

6 Anhang

6.1 § 9 Abs. 6 Rahmenvertrag SAPV

Die SAPV kann nach Abs. 1 je nach Bedarf als

- Beratungsleistung,
- Koordinationsleistung,
- additiv unterstützende Teilversorgung oder
- vollständige Versorgung

erbracht werden.

a) Beratungsleistung

Die Leistung beinhaltet die Beratung der oder des Versicherten und anderer an der Versorgung Beteiligter (Zugehörige und andere involvierte Leistungserbringer) nach persönlicher Inaugenscheinnahme der oder des Versicherten und ihres oder seines Versorgungsumfeldes. Nach erfolgter Inaugenscheinnahme kann die Beratung anderer involvierter Leistungserbringer auch telefonisch erbracht werden. Sie hat empfehlenden Charakter. Die Behandlungsverantwortung bleibt vollumfänglich bei den involvierten Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung. Das Ergebnis der Beratung ist im Sinne einer Handlungsempfehlung schriftlich zu dokumentieren.

b) Koordinationsleistung

Insbesondere folgende Maßnahmen sind Bestandteil der Koordination:

- Erstellen eines individuellen Behandlungsplans auf der Grundlage des Assessments nach § 11 Abs. 4 und der multiprofessionellen Erstabstimmung,
- fortlaufende Abstimmung der Versorgung unter Einbezug der beteiligten Leistungserbringer einschließlich der dafür erforderlichen Beratung,
- persönlicher, ggf. ergänzender telefonischer Kontakt mit den an der Versorgung Beteiligten,
- Sicherstellung der bedarfsgerechten und abgestimmten individuellen Versorgungsplanung unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen und kontinuierliche Anpassung an die aktuelle Versorgungssituation,

- Therapie- und Notfallplanung,
- Vernetzung mit ambulanten und/oder stationären Leistungserbringern,
- Dokumentation.

Bei der alleinigen Koordinationsleistung ist die ärztliche Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln nicht Bestandteil der SAPV-Leistung, sondern verbleibt bei den involvierten Leistungserbringern der allgemeinen Palliativversorgung.

c) Additiv unterstützende Teilversorgung

Insbesondere folgende Maßnahmen sind Bestandteil der additiv unterstützenden Teilversorgung:

- Inhaltliche Aspekte der Beratungs- und Koordinationsleistung der Buchstaben a) und b),
- Hausbesuche zur Tages- und Nachtzeit,
- bedarfsweise Leistungen der in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie aufgeführten Leistungen bei entsprechend zwischen SAPV-Team und involvierten Leistungserbringern der anderweitigen Versorgungsformen abgestimmten anteiligen Übernahme der Behandlungsverantwortung,
- Krisenintervention,
- 24-Stunden-Rufbereitschaft,
- Dokumentation,
- regelmäßige Überprüfung und ggf. Anpassung des Behandlungsplans.

d) Vollständige Versorgung

Die vollständige Versorgung beinhaltet bedarfsweise alle in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie aufgeführten Leistungen. Die ggf. daneben notwendigen Leistungen werden weiterhin im Rahmen der anderweitigen Versorgungsformen erbracht. Dies gilt gleichermaßen für die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V und die pflegerische Versorgung nach dem SGB XI, z. B. nach § 36 SGB XI durch ambulante Pflegedienste sowie die stationäre pflegerische Versorgung nach § 43 SGB XI. Insbesondere folgende Maßnahmen sind Bestandteil der vollständigen Versorgung:

- Inhaltliche Aspekte der Beratungs- und Koordinationsleistung gemäß der Buchstaben a) und b)
- Hausbesuche zur Tages- und Nachtzeit,

- bedarfsweise alle Leistungen der in § 5 Abs. 3 der SAPV-Richtlinie aufgeführten Leistungen mit vollständiger Übernahme der Behandlungsverantwortung durch das SAPV-Team,
- Krisenintervention,
- 24-Stunden-Rufbereitschaft,
- Dokumentation,
- regelmäßige Überprüfung und ggf. Anpassung des Behandlungsplans.

6.2 § 16 Rahmenvertrag SAPV: Grundsätze der Vergütung

1) Das System zur Vergütung von SAPV soll insbesondere nachfolgende Grundsätze erfüllen:

- Das Vergütungssystem muss für die Vertragspartner transparent und handhabbar sein.
- Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und das SAPV-Team bei wirtschaftlicher Betriebsführung in die Lage versetzen, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistung zu erbringen.
- Vergütungsverhandlungen werden grundsätzlich geführt als Kostengrundverhandlungen oder Kostensteigerungsverhandlungen. Die Vertragsparteien nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V können davon nur einvernehmlich abweichen.
- Die Vergütung wird prospektiv vereinbart.
- Die Vergütungsvereinbarung wird auch für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum geschlossen oder durch eine Schiedsperson festgesetzt, sofern für diesen Zeitraum noch keine Vergütungsvereinbarung getroffen und vor Beginn des entsprechenden Zeitraums zur Verhandlung aufgefordert wurde. Zur Vermeidung von Verwaltungsaufwand soll die Vergütung für in der Vergangenheit liegende Zeiträume über Kompensationszuschläge erfolgen.
- Vergütungsverhandlungen sind als Einzel- oder Kollektivverhandlungen zu führen. Sofern Verhandlungen für ein Kollektiv von SAPV-Teams erfolgen sollen, haben sich die Vertragspartner gemäß § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V auf die für Kollektivverhandlungen erforderlichen Rahmenbedingungen zu verständigen.
- Neben der SAPV-Vergütung können für durch SAPV-Team-Mitglieder während des SAPV-Einsatzes erbrachte Leistungen keine anderweitigen

Vergütungen in Ansatz gebracht werden. Doppelabrechnungen sind somit ausgeschlossen.

- Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes. Das SAPV-Team ist verpflichtet, die Bezahlung nach Satz 1 jederzeit einzuhalten und dies entsprechend der nachfolgenden Regelungen nachzuweisen.

2) Es gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V. Über die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V hinausgehende Forderungen sind grundsätzlich nur möglich, wenn die notwendige Versorgung mit SAPV auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten ist. Die Darlegung und Substantiierung der Forderung obliegt dem SAPV-Team.

3) In der Regel erfolgt die Vergütung über Pauschalen. Im Rahmen der SAPV sind

- Tagespauschalen
- Wochenpauschalen
- Fallpauschalen
- Monatspauschalen

oder Kombinationen dieser Pauschalen möglich. Mit den Pauschalen sind alle Aufwendungen nach Abs. 5 inklusive der Wegezeiten abgegolten, es sei denn, die Vertragspartner nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V vereinbaren für die Wegezeiten gesonderte Pauschalen.

4) Bei der Kalkulation der Vergütung sind insbesondere zu berücksichtigen:

- die prospektiv kalkulierten Gesteungskosten,
- kalkulierte Fallzahlen zur SAPV im vereinbarten Versorgungsgebiet (siehe § 5 Abs. 3),
- Sicherstellung der Rufbereitschaft durch Ärzte und Pflegekräfte (s. § 3 Abs. 9),
- die Leistungserbringung zu ungünstigen Zeiten,

- Nettojahresarbeitszeit aller im SAPV-Team festangestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dies ist die Bruttojahresarbeitszeit abzüglich von Fehlzeiten wie Krankheit, Urlaub, Zeiten für Fortbildung, Zeiten für Qualitätssicherung, Organisations- und Rüstzeiten, nachgewiesene Zeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen der vereinbarten Arbeitszeit.
- Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die über anderweitige vertraglicher Vereinbarungen (Kooperationsverträge) zur Verfügung stehen, die vereinbarten Stunden oder der vereinbarte Stellenanteil.

5) Zu den Gestehungskosten gehören:

- Personalkosten und Personalnebenkosten (für beim Träger des SAPV-Teams angestellte Mitarbeiter, Alters- oder Zusatzversorgungsaufwendungen, Personaloverhead²⁶⁵ für angestellte Geschäftsführung, für ärztliche und pflegfachliche Leitung und Qualitätsmanagement, Rufbereitschaft, gesetzlich vorgeschriebene Beauftragte einschließlich Freistellung, Verwaltung, Abrechnung, Buchhaltung und Fuhrparkmanagement), unter Einschluss anfallender Personalaufwendungen für die Entleihung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Zeitarbeitsfirmen (nach AÜG) zur Überbrückung nicht zu vertretender zeitweiser Personalengpässe; ein Präjudiz für die Wirtschaftlichkeit der Inanspruchnahme von Zeitarbeitsfirmen ist hiermit nicht verbunden,
- Sachkosten unter Einschluss der betrieblichen Investitionskosten für die Leistungserbringung (insbesondere Miet- und Mietnebenkosten, Büromaterial, Büroausstattung,

Zu den Führungsaufgaben im Bereich Personalmanagement gehören auch die betriebliche Gesundheitsförderung sowie die Wahrnehmung von Arbeitsschutzaufgaben.

IT-Kosten, Fuhrpark einschließlich der dazugehörigen Sachkosten, Versicherungen, Fortbildungskosten, medizinische und pflegerische Sachkos-

²⁶⁵ Zu den Führungsaufgaben im Bereich Personalmanagement gehören auch die betriebliche Gesundheitsförderung sowie die Wahrnehmung von Arbeitsschutzaufgaben.

ten, Aufwendungen für Fremddienstleistungen²⁶⁶, Aufwendungen nach § 10 Abs. 9),

- ein Zuschlag für die angemessene Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos und eines zusätzlichen persönlichen Arbeitseinsatzes,
- eine angemessene Verzinsung des Eigenkapitals,
- Aufwände für SAPV-Team-Mitglieder, welche über eine andere Form der vertraglichen Vereinbarung gemäß § 3 Abs. 5 eingebunden sind.

6) Bei jeder Vergütungsverhandlung ist eine Kostenkalkulation vorzulegen. Dabei sind in den Kalkulationsunterlagen für die Vergütungsverhandlungen die prospektiv kalkulierten voraussichtlichen Gestehungskosten transparent und plausibel darzulegen. Aus den Unterlagen muss die Kostenstruktur eines SAPV-Teams zu erkennen sein. Dabei ist der Verteilungsmaßstab für Leistungen der SAPV zu anderen Leistungsbereichen zu berücksichtigen. Im Rahmen der Darlegung sind folgende Nachweise vorzulegen:

- Die prospektiv kalkulierten Personalkosten bezogen auf die festangestellten Mitarbeitenden des SAPV-Teams je Mitarbeiterin und Mitarbeiter (pseudonymisiert) mit Stellenanteil für den Bereich der SAPV und – soweit vorhanden – Eingruppierung, untergliedert nach Funktionsbereichen (Personalliste prospektive Kalkulation).
- Für die Entlohnung der festangestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die geltenden Tarifverträge, kirchliche Vergütungsordnungen oder sonstigen Vergütungsmaßstäbe in der aktuellen Fassung zur Verfügung zu stellen. Bei sogenannten Haustarifen bzw. individuellen Vergütungsrichtlinien bzw. -vereinbarungen ist zusätzlich als Nachweis die schriftliche und rechtsverbindliche Erklärung des Trägers des SAPV-Teams erforderlich.
- Sachkostenaufstellung unter Differenzierung der nach Abs. 5 2. Aufzählungspunkt genannten Kostenpositionen,
- prospektive Aufwände für im Rahmen von Kooperationsverträgen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SAPV-Teams nach § 3 Abs. 5, d. h. die Darlegung und Aufstellung der prospektiven jährlichen Personal- und Sachkosten mit der Angabe der jeweiligen wöchentlichen Ar-

266 Hierunter sind Fremddienstleistungen in den Bereichen Verwaltung, Abrechnung, Buchhaltung und Fuhrpark sowie für externe Beauftragte (z. B. für den Datenschutz) zu subsumieren.

beitszeit. Ein Präjudiz für die Wirtschaftlichkeit von Kooperationen ist damit nicht verbunden.

7) Reichen die Angaben des SAPV-Teams für eine abschließende Plausibilitätskontrolle nach Abs. 6 nach substantiiertem Darlegung der/den vertragsschließenden Krankenkasse(n) nicht aus, sind durch das SAPV-Team weitere Nachweise vorzulegen. Unter der Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit, insbesondere der Erforderlichkeit, kann der Nachweis zu den bestrittenen Kostenpositionen insbesondere wie folgt geführt werden:

- weitere Konkretisierungen der zu erwartenden Kostenlast und ggf.
- pseudonymisierte gültige Personalliste mit Angabe der Einstufung und Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Eintritt und evtl. Austritt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in das Unternehmen, jeweilige wöchentliche Arbeitszeit in den einzelnen Monaten (Personalliste Gestehungskosten) und ggf.
- Lohnjournale je Beschäftigungsgruppe zum Nachweis der tatsächlichen Zahlung der Arbeitsentgelte i. S. d. § 14 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 SGB IV (ohne steuerrechtliche Angaben und ohne Gehaltsangaben zu den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) oder pseudonymisierte Gehaltsabrechnungen oder pseudonymisierte Personalkostenaufstellung (deren Pseudonymisierung der Personalliste entspricht) in einem geeigneten Format jeweils für den letzten Vergütungszeitraum, höchstens für die letzten zwölf Monate vor Aufforderung zur Vergütungsverhandlung. Die Richtigkeit ist auf einem Ausdruck rechtsverbindlich zu erklären und ggf.
- verbindliche Erklärung des Trägers, dass und ggf. für welche Bereiche die tarifliche Vergütung/Vergütungsstruktur eingehalten wird und ggf.
- vergütungsrelevante Angaben zur SAPV aus dem Jahresabschluss, insbesondere, sofern diese zur Bestimmung des Zuschlags für die angemessene Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos erforderlich sind.
- Auszüge aus den Kooperationsverträgen mit Relevanz für die Ermittlung der zugrunde gelegten Kosten.

Das Nähere zur Struktur der Kalkulationsunterlagen und zu den Nachweisen nach Absätzen 6 und 7 vereinbaren die Vertragspartner nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V.

8) Soweit bei Kostensteigerungsverhandlungen auf vereinbarte Vergütungen der Vorjahre als Basis für aktuelle Vergütungsverhandlungen zurückge-

griffen werden kann, bezieht sich die Darlegungs- und Substantiierungslast auf die Basis und die eingetretenen Veränderungen bei den Kostenpositionen, die eine Erhöhung der zuvor vereinbarten Vergütungen rechtfertigen. Die Prüfungsbefugnis der Krankenkasse bezüglich der Wirtschaftlichkeit der Änderungen bleibt unberührt.

9) Das SAPV-Team weist auf Verlangen der vertragsschließenden Krankenkasse (bzw. bei mehreren Leistungsträgern als Vertragspartner gegenüber den vertragsschließenden Krankenkassen und ihren Verbänden gemeinsam) durch die Vorlage geeigneter Unterlagen nach, dass die Arbeitsentgelte oder Gehaltssteigerungen der festangestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die angegebenen Aufwände im Rahmen von Kooperationsverträgen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Geschäftsgrundlage dieser Vergütungsvereinbarung geworden sind, tatsächlich geleistet wurden. Soweit in die Vereinbarungen nach Satz 1 bei SAPV-Teams, die weder tarifgebunden sind noch einen Tarif anwenden, durchschnittliche Gehaltssteigerungen eingeflossen sind, weist das SAPV-Team auf entsprechendes Verlangen nach, dass die Gehaltssteigerungen im Durchschnitt tatsächlich umgesetzt wurden; falls Angestellte an der Gesellschaft beteiligt sind, müssen die durchschnittlichen tatsächlichen Gehaltssteigerungen für die anderen Angestellten den zur Geschäftsgrundlage gewordenen durchschnittlichen Gehaltssteigerungen entsprechen. Für das Nachweisverfahren gilt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Der Nachweis für den laufenden Vergütungszeitraum, höchstens aber für die letzten 12 abgeschlossenen Monate des laufenden Vergütungszeitraums vor Zugang des Verlangens der Krankenkasse, wird wie folgt geführt:

- pseudonymisierte Personalliste mit Angabe der Qualifikation, der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit und des darauf beruhenden VZÄ sowie evtl. des Ein- und Austritts von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern während des Prüfungszeitraumes, und ggf.
- ein in entsprechender Weise pseudonymisiertes Lohnjournal für den betreffenden Zeitraum zum Nachweis der tatsächlichen Zahlung der Arbeitsentgelte je Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter und
- ein in entsprechender Weise pseudonymisierter Nachweis der Zahlungen an Kooperationspartner.

Sofern auf der Grundlage der vorgenannten Unterlagen berechnete Zweifel der/den vertragsschließenden Krankenkasse(n) an den angegebenen Personalkosten bestehen, sind pseudonymisierte Lohn- und Gehaltsnachweise

sowie Auszüge aus den Arbeitsverträgen mit den Regelungen zu den Bezügen vorzulegen. Für die Einreichung der Nachweisunterlagen ist eine angemessene Frist einzuräumen, die vier Wochen ab Zugang des Nachweisverlangens nicht unterschreiten darf. Die Übersendung kann auch in elektronischer Form erfolgen, wenn die Datensicherheit gewährleistet ist. Die schriftliche Mitteilung des Prüfungsergebnisses soll innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der angeforderten Unterlagen erfolgen.

Das Nähere zur Struktur dieser Nachweise vereinbaren die Vertragspartner nach § 132d Abs. 1 Satz 6 SGB V.

10) Wegezeit ist die Zeit, die für die erste Anfahrt bis zum Betreten des Wohnungs- oder Hauseingangs einer Versicherten oder eines Versicherten und ab Verlassen des Wohnungs- bzw. Hauseingangs einer Versicherten oder einer Versicherten bis zum Betreten des Wohnungs- bzw. Hauseingangs der nächsten versorgten Versicherten oder des nächsten versorgten Versicherten, ebenso am Ende der Einsatztour ab Verlassen des Haus- bzw. Wohnungseingangs einer Versicherten oder eines Versicherten bis zum Standort des SAPV-Teams zurück entsteht.

6.3 GKV- Spitzenverband, Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V (hier Ausschnitt aus Nr. 3 Leistungsinhalt)

Koordinierung der verordneten Leistungen

Der Koordinierungsbedarf ist abhängig von der Art, dem Umfang und der Dauer der verordneten Leistungen. Die Koordinierung beinhaltet im Einzelnen:

- Darstellung der regional vorhandenen Versorgungsangebote
- Kontaktaufnahme zum weiterbehandelnden Vertragsarzt sowie Anbahnung und Vermittlung von Kontakten zu Leistungserbringern und Leistungsträgern
- Koordinierung der ambulanten ärztlichen, medizinisch-therapeutischen, medizinisch-technischen und pflegerischen Versorgung und ggf. Anregung einer medizinischen Rehabilitationsleistung

- Strukturierung und Sicherstellung der Kommunikation zwischen allen an der Versorgung Beteiligten (das schließt bei Bedarf wiederholte Kontakte zum behandelnden Kinderarzt ein)

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen

Der Bedarf an Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen ist insbesondere abhängig von den Kontextfaktoren. Die Anleitung und Motivierung dient der Förderung des Krankheitsverständnisses und beinhaltet im Einzelnen:

- Weiterführende Aufklärung und Beratung zur Förderung des Krankheitsverständnisses und der Krankheitsbewältigung einschließlich der Besprechung des Nutzens von z. B. regelmäßigen Kontrollen, Behandlungen und Therapien bezogen auf den individuellen Krankheitsverlauf
- Motivierung und Unterstützung bei der Bewältigung alltagsbezogener Anforderungen und krankheitsbezogener Versorgungsaufgaben
- Erläuterung der Aufgaben einbezogener Leistungserbringer, wie Arzt, interdisziplinäre Frühförderstellen, sozialpädiatrische Zentren, häusliche Krankenpflegedienste etc. und bei Bedarf Begleitung zu diesen, z. B. bei massiven Ängsten oder Verständigungsproblemen
- Hilfe beim Abbau von Ängsten im Zusammenhang mit der Versorgung z. B. durch Information über Selbsthilfegruppen
- Ermutigung der Eltern zu selbständigen Aktivitäten, z. B. bei der Pflege oder Ernährung des Kindes
- Anleitung und Ermutigung des Kindes/Jugendlichen zu selbstständigen Aktivitäten in Bezug auf die Selbstversorgung.

6.4 Auszug aus: Nationaler Krebsplan. Empfehlungen für das Leistungsspektrum, die Qualitätskriterien und für Finanzierungsmodelle ambulanter psychosozialer Krebsberatungsstellen, S. 32-34.

5.2 Vor- und Nachteile unterschiedlicher Abrechnungsmodelle

Für die Regelfinanzierung der ambulanten Krebsberatung kommen grundsätzlich vier verschiedene Abrechnungsmodelle in Frage:

1. einrichtungsbezogene Finanzierung,
2. Fallpauschale,
3. Abrechnung von Einzelleistungen sowie
4. Mischmodelle aus einrichtungsbezogener Finanzierung, Abrechnung von Einzelleistungen oder Fallpauschale.

Nachfolgend werden die unterschiedlichen Abrechnungsmodelle mit ihren Vor- und Nachteilen aufgeführt:

5.2.1 Einrichtungsbezogene Finanzierung

Für einen Zeitraum von 1 bis 3 Jahren werden auf Antrag hin Fördergelder ausgezahlt, die sowohl Personal- als auch alle Sach-, Investitions- und Infrastrukturkosten umfassen. Die Anträge müssen hinsichtlich der Personalausstattung und möglicher Besonderheiten (z. B. hohe Mietkosten des Beratungsstellenstandorts) begründet werden.

Vorteile: Die einrichtungsbezogene Finanzierung ist mit einem niedrigen Verwaltungsaufwand sowohl auf Seiten der Kostenträger als auch der Krebsberatungsstellen verbunden. Für den Zeitraum der jeweiligen Förderung ermöglicht sie darüber hinaus eine gute finanzielle Planbarkeit.

Dieser Finanzierungsmodus bedarf keiner Einzelleistungs- oder Fallpauschalen-Kalkulation. Die Auszahlung eines (Mehr-)Jahresbudgets gibt dem Träger Planungssicherheit.

Nachteile: Die mangelnde Flexibilität hinsichtlich möglicher Nachfrageveränderungen ist nachteilig. Sowohl bei steigenden Beratungszahlen als auch bei einer Verringerung wird für den Planungszeitraum die gleiche Leistung finanziert und der Träger muss ggf. in eine finanzielle Vorleistung gehen bzw. im Falle einer geringeren Anzahl von Beratungsleistungen Rückzahlungen einkalkulieren. Gelöst werden kann dies durch eine Zielvereinbarung: Vereinbart wird jedes Jahr eine neue Anzahl an Fällen. Wenn eine steigende/sinkende Tendenz erkennbar ist, wird dies berücksichtigt. Die Zielvereinbarung sollte einen Korridor beinhalten (XY Fälle +/- Z%).

Die einzelnen Komponenten des Leistungsangebotes der Krebsberatungsstellen werden im Einzelfall kombiniert, aber mit unterschiedlichen Anteilen erbracht. Insoweit wäre die für eine Kostenzuordnung notwendige Quantifizierung von Einzelleistungen im Einzelfall kaum möglich oder mit einem unzumutbaren Verwaltungsaufwand verbunden.

5.2.2 Abrechnung von Einzelleistungen

Die leistungsbezogene Abrechnung ist die genaueste Möglichkeit der Finanzierung, da die exakt erbrachte Einzelleistung berücksichtigt wird. Die im Einzelfall erbrachten Leistungen (s. Kapitel 3) werden pro Ratsuchendem einmal im Quartal abgerechnet. Dafür müssen vorher die Leistungen erfasst und jeweils kalkuliert werden.

Vorteile: Die Abrechnung bildet die erbrachten und dokumentierten Leistungen und den damit verbundenen Aufwand exakt ab.

Nachteile: Die Kostenkalkulation der Einzelleistungsziffern ist kompliziert und aufwändig. Daneben müssen unterschiedliche hohe Infrastrukturkosten zusätzlich veranschlagt werden.

Das Abrechnungsprozedere (Rechnungserstellung, Erstattung und Kontrolle) ist sowohl für die Träger als auch für die Finanzierer sehr komplex und erfordert einen hohen technischen und personellen Aufwand. Für die Leistungserbringerseite fehlt die Planungssicherheit durch Schwankungen der Leistungszahlen (z. B. bei Krankheit eines/r Mitarbeiters/in) und mögliche kostenträgerseitige Ablehnungen von Abrechnungen angesichts der geringen Größe der Einrichtungen und der Zuständigkeit verschiedener Kostenträger bei verhältnismäßig geringem Durchlauf (z. B. im Vergleich zu Kliniken).

5.2.3 Fallpauschale

Pro Ratsuchendem und definierter Zeiteinheit wird eine Fallpauschale in Anrechnung gebracht, die sich auf einen Leistungsfall bezieht, der einen durchschnittlichen Aufwand umfasst. Der Leistungsfall ist dabei genau zu definieren und der Durchschnittswert auf Basis unterschiedlicher Parameter zu ermitteln (bspw. durchschnittliche Anzahl von Kontakten und durchschnittlicher Schwierigkeitsgrad der erbrachten Leistung, unabhängig von der Art der Tumorerkrankung).

Vorteile: Eine relativ genaue Abbildung des erbrachten Leistungsaufwands ist möglich mit einem etwas geringeren Kalkulations- und Abrechnungsaufwand als bei der vorgenannten Einzelleistungsabrechnung.

Nachteile: Die Fallpauschalen müssten in einem aufwändigen Verfahren empirisch ermittelt und kalkuliert werden (analog zu den Fallpauschalen in der Krankenhausfinanzierung). Schwankungen bei den Infrastrukturkosten der einzelnen Beratungsstellen müssten separat ausgeglichen werden. Der Abrechnungsprozess ist komplex und aufwändig. Die Planungssicherheit ist insbesondere bei kleineren Beratungsstellen gering.

5.2.4. Mischmodelle aus einrichtungsbezogener Finanzierung und einer Fall- oder Leistungs-bezogenen Pauschale

Eine Implementierung eines Mischmodells aus den vorgenannten Abrechnungsvarianten bietet die Möglichkeit der genauen Berücksichtigung der tatsächlich erbrachten Leistung bei gleichzeitiger Gewährleistung einer Grundstabilität einer Finanzierung.

Jedoch ist die Komplexität durch die Kombination von Finanzierungsmethoden, aber auch durch die Zuständigkeit verschiedener Kostenträger deutlich erhöht. Bei Betrachtung des insgesamt für die Sicherung und Weiterentwicklung der ambulanten psychosozialen Krebsberatung notwendigen Finanzbudgets erscheint der damit verbundene Aufwand für Abrechnung und Kontrollprozesse unverhältnismäßig hoch.

5.2.5 Zusammenfassende Empfehlung zur Finanzierung ambulanter Krebsberatungsstellen

Aufgrund der vergleichsweise kleinen Gesamtfinanzierungssumme wird daher das erste der hier beschriebenen Finanzierungsmodelle favorisiert – die einrichtungsbezogene Finanzierung. Die Vorteile überwiegen und die Nachteile können gut durch Abstimmungsprozesse wie die Vereinbarung von Planungszeiträumen und Zielvereinbarungen zwischen Trägern und Finanzierern behoben werden.