

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung  
„Palliativmedizin und Hospizarbeit“  
am 20.09.2004

Kom.-Drs. 15/210

**Vorbemerkung:**

Der soziale und wirtschaftliche Wandel hat in den vergangenen beiden Generationen dazu geführt, dass die Betreuung und Versorgung schwerstkranker oder alter Menschen immer weniger innerhalb der Familie stattfindet. Krankenhäuser, Pflegeheime und Hospize haben auch die soziale Funktion übernommen, Sterbende zu begleiten. Dies geht einher mit zunehmenden medizinischen Möglichkeiten Leben zu verlängern, aber auch Schmerzen zu lindern. An dieser Schnittstelle setzt die aktive ganzheitliche medizinische Behandlung im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung mit dem Ziel ein, die Lebensqualität für die Patienten und ihre Angehörigen zu verbessern. Die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen hat in den vergangenen Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen, um der palliativmedizinischen Versorgung zu einem höheren Stellenwert in der gesundheitlichen Betreuung zu verhelfen. Auch die Pflegeversicherung trägt z. B. mit ihren Qualitätsmaßstäben für die ambulante und stationäre Pflege dazu bei, dass in der letzten Lebensphase die Würde des einzelnen Menschen gewahrt bleibt.

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe hat inzwischen zunehmend die Palliativmedizin als wichtigen Qualifizierungsgegenstand erkannt. So nimmt z. B. die Palliativpflege in den neu geordneten Ausbildungen zum Kranken- und Gesundheitspfleger sowie zum Altenpfleger eine wichtige Stellung ein. Auch die ärztliche Ausbildung vermittelt zunehmend Kenntnisse in Palliativmedizin, wobei dennoch die Zahl der entsprechenden Lehrstühle nach wie vor unzulänglich ist. Insgesamt ist der Stand der Qualifikationsmaßnahmen in Bezug auf palliativmedizinische Versorgung und Betreuung in Deutschland noch nicht auf dem Niveau anderer europäischer Länder (z. B. Schweiz, Niederlande) angekommen.

Die nachfolgende Stellungnahme begrenzt sich im Wesentlichen auf die von der Ethik-Kommission „Recht und Medizin“ für die öffentliche Anhörung zum Thema „Palliativmedizin und Hospizarbeit“ gestellten Fragen zur Finanzierung dieser Maßnahmen im Rahmen der Kranken- und Pflegeversicherung. Dabei lassen sich zwar die Aufwendungen der Krankenversicherung für ambulante und stationäre Hospize gut beziffern. Die Kosten der ärztlichen Versorgung sowie der Versorgung mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln lassen sich allerdings ebenso wenig beziffern wie die Aufwendungen der Pflegeversicherung für den genannten Personenkreis.

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung  
„Palliativmedizin und Hospizarbeit“  
am 20.09.2004

**Zu Fragen 12 und 13:**

*Wie gut ist die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Hospizarbeit? Ist die Dokumentation der Qualitätssicherung ausreichend?*

*Ist die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Palliativmedizin ausreichend? Ist die Dokumentation der Qualitätssicherung ausreichend?*

Nach unserer Auffassung sind das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung wichtige Handlungsfelder für das Management der Hospize. Dieser Grundsatz ist sowohl in den verbindlichen Qualitätsmaßstäben nach § 80 SGB XI als auch in den Rahmenvereinbarungen nach § 39 a Abs. 1 und 2 SGB V verankert (vgl. Anlagen 1 und 2).

In der Umsetzung dieser Grundsätze haben die BAG Hospiz und die BAG Freie Wohlfahrtspflege mit dem AOK-Bundesverband abgestimmt gemeinsam ein Qualitätshandbuch für stationäre Hospize erarbeitet. Beteiligt waren daran 20 stationäre Hospize. Für die Hospize stellt das Qualitätshandbuch eine Selbstverpflichtung zum qualitätsgeleiteten Arbeiten dar. Erfahrungen aus der Vergangenheit zeigen, dass auch bislang die Qualitätssicherung in Hospizen einen hohen Stellenwert hat und sie hier höher angesiedelt ist als in Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern.

Das Qualitätshandbuch für stationäre Hospize wird nach unseren Informationen am 13.09.2004 der Öffentlichkeit vorgestellt.

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung  
„Palliativmedizin und Hospizarbeit“  
am 20.09.2004

## Finanzen und Regelungsbedarf

### Zu Frage 18:

*Wie viel wird eine umfassende und bedarfsgerechte palliativmedizinische Versorgung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich kosten?*

Durch das 2. GKV-NOG sind die Krankenkassen seit dem 01.01.1998 verpflichtet, sich an den Kosten der palliativmedizinischen Behandlung in stationären oder teilstationären Hospizen mit einem Zuschuss in Höhe von 6 v.H. der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV zu beteiligen; dies ergibt im gesamten Bundesgebiet in 2004 einen kalendertäglichen Betrag in Höhe von 144,90 € (monatliche Bezugsgröße 2415 €) je Leistungsempfänger. Daneben finanzieren die Pflegekassen den Aufenthalt im Hospiz regelmäßig mit ihren vollstationären Leistungen. Das sind in der Pflegestufe II monatlich 1279 €, in der Pflegestufe III monatlich 1432 €. Des Weiteren erhält der Patient von der Krankenkasse neben den Hospizleistungen die notwendige medizinisch-palliative ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln. Eine Kostenschätzung für dieses umfassende und den individuellen Bedarf abdeckende Leistungsspektrum ist nur schwer möglich und liegt nicht vor.

Der Zuschuss für die vollstationären Hospize deckt insgesamt 90 v.H. des tagesbezogenen Bedarfssatzes ab. Entsprechend dem Hospizgedanken ist ein Teil der Kosten der Einrichtung durch Eigenleistungen des Versicherten, durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement aufzubringen.

Ambulante Hospizdienste werden von den Krankenkassen seit dem 01.01.2002 mit einem Pauschbetrag gefördert. Der Pauschbetrag beträgt in diesem Jahr je Versicherten 0,25 € und steigt bis zum Jahr 2007 auf 0,40 €. Mit der Förderung für die ambulanten Hospize leisten die Krankenkassen einen Zuschuss für die notwendigen Personalkosten der palliativpflegerischen Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte sowie für die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen. Damit wird auch hier deutlich, dass mit der Förderung der ambulanten Hospize durch die Krankenkassen kein kompletter Leistungsanspruch des Versicherten finanziert wird, sondern dem Anspruch der Hospizbewegung entsprechend lediglich das bürgerschaftliche Engagement in Selbsthilfegruppen durch Mitfinanzierung von Personalkosten gestützt und gefördert wird.

In 2003 haben die gesetzlichen Krankenkassen nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen 34 Mio. € für ambulante Hospizleistungen ausgegeben.

### Zu Frage 19:

*Welche gesetzlichen Vorgaben zur Finanzierung der stationären und ambulanten Hospizarbeit sehen Sie über den heutigen Stand hinaus als wesentlich an, um die Hospizarbeit auszubauen? Welche Neuregelungen zur häuslichen Pflege in der Finalphase wären notwendig?*

Der für die Finanzierung der stationären Hospize maßgebliche Bedarfssatz wird in Vertragsverhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Hospizen regelmäßig auf der Basis einer Auslastung von 80 v.H. ermittelt und liegt z.Z. in einer Bandbreite von ca. 160 € bis 230 € täglich. In der Praxis wird diese Auslastung anscheinend nicht mehr überall erreicht. Das ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass inzwischen außerhalb der landesrechtlichen Bedarfsplanung Hospize entstehen und diese mit den Hospizen

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung  
„Palliativmedizin und Hospizarbeit“  
am 20.09.2004

konkurrieren, die nach den Kriterien der einzelnen Bundesländer gefördert werden bzw. wurden.

Gesicherte Aussagen über die Stabilität der Finanzlage von ambulanten Pflegediensten lassen sich derzeit noch nicht treffen, da der mit der Schaffung der Finanzierungsgrundlage für die soziale Krankenversicherung vom Gesetzgeber gewollte Ausbau der ambulanten Hospizbewegung noch nicht abgeschlossen ist. Viele Hospizgruppen haben noch nicht die für die Förderung erforderliche Stetigkeit eines Hospizdienstes erreicht. Insbesondere sind noch nicht überall die für die palliativ-pflegerische Beratung erforderlichen Fachkräfte eingestellt. Daher konnten in den Jahren 2002 bis 2004 noch nicht in allen Bundesländern die volle Fördersummen ausgezahlt werden. Da die Infrastruktur allerdings von Jahr zu Jahr erheblich besser wird, ist damit zu rechnen, dass die volle Fördersumme im Jahr 2005 erreicht ist. Die Partner auf Bundesebene haben im Übrigen vereinbart, die geltende Förderregelung im Jahre 2005 zu überprüfen (vgl. § 8 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung ambulante Hospizarbeit).

**Zu Frage 20:**

*Kann Palliativmedizin nur finanziert werden durch eine Umverteilung der Finanzen im Gesundheitswesen oder gibt es auch andere/weitere finanzielle Möglichkeiten zur nachhaltigen Etablierung der Palliativmedizin?*

Die Versorgung von Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung erfordert neben der palliativmedizinischen Behandlung, der palliativmedizinischen Pflege auch psychosoziale Beratung und seelsorgerische Begleitung. Von den Krankenkassen wird die palliativmedizinische Behandlung finanziert und die palliativpflegerische Versorgung im Rahmen von Hospizleistungen gefördert. Zusätzlich werden die Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt (vgl. Antwort zur Frage 18, Abs. 1).

Ein menschenwürdiges Sterben kann für den Betroffenen und seine Angehörigen erleichtert werden durch eine enge Vernetzung der verschiedenen Leistungsbereiche und eine enge Kooperation der Leistungserbringer im Gesundheitswesen wie Hausärzte, ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser, Heime, Heilmittelerbringer. Die Möglichkeiten der integrierten Versorgung zur Verbesserung der Qualität der palliativmedizinischen Versorgung werden ebenfalls zunehmend genutzt (vgl. Antworten zu Fragen 30 und 31). Sicherzustellen ist allerdings, dass sich Mitverantwortliche für die Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung – insbesondere die Kommunen und Länder – nicht aus der Verantwortung ziehen.

**Zu Frage 21:**

*Reichen die Rahmenvereinbarungen zur ambulanten und stationären Hospizversorgung auf der Grundlage des § 39 a SGB V aus, um eine finanzielle Absicherung zu garantieren?*

Nach Angaben der BAG Hospiz aus dem Mai 2004 gibt es aktuell 1 310 ambulante Hospizdienste, 112 stationäre Hospize, 90 Palliativstationen und ca. 50 000 ehrenamtliche Personen in der Hospizbewegung. Damit hat sich seit 1996 die Zahl der ambulanten Hospize um 190 v.H., die der stationären Hospize um 273 v.H. und die Zahl der Palliativstationen um 221 v.H. erhöht.

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung  
„Palliativmedizin und Hospizarbeit“  
am 20.09.2004

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben aufgrund § 39 a SGB V mit den für die Wahrung der Interessen der stationären und ambulanten Hospize maßgeblichen Organisationen Rahmenvereinbarungen zur stationären und ambulanten Hospizversorgung abgeschlossen. Entsprechend dem Grundgedanken der Hospizbewegung ist ein wesentlicher Pfeiler der Versorgung mit Hospizleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Stützung der ehrenamtlichen Tätigkeit in der palliativpflegerischen Versorgung. Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen daher sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Hospizbereich einen Zuschuss, der durch die Leistungen der Pflegekassen ergänzt wird. Nach unserer Einschätzung besteht z.Z. kein Bedarf für eine Leistungsausweitung; die noch relativ neuen Leistungen sollten sich erst einmal etablieren und die bestehenden Versorgungsstrukturen stabilisiert werden.

**Zu Frage 22:**

*Wie beurteilen Sie das DRG-System hinsichtlich der palliativmedizinischen Betreuung?*

Die palliativmedizinische Betreuung ist bisher nicht gesondert im DRG-System abgebildet. Diese Patientengruppe wird derzeit in die Fallpauschalen eingruppiert, mit denen die jeweiligen kurativen Krankenhausfälle vergütet werden. Diese DRGs sind in der Regel pro Behandlungstag höher vergütet, als es einer durchschnittlichen palliativmedizinischen Betreuung entspräche.<sup>1</sup> Da aber palliativmedizinische Patienten, die beispielsweise über dieselbe Hauptdiagnose in dieselbe DRG gruppiert wurden wie Nichtpalliativpatienten, oftmals sehr viel längere Verweildauern besitzen, und aufgrund des hohen Personaleinsatzes über einen längeren Zeitraum Kosten verursachen, verschwindet dieser Vorteil bisweilen schnell.<sup>2</sup> Die bisherige Datenlage lässt allerdings aufgrund des geringen Umfangs und des Alters der angeführten Untersuchung sowie mangelnder Kodierung palliativmedizinischer Versorgungen keinen endgültigen Schluss über die beschriebenen Sachverhalten zu.

Der AOK-Bundesverband hat sich aus diesem Grund - im Kontakt mit der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin - im Rahmen des InEK-Vorschlags-Verfahrens dafür eingesetzt eine eigene palliativmedizinische DRG zu schaffen, deren Anwendung ausschließlich für Fälle palliativmedizinischer Einrichtungen zugelassen ist (Eingabenummer V50302). Hierzu ist eine exakte Beschreibung der betreffenden Leistung notwendig. Die Leistung muss über ICD und OPS trennscharf darzustellen sein. Derzeit stehen der ICD-10-Kode Z51.5 „Palliativbehandlung“ und der neu geschaffene OPS-Kode 8-982 „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ zur Verfügung.

**OPS 8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung**

*Hinw.:* Mindestmerkmale:

- Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung unter Einbeziehung ihrer Angehörigen und unter Leitung eines Facharztes mit nach-

---

<sup>1</sup> Siehe Roeder, N. (2004): Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2005 – Gutachten im Auftrag der deutschen Krankenhausgesellschaft, Mai 2004, S. 44.

<sup>2</sup> Roeder N., Klaschik E., Cremer M., Lindena G., Juhra C., (2002), DRGs in der Palliativmedizin: Ist die palliativmedizinische Begleitung Schwerstkranker pauschalierbar?, das Krankenhaus, 12 2002, S. 1000ff.

## Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung

„Palliativmedizin und Hospizarbeit“

am 20.09.2004

gewiesener Qualifikation in der Palliativmedizin (z.B. mindestens einjährige Erfahrung im Bereich Palliativmedizin oder entsprechende Qualifikation)

- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
  - Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
  - Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie) mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen
- 8-982.0 Bis zu 6 Behandlungstage  
8-982.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage  
8-982.2 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage  
8-982.3 Mindestens 21 Behandlungstage

Bis zur Ableitung verwendbarer Falldaten nach der Einführung des OPS-Kodes 8-982 ist mit einem Zeitraum von drei Jahren zu rechnen. Eine gesonderte Kalkulation in palliativmedizinischen Abteilungen in Kooperation mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) ist aus diesem Grund erforderlich um schon vorher zu genauen Aussagen zu gelangen. Insbesondere die Frage nach der Notwendigkeit eines Zusatzentgeltes ist auf Basis der bisherigen Informationen nicht zu klären. Jedoch ist damit zu rechnen, dass es ab 2007 über die Anwendung des OPS 8-982 – bei ausreichend hoher Teilnahme palliativmedizinischer Abteilungen an der Kalkulation der DRG-Relativgewichte – zu einer verbesserten Abbildung der Palliativmedizin im DRG-System kommt.

### **Zu Frage 26:**

*Wie viele Palliativstationen und/oder Hospize werden in Deutschland benötigt? Wie viele Mitarbeiter mit welchen Arten der Qualifikation/Spezialisierung braucht man in ambulanten Palliativ- und Hospizdiensten?*

Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit stationären Hospizen und Palliativstationen liegt in der Verantwortung der Länder (§ 6 Abs. 1 KHG i.V.m. § 1 KHG). Explizit werden beispielsweise in den Krankenhausplänen Baden-Württembergs (ausschließlich für Tumorerkrankte) und Nordrhein-Westfalens auch Palliativstationen im Krankenhausplan erwähnt.

Der ambulante Hospizbereich lebt nach dem Selbstverständnis der Hospizbewegung von der ehrenamtlichen Tätigkeit seiner Mitarbeiter. Um die Funktionsfähigkeit des Hospizdienstes zu gewährleisten, haben sich die Partner der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 Satz 6 SGB V darauf verständigt, dass ein ambulanter Hospizdienst

- mindestens 15 qualifizierte ehrenamtliche Personen einsetzen können muss,
- unter ständiger fachlicher Verantwortung einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft steht,
- mit mindestens einem zugelassenen Pflegedienst und mindestens einem approbierten Arzt zusammenarbeitet, die über palliativ-pflegerische oder palliativ-medizinische Erfahrungen verfügen,
- eine kontinuierliche Praxisbegleitung/Supervision der Ehrenamtlichen gewährleistet und

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung  
„Palliativmedizin und Hospizarbeit“  
am 20.09.2004

- Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem ist

(vgl. § 2 der Rahmenvereinbarung). Die tatsächliche Zahl der ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiter differiert zwischen den Hospizdiensten und korreliert mit der Menge der jährlichen Sterbebegleitungen.

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung  
„Palliativmedizin und Hospizarbeit“  
am 20.09.2004

**Zu Frage 27:**

*Gibt es eine umfassende fundierte Bedarfsplanung für die flächendeckende Versorgung?*

Maßgeblich sind die Vorgaben der Länder im Rahmen der Krankenhausplanung für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung (§ 6 Absatz 1 KHG, siehe auch Frage 26). Daher gibt es lediglich länderspezifische und einige ländergrenzenspezifische Bedarfsplanungen, eine bundesweite Bedarfsplanung besteht nicht.

**Zu Frage 28:**

*Bedarf es rechtlicher Rahmenbedingungen für ambulante und stationäre palliativmedizinische Einrichtungen auf Bundesebene?*

Die Bedarfsplanung ist Sache der Länder. Rechtliche Rahmenbedingungen auf Bundesebene sind gegenwärtig aus der Sicht des AOK-Bundesverbandes nicht notwendig.

**Zu Frage 29:**

*Welche allgemein strukturellen Veränderungen sehen Sie für die Verbesserung der Sterbebegleitung in den Krankenhäusern und Heimen als notwendig an?*

Vorrangig sollte die Aus- und Weiterbildung der Ärzte im Bereich der Palliativmedizin verbessert werden. Der korrekten Diagnosestellung – und damit in der Konsequenz auch der korrekten Versorgung – kommt hohe Bedeutung zu. Das Pflegepersonal, aber auch die Angehörigen, sind weiterhin im Umgang mit Palliativpatienten zu sensibilisieren.

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung  
„Palliativmedizin und Hospizarbeit“  
am 20.09.2004

## Integration und Vernetzung

### Zu Frage 30:

*Wie kann man eine angemessene Integration der ambulanten, teilstationären und stationären Palliativmedizin und –pflege in das deutsche Gesundheitssystem erreichen?*

Die seit langem bestehenden Therapievorschläge zur Behebung von Defiziten im deutschen Gesundheitssystem liegen insbesondere in der Forderung nach mehr wettbewerblicher Steuerung sowie der Überwindung der sektoral getrennten Versorgungsstrukturen. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), das zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, werden neue Impulse für die Entwicklung der Integrierten Versorgung gesetzt. Durch die Neuformulierung der §§ 140 a ff. SGB V ist die Entwicklung neuer Versorgungsformen möglich.

Eine angemessene Integration der Palliativmedizin ist neben medizinischen Ansprüchen abhängig von regionalen Gegebenheiten, z.B. den vorhandenen Anbieterstrukturen. Zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen können Verträge zu patientenorientierten Behandlungskonzepten nach § 140 a SGB V abgeschlossen werden. Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekte sollten berücksichtigt werden.

Die Verträge zur Integrierten Versorgung werden allerdings auch mittelfristig nicht sämtliche Probleme der derzeitigen Versorgung beheben. Der Bereich der Integrierten Versorgung stellt ein Versuchsfeld dar und ist bis Ende 2006 auf jährlich 1v.H. der Vergütungsvolumina im akutstationären und ambulanten Bereich beschränkt. Die langfristige und strukturverändernde Verbreitung von Konzepten zur Integrierten Versorgung bleibt nicht zuletzt weiterhin abhängig von sinnvollen und umsetzbaren, gesetzlich vorzuziehenden Bereinigungsvorschriften und von Finanzierungsmöglichkeiten, insbesondere ab 2007.

### Zu Frage 31:

*Gibt es eine patientennahe Vernetzung aller Bausteine, Dienste und Institutionen, um die individuelle Betreuung Sterbender zu verbessern? Wenn nicht, wie kann die Zusammenarbeit von Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, Sozialstationen, niedergelassenen Ärzten, Hospizdiensten, Palliativdiensten und palliativmedizinischen Konsiliardiensten verbessert werden?*

Die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Leistungserbringern erfordert in erster Linie adäquate Anreize sowie die Feststellung gemeinsamer Ziele. Sie erfordert darüber hinaus die Kommunikation zwischen den unterschiedlichsten Akteuren, die Überwindung jahrzehntelang gelebter Grenzen, insbesondere zwischen Pflegepersonal und Medizinern, nicht zuletzt auch Transparenz des Leistungsgeschehens und eine von allen akzeptierte Aufgabenverteilung im Versorgungssystem.

Mit den neuformulierten §§ 140 a ff. SGB V werden vertragliche Lösungen ermöglicht, um auf Unzulänglichkeiten im bestehenden Regelversorgungssystem reagieren zu können. Diese Möglichkeiten sind allerdings aufgrund der derzeitigen gesetzlichen Gegebenheiten keineswegs flächendeckend vorgesehen (siehe Frage 30).

Anlagen