

Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 09.02.1999, zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn,
BKK Bundesverband, Essen,
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach,
See-Krankenkasse, Hamburg,
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel,
Bundeskknappschaft, Bochum,
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg,
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg,

und

der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V., Niederzier
dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Bonn
dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband — Gesamtverband e.V.,
Frankfurt am Main
dem Deutschen Roten Kreuz e. V., Bonn
dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V., Stuttgart

Präambel

Im Vordergrund der Hospizarbeit steht die ambulante Betreuung im Haushalt oder in der Familie mit dem Ziel, sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbst-bestimmtes 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 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.

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 Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht.

Im Vordergrund der Hospizarbeit steht die ambulante Betreuung im Haushalt oder in der Familie mit dem Ziel, sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbst-bestimmtes 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 sind in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig. Ziel der stationären Hospizarbeit ist es, eine Pflege und Begleitung (palliativ- medizinische

sche Behandlung und Pflege) anzubieten, welche die Lebensqualität des sterbenden Menschen verbessert, seine Würde nicht antastet und aktive Sterbehilfe ausschließt.

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 Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Dem gesetzlichen Auftrag entsprechend haben die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der die Interessen stationärer Hospize wahrnehmenden Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. 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; sie hat gegen den Inhalt der Rahmenvereinbarung keine Einwände erhoben.

§1

Stationäre Hospize

(1) Stationäre Hospize sind selbständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel 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. Ein bedeutender Anteil der Kosten ist durch Eigenleistung des Versicherten, Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement aufzubringen. Stationäre Hospize verstehen 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 Behandlung und soziale Betreuung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der Patienten und der Angehörigen zu gewährleisten, so dass der Patient möglichst lange in 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.

Stationäre Hospize sind aufgrund ihres Versorgungsauftrages baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Es ist deshalb ausgeschlossen, dass ein stationäres Hospiz Bestandteil einer stationären Pflegeeinrichtung ist.

§2

Anspruchsberechtigte Versicherte

(1) Grundvoraussetzung für die Aufnahme in eine stationäre Hospizeinrichtung ist, dass der Patient an einer Erkrankung leidet,

- a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht

hat und

- b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist und
- c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt und

solange eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.

In der Regel kommt eine palliativ-medizinische Behandlung in einem stationären Hospiz nur bei einem der folgenden Krankheitsbilder in Betracht:

- Fortgeschrittene Krebserkrankung,
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
- Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,
- Endzustand einer chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.

Eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie reicht nicht aus, weil der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus dieser Erkrankung resultiert, in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und (familien-) ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (vertragsärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung etc.) sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigt.

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

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

(4) Bei der Frage, ob eine (weitere) Notwendigkeit für eine Versorgung im stationären Hospiz gegeben ist, ist zu beachten, dass - sofern der Zustand des Patienten trotz des schweren Krankheitsbildes eine gewisse Stabilität erreicht hat - eine Entlassung nach Hause angestrebt wird.

§3

Versorgungsumfang

(1) Im Rahmen der Versorgung werden im stationären Hospiz neben der Unterkunft und Verpflegung palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale und geistig-seelische Leistungen sowie Sterbe- und Trauerbegleitung 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 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.

(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 Erfordernissen des Patienten insbesondere die folgenden Dienstleistungen mehrfach täglich bis ständig anbieten:

- a) Umfassende regulatorische Handlungen zur 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. Der Patient benötigt unter Umständen auch Hilfestellung bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Die sozialen und seelsorglichen Leistungen umfassen die Begleitung von Sterbenden sowie 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 medizinisch-palliative ärztliche Behandlung und Versorgung der 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.

(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- oder 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.

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 körperlicher und psychischer Symptome (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),
- 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 des Versicherten, 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.

§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 § 80 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 Krankenschwester oder eines Krankenpflegers rund um die Uhr und ganzheitlich und auf einer Pflegekonzeption basierend zu erbringen, die auf den Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens und die individuelle Situation 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 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 Wünschen und Bedürfnissen 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.

Der Träger des Hospizes hält das für die stationäre Hospizversorgung der 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:

- I. Sie besitzt die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen „Krankenschwester“ oder „Krankenpfleger“, entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung;
- II. sie kann eine mindestens dreijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Erlaubnis nach Ziff. 1 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 oder in einem Krankenhaus entfallen;
- III. sie verfügt über den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden und Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für Leitungsfunktionen im Umfang von mindestens 460 Stunden. Krankenschwestern oder Krankenpfleger, die über solche Weiterbildungen nicht verfügen, müssen die Qualifikationen im Rahmen einer Übergangsfrist von 5 Jahren nach Abschluss dieser Rahmenvereinbarung erwerben;
- IV. sie ist hauptberuflich im Hospiz beschäftigt.

Die verantwortliche Krankenpflegefachkraft hat in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungslehrgängen die für das Arbeitsgebiet erforderlichen palliativ-medizinischen Kenntnisse zu aktualisieren. Sie setzt die Pflegekräfte und ehrenamtlichen Mitarbeiter entsprechend ihrer jeweiligen Qualifikation ein.

2. Das Hospiz hat zusätzlich das folgende Personal:
 - I. Eine(n) ständig fest angestellte(n), hauptberuflich im Hospiz beschäftigte(n) Krankenschwester bzw. Krankenpfleger entsprechend den jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen als stellvertretende Leitung mit Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme. Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger, die über eine solche Weiterbildung nicht verfügen, müssen die Qualifikation im Rahmen einer Übergangsfrist von 5 Jahren nach Abschluss dieser Rahmenvereinbarung erwerben.
 - II. Ständig - entsprechend der Patientenzahl - weitere festangestellte ausgebildete Pflegekräfte (Krankenschwester, Krankenpfleger, Altenpflegerin, Altenpfleger, Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer); der Einsatz des Personals erfolgt entsprechend ihrer Ausbildung und Qualifikation;
 - III. Vertretungspersonal (für Urlaub, Krankheit, Wochenende), wobei das Vertretungspersonal die Qualifikation gemäß Nummern I. und II. zu erfüllen hat;
 - IV. Sozialarbeiter, Sozialpädagogen oder Psychologen.
 - V. Hauswirtschafts- und Funktionspersonal

Das Personal nach den Nummern I. bis IV. erbringt die Leistungen entsprechend seiner Qualifikation und übernimmt die Gewähr für die sachgerechte Durchführung der Leistungen. Der Personalbedarf nach den Nummern IV. und V. kann auch stundenweise extern abgedeckt werden.

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

3. Ehrenamtliche Mitarbeiter /- innen: Das Hospiz hat zusätzlich ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen, die entsprechend ihrer nachgewiesenen Befähigung eingesetzt werden. Das Hospiz sorgt für deren regelmäßige Begleitung.

b) Instrumentelle Grundausstattung

Zur Durchführung von Pflege und Behandlung sind insbesondere vorzuhalten :

- Blutdruckmessgerät
- Blutzuckermessgerät
- Sauerstoffgerät mit Zubehör
- Hilfsmittel gegen Dekubitus
- 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.

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, Zweibettzimmer können ebenfalls vorgehalten werden, wobei die Bedürfnisse der Sterbenden berücksichtigt werden müssen. Im Übrigen gilt die Heimmindestbauverordnung.

§5

Verträge

(1) Die Verbände der Krankenkassen 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) 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 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) Bei Hospizen, die am 01.07.1997 Leistungen im Sinne des § 39 a SGB V zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht haben, kann ein Vertrag auch dann geschlossen werden, wenn nicht alle Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt sind, sofern die Prozess- und Ergebnisqualität gewahrt ist.

(6) 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

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 auf Landesebene kündigen den Vertrag gemeinsam und einheitlich, wenn die Voraussetzungen der Zulassung nicht mehr erfüllt sind.
- (3) Die Verbände der Krankenkassen 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 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 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 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 in den Bereichen der palliativen Versorgung und sozialen Betreuung sowie bei der Befähigung und Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeitern/-innen 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 der Patient im Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.
- (6) Zuschussfähig im Sinne des § 39a SGB V sind 90 v.H. des nach den Absätzen 2 bis 4 beschriebenen tagesbezogenen Bedarfssatzes. Der nicht zuschussfähige Anteil des Bedarfssatzes darf 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.

§8

Inkrafttreten und Kündigung dieser Rahmenvereinbarung

(1) Diese Rahmenvereinbarung tritt am 01 .05.1998 in Kraft.

(2) Diese Rahmenvereinbarung kann von den Vertragsparteien mit halbjährlicher Frist zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

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.