vertrauenspersonen bzw. Vertreter reflektieren.	4
Kenntnisse zu medizinisch-pflegerischen Sachverhalten	Die Teilnehmer… • können im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase mit den Leistungsberechtigten – bezogen auf deren individuelle Situation und jeweilige lebensaltersspezifische Bedürfnisse – Vorstellungen über medizinisch-pflegerische Abläufe, das Ausmaß, die Intensität und die Grenzen medizinischer Interventionen sowie palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Maßnahmen in der letzten Lebensphase erörtern.	8
Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen	Die Teilnehmer… • setzen sich mit den Möglichkeiten der Versor-	8

	gung am Lebensende (z.B. der Inanspruchnahme von / oder dem Verzicht auf intensivpflegerische, lebensverlängernde, palliative Maßnahmen) auseinander. Sie sind sich ihrer eigenen Werte bezüglich Leben, Sterben und schwerer Erkrankung sowie ihrer Bewertung bestimmter gesundheitlicher Situationen und medizinisch-pflegerischer Behandlungsstrategien bewusst. • sind in der Lage, den Leistungsberechtigten unabhängig von ihren eigenen Wertvorstellungen non-direktiv zu beraten. • kennen die wesentlichen juristischen Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sowie die gesetzlichen Vorsorgeinstrumente (Vorsorgevollmacht, Betreuungsvollmacht und Patientenverfügung). • sind sensibilisiert für die rechtlichen Folgen von fehlender Einwilligungsfähigkeit und können bei begründeten Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit von Leistungsberechtigten auf eine Klärung hinwirken.	
Kommunikation in Beratungsgesprächen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	Die Teilnehmer… • setzen Gesprächs- und Moderationstechniken ein, die es erlauben, einen Sachverhalt aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten, um vorschnellen Festlegungen entgegenzuwirken. • können suggestive oder manipulative Gesprächselemente identifizieren und mögliche Wege zur Vermeidung reflektieren, um eine individuelle Entscheidungsfindung der Leistungsberechtigten zu ermöglichen. • verfügen über Kenntnisse barrierefreier Kommunikationshilfen und können diese im Beratungsprozess situationsgerecht einbinden. • verfügen über Fähigkeiten, um Willensäußerungen von nicht-einwilligungsfähigen Personen zu	16

	erfassen und in den Prozess einzubinden. • kennen die Besonderheiten der Gesprächsführung mit Menschen in unterschiedlichen Lebensaltern.	
Dokumentation und Vernetzung	Die Teilnehmer… • können den Beratungsprozess und die Willensäußerungen übersichtlich, nachvollziehbar sowie verständlich dokumentieren und aktualisieren. • kennen Ziel und Zweck von Notfalldokumenten und können diese anwenden. • sind in der Lage, die interne und externe Vernetzung zu organisieren.	4
Anwendung des Erlernten im Rahmen eines Intensivtrainings in Kleingruppen	Die Teilnehmer… • simulieren in Kleingruppen Gesprächssituationen zur Anwendung des Erlernten.	8

Praxisteil 1	**Kompetenzen**	**Anzahl UE**
Begleitete Gespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung	Die Teilnehmer… • führen unter Begleitung einer Dozentin/ eines Dozenten zwei Beratungsprozesse mit insgesamt vier begleiteten Gesprächen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase mit anschließender Reflexion durch.	12

Praxisteil 2	Kompetenzen
Alleinverantwortlich geplante, vorbereitete, durchgeführte und dokumentierte Beratungsprozesse	Die Teilnehmer… • führen mindestens **sieben** Beratungsprozesse zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase alleinverantwortlich durch. • nehmen in Form von z.B. Coaching-Gesprächen, Plenararbeit oder einem organisierten Austausch zwischen Weiterbildungsteilnehmern die Unterstützung durch den Anbieter der Weiterbildung in Anspruch; der Anbieter der Weiterbildung stellt hierfür einen geeigneten Rahmen zur Verfügung.

§ 13 Qualität und Qualitätssicherung

(1) Die Qualität umfasst die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

(2) Die Strukturqualität stellt sich in den Rahmenbedingungen des Beratungsprozesses dar. Hinsichtlich der personellen Ausstattung können ausschließlich qualifizierte Beraterinnen und Berater gem. § 12 (Grundqualifikation, Berufserfahrung, Weiterbildung) die Beratung durchführen.

(3) Auf den Ablauf der Leistungserbringung bezieht sich die Prozessqualität. Danach ist die Leistung in die Gesamtstruktur der Einrichtung einzubinden und unter Beachtung der Vorgaben zum Inhalt der Leistung, vgl. § 4, zur Durchführung des Beratungsprozesses gem. § 8, zur Dokumentation gem. § 9 und zur internen und externen Vernetzung gem. §§ 10 und 11 zu erbringen.

(4) Die Ergebnisqualität zeigt sich in der Dokumentation der von der Leistungsberechtigten/dem Leistungsberechtigten geäußerten Wünsche und Vorstellungen für die Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase sowie in der Dokumentation des Beratungsprozesses gemäß § 9.

(5) Der Träger der Einrichtung ist im Rahmen seines einrichtungsindividuellen Qualitätsmanagements dafür verantwortlich, dass die Inhalte dieser Vereinbarung und deren Umsetzung eingehalten werden.

§ 14 Vertragliche Grundsätze

(1) Damit Einrichtungen Leistungen nach § 132g SGB V unter Maßgabe der vorliegenden Vereinbarung zu Lasten der Krankenkassen der Leistungsberechtigten erbringen und abrechnen können, müssen sie dies gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erklären und nachweisen, dass sie die Anforderungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen schließen eine Vergütungsvereinbarung i. V. m. der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V entweder mit dem Träger der Einrichtung oder den Trägerverbänden der Einrichtungen.

(2) Die Einrichtung, die die Leistung der gesundheitlichen Versorgungsplanung anbietet und nachweist, dass sie die Anforderungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt, hat einen Anspruch auf die Vergütungsvereinbarung i. V. m. der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V.

(3) Der Nachweis (Formular siehe Anlage 1) muss neben den Stammdaten der Einrichtung inklusive abrechnungsrelevanten Daten (z.B. Institutionskennzeichen) folgende Angaben/Nachweise enthalten:

- Einrichtungsart (bei Einrichtungen der Eingliederungshilfe ist der Vertrag nach § 75 SGB XII in Kopie beizufügen).
- Konzept der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase. Das Konzept enthält insbesondere Angaben zur Organisation der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 7, zur Einbettung in die Gesamtstruktur der Einrichtung vgl. § 7 Abs. 1 sowie zur internen und externen Vernetzung gemäß §§ 10 und 11.
- Name und Grundqualifikation der Beraterin/des Beraters.
- Angaben zu der erforderlichen Berufserfahrung der Beraterin/des Beraters, vgl. § 12 Abs. 4 und 5, unter Bestätigung der Richtigkeit durch den Einrichtungsträger. Auf Anforderung der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sind im Einzelfall Nachweise (z.B. Arbeitsbescheinigungen) vorzulegen.
- Nachweise zur Weiterbildung der Beraterin/des Beraters (mindestens 1. Teil der Weiterbildung zur Beraterin/zum Berater nach § 132g SGB V , gemäß § 12).
- Erklärung zu den Bruttopersonalkosten (Arbeitgeberbrutto) der Beraterin/des Beraters nach § 132g SGB V; dabei sind bei Teilzeitstellen die auf eine Vollzeitstelle hochgerechneten Bruttopersonalkosten sowie die anteilig gezahlten Bruttopersonalkosten anzugeben (s. § 15 Abs. 5 zum Anspruch auf die Anforderung von Nachweisen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen).

(4) Veränderungen der Organisation der gesundheitlichen Versorgungsplanung, vgl. § 7, und personelle Veränderungen sind den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen unverzüglich anzuzeigen (z.B. Ausscheiden der Beraterin/des Beraters).

§ 15 Grundsätze der Vergütung

(1) Die Krankenkasse der/des Versicherten trägt die notwendigen Kosten der Einrichtung für die Leistung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 4 nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen.

(2) Abrechnungsfähig nach § 132g Abs. 4 SGB V sind die im Zusammenhang mit der Beratung entstehenden Personalkosten sowie die Sach-, Overhead- und Regiekosten der Einrichtung. Es gelten die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit nach den §§ 2 Abs. 4 und 12 Abs. 1 SGB V.

(3) Für eine Übergangszeit bis zum 31.12.2021 erfolgt eine pauschale Vergütung. Die pauschale Vergütungssystematik gilt bis zum Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung fort. Die Kalkulation erfolgt in Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Sinne des § 75 SGB XII unter der Annahme, dass pro 50 Versicherte in der Einrichtung ein Anteil von 1/8 Stelle für die Leistungserbringung nach dieser Vereinbarung erforderlich ist[11]. Diese Annahme gilt unabhängig davon, ob die Einrichtung die gesundheitliche Versorgungsplanung in eigener Verantwortung oder in Kooperation durchführt. Dabei wird für Sach-, Overhead- und Regiekosten ein Anteil von 15% der Personalkosten pauschal berücksichtigt.

(4) Die Höhe der abrechnungsfähigen Kosten pro Leistungsberechtigten per Anno ergibt sich sowohl für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI als auch für Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung durch die Division der notwendigen Bruttopersonalkosten (Arbeitgeberbrutto) zuzüglich Sach-, Overhead- und Regiekosten p.a. nach Abs. 3 für eine Vollzeitkraft dividiert durch 400. Somit gilt folgende Berechnung zur Ermittlung der monatlichen Pauschale pro Leistungsberechtigten:

Bruttopersonalkosten (Arbeitgeberbrutto) plus Sach-, Overhead- und Regiekosten) p.a. für 1 VK / 400 = Jahresbetrag pro Leistungsberechtigten / 12 = Monatsbetrag pro Leistungsberechtigten.

[11] Siehe Gesetzentwurf Hospiz- und Palliativgesetz vom 20.04.2015, Drucksache 18/5170

Bruttopersonalkosten
(Arbeitgeberbrutto) p.a. für 1 VK
+
15% Sach-, Overhead- und Regiekosten
400

= Jahresbetrag pro Leistungsberechtigten

Jahresbetrag pro Leistungsberechtigten
12

= Monatsbetrag pro Leistungsberechtigten

(5) Die Einrichtungen haben gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen die tatsächlich gezahlten Bruttopersonalkosten (Arbeitgeberbrutto) der Beraterin/des Beraters zu erklären; die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können entsprechende Nachweise unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben anfordern[12]. Die Krankenkassen tragen nach § 132g Abs. 4 Satz 1 SGB V nur die notwendigen Kosten. Demnach müssen diese Kosten zur Berechnung der Vergütung den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit nach den §§ 2 Abs. 4 und 12 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 15 Abs. 2 der Vereinbarung entsprechen. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Gehälter sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen oder bei nicht tarifgebundenen Arbeitgebern bis zur Höhe von Tariflöhnen werden grundsätzlich als wirtschaftlich anerkannt.

§ 16 Überprüfung des Vergütungsverfahrens

(1) Aufgrund der Neueinführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase fehlen diesbezügliche Erfahrungswerte, insbesondere bezogen auf folgende Daten:

- einrichtungsbezogene Struktur (Einrichtungsart, Platzzahl, Qualifikation der Berater, Organisation des Beratungsangebots),
- Dauer des Beratungsprozesses in Tagen,
- die 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,
- die Anzahl der erneut durchgeführten Beratungsprozesse.

[12] Es gilt das Regel-Ausnahme-Prinzip

Zur Weiterentwicklung der Vergütungssystematik erfolgt in einer Übergangszeit eine entsprechende 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.

(2) Die Ergebnisse der externen Datenerhebung liegen bis zum 31.12.2020 vor.

§ 17 Abrechnung

(1) Für die Abrechnung gilt § 302 SGB V. In Anlehnung an § 302 Abs. 4 SGB V regeln die Vereinbarungspartner, dass im Rahmen der Abrechnung über die Struktur/Stammdaten hinaus insbesondere folgende Daten versichertenbezogen zu übermitteln sind:

- Abrechnungsmonat
- Abrechnungscode
- Tarifkennzeichen
- Abrechnungspositionsnummer
- Rechnungsbetrag

Die Rechnungslegung erfolgt für die Leistungsberechtigen der Einrichtungen grundsätzlich monatlich. Das Nähere zur Rechnungslegung ist in den Vergütungsvereinbarungen nach § 14 Abs. 1 zu regeln. Ab 01.01.2020 soll die Abrechnung maschinell erfolgen. Davon abweichende Übergangsregelungen sind längstens bis 31.12.2021 möglich.

(2) Wenn die Leistungsberechtigte/der 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.

(3) Bei einem Wechsel der Einrichtung im Laufe des Monats kann nur die Einrichtung, die die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte verlässt, die Pauschale für die Leistungsberechtigte/den Leistungsberechtigten für den laufenden Monat abrechnen.

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

(5) Die Krankenkasse ist berechtigt, überzahlte Beträge zurückzufordern.

(6) Die Einrichtung hat nach Abschluss des Beratungsprozesses nach § 8 an die Krankenkasse der Versicherten/des Versicherten den in der Anlage beigefügten Vordruck des Leistungs-

nachweises zu übermitteln (s. Anlage 2). Die Zahlung der monatlichen Pauschale nach § 15 Abs. 4 ist unabhängig von den zu übermittelnden Leistungsnachweisen.

§ 18 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Die Vereinbarung tritt am 01.01.2018 in Kraft. Sie kann von jeder Vertragspartei jederzeit mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2019.

(2) Die gekündigte Vereinbarung gilt bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter. Für den Fall der Kündigung verpflichten sich die Vertragsparteien, unverzüglich in Verhandlungen über eine neue Vereinbarung einzutreten.

(3) Kommt eine neue Vereinbarung innerhalb von sechs Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, kann jede Vertragspartei die Schiedsperson nach § 132g Abs. 3 Satz 3 SGB V anrufen.

(4) Die Vertragsparteien können diese Vereinbarung auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.

Unterschriftenseite

GKV-Spitzenverband
Berlin, den _____

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.
Berlin, den _____

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime
und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V.
Hannover, den _____

Bundesverband Ambulanter Dienste
und Stationärer Einrichtungen e. V.
Essen, den _____

Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen e. V.
Echzell, den _____

Bundesverband der kommunalen
Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V.
Köln, den _____

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V.
Berlin, den _____

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
Berlin, den _____

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.
Freiburg/Berlin, den _____

Deutscher Caritasverband e. V.
Freiburg, den _____

Deutsches Rotes Kreuz e. V.
Berlin, den _____

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
– Gesamtverband e. V.
Berlin, den _____

Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband e. V.
Berlin, den _____

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.
Essen, den _____

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V.
Frankfurt am Main, den _____

Erklärung zur Erfüllung der Anforderungen nach § 14 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V vom 13.12.2017

Hiermit erklärt der Träger der Einrichtung das Vorliegen der erforderlichen Nachweise für das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 14 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V vom 13.12.2017.

Vergütungsvereinbarung soll in Kraft treten zum (bitte Datum eintragen):

1. Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung:	
Einrichtungsart (bitte ankreuzen):	☐ Einrichtung nach § 43 SGB XI
	☐ Einrichtung nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XII*
Ansprechpartner:	
Einrichtungsleitung:	
Angabe der Platzzahl:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefonnummer:	
Faxnummer:	
E-Mail:	
Institutionskennzeichen:	

*Für Einrichtungen der Eingliederungshilfe ist eine Kopie des Vertrages nach § 75 SGB XII beizufügen.

2. Angaben zum Träger der Einrichtung

Träger der Einrichtung:	
Rechtsform:	
Geschäftsführer/in:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefonnummer:	
Faxnummer:	
E-Mail:	

Erklärung zur Erfüllung der Anforderungen nach § 14 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V vom 13.12.2017

3. Angaben zur einzusetzenden Beraterin / zum einzusetzenden Berater

Name, Vorname

Bei Kooperationen/externen Dienstleistern Angabe der Kontaktdaten:

Name des Dienstleisters:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

Faxnummer:

E-Mail:

Institutionskennzeichen:

Angaben zur erforderlichen Grundqualifikation gemäß § 12 Abs. 4 und 5 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V:

Angaben zur erforderlichen Berufserfahrung gemäß § 12 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V (Qualifikation der Beraterin / des Beraters)

Berufliche Tätigkeit	von	bis	Name des Arbeitgebers

Auf Anforderung der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen sind im Einzelfall Nachweise (Arbeitsbescheinigungen) vorzulegen.

4. Nachweise zur Weiterbildung der einzusetzenden Beraterin/des einzusetzenden Beraters

Die Beraterin / der Berater

☐ hat in der Zeit von _____ bis _____ am 1. Teil der Weiterbildung zur Beraterin/zum Berater nach § 132g SGB V teilgenommen

und

☐ hat die Weiterbildung Teil 1 am _____erfolgreich abgeschlossen.

☐ hat die Weiterbildung Teil 2 am _____erfolgreich abgeschlossen.

Die Bescheinigung über die Weiterbildungsteilnahme (Teil 1) ist dieser Erklärung beigefügt[1].

Nach erfolgreichem Abschluss des zweiten Teils der Weiterbildung erhält die Beraterin/der Berater ein Zertifikat durch die Weiterbildungseinrichtung, das den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen unaufgefordert vorzulegen ist.

5. Konzept der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 14 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

- Bitte hier eintragen - Druckschrift - oder als Anlage beifügen

Organisation des Angebots gemäß § 7 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

☐ Durchführung durch das qualifizierte Personal der Einrichtung

☐ Durchführung durch das qualifizierte Personal des Einrichtungsträgers

☐ Durchführung in Kooperation mit externen regionalen Anbietern

Einbettung des Angebots in die Gesamtstruktur der Einrichtung gemäß § 7 der Vereinbarung nach § 132g SGB V

[1] Siehe § 12 Abs. 7 Satz 1 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V, wonach nach erfolgreichem Abschluss des 1. Teils der Weiterbildung und einem entsprechenden Nachweis gegenüber der Krankenkasse die Berater berechtigt sind, Leistungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V in den entsprechenden Einrichtungen zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen.

Interne und externe Vernetzung im Rahmen des Angebots der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß §§ 10, 11 sowie Angaben zum einrichtungsindividuellen Qualitätsmanagement nach § 13 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

6. Erklärung zu den Bruttopersonalkosten (Arbeitgeberbrutto) nach § 14 Abs. 3 der Vereinbarung

Die Kalkulation des Beschäftigungsumfangs erfolgt unter der Annahme, dass pro 50 Versicherte in der Einrichtung ein Anteil von 1/8 Stelle für die Leistungserbringung nach der Vereinbarung gemäß §132g Abs. 3 SGB V erforderlich ist. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können nach dem Regel-Ausnahme-Prinzip gemäß § 15 Abs. 5 entsprechende Nachweise unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben anfordern.

a) Erklärung der zu zahlenden Bruttopersonalkosten (Arbeitgeberbrutto) der Beraterin/des Beraters pro Jahr **(Vollzeitstelle):**

€ pro Jahr

(Angabe des angewendeten Tarifvertrags/des ggf. herangezogenen Vergleichstarifs)

b) Erklärung der zu zahlenden Bruttopersonalkosten (Arbeitgeberbrutto) der Beraterin/des Beraters pro Jahr **(Teilzeitstelle):**

€ pro Jahr (tatsächliche Bruttopersonalkosten)

€ pro Jahr (umgerechnet auf eine Vollzeitstelle)

(Angabe des angewendeten Tarifvertrags/des ggf. herangezogenen Vergleichstarifs)

c) In Fällen, in denen die Beratung in **Kooperationen mit anderen Einrichtungen oder durch externe Dienstleister** (vgl. § 7 Abs. 2 b und c) der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V) erfolgt, sind die zu zahlenden Bruttopersonalkosten pro Jahr (inklusive ggf. zusätzlich anfallender Umsatzsteuer) für den Arbeitszeitumfang / Stellenanteil anzugeben sowie die Bruttopersonalkosten (inklusive ggf. zusätzlich anfallender Umsatzsteuer) pro Jahr umgerechnet auf eine Vollzeitstelle.

€ pro Jahr (tatsächliche Bruttopersonalkosten)

€ pro Jahr (umgerechnet auf eine Vollzeitstelle)

(Angabe des angewendeten Tarifvertrags/des ggf. herangezogenen Vergleichstarifs)

7. Mitteilungspflichten

Jegliche Veränderungen zu den vorstehenden Angaben sind den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Die Richtigkeit der Angaben wird mit der unten stehenden Unterschrift der Geschäftsführerin/des Geschäftsführers oder der Vertretungsberechtigten/des Vertretungsberechtigten des Trägers bestätigt.

Ort/Datum	Unterschrift der Geschäftsführerin/des Geschäftsführers bzw. der Vertretungsberechtigten/des Vertretungsberechtigten des Trägers der Einrichtung

Anlage 2

Belegart

Leistungsnachweis über eine Beratung (Beratungsprozess) nach § 132g Abs. 3 SGB V

Einrichtung nach § 43 SGB XI ☐
Einrichtung nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XII ☐

Versichertennummer

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

IK der Einrichtung:

Anschrift der Einrichtung

☐ **Erstmaliger Beratungsprozess nach der Vereinbarung gemäß § 132g Abs. 3 wurde durchgeführt**

☐ **Erneuter Beratungsprozess nach der Vereinbarung gemäß § 132 g Abs. 3 wurde durchgeführt (bitte begründen)**

Beginn des Beratungsprozesses:

Ende des Beratungsprozesses:

Anzahl der durchgeführten Gespräche innerhalb des Beratungsprozesses:

Name der Beraterin/des Beraters:

Begründung für den erneuten Beratungsprozess nach § 9 Abs. 2 der Vereinbarung

Datum und Unterschrift der Beraterin/des Beraters

Datum und Unterschrift der/des Versicherten
oder Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

IK der Krankenkasse:

Anschrift der Krankenkasse