

Kurzinformation

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

Wer kann die Leistung anbieten?

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. Das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung richtet sich grundsätzlich an alle Leistungsberechtigten der Einrichtung und wird jedem unterbreitet. Die Inanspruchnahme ist für die Leistungsberechtigten freiwillig. Die Kosten für die Leistung werden von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen, die konkrete Organisation des Beratungsangebotes bleibt den Einrichtungen überlassen.

Ziele der neuen Leistung

- Bessere Verzahnung von Behandlungs- und Betreuungswünschen in der letzten Lebensphase, der Wille der leistungsberechtigten Person steht dabei im Mittelpunkt.
 - Ermöglichung und Unterstützung selbstbestimmter Entscheidungen und Vorstellungen über Behandlungs-, Versorgungs- und Pflegemaßnahmen in der letzten Lebensphase.
 - Vermittlung von Informationen über medizinisch-pflegerische Abläufe, Möglichkeiten und Grenzen medizinischer Interventionen sowie palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer Maßnahmen in der letzten Lebensphase.
 - Aufzeigen von Hilfen und Angeboten der Sterbebegleitung sowie zur möglichen psychosozialen Versorgung.
 - Förderung der Autonomie und der Lebensqualität durch die gedankliche Auseinandersetzung mit möglichen Komplikationen, Verläufen, Prognosen sowie Veränderungen des gesundheitlichen Zustandes.
- Die Punkte sollen als Grundlage für eine Behandlung und Versorgung am Lebensende dienen, die den geäußerten Vorstellungen und Wünschen der Leistungsberechtigten / des Leistungsberechtigten entspricht.
- Durch die Dokumentation der Beratung soll insbesondere ein rechtssicherer Umgang der Einrichtung sowie der unmittelbar an der Versorgung Beteiligten mit dem geäußerten Willen ermöglicht werden.
- Die Wünsche der Leistungsberechtigten / des Leistungsberechtigten sollen auch dann beachtet werden, selbst wenn die Person nicht mehr zu einer Äußerung des natürlichen Willens fähig ist.
- Ergebnis des Beratungsprozesses kann eine schriftliche Willensäußerung sein, die bei einwilligungsfähigen Personen auch in Form einer (ggf. aktualisierten) Patientenverfügung abgegeben werden kann; dies ist jedoch nicht zwingend.

Wer kann die neue Leistung in Anspruch nehmen?

Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 43 SGB XI) und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach (§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XII) können die Leistung in Anspruch nehmen.

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

Organisation und Rahmenbedingungen

Nachdem der Träger den Krankenkassen gemeldet hat, dass sie zukünftig Leistungen nach §132g SGB V anbieten und die Voraussetzungen erfüllen (siehe Anlage 1 der Vereinbarung nach § 132g SGB V), ist zu klären wie das neue Angebot in die Organisationsstruktur und das Konzept der betreffenden Einrichtung eingebunden werden kann. Ein Konzept für die Leistung gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist gegenüber dem Leistungsträger nachzuweisen (siehe Anlage 1 der Vereinbarung nach § 132g SGB V).

Das heißt, das Konzept der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist in das Gesamtkonzept der Einrichtung einzubinden (§ 7 Abs. 1). Das Angebot liegt zwischen der alltäglichen Versorgung und der Sterbebegleitung. Neuer Ansatz ist, dass mit Bewohnerinnen und Bewohnern in Anlehnung an das internationale Konzept des „Advance Care Planning“ über Vorstellungen ihr eigenes Sterben bzw. den Sterbeprozess betreffend, gesprochen wird. Damit mit diesen sensiblen Daten in einer Einrichtung adäquat umgegangen werden kann, ist die (Weiter-) Entwicklung einer Hospiz- und Palliativkultur sinnvoll; sofern noch keine etabliert wurde.

Der Träger der Einrichtung ist verantwortlich dafür, dass die Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß der gesetzlichen Regelungen und der Ausgestaltung durch die Vereinbarung durchgeführt wird. Da der vereinbarte Stellenschlüssel bei 1:400 Bewohner liegt, würde eine Mustereinrichtung mit 80 Plätzen ein Stellenanteil von 0,2 haben.

Bei der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgungsplanung sind folgende Varianten möglich:

<p>Variante a) Organisation und Durchführung der Leistung durch das qualifizierte eigene Personal der Einrichtung.</p> <p><u>Vorteil:</u> Der/Die Mitarbeiter/in ist im Haus präsent, kennt die Bewohner/-innen und kann die Hospiz- und Palliativkultur mitgestalten.</p> <p><u>Nachteil:</u> Der Schulungsaufwand ist hoch, wie auch die (stundenmäßigen) Erwartungen an der Mitwirkung an regionalen Netzwerken, bzw. der Notwendigkeit externen Partnern das Konzept vorzustellen.</p>
<p>Variante b) Ein regionaler Träger betreibt mehrere Einrichtungen der Alten- und / oder der Behindertenhilfe. Er möchte die neue Leistung in allen Einrichtungen anbieten und richtet hierfür eine neue Stelle ein. Alternativ können auch Einrichtungen verschiedener Träger kooperieren (Abschluss von vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Trägern erforderlich).</p> <p><u>Vorteil:</u> Eine Stelle mit höherem Stellenumfang könnte geschaffen werden, die Zeit für externe Kontakte ist prozentual geringer, es bleibt mehr Zeit für Beratungsarbeit.</p> <p><u>Nachteil:</u> Es könnte schwierig sein, die Person in den Alltag der Einrichtung zu integrieren, es könnten Transferzeiten zwischen Einrichtungen anfallen.</p>
<p>Variante c) Die Einrichtung schließt eine Kooperation mit externen regionalen Anbietern ab, d.h. eine qualifizierte Person aus dem regionalen Umfeld wird gegen Entgelt beauftragt (Abschluss von vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Trägern erforderlich). Denkbar ist bspw., dass in einem Hospiz, einem ambulanten Hospizdienst oder einem SAPV-Team Menschen beschäftigt sind, die ihre Stunden durch eine weitere Tätigkeit aufstocken möchten.</p> <p><u>Vorteil:</u> Das Fachwissen und eine regionale Vernetzung sind bereits vorhanden.</p> <p><u>Nachteil:</u> Der Beziehungs- und Vertrauensaufbau, der bei der Versorgungsplanung notwendig ist, kann durch einen externen Berater erschwert werden. Festzulegen wäre, ob und inwieweit die Person die Hospizkultur der Einrichtung mitgestalten kann</p>

Sinn und Zweck der Versorgungsplanung ist es, dass die Ergebnisse (Wünsche des Beratenden) beachtet und eingehalten werden. Die Einrichtung hat dies sicherzustellen bzw. zu gewährleisten.

Das könnte beispielhaft für die interne Organisation heißen:

- Der gesamte Ablauf (von der Beratung bis zum Verhalten im Notfall) ist in das Qualitätsmanagementsystem einzubeziehen. (§13 Abs. 5) Eine besondere Rolle spielen Datenschutz, Zugriffsrechte, Aufbewahrungsort.
- Das Ergebnis des Beratungsgespräches erhält der Wohn- / Pflegebereich, in dem der Beratende lebt in Schriftform.
- Allen Mitarbeitern ist der Inhalt und die im Notfall einzuleitenden / nicht einzuleitenden Maßnahmen bekannt zu geben. In Fallbesprechungen könnte der Ablauf modellhaft durchgesprochen werden.
- Das schriftliche Ergebnis ist an einem Ort aufzubewahren, auf dem im Notfall (Tag und Nacht) jeder berechnigte Mitarbeiter zugreifen kann. Datenschutzrechtliche Vorgaben sind zu berücksichtigen.
- Das schriftliche Ergebnis wird im Notfall an beteiligte Versorger (Notarzt, Rettungsdienst, Krankenhaus) **in Kopie** mitgegeben (Überleitung / Verlegung). Datenschutzrechtliche Vorgaben sind zu berücksichtigen.
- Äußern Beratende Änderungswünsche zu ihren Festlegungen, so haben die Mitarbeiter des Wohn- / Pflegebereiches dies zu registrieren und unverzüglich den zuständigen Berater einzubinden. Die Mitarbeiter sind entsprechend zu sensibilisieren.

Nicht festgelegt wurde in den Verhandlungen wie die Leistung konkret ausgestaltet werden soll, die die konkrete Organisation des Beratungsangebotes bleibt den Einrichtungen überlassen. Sie kann unterschiedliche Inhalte und Regelungsbreite haben (z.B. allgemeine Festlegungen für die Sterbephase, Aktualisierung / Verfassen einer Patientenverfügung, Erstellen eines Notfallbogens, der sich ausschließlich auf die dort relevanten Themenbereiche bezieht).

Sinnvoll ist es jedoch sich regional mit anderen Einrichtungen und unter Einbezug der regionalen Hospiz- und Palliativszene auf ein Vorgehen (z.B. einheitlicher Notfallbogen) zu einigen, das ein „Hand in Hand“ in einer Notfallsituation ermöglicht (Wenn 40 Pflegeheime mit 40 Vorstellungen auf ein Krankenhaus zugehen, wird das allgemeine Vorgehen erschwert):

- Festlegung auf ein einheitliches Vorgehen (z.B. einheitlicher Musterbogen) auf regionaler Ebene mit allen interessierten Einrichtungen (evtl. Einbeziehung von SAPV-Diensten)
- Das Verfahren und die Musterbögen müssen leicht verständlich sein.
- Werbende Gespräche mit Rettungsdiensten, Notärzten, Krankenhäusern mit dem Ziel einer tragfähigen Absprache (Akzeptanz für das gemeinsame Vorgehen)
- Information aller an der Versorgung beteiligten, der Berater / die Beraterin hat eine enge Zusammenarbeit sicherzustellen. (§11 Abs.1)
- Einrichtung eines regelmäßigen Treffens / Aufbau eines Netzwerkes, um die auftauenden Hürden zu identifizieren und das Versorgungskonzept weiterzuentwickeln

Die Teilnahme an regelmäßigen Treffen ist in der Stellenfinanzierung der Berater bereits berücksichtigt.

Sinnvoll wäre es, einen regionalen Netzwerkkordinator einzusetzen, der ein solches Netzwerk aufbaut und auch einrichtungsübergreifend werbende Gespräche führt. Diese Vorstellung war in Bezug auf die Refinanzierung gegenüber den Leistungsträgern nicht durchzusetzen bzw. sahen diese ihren Gestaltungsauftrag nur auf Ebene der Einrichtung und des konkreten Beratungsgespräch.

Ablauf und Inhalt des Beratungsprozesses

In der Beratung ist der Wille der leistungsberechtigten Person handlungsleitend, der Beratungsprozess umfasst daher unterschiedliche Inhalte, die je nach Bedarf der leistungsberechtigten Personen zum Tragen kommen. Der Beratungsprozess umschließt Beratungsgespräche, Fallbesprechungen und die Dokumentation des Beratungsprozesses einschließlich der Willensäußerungen.

Beratungsgespräche

- Qualifizierter Gesprächsprozess zwischen der leistungsberechtigten Person (ggf. unter Einbezug des/der gesetzlichen Vertreters/-in oder rechtlichen Betreuer/-in) und dem Berater / der Beraterin.
 - Auf Wunsch der leistungsberechtigten Person können weitere relevante Personen an den Gesprächen beteiligt werden.
 - Der erste Kontakt dient dazu, gemeinsam das Ziel und den Prozess der Beratung zu erörtern und abzustimmen.
 - Die Beratungsgespräche sollen der leistungsberechtigten Person ermöglichen, über Werte, Grundhaltungen und Ziele sowie über eine Versorgung und Behandlung am Lebensende zu reflektieren.
 - Dabei können verschiedene Aspekte, wie z.B. die Einstellung zum Leben, mögliche Belastungen, die pflegerische Unterstützung sowie Versorgungswünsche Bestandteil der Beratungsgespräche sein
 - Ziel ist es, die leistungsberechtigte Person in die Lage zu versetzen, individuelle Versorgungs- und Behandlungspräferenzen für das Lebensende zu entwickeln oder weiterzuentwickeln.
 - Bestandteil der Beratungsgespräche soll auch das Angebot zur Aufklärung über bestehende rechtliche Vorsorgeinstrumenten bzw. die Möglichkeit ihrer Aktualisierung sein.
- ➔ Aufgrund der Lebenssituation sollte darauf geachtet werden, dass die Informations- und / oder Beratungsintervalle zeitlich auf die Bedürfnisse der leistungsberechtigten Personen zugeschnitten sind und die jeweiligen behinderungsspezifischen Mehraufwendungen berücksichtigt werden.
- ➔ Insbesondere bei der Begleitung von Leistungsberechtigten mit einem hohen Unterstützungsbedarf können Situationen auftreten, in denen Vertrauenspersonen die Leistungsberechtigten im Sinne assistierter Autonomie bei ihren Entscheidungen unterstützen. Dabei ist der natürliche bzw. mutmaßliche Wille der leistungsberechtigten Person, die sich bspw. nicht verbal äußern kann, über Beobachtungen und Erfahrungen zu identifizieren.

Fallbesprechungen

- Auf der Grundlage der individuellen Bedürfnisse wird auf medizinisch-pflegerische Abläufe mit Blick auf die letzte Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, mögliche gesundheitliche Krisen- und Notfallsituationen erörtert und gemeinsam geeignete Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt und vorbereitet.
- Weitere für die Versorgung relevanten Personen sollen einbezogen werden, z.B. behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt, gesetzliche/-r Vertreter/-in, rechtliche/-r Betreuer/-in, Angehöriger, Vertrauensperson.

In der *Dokumentation* des Beratungsprozesses findet sich die Willensäußerung der leistungsberechtigten Person wieder (siehe Anforderungen an die Dokumentation).

Durchführung des Beratungsprozesses

Der Beratungsprozess wird von der Beraterin / dem Berater im Rahmen seiner / ihrer Zuständigkeit organisiert und durchgeführt. Dabei sollen folgende Punkte beachtet werden:

- Die Inanspruchnahme der Leistung ist freiwillig. Der Beratungsprozess kann jederzeit durch den / die Leistungsberechtigte/n beendet werden.
 - Der Beratungsprozess findet situations- und bedarfsgerecht in einem oder in mehreren aufeinander aufbauenden Beratungsgesprächen und ggf. einer oder mehreren Fallbesprechungen statt und kann multiprofessionell erfolgen.
 - Die Leistung kann mehrfach in Anspruch genommen werden (z.B. Änderung der Versorgungswünsche)
 - Weitere Personen sind in den Beratungsprozess einzubeziehen (Bevollmächtigte, behandelnde Ärzte/Ärztinnen, Angehörige, Zugehörige, u.a.)
 - Im Falle einer Patientenverfügung ist darauf zu achten, dass Beratung und Unterschrift nicht an einem Termin erfolgen, um der Leistungsberechtigten / dem Leistungsberechtigten die Möglichkeit der persönlichen und inhaltlichen Auseinandersetzung zu geben.
- Die gesamte Leistung der gesundheitlichen Versorgungsplanung muss den Grundsätzen einer barrierefreien Kommunikation entsprechen. Dazu zählt der Einsatz von „leichter Sprache“, Gebärdensprache, unterstützter Kommunikation, grafischen Symbolen oder anderen Hilfsmitteln. Abhängig vom identifizierten behinderungsspezifischen Bedarf an barrierefreier Kommunikation 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. Auch die Ergebnisse des Beratungsprozesses für den jeweiligen Leistungsberechtigten sind barrierefrei zu dokumentieren.

Anforderungen an die Dokumentation der Leistung

Die Dokumentation des Beratungsprozesses umfasst folgende Angaben:

- Name, Vorname, Geburtsdatum der Leistungsberechtigten / des Leistungsberechtigten
- Name des Beraters / der Beraterin
- Datum des Gespräches / der Gespräche
- Dauer des Gespräches / der Gespräche (Angabe 30 / 60 / 90 / 120)
- Namen von weiteren Beteiligten
- Bei Einbeziehung des Arztes / der Ärztin ist die Form der Beteiligung zu dokumentieren. Bei Fallbesprechungen sind die Themen des Gespräches festzuhalten.
- Verweis auf eine ggf. vorliegende Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und / oder Vorsorgevollmacht.

Die Dokumentation der Willensäußerung umfasst folgende Angaben:

- Die geäußerten Vorstellungen und Wünsche über die Versorgung am Lebensende mit Datum
- Übersichtliche, nachvollziehbare und verständliche Dokumentation der Willensäußerung
- Die Richtigkeit der Angaben wird durch die Unterschrift des Leistungsberechtigten / der Leistungsberechtigten bestätigt.
- Wird eine Patientenverfügung nach § 1901 a BGB verfasst, ist diese in einem separaten Dokument zu erstellen. Als Bestandteil der Patientenverfügung sollte eine übersichtliche, nachvollziehbare und verständliche Darstellung der Verfügung für Notfallsituationen auf einem geeigneten Dokument (z.B. Notfallbogen) erfolgen.

Die schriftliche Dokumentation der Willensäußerung wird der beratenen Person sowie der Bevollmächtigten / dem Bevollmächtigten in Kopie ausgehändigt.

Die dokumentierte Willensäußerung kann nur mit vorheriger Zustimmung der betreffenden Person bzw. Betreuerin / Betreuer an andere Einrichtungen übermittelt werden.

Die Dokumentation ist vertraulich und ausschließlich der Leistungsberechtigten / dem Leistungsberechtigten (ggf. dem Bevollmächtigten) und dem Berater / der Beraterin zugänglich. Nur auf Wunsch oder mit Zustimmung der beratenen Person kann die Dokumentation Dritten zugänglich gemacht werden.

Qualifikation der Beraterin / des Beraters

Um Leistungen gemäß der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase als Berater durchführen zu können, wird eine Weiterbildung zur Beraterin / zum Berater der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gem. 132g SGB V benötigt. Die Weiterbildung gliedert sich in zwei Teile (erster Teil: 48 Unterrichtseinheiten, zweiter Teil: 12 Unterrichtseinheiten). Nach erfolgreichem Abschluss des ersten, theoretischen Teils, können die Berater/-innen bereits Leistungen nach § 132g SGB V erbringen. Der zweite Teil der Weiterbildung dient der Sammlung weiterer Praxiserfahrung. Er umfasst die Durchführung von mind. sieben Beratungsprozessen, die in der Regel innerhalb eines Jahres, alleinverantwortlich geplant, vorbereitet, durchgeführt und dokumentiert werden.

Für die Ausübung der Tätigkeit als Beraterin / Berater sind fachliche und personale Kompetenzen und Erfahrung notwendig. Die Berater benötigen eine Grundqualifikation in Form einer abgeschlossenen Berufsausbildung als

- Gesundheits- und Krankenpfleger /-in
- Altenpfleger/-in
- Kinderkrankenpfleger/-in
- Staatlich anerkannte Heilerziehungspflegerin / staatlich anerkannter Heilerziehungspfleger
- Staatlich anerkannte Heilpädagogin / anerkannter Heilpädagoge
- Staatlich anerkannte Erzieherin / anerkannter Erzieher
- Oder eine andere vergleichbare Berufsausbildung

Oder einen einschlägigen Studienabschluss im Bereich

- Gesundheits- und Pflegewissenschaften
- Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften

Und eine dreijährige, für die gesundheitliche Versorgungsplanung einschlägige Berufserfahrung innerhalb der letzten acht Jahre, die mindestens den Umfang einer halben Stelle umfasst hat.

Vertragliche Grundsätze

Um Leistungen nach § 132g SGB V erbringen und gegenüber der Krankenkassen der Leistungsberechtigten abrechnen zu können, müssen die Einrichtungen dies gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erklären und nachweisen, dass die Anforderungen der Rahmenvereinbarung erfüllt werden (siehe Anlage 1 der Vereinbarung nach § 132g SGB V). Eine Vergütungsvereinbarung wird mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen entweder mit dem Träger der Einrichtung oder den Trägerverbänden der Einrichtungen geschlossen.

Vergütung

Die Krankenkasse des / der Versicherten trägt die notwendigen Kosten der Einrichtung für die Leistung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase. Abrechnungsfähig sind die im Zusammenhang mit der Beratung entstehenden Personalkosten sowie die Sach-, Overhead- und Regiekosten der Einrichtung. Für eine Übergangszeit bis zum 31.12.2021 erfolgt eine pauschale Vergütung. Die Kalkulation erfolgt unter der Annahme, dass pro 50 Versicherte in der Einrichtung ein Anteil von 1/8 Stelle für die Leistungserbringung nach dieser Vereinbarung erforderlich ist. Dies gilt unabhängig davon, ob die Einrichtung die gesundheitliche Versorgungsplanung in eigener Verantwortung oder in Kooperation durchführt. Folgende Berechnung zur Ermittlung der monatlichen Pauschale pro Leistungsberechtigten gilt:

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

/ 400

= Jahresbetrag pro Leistungsberechtigten

Jahresbetrag pro Leistungsberechtigten / 12 = Monatsbetrag pro Leistungsberechtigten

Die Einrichtungen haben gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen die tatsächlich gezahlten Bruttopersonalkosten (Arbeitgeberbrutto) der Beraterin / des Beraters zu erklären.

Abrechnung

Die Rechnungslegung erfolgt monatlich. Die Abrechnung orientiert sich an § 302 SGB V. Über die Struktur/ Stammdaten hinaus sind folgende Daten versichertenbezogen zu übermitteln:

- Abrechnungsmonat
- Abrechnungscode
- Tarifkennzeichen
- Abrechnungspositionsnummer
- Rechnungsbetrag

Die volle Pauschale für den Monat wird auch erstattet, wenn die Leistungsberechtigte / der Leistungsberechtigte lediglich für einen Teil des Monats in der Einrichtung ist.

Bei einem Wechsel der Einrichtung im Laufe eines Monats kann nur die Einrichtung, die die Leistungsberechtigte / der Leistungsberechtigte verlässt, die Pauschale für den laufenden Monat abgerechnet werden.

Nach Abschluss des Beratungsprozesses ist die Einrichtung verpflichtet, den Vordruck (siehe Anlage 2 der Vereinbarung nach § 132g SGB V) des Leistungsnachweises zu übermitteln. Die Zahlung der monatlichen Pauschale ist unabhängig von den zu übermittelnden Leistungsnachweisen.