

**Rahmenvereinbarung  
nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V  
über Art und Umfang  
sowie Sicherung der Qualität  
der stationären Hospizversorgung  
vom 13.03.1998, i. d. F. vom 14.04.2010**

**zwischen**

dem GKV-Spitzenverband<sup>1</sup>, Berlin

**und**

- dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Berlin
- dem Bundesverband Kinderhospiz e. V., Berlin
- dem Deutschen Caritasverband e. V., Freiburg
- dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e.V., Berlin
- dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V., Berlin
- dem Deutschen Roten Kreuz e. V., Berlin
- dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V., Berlin und Stuttgart

---

<sup>1</sup> Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V

---

## Präambel

Im Vordergrund der Hospizarbeit steht die ambulante Betreuung im Haushalt oder in der Familie mit dem Ziel, sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen. Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden und ihrer Angehörigen stehen im Zentrum des Handelns der Hospize. Neben dieser ambulanten Hospizbetreuung und der Versorgung Sterbender in Pflegeheimen und in Krankenhäusern (insbesondere Palliativstationen) sind in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig. Ziel der stationären Hospizarbeit ist es, eine Pflege und Begleitung (palliativ-medizinische Behandlung und Pflege) anzubieten, welche die Lebensqualität des sterbenden Menschen verbessert, seine Würde nicht antastet und aktive Sterbehilfe ausschließt. Zur Optimierung der Versorgung arbeitet das Hospiz im Rahmen des regionalen Netzwerkes mit den

- niedergelassenen Vertragsärzten,
- Vertragskrankenhäusern und
- sonstigen innerhalb des Versorgungsspektrums Beteiligten

eng zusammen.

Wenn Kinder sterben, stellt dies die Familien wie die Begleitenden vor besondere Herausforderungen. Für Hospize und Kinderhospize gelten weitgehend dieselben Grundsätze der Hospizarbeit, sie verfügen aber zum Teil über jeweils besondere Strukturen.

Kinderhospize sind auf die besonderen Bedürfnisse und Wünsche von Kindern<sup>2</sup> mit lebenslimitierenden Erkrankungen und ihren Familien bereits ab Diagnosestellung ausgerichtet.

---

<sup>2</sup> Soweit hier von "Kindern" die Rede ist, sind jeweils Kinder und Jugendliche gemeint sowie ggf. junge Erwachsene, wenn die Erkrankung im Kindes- oder Jugendalter aufgetreten ist und die Versorgung im Kinderhospiz von den jungen Erwachsenen gewünscht wird, im Einzelfall auch bei Auftreten der Erkrankung im jungen Erwachsenenalter.

---

Nach § 39a SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, Anspruch auf einen Zuschuss zu vollstationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung erbracht wird, wenn eine bedarfsgerechte Palliativversorgung im Haushalt oder der Familie der oder des Versicherten nicht erbracht werden kann. Dem gesetzlichen Auftrag entsprechend hat der GKV-Spitzenverband mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen in dieser Rahmenvereinbarung das Nähere über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vereinbart. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

## **§ 1**

### **Stationäre Hospize**

(1) Stationäre Hospize sind selbstständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung zu erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8<sup>3</sup> und höchstens 16 Plätzen, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker sterbender Menschen auszurichten ist. Stationäre Hospize verfügen über eine besondere Ausstattung, die eine palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale sowie geistig-seelische Versorgung gewährleistet und bringen einen Anteil der Kosten durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement auf. Stationäre Hospize verstehen

---

<sup>3</sup> Vor dem 14.04.2010 bestehende Verträge mit Hospizen bleiben von dieser Regelung zur Mindestplatzzahl unberührt. Bei Neugründung muss die Mindestplatzzahl in einer von den Vertragspartnern festgelegten Frist erreicht werden.

---

sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie sind integraler Bestandteil eines ambulanten ehrenamtlichen Hospizdienstes.

- (2) Anstelle der vollstationären Hospizversorgung kann die palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung und soziale Betreuung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen zu gewährleisten, so dass die Patientin bzw. der Patient möglichst lange in ihrer bzw. seiner häuslichen Umgebung bleiben kann. Die teilstationäre Versorgung kann sowohl als Ergänzung des ambulanten Hospizdienstes als auch als integraler Bestandteil eines vollstationären Hospizes vorgehalten werden.<sup>4</sup>
- (3) Stationäre Hospize sind aufgrund ihres Versorgungsauftrages baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Es ist deshalb ausgeschlossen, dass ein stationäres Hospiz Bestandteil einer stationären Pflegeeinrichtung ist.
- (4) Stationäre Kinderhospize sind aufgrund ihres speziellen Aufgabengebiets selbstständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept.

## **§ 2**

### **Anspruchsberechtigte Versicherte**

- (1) Grundvoraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist, dass
  - a) die Patientin bzw. der Patient an einer Erkrankung leidet,
    - die progredient verläuft und

---

<sup>4</sup> Ausnahmen von der Mindestplatzzahl bezogen auf teilstationäre Kinderhospize können von den Vertragspartnern vereinbart werden.

---

- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung notwendig oder von der Patientin bzw. dem Patienten erwünscht ist und
  - die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – erwarten lässt,
- b) eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist und
- c) eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt. Damit sind neben den Angehörigen insbesondere die vertragsärztliche Versorgung, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes sowie Angebote durch weitere Berufsgruppen und (familien)ergänzende ambulante Versorgungsformen gemeint. Bei erkrankten Kindern kommt der Entlastung des Familiensystems bereits ab Diagnosestellung besondere Bedeutung zu.

(2) Eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung in einem stationären Hospiz kommt – sofern die vorgenannten Grundvoraussetzungen im Einzelfall erfüllt sind – insbesondere bei einem der folgenden Krankheitsbilder in Betracht:

- a) Krebserkrankungen,
- b) Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
- c) Erkrankungen des Nervensystems,
- d) chronische Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankungen.

Insbesondere folgende Diagnosen begründen zusätzlich die palliativmedizinische und palliativ-pflegerische Versorgung von Kindern in Kinderhospizen:

- a) Stoffwechselerkrankungen, die schon im Kindes- oder Jugendalter in der Regel zum Tode führen,
- b) genetisch bedingte Erkrankungen, Immunerkrankungen und Fehlbildungen mit lebensverkürzender Prognose.

(3) Die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei Patientinnen und Patienten vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Sofern in Einzelfällen Patientinnen und Patienten aus Pflegeheimen in ein Hospiz verlegt werden sollen, ist vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen zu lassen, ob die Kriterien nach Absatz 1 und 2 erfüllt werden und warum eine angemessene Versorgung der oder des Sterbenden im Pflegeheim nicht mehr möglich ist.

(4) Die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung nach den Absätzen 1, 2 und 3 ist durch eine Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt oder Krankenhausärztin bzw. Krankenhausarzt zu bestätigen. Die Leistung ist zunächst auf 4 Wochen befristet; § 275 SGB V bleibt unberührt.

(5) Bei der Frage, ob eine (weitere) Notwendigkeit für eine Versorgung im stationären Hospiz gegeben ist, ist zu prüfen, ob – sofern der Zustand der Patientin oder des Patienten und der Familie trotz des schweren Krankheitsbildes eine gewisse Stabilität erreicht hat – eine Entlassung nach Hause möglich ist. In diesen Fällen sind bei einer erneuten Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung Wiederaufnahmen, auch innerhalb eines Jahres, möglich.

## § 3

### Versorgungsumfang

- (1) Im Rahmen der Versorgung werden im stationären Hospiz neben der Unterkunft und Verpflegung palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale, therapeutische, pädagogische (Kinderhospiz) und geistig-seelische Leistungen sowie Sterbe- und Tauerbegleitung ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erbracht.
- (2) Die palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung soll durch Linderung der Krankheitsbeschwerden die letzte Lebensphase der Patientin bzw. des Patienten so erträglich wie möglich gestalten und ist nicht primär darauf gerichtet, das Leben zu verlängern. Im Zentrum steht somit neben der Behandlung der körperlichen Beschwerden (Schmerztherapie, Symptomkontrolle) die Linderung der mit dem Krankheitsprozess verbundenen psychischen Leiden unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte.
- (3) Das Hospiz erbringt die sach- und fachkundige umfassend geplante Pflege, die sich in Inhalt und Umfang an körperlichen, psychischen, sozialen und geistig-seelischen Bedürfnissen der sterbenden Menschen orientiert. Die Angehörigen und Bezugspersonen der Sterbenden werden nach Möglichkeit in die Pflege und Begleitung mit einbezogen. In Kinderhospizen soll die Mitaufnahme von Eltern und Geschwistern möglich sein.
- (4) Ein stationäres Hospiz muss insbesondere auf die Möglichkeiten von Kriseninterventionen unter palliativen Gesichtspunkten eingerichtet sein. Hierbei kann es sich neben körperlichen Krisen auch um psychische Krisen (z.B. Depression mit Suizidalität) handeln. Das Hospiz muss je nach den Erfor-

ernissen der Patientin bzw. des Patienten insbesondere die folgenden Dienstleistungen mehrfach täglich bis ständig anbieten:

- a) umfassende Schmerztherapie und Symptomkontrolle,
- b) umfassende hygienische Maßnahmen,
- c) spezielle medizinisch-technische Interventionen,
- d) individuell angemessene Bewältigungs- und Unterstützungsangebote,
- e) Beobachtung und Überwachung des Gesamtgeschehens unter Wahrnehmung der medizinischen Behandlung.

(5) Im Rahmen der psychosozialen Begleitung stehen im Vordergrund Hilfen beim Verarbeitungsprozess in der Konfrontation mit dem Sterben, Krisenintervention und Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten. Die Patientin bzw. der Patient benötigt unter Umständen auch Hilfestellung bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Die sozialen und seelsorglichen Leistungen umfassen die Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen und Bezugspersonen (einschl. Trauerarbeit), die Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen und bei der Suche nach Antworten. Dies schließt auch die Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse ein.

(6) Das stationäre Hospiz stellt sicher, dass die notwendige ärztliche Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln gewährleistet ist. Die ärztliche Behandlung, Arznei-, Verband- und Heilmittel werden im Rahmen der §§ 28, 31 und 32 SGB V übernommen. Sofern die palliativ-ärztliche Versorgung im Rahmen des § 28 SGB V nicht ausreichend ist, wird die spezialisierte palliativ-ärztliche Versorgung im Rahmen des § 37b SGB V übernommen.

(7) Zum Leistungsumfang des stationären Hospizes zählen die von stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringenden Leistungen:

- a) der Körperpflege (Waschen, Duschen und Baden, Zahnpflege, Kämmen und Rasieren, Darm- und Blasenentleerung),



- b) der Ernährung (mundgerechtes Zubereiten der Nahrung sowie die Unterstützung bei der Aufnahme der Nahrung, Hygienemaßnahmen wie z.B. Mundpflege),
- c) der Mobilität (Aufstehen und Zubettgehen, Betten und Lagern, Gehen, Stehen, Treppensteigen, u. U. Verlassen und Wiederaufsuchen des Hospizes, An- und Auskleiden),
- d) der allgemeinen sozialen Betreuung,
- e) der medizinischen Behandlungspflege,
- f) der Unterkunft und Verpflegung.

(8) Die zu erbringende palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung sowie die zu erbringenden sozialen und geistig-seelischen Leistungen erstrecken sich insbesondere auf die folgenden Leistungen:

- a) qualifizierte Schmerzbehandlung, Behandlung weiterer körperlicher und psychischer Symptome (z.B. Periduralkatheter; patientenorientierte, zeitabhängige, dosisvariierte Schmerztherapie, die täglich anzupassen ist; psychosoziale Interventionen),
- b) fachgerechte Versorgung von Wunden und krankhaften Körperöffnungen, deren Pflege über die Versorgung von Stomaöffnungen hinausgeht (z.B. größere Operationswunden, Geschwüre, Infektionen der Haut und Schleimhäute, Fisteln),
- c) Kriseninterventionen,
- d) Feststellen und beobachten der Vitalfunktionen, der Bewusstseinslage, der Haut und Schleimhäute, Ausscheidungen, Körpergewicht, Körperhaltung und des emotionalen Befindens unter Beachtung des Gesamtbefindens,
- e) Sicherung notwendiger Arztbesuche,
- f) Anleitung der oder des Versicherten, ihrer oder seiner Angehörigen oder Pflegepersonen zur Durchführung therapeutischer Maßnahmen,
- g) Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung,
- h) Unterstützung bei der Entwicklung neuer Lebens-, Verhaltens- und Bewältigungsstrategien,

- i) Hilfen beim Verarbeitungsprozess in der Konfrontation mit dem Sterben,
  - j) Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten,
  - k) Hilfestellung bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung,
  - l) Begleitung von Sterbenden sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen,
  - m) Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen,
  - n) Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse.
- (9) Die Betreuung und Beschäftigung der Kinder im Kinderhospiz richtet sich nach ihrem Entwicklungsstand und ihren individuellen Bedürfnissen und schließt die Geschwister mit ein.

## **§ 4**

### **Qualitätsanforderungen**

- (1) Die Pflege im stationären Hospiz ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Es gelten mindestens die in der Qualitätsvereinbarung zu § 113 SGB XI enthaltenen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung, soweit deren Anwendung durch die Besonderheiten der stationären Versorgung im Hospiz nicht ausgeschlossen ist oder in dieser Rahmenvereinbarung keine Abweichungen beschrieben sind.
- (2) Die Pflege ist bei ständiger Präsenz einer Gesundheits- und Krankenpflegerin/eines Gesundheits- und Krankenpflegers oder einer Altenpflegerin/eines Altenpflegers<sup>5</sup> - im Kinderhospiz einer Gesundheits- und Kinder-

---

<sup>5</sup> Altenpflegefachkräfte können diese Aufgaben übernehmen, wenn sie entweder eine mindestens einjährige Berufserfahrung im stationären Hospiz oder eine Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme für Pflegenden im Umfang von mindestens 160 Stunden nachweisen können.

---

krankenpflegerin/eines Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers - rund um die Uhr und ganzheitlich und auf die Pflegekonzeption basierend zu erbringen, die auf die Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens und die individuelle Situation der Patientin bzw. des Patienten aufbaut. Diese bedarfsorientierte ganzheitliche Pflegeplanung unterstützt und fördert insbesondere die Selbsthilfepotentiale der Betroffenen. Dabei werden Angehörige und Bezugspersonen einbezogen und die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team von haupt- und ehrenamtlichen Kräften einschließlich der betreuenden Ärztin bzw. des betreuenden Arztes erbracht. Ein geeignetes Pflegedokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Das Leistungsgeschehen und der Pflegeprozess sind daraus abzuleiten.

- (3) Die Qualität der Leistungserbringung ist laufend zu prüfen. Dabei ist insbesondere darauf abzustellen, inwieweit den individuellen Bedürfnissen der Patientin bzw. des Patienten entsprochen und damit in der letzten Lebensphase ein Höchstmaß an persönlicher Lebensqualität ermöglicht wurde. Der Träger des Hospizes ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Qualität festgelegt und durchgeführt werden. Er soll sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.
- (4) Der Träger des Hospizes hält das für die stationäre Hospizversorgung der Patientinnen und Patienten erforderliche und geeignete Personal in seinem Hospiz bereit und übernimmt die Gewähr für eine fach- und sachgerechte Betreuung und Versorgung. Die nachstehenden Qualitätsanforderungen sind ständig zu erfüllen:

a) Personelle Voraussetzungen:

1) Die verantwortliche Krankenpflegefachkraft hat die folgenden Voraussetzungen zu erfüllen:

- a) sie besitzt die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung. Im Kinderhospiz ist die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/des Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers erforderlich,
- b) sie kann eine mindestens dreijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Erlaubnis nach a) innerhalb der letzten 5 Jahre in einem Krankenhaus oder einer von den Kranken-/Pflegekassen zugelassenen Pflegeeinrichtung nachweisen, wobei zumindest 2 Jahre auf eine hauptberufliche Tätigkeit in einem Hospiz, in einem Krankenhaus, in einem Palliative Care-Team oder in einem ambulanten Pflegedienst entfallen,
- c) sie verfügt über den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden (im Kinderhospiz pädiatrische-Palliative Care – Fachkräfte, die bereits eine Palliative Care-Weiterbildung absolviert haben, müssen diese durch ein Zusatzmodul pädiatrische-Palliative Care von 40 Stunden ergänzen) und den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für Leitungsfunktionen im Umfang von mindestens 460 Stunden
- d) sie ist hauptberuflich im Hospiz beschäftigt.

Die verantwortliche Krankenpflegefachkraft hat in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungslehr-

gängen die für das Arbeitsgebiet erforderlichen palliativ-medizinischen bzw. palliativ-pflegerischen Kenntnisse zu aktualisieren. Sie setzt die Pflegekräfte und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer jeweiligen Qualifikation ein.

## 2) Sonstiges Personal:

Das Hospiz hat zusätzlich das folgende Personal:

- a) Eine(n) ständig festangestellte(n), hauptberuflich im Hospiz beschäftigte(n) Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger - im Kinderhospiz vorrangig Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger -, entsprechend den jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen als stellvertretende Leitung mit Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden,
- b) Ständig – entsprechend der Patientenzahl – weitere festangestellte ausgebildete Pflegekräfte, Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpflegerin/Altenpfleger, Krankenpflegehelferin/Krankenpflegehelfer - im Kinderhospiz vorrangig Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger); der Einsatz des Personals erfolgt entsprechend der jeweiligen Ausbildung und Qualifikation,
- c) Vertretungspersonal (für Urlaub, Krankheit, Wochenende), wobei das Vertretungspersonal die Qualifikation gemäß a) und b) zu erfüllen hat,
- d) Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen oder Psychologinnen/Psychologen.
- e) Hauswirtschafts- und Funktionspersonal.

Das Personal nach a) bis d) erbringt die Leistungen entsprechend seiner Qualifikation und übernimmt die Gewähr für die sachgerechte Durchführung der Leistungen. Der Personalbedarf nach d) und e) kann auch stundenweise extern abgedeckt werden.

Das Personal nach a) bis d) hat sich in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungslehrgängen auf den neuesten Stand der Erkenntnisse seines Arbeitsgebietes zu halten.

### 3) Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Ein Kernelement der Hospizarbeit ist der Dienst Ehrenamtlicher. Durch ihr Engagement leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag bei der Versorgung sterbender Menschen auch in stationären Hospizen. Das Hospiz setzt ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer nachgewiesenen Befähigung ein und sorgt für deren regelmäßige Begleitung.

#### b) Instrumentelle Grundausstattung (im Kinderhospiz kindgerecht):

Zur Durchführung von Pflege und Behandlung sind insbesondere vorzuhalten:

- Blutdruckmessgerät
- Blutzuckermessgerät
- Teststreifen
- Hilfsmittel gegen Dekubitus
- Sauerstoffgerät mit Zubehör
- Ernährungspumpen
- Absauggerät
- Inhalationsgerät
- Keil, Güdel-Tubus
- Perfusor

- Kühlschrank für die Medikamentenaufbewahrung
- BTM-Schrank
- Pflegebetten mit Bettgitter und Aufrichthilfe
- Toilettenstühle
- Lifter (Bett, Badewanne)
- Rollstühle, Gehhilfen
- Infusionsständer

Der individuelle Anspruch der oder des Versicherten auf eine bedarfsge-  
rechte Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V) bleibt unberührt.

c) Bauliche Voraussetzungen/Räume/Einrichtung und Mobiliar:

Die baulichen Gegebenheiten einschließlich der Einrichtung müssen den Zielen des § 1 gerecht werden. Die Regel ist das Einbettzimmer, Zwei-  
bettzimmer können ebenfalls vorgehalten werden, wobei die Bedürfnis-  
se der oder des Sterbenden berücksichtigt werden müssen. Im Übrigen  
gelten die Heimindestbauverordnung bzw. die entsprechenden lan-  
desrechtlichen Regelungen. In Hospizen sollten die Patientenzimmer so  
gestaltet sein, dass Angehörige mit aufgenommen werden können. Im  
Kinderhospiz sollten Zimmer für die Familien in ausreichender Anzahl  
vorhanden sein.

## **§ 5**

### **Verträge**

- (1) Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene  
schließen gemeinsam und einheitlich mit dem stationären Hospiz, das die  
Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt, einen Vertrag. Der  
Vertrag regelt insbesondere:

- a) Die Anzahl der angebotenen Plätze,
- b) Meldungen des Hospizes an die Krankenkassen (z.B. über vertragsrelevante Änderungen),
- c) Umfang, Verfahren und Befristungen der Kostenzusagen der Krankenkassen,
- d) Beginn und Ende der Zulassung zur Versorgung,
- e) Umfang des Haftpflichtversicherungsschutzes des Hospizes,
- f) Zahlungsbedingungen des Zuschusses,
- g) Begehung durch den MDK,
- h) Anforderungen an die Leistungsdokumentation,
- i) Die Trägervertretung des Hospizes.

(2) Die Inhalte dieser Rahmenvereinbarung sind verbindlicher Bestandteil des Vertrages.

(3) Der Vertrag des Hospizes mit der Patientin bzw. dem Patienten darf keine Regelungen enthalten, die den Bestimmungen der Rahmenvereinbarung und des Vertrages nach Absatz 1 entgegenstehen; Ausnahmeregelungen sind nur mit Zustimmung aller Landesverbände der Krankenkassen statthaft.

(4) Aus dem Vertrag kann keine Belegungsgarantie des Hospizes gegenüber den Krankenkassen hergeleitet werden.

(5) Die Vereinbarungspartner gehen davon aus, dass mit dem Abschluss eines Vertrages nach § 5 dieser Rahmenvereinbarung die Voraussetzungen für einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI erfüllt sind.

(6) In den zwischen den Krankenkassen und den Hospizen abzuschließenden Verträgen ist gemäß § 39a Abs. 1 Satz 7 bis 9 SGB V zu regeln, dass im



Fälle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt.

## **§ 6**

### **Kündigung von Verträgen**

- (1) Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.
- (2) Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene kündigen den Vertrag gemeinsam und einheitlich, wenn die Voraussetzungen der Zulassung nicht mehr erfüllt sind.
- (3) Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene können den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gemeinsam und einheitlich kündigen, wenn das Hospiz seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Hospizbewohnern oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten am Vertrag nicht zumutbar ist.
- (4) Eine Klage gegen die Kündigung des Vertrages hat keine aufschiebende Wirkung.

## **§ 7**

### **Vergütungsgrundsätze und Krankenkassenleistung**

- (1) Zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auf Landesebene und den Hospizen bzw. deren Trägern wird ein leistungsgerechter tagesbezogener Bedarfssatz schriftlich

vereinbart. Möglichkeiten zur Vereinbarung landeseinheitlicher Bedarfssätze sind vorrangig auszuschöpfen.

- (2) Der tagesbezogene Bedarfssatz für die Versorgung der Patientinnen und Patienten deckt alle in § 3 genannten Leistungen des Hospizes bei leistungsfähiger und wirtschaftlicher Betriebsführung (§ 2 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 SGB V) ab. Dies schließt auch die Aufwendungen für die Betriebsverwaltung und die durch öffentliche Förderung nicht gedeckten Investitionskosten ein. Die Leistungen nach § 3 Abs. 6 Satz 2 und 3 gehen nicht in die Kalkulation des Bedarfssatzes ein.
- (3) Bei der Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes sind die Parallelen zu stationären Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI als Basis heranzuziehen. Hierbei ist der besondere Personalbedarf der Hospize und der spezifische Personalbedarf der Kinderhospize in den Bereichen der palliativen Versorgung und sozialen Betreuung sowie bei der Befähigung und der Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu berücksichtigen.
- (4) Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist eine jahresdurchschnittliche Belegung der Hospize von in der Regel 80 v.H. zugrunde zu legen. Eine geringere Belegung begründet keinen abweichenden Bedarfssatz.
- (5) Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt die Patientin bzw. der Patient im Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.
- (6) Zuschussfähig im Sinne des § 39a SGB V sind 90 v.H. – im Kinderhospiz 95 v.H. – des nach den Absätzen 2 bis 4 beschriebenen tagesbezogenen Bedarfssatzes. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung oder anderer Sozialleis-

tungsträger. Eigenanteile dürfen von der bzw. dem Versicherten weder gefordert noch angenommen werden; der nicht zuschussfähige Anteil des Bedarfssatzes darf der Patientin bzw. dem Patienten weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden.

- (7) Ein rückwirkendes Inkrafttreten des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist nicht zulässig.
- (8) Die Krankenkassen zahlen ihre Anteile mit befreiender Wirkung an das Hospiz. Eine gemeinsame Rechnungslegung gegenüber der Kranken- und Pflegekasse sollte angestrebt werden.

## **§ 8**

### **Inkrafttreten und Kündigung dieser Rahmenvereinbarung**

- (1) Diese Rahmenvereinbarung tritt am 23.07.2009 in Kraft und löst die Vereinbarung vom 13.03.1998 in der Fassung vom 09.02.1999 ab.
- (2) Diese Rahmenvereinbarung kann von den Vertragsparteien mit halbjähriger Frist zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt diese Rahmenvereinbarung weiter.

## **§ 9**

### **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Rahmenvereinbarung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Rahmenvereinbarung im Übrigen nicht be-

rührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Partner der Rahmenvereinbarung unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

### **Protokollnotiz**

Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Rahmenvereinbarung fortlaufend auszuwerten und diese erforderlichenfalls weiterzuentwickeln. Sollte sich kurzfristig Handlungsbedarf ergeben, kommen die Vereinbarungspartner überein, innerhalb von 6 Wochen in die diesbezüglichen Verhandlungen einzutreten.

GKV-Spitzenverband

Berlin, den \_\_\_\_\_

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Bundesverband Kinderhospiz e. V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Deutscher Caritasverband e. V.

Freiburg, den \_\_\_\_\_

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
- Gesamtverband e. V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Deutsches Rotes Kreuz e. V.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche  
in Deutschland e. V.

Berlin, den \_\_\_\_\_