

**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 31.03.2017**

**zwischen**

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

**und**

- dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Berlin
- dem Bundesverband Kinderhospiz e.V., Lenzkirch
- dem Deutschen Caritasverband e.V., Freiburg
- dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e.V., Berlin
- dem Deutschen Kinderhospizverein e.V., Olpe
- dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband –  
Gesamtverband e.V., Berlin
- dem Deutschen Roten Kreuz e.V., Berlin
- Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband,  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Berlin

---

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

---

## Präambel

Im Vordergrund der Hospizarbeit steht die ambulante Begleitung im Haushalt oder in der Familie mit dem Ziel, sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zuletzt zu ermöglichen. Die Wünsche und Bedürfnisse von Sterbenden und ihren Zugehörigen<sup>2</sup> stehen dabei im Zentrum der hospizlichen Arbeit. Neben dieser ambulanten Hospizbegleitung und der Versorgung Sterbender in vollstationären Pflegeeinrichtungen und in Krankenhäusern (insbesondere Palliativstationen) sind in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig. Die Rahmenvereinbarungspartner empfehlen, dass auf regionaler Ebene Abstimmungs- und Planungsprozesse zur Hospiz- und Palliativversorgung vor Ort mit allen an der Versorgung und Begleitung Beteiligten stattfinden.

Stationäre Hospize erbringen eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung sowie eine psychosoziale Begleitung mit dem Ziel, die Lebensqualität des sterbenden Menschen zu verbessern.

Zur Optimierung der Versorgung soll das stationäre Hospiz im Rahmen des regionalen Netzwerkes mit allen an der Versorgung und Begleitung sterbender Menschen Beteiligten eng zusammenarbeiten.

Nach § 39a Abs. 1 SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, Anspruch auf einen Zuschuss zu vollstationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erbracht wird, wenn eine bedarfsgerechte ambulante Palliativversorgung 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.

---

<sup>2</sup> Zu den Zugehörigen zählen Angehörige und weitere dem sterbenden Menschen Nahestehende.

## § 1

### Stationäre Hospize

- (1) Stationäre Hospize sind selbstständige Einrichtungen mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag, die für Menschen mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8<sup>3</sup> und höchstens 16 Plätzen. Die räumliche Gestaltung der Einrichtung ist auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker und sterbender Menschen auszurichten. Stationäre Hospize verfügen über eine besondere personelle und räumliche Ausstattung, die eine palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung der sterbenden Menschen und ihrer Zugehörigen gewährleistet. Sie bringen einen Anteil der Kosten durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement auf. Stationäre Hospize verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie sind eingebunden in die regionalen Strukturen, vernetzen sich mit den regionalen Leistungserbringern (Krankenhäusern, Vertragsärzte etc.) und arbeiten mit ambulanten Hospizdiensten eng zusammen. Die hospizliche Versorgung und Begleitung erfolgt auf der Grundlage eines Einrichtungskonzeptes, das auf die Belange schwerkranker und sterbender Menschen ausgerichtet ist.
- (2) Anstelle der (voll)stationären Hospizversorgung kann die palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung sowie psychosoziale Begleitung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der Versicherten und ihrer Zugehörigen zu gewährleisten, so dass die oder der Versicherte möglichst lange in ihrer bzw. seiner häuslichen bzw. familiären Umgebung bleiben kann. Die teilstationäre Versorgung kann sowohl als Ergänzung des ambulanten Hospizdienstes als auch als integraler Bestandteil eines (voll)stationären Hospizes vorgehalten werden. Die in den §§ 6 und 7 getroffenen Regelungen sind auf teilstationäre Hospize unter Berücksichtigung des abweichenden Auftrags zur Versorgung und Begleitung entsprechend anzuwenden.

---

<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.

---

- (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 oder eines Krankenhauses ist.

## § 2

### Anspruchsberechtigte Versicherte

- (1) Grundvoraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist, dass
- a) die Versicherte bzw. der Versicherte an einer Erkrankung leidet,
    - die progredient verläuft und
    - bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung notwendig oder von der Versicherten bzw. dem Versicherten erwünscht ist und
    - die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt,
  - b) eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist und
  - c) eine ambulante Versorgung im Haushalt, in der Familie, bei Bewohnern einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder einer vollstationären Einrichtung der Eingliederungshilfe eine Versorgung in der jeweiligen Einrichtung nicht ausreicht, weil der palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt. Damit sind neben den Zugehörigen insbesondere die folgenden Versorgungsmöglichkeiten gemeint:
    - vertragsärztliche Versorgung
    - die Leistungen der häuslichen Krankenpflege
    - die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
    - die Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst sowie
    - Angebote durch weitere Berufsgruppen und ergänzende auf die Familie bezogene ambulante Versorgungsformen

(2) Ein Hospizaufenthalt nach dieser Rahmenvereinbarung kommt – sofern die Grundvoraussetzungen nach Abs. 1 im Einzelfall erfüllt sind – insbesondere bei einer der folgenden Erkrankungen in Betracht:

- onkologische Erkrankung,
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
- neurologische Erkrankung,
- chronische Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.

(3) Für Versicherte in einer vollstationären Pflegeeinrichtung ist – vor dem Hintergrund, dass die Versorgung und Begleitung von Versicherten und ihren Zugehörigen integraler Bestandteil der stationären Pflege ist – eine Verlegung in ein stationäres Hospiz möglich, wenn ein so hoher palliativer Versorgungsbedarf besteht, dass selbst unter Einbeziehung von ambulanten Leistungserbringern, wie z.B. SAPV-Leistungserbringern ggf. ergänzt um ambulante Hospizdienste, die Versorgung nicht sichergestellt werden kann. Dies kann insbesondere bei einem Bedarf an spezialisierter Schmerztherapie oder aufwendiger intensiver palliativmedizinischer Behandlungspflege der Fall sein. Diese Voraussetzungen sind unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation zu prüfen. Die berechtigten Wünsche der Versicherten sind zu berücksichtigen.

(4) Die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung nach den Absätzen 1, 2 und 3 ist durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt oder eine Krankenhausärztin bzw. einen Krankenhausarzt schriftlich 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 eine Entlassung nach Hause möglich ist, sofern der Zustand der oder des Versicherten und der Familie trotz des schweren Krankheitsbildes eine hinreichend Stabilität erreicht hat. In diesen Fällen sind bei einer erneuten Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung Wiederaufnahmen möglich.

## § 3

### Versorgungsumfang

- (1) Im stationären Hospiz werden neben der Unterkunft und Verpflegung palliativ-pflegerische, palliativ-medizinische<sup>4</sup>, therapeutische und psychosoziale Versorgung und Begleitung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erbracht.
- (2) Die palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung soll durch Linderung der Krankheitsbeschwerden die letzte Lebensphase des sterbenden Menschen 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 (durch Schmerztherapie, Symptomkontrolle etc.) die Linderung der mit dem Krankheitsprozess verbundenen psychischen Leiden unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte.
- (3) Das stationäre Hospiz erbringt die sach- und fachkundige umfassend geplante palliative Pflege, die sich in Inhalt und Umfang an körperlichen, psychischen, sozialen und geistig-seelischen Bedürfnissen der sterbenden Menschen orientiert. Die Zugehörigen des Versicherten werden nach Möglichkeit in die Pflege und Begleitung mit einbezogen und ggf. angeleitet.
- (4) Die zu erbringende palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erstreckt sich insbesondere auf die folgenden – je nach Bedarf – zu erbringenden Tätigkeiten:
  - feststellen und beobachten der Vitalfunktionen, der Bewusstseinslage, der Haut und Schleimhäute, Ausscheidungen, Körpergewicht, Körperhaltung und des emotionalen Befindens unter Beachtung des Gesamtbefindens
  - qualifizierte Schmerzbehandlung, durch patientenorientierte, zeitabhängige, dosisvariierte Schmerztherapie, die täglich anzupassen ist sowie die Behandlung weiterer körperlicher und psychischer Symptome (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Angst, Panik, Atemnot, Delir, akute Blutung)

---

<sup>4</sup> Unter palliativ-medizinischer Versorgung in diesem Sinne sind – neben der Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte, die mit dem stationären Hospiz zusammenarbeiten - Maßnahmen der ärztlichen Behandlung zu verstehen, die ärztlich angeordnet und üblicherweise an Pflegefachkräfte delegiert werden.

---

- 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)
  - Kriseninterventionen
  - fachgerechte Abgabe der notwendigen ärztlich angeordneten Medikamente
  - fachgerechte Versorgung und Pflege von Zu- und Ableitungen
  - Organisation der notwendigen ärztlichen Versorgung
  - angemessene hygienische Maßnahmen
- (5) Im Rahmen der psychosozialen Begleitung stehen Hilfen beim Verarbeitungsprozess in der Konfrontation mit dem Sterben, Krisenintervention und Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten zur Verfügung. Hierzu zählt auch Unterstützung bei der Entwicklung neuer Lebens-, Verhaltens- und Bewältigungsstrategien. Bei Bedarf benötigt die bzw. der Versicherte auch Hilfestellung bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Diese Leistungen umfassen – auch unter Berücksichtigung religiöser Wünsche und Bedürfnisse – die Begleitung der oder des Sterbenden und ihrer oder seiner Zugehörigen (einschl. Trauerarbeit bis zum Tod<sup>5</sup>), zu der auch die Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen und bei der Suche nach Antworten gehört.
- (6) Das stationäre Hospiz stellt sicher, dass die notwendige ärztliche Behandlung und Versorgung der Versicherten mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln gewährleistet ist. Die ärztliche Behandlung sowie 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 sowie des § 87 Abs. 1b SGB V nicht ausreichend sind, besteht grundsätzlich ein Anspruch auf die Teilleistung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV nach § 37b SGB V zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung.

---

<sup>5</sup> Die Trauerbegleitung der Zugehörigen nach dem Tod des Menschen gehört zur konzeptionellen Ausrichtung des Hospizes. Die diesbezüglichen Aufwendungen gehen nicht in die Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfssatzes ein.

---

## § 4

### Qualität

- (1) Die Versorgung und Begleitung im stationären Hospiz ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten Erkenntnissen der Pflegewissenschaften sowie dem aktuellen Stand des Wissens in Palliative Care bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen.
- (2) 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 stationären Hospizes ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Qualität festgelegt und durchgeführt werden. Der Träger soll sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.
- (3) Im stationären Hospiz arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen und Ehrenamtliche zum Wohle der Patienten und ihrer Zugehörigen zusammen. Die Arbeit aller im stationären Hospiz Handelnden basiert auf einem Konzept, in dem die gemeinsame Aufgabe konkretisiert und die Zusammenarbeit beschrieben ist. Das Konzept enthält insbesondere Aussagen zur/zu
  - Pflege auf der Basis des Palliative-Care-Ansatzes
  - psychosozialen Begleitung
  - Aufnahme und Entlassung
  - Krisenintervention
  - Arbeit mit Zugehörigen (Angehörigenarbeit)
  - Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen
  - Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten
  - Verabschiedung des Verstorbenen
  - Kooperationen und Vernetzung
- (4) Das stationäre Hospiz hält ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vor. Dieses ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Der Pflegeprozess und das Leistungsgeschehen bilden sich darin ab.



## § 5

### Qualifikationsanforderungen

- (1) Der Träger des stationären Hospizes hält das für die Versorgung und Begleitung der Versicherten gemäß dieser Rahmenvereinbarung erforderliche und geeignete Personal in seinem Hospiz bereit und übernimmt die Gewähr für eine fach- und sachgerechte Versorgung und Begleitung. Die nachstehenden Qualitätsanforderungen sind ständig zu erfüllen.
- (2) Die Pflege ist bei ständiger Präsenz einer Gesundheits- und Krankenpflegerin/eines Gesundheits- und Krankenpflegers oder einer Altenpflegerin/eines Altenpflegers rund um die Uhr und ganzheitlich zu erbringen.
- (3) Die verantwortliche Pflegefachkraft hat die folgenden Voraussetzungen zu erfüllen:
  - Sie besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger entsprechend dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegerin/Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz<sup>6</sup>.
  - Sie kann eine mindestens dreijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Berufserlaubnis in oben genannten Berufen innerhalb der letzten 8 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.
  - Sie verfügt über den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten.
  - Sie verfügt über den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für Leitungsfunktionen im Umfang von mindestens 460 Stunden. Die Voraussetzung ist auch durch den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen,

---

<sup>6</sup>Im Einzelfall kann auf der Landesebene auch eine dreijährig nach Landesrecht ausgebildete Altenpflegerin/Altenpfleger als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt werden, wenn sie über eine mehrjährige einschlägige Berufserfahrung im stationären Hospiz verfügt und die übrigen Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt.

---

pfliegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität erfüllt.

- Sie ist sozialversicherungspflichtig hauptberuflich im Hospiz beschäftigt.
- (4) Die verantwortliche Pflegefachkraft hat in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungslehrgängen die für das Arbeitsgebiet erforderlichen palliativ-pflegerischen bzw. palliativ-medizinischen Kenntnisse zu aktualisieren. Sie setzt die Pflegekräfte und Ehrenamtlichen entsprechend ihrer jeweiligen Qualifikation ein.
- (5) Das stationäre Hospiz hat darüber hinaus das folgende Personal:
- a. Eine(n) festangestellte(n), hauptberuflich im stationären Hospiz beschäftigte(n) Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, entsprechend dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegerin/Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz als stellvertretende Leitung mit Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten
  - b. Ständig – entsprechend der Patientenzahl – weitere festangestellte ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpflegerin/Altenpfleger, Krankenpflegehelferin/Krankenpflegehelfer und Pflegekräfte; der Einsatz des Personals erfolgt entsprechend der jeweiligen Ausbildung und Qualifikation
  - c. Psychosoziale Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiter/Sozialpädagogen/Psychologen)
  - d. Leitungs- und Verwaltungspersonal
  - e. Hauswirtschafts- und Funktionspersonal.
- (6) Das Personal nach a) bis c) hat sich in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse des jeweiligen Arbeitsgebietes zu halten.
- (7) Ein Kernelement der Hospizarbeit ist der Dienst Ehrenamtlicher. Durch ihr Engagement leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag bei der Begleitung sterbender Menschen auch in stationären Hospizen. Das stationäre Hospiz

setzt Ehrenamtliche entsprechend ihrer nachgewiesenen Befähigung ein und sorgt für deren regelmäßige Begleitung.

## § 6

### Personalausstattung für ein solitäres stationäres Hospiz

- (1) Für die nach § 5 erforderliche Personalausstattung gelten die nachfolgend festgelegten bundesweit einheitlichen Orientierungsgrößen, die für ein stationäres Hospiz mit 8 Plätzen kalkuliert wurden. Die Orientierungsgrößen beziehen sich auf ein stationäres Hospiz, das die für die Sicherstellung der Versorgung und Begleitung erforderlichen Leistungen ausschließlich durch eigenes Personal erbringt (solitäres stationäres Hospiz). Diese Annahme dient als kalkulatorische Größe; ungeachtet dessen besteht Einvernehmen der Rahmenvereinbarungspartner, dass aus wirtschaftlichen und organisatorischen Gründen bestimmte Dienstleistungen und Funktionen – mit Ausnahme der Bereiche nach § 5 Abs. 3, Abs. 5 Nr. a und b sowie der Hospizleitung – auch stundenweise extern abgedeckt werden können. Die regionalen Vertragspartner haben die notwendige Personalausstattung des stationären Hospizes unter Berücksichtigung dieser Grundlagen vertraglich zu vereinbaren.
- (2) Als Orientierungsgröße nach Abs. 1 gelten die nachfolgenden Werte<sup>7</sup>. Sie bieten den regionalen Vertragspartnern den Rahmen für die Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstruktur, der individuellen Anzahl der Plätze und der konzeptionellen Ausrichtung des stationären Hospizes. Je nach Platzzahl und konzeptioneller Ausrichtung sind diese Orientierungsgrößen bei stationären Hospizen mit Platzzahlen über 8 Plätzen angemessen anzupassen. Eine lineare Fortschreibung der Orientierungsgrößen ausschließlich anhand der Platzzahl kann daraus nicht abgeleitet werden.

---

<sup>7</sup> Dabei wurde von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 39 Stunden, einer Nettojahresarbeitszeit von 1.554 Stunden unter Berücksichtigung von Feiertagen sowie Fehlzeiten (Urlaub, Krankheit, Fortbildung, etc.) sowie einer Besetzung des Nachtdienstes im Bereich Pflege von 2,0 VZÄ ausgegangen.

(3) Folgende Personalausstattung hält das stationäre Hospiz bereit:

<b>Funktion</b>	<b>Stellenanteil</b>
<u>Pflege:</u> Pflegekräfte nach § 5 Abs. 5 a und b	12,35 VZÄ <sup>8</sup>
<u>Psychosoziale Begleitung:</u> psychosoziale Fachkräfte nach § 5 Abs. 5 c und therapeutische Angebote	0,75 VZÄ
<u>Leitung/Verwaltung:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospizleitung</li> <li>• Verantwortliche Pflegefachkraft</li> <li>• Verwaltung</li> <li>• Qualitätsmanagement/ Koordination Ehrenamt</li> </ul>	0,5 VZÄ 0,75 VZÄ 0,75 VZÄ 0,4 VZÄ
<u>Hauswirtschaft:</u> Küche, Reinigung, Haustechnik	2,7 VZÄ

## § 7

### Sächliche und räumliche Ausstattung

(1) Zur Durchführung von Pflege und Behandlung ist insbesondere folgende sächliche Ausstattung in ausreichender Anzahl vorzuhalten:

- Kühlschrank für die Medikamentenaufbewahrung
- BTM-Schrank
- Pflegebetten mit Seitenteilen (Standardgröße)
- Toilettenstühle (Standardgröße)
- Lifter (Bett, Badewanne)
- Infusionsständer
- Pflegerische Verbrauchsgüter und Arbeitsmaterialien

Zur Durchführung von Pflege und Behandlung ist darüber hinaus eine Grundausstattung mit folgenden Hilfsmitteln/Medizingeräten (je 1) vorzuhalten, die eine Versorgung bis zur individuellen Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Krankenkasse des Versicherten ermöglicht:

---

<sup>8</sup>Das Vollzeitäquivalent (VZÄ) gibt an, wie viele Vollzeitstellen sich rechnerisch bei einer gemischten Personalbelegung bei Teilzeitbeschäftigten ergeben.

- Blutdruckmessgerät
- Infusionsgerät
- Spritzenpumpe
- Rollstühle, Gehhilfen (Standardgröße)
- Blutzuckermessgerät
- Teststreifen
- Hilfsmittel gegen Dekubitus
- Sauerstoffgerät mit Zubehör
- Absauggerät
- Inhalationsgerät

- (2) Der individuelle Anspruch der oder des Versicherten auf eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V) bleibt dabei unberührt. Die Krankenkasse der bzw. des jeweiligen Versicherten realisiert diese Ansprüche vor dem Hintergrund der kurzen Verweildauer der Gäste in Zusammenarbeit mit dem stationären Hospiz schnellstmöglich.
- (3) Das stationäre Hospiz hält zudem eine ausreichende Ausstattung an pflegerischen Verbrauchsgütern und Arbeitsmaterialien vor, um eine bedarfs- und qualitätsgerechte Pflege zu gewährleisten. Ebenso wie die sächliche Ausstattung werden die Grundausstattung sowie die pflegerischen Verbrauchsgüter und Arbeitsmaterialien im Tagesbedarfssatz als Sachkosten zur Anrechnung gebracht, sofern die Verbrauchsgüter nicht individuell verordnet werden.
- (4) Die baulichen Gegebenheiten einschließlich der Ausstattung müssen den Zielen des § 1 gerecht werden. Die Regel ist das Einbettzimmer. In stationären Hospizen sollen die Patientenzimmer so gestaltet sein, dass Zugehörige mit aufgenommen werden können. Für die räumliche Ausstattung gelten die nachfolgend festgelegten bundesweit einheitlichen Orientierungsgrößen, die für ein stationäres Hospiz mit 8 Plätzen kalkuliert wurden. Sie dienen als kalkulatorische Größe für die Förderung der Investitionskosten und Investitionsfolgekosten nach § 10 Abs. 3. Die bauliche Umsetzung kann je nach Konzept und Bestand hiervon abweichen. Landesrechtliche Regelungen zur Investitionskostenförderung von stationären Hospizen sowie baurechtliche Regelungen bleiben unberührt.

Als Orientierungsgrößen gelten nachfolgende Werte. Sie bieten den regionalen Vertragspartnern den Rahmen für die Berechnung der Größe des stationären Hospizes im Verhältnis zur Anzahl der Plätze und der konzeptionellen Ausrichtung. Eine lineare Fortschreibung der Orientierungsgrößen für stationäre

Hospize mit mehr als 8 Plätzen ausschließlich anhand der Platzzahl kann daraus nicht abgeleitet werden.

<b>Bereich</b>	<b>Räume</b>
<u>Wohnbereich:</u> 240 qm insgesamt – 30 qm pro Platz (ggf. inkl. Balkon)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 Einzelzimmer mit Badezimmer (WC und Dusche); Übernachtung von Zugehörigen sollte auch im selben Zimmer möglich sein</li> <li>• Gästezimmer für Zugehörige mit Badezimmer (in angemessener Anzahl)</li> </ul>
<u>Gemeinschaftsbereich:</u> 80 qm insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essraum/Essbereich</li> <li>• Gemeinschaftsraum/Gemeinschaftsbereich</li> <li>• Raum der Stille</li> </ul>
<u>Funktionsbereich:</u> 250 qm insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegebad</li> <li>• Küche</li> <li>• Dienstzimmer</li> <li>• Lagerräume für Lebensmittel, Hilfsmittel, Wäsche, etc.</li> <li>• Besprechungsraum</li> <li>• Arbeitsräume (Rein/Unrein) für Pflege und Hauswirtschaft</li> <li>• Büroräume</li> <li>• Umkleidezimmer für Mitarbeiter (Dusche und WC)</li> <li>• Mitarbeiteraum</li> <li>• Behindertengerechtes WC/Besucher WC</li> <li>• Technikräume</li> </ul>
<u>Verkehrsfläche:</u> 180 qm insgesamt	z.B. Flure, Treppen, Aufzüge

Außenflächen (inkl. Terrasse) werden ggf. im angemessenen Umfang durch die Vertragspartner berücksichtigt.

## § 8

### Verträge

- (1) Stationäre Hospize sind Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenkassen insgesamt frühzeitig in Planungsprozesse bei Neugründungen einbezogen werden.
- (2) Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene schließen gemeinsam und einheitlich mit dem stationären Hospiz, das die Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt, einen Versorgungsvertrag. Der Vertrag regelt insbesondere:
  - a. Anzahl der angebotenen Plätze,
  - b. Meldungen des stationären 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 stationären Hospizes,
  - f. Zahlungsbedingungen des Zuschusses,
  - g. Begehung/Prüfung durch den MDK,
  - h. Anforderungen an die Leistungsdokumentation,
  - i. die Trägervertretung des stationären Hospizes.
- (3) Die Inhalte dieser Rahmenvereinbarung sind verbindlicher Bestandteil des Vertrages.
- (4) Aus dem Vertrag kann keine Belegungsgarantie des stationären Hospizes gegenüber den Krankenkassen hergeleitet werden.
- (5) Die Rahmenvereinbarungspartner gehen davon aus, dass mit dem Abschluss eines Vertrages nach Abs. 2 die Voraussetzungen für einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI erfüllt sind.
- (6) In den zwischen den Krankenkassen und den stationären Hospizen abzuschließenden Verträgen ist gemäß § 39a Abs. 1 Satz 11 bis 13 SGB V zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmen-

de unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

- (7) Der Vertrag des stationären Hospizes mit der Versicherten bzw. dem Versicherten darf keine Regelungen enthalten, die den Bestimmungen der Rahmenvereinbarung und des Vertrages nach Abs. 2 entgegenstehen; Ausnahmeregelungen sind nur mit Zustimmung aller Landesverbände der Krankenkassen statthaft.

## **§ 9**

### **Kündigung von Versorgungsverträgen**

- (1) Der Versorgungsvertrag 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 stationäre Hospiz seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Versicherten 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.

## **§ 10**

### **Vergütungsgrundsätze und Krankenkassenleistung**

- (1) Zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auf Landesebene und dem stationären Hospiz bzw. dessen Träger wird ein leistungsgerechter tagesbezogener Bedarfsatz schriftlich vereinbart.
- (2) Die Krankenkassen tragen nur Aufwendungen für die zuschussfähigen Leistungen. Leistungen, die über den Aufgabenbereich der gesetzlichen



Krankenkassen sowie der sozialen Pflegeversicherung hinausgehen, sind nicht zuschussfähig und können bei der Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes nicht berücksichtigt werden. Hierzu gehören z.B. Freizeitangebote, kulturelle Veranstaltungen, Trauerarbeit über den Tod des Versicherten hinaus. Der tagesbezogene Bedarfssatz für die Versorgung der Versicherten deckt alle in § 3 und § 7 Abs. 1 genannten Leistungen des stationären 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 gehen nicht in die Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfssatzes ein.

(3) Investitions- und Investitionsfolgekosten (nachfolgend Investitionskosten) sind förderfähig, soweit sie für die nach den näheren Bestimmungen dieser Rahmenvereinbarung konkretisierten Anforderungen an ein stationäres Hospiz erforderlich und nicht durch öffentliche Förderung der Investitionskosten gedeckt sind. Die durch öffentliche Förderung gedeckten Investitionskosten sind durch das stationäre Hospiz transparent darzulegen. In den Ländern bestehende Regelungen zur Berechnung der Investitionskosten sind zu beachten. Zu den förderfähigen Investitionskosten gehören:

- Abschreibungen für Gebäude
- Abschreibungen für Anlagegüter/Inventar
- Geringwertige Wirtschaftsgüter
- Instandhaltung/Instandsetzung
- Fremdkapitalverzinsung
- Miete/Leasing/Pacht/Erbbauzins

(4) Bei der Abschreibung sind die steuerrechtlichen Regelungen zugrunde zu legen. Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist der Anteil der Investitionskosten separat auszuweisen. Die Förderung von Investitionskosten ist bezogen auf die Gesamtfläche des stationären Hospizes begrenzt auf die für die leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung nach § 7 anererkennungsfähige Gesamtfläche.

(5) Die Ermittlung und Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes orientieren sich an den §§ 82 und 85 SGB XI als Verfahrensbeschreibung unter Berücksichtigung der hospizlichen Besonderheiten.

- (6) Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist, soweit die Vertragspartner keinen kürzeren Zeitraum vereinbaren, eine jahresdurchschnittliche Belegung des stationären Hospizes der letzten drei Kalenderjahre, jedoch mindestens 80 v.H. zugrunde zu legen. Eine geringere Belegung begründet keinen abweichenden Bedarfssatz.
- (7) Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt die Versicherte bzw. der Versicherte im stationären Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.
- (8) Zuschussfähig im Sinne des § 39a Abs. 1 SGB V sind 95 v.H. des tagesbezogenen Bedarfssatzes. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung oder anderer Sozialleistungsträger. Eigenanteile dürfen von der bzw. dem Versicherten weder gefordert noch angenommen werden. Der nicht zuschussfähige Anteil des Bedarfssatzes darf der Versicherte bzw. dem Versicherten weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden.
- (9) Ein rückwirkendes Inkrafttreten des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist nicht zulässig<sup>9</sup>.
- (10) Das stationäre Hospiz rechnet den tagesbezogenen Bedarfssatz gegenüber der Krankenkasse ab. Dabei ist mit Bezug auf § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V darauf hinzuweisen, dass die Rechnungsstellung bei Versicherten mit Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI gleichfalls als Rechnungsstellung gegenüber der Pflegekasse gilt. Die Krankenkassen und ggf. die Pflegekassen zahlen ihre Anteile mit befreiender Wirkung an das stationäre Hospiz.

## **§ 11**

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

- (1) Diese Rahmenvereinbarung tritt am 01.05.2017 in Kraft und löst die Vereinbarung vom 13.03.1998 in der Fassung vom 14.04.2010 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.

---

<sup>9</sup> Die Kompetenzen der Schiedsperson nach § 39a Abs. 1 Satz 11–13 SGB V bleiben unberührt.

## **§ 12**

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

### **Protokollnotiz**

- (1) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Rahmenvereinbarung fortlaufend auszuwerten, jedoch mindestens alle 4 Jahre insbesondere auch an die aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklung anzupassen. Sollte sich kurzfristig Handlungsbedarf ergeben, kommen die Vereinbarungspartner überein, innerhalb von 6 Wochen in die diesbezüglichen Verhandlungen einzutreten.
- (2) Die Rahmenvereinbarungspartner verständigen sich darauf, nach Abschluss dieser Rahmenvereinbarung Beratungen über die Anpassung bestehender bzw. Entwicklung neuer Instrumente, Anforderungen, Kriterien und Verfahren der internen und externen Qualitätssicherung und deren Überprüfung aufzunehmen und entsprechende Vereinbarungen zu treffen.

GKV-Spitzenverband  
Berlin, den 19.06.2017

*René Witzel*

---

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 Kinderhospizverein e.V.  
Olpe, den

---

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
- Gesamtverband e. V.  
Berlin, den

---

Deutsches Rotes Kreuz e. V.  
Berlin, den

---

Diakonie Deutschland -  
Evangelischer Bundesverband,  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Berlin, den

---

GKV-Spitzenverband  
Berlin, den

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.  
Berlin, den 05.05.2017

Bundesverband Kinderhospiz e. V.  
Berlin, den

Deutscher Caritasverband e. V.  
Freiburg, den

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.  
Berlin, den

Deutscher Kinderhospizverein e.V.  
Olpe, den

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
- Gesamtverband e. V.  
Berlin, den

Deutsches Rotes Kreuz e. V.  
Berlin, den

Diakonie Deutschland -  
Evangelischer Bundesverband,  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Berlin, den

W.S


GKV-Spitzenverband  
Berlin, den

-----

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.  
Berlin, den

-----

Bundesverband Kinderhospiz e. V.  
Berlin, den 18.4.2017

  
-----

Deutscher Caritasverband e. V.  
Freiburg, den

-----

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.  
Berlin, den

-----

Deutscher Kinderhospizverein e.V.  
Olpe, den

-----

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
- Gesamtverband e. V.  
Berlin, den

-----

Deutsches Rotes Kreuz e. V.  
Berlin, den

-----

Diakonie Deutschland -  
Evangelischer Bundesverband,  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Berlin, den

-----

GKV-Spitzenverband  
Berlin, den

-----

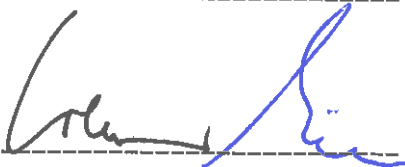
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.  
Berlin, den

-----

Bundesverband Kinderhospiz e. V.  
Berlin, den

-----

Deutscher Caritasverband e. V.  
Freiburg, den 21. 04. 2017



Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.  
Berlin, den

-----

Deutscher Kinderhospizverein e.V.  
Olpe, den

-----

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
- Gesamtverband e. V.  
Berlin, den

-----

Deutsches Rotes Kreuz e. V.  
Berlin, den

-----

Diakonie Deutschland –  
Evangelischer Bundesverband,  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Berlin, den

-----

GKV-Spitzenverband  
Berlin, den

-----

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.  
Berlin, den

-----

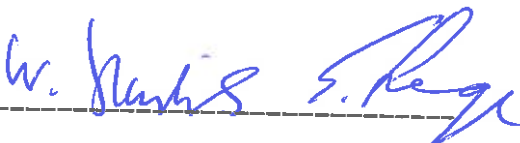
Bundesverband Kinderhospiz e. V.  
Berlin, den

-----

Deutscher Caritasverband e. V.  
Freiburg, den

-----

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.  
Berlin, den 12.04.2017



Deutscher Kinderhospizverein e.V.  
Olpe, den

-----

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
- Gesamtverband e. V.  
Berlin, den

-----

Deutsches Rotes Kreuz e. V.  
Berlin, den

-----

Diakonie Deutschland -  
Evangelischer Bundesverband,  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Berlin, den

-----



GKV-Spitzenverband  
Berlin, den

-----

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.  
Berlin, den

-----

Bundesverband Kinderhospiz e. V.  
Berlin, den

-----

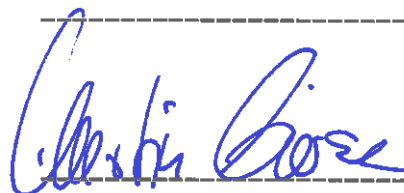
Deutscher Caritasverband e. V.  
Freiburg, den

-----

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.  
Berlin, den

-----

Deutscher Kinderhospizverein e.V.  
Olpe, den 24. April 2017



-----

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
- Gesamtverband e. V.  
Berlin, den

-----

Deutsches Rotes Kreuz e. V.  
Berlin, den

-----

Diakonie Deutschland -  
Evangelischer Bundesverband,  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Berlin, den

-----

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 Kinderhospizverein e.V.  
Olpe, den

-----

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
- Gesamtverband e. V.  
Berlin, den 20.4.17

  
-----

Deutsches Rotes Kreuz e. V.  
Berlin, den

-----

Diakonie Deutschland -  
Evangelischer Bundesverband,  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Berlin, den

-----

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 Kinderhospizverein e.V.  
Olpe, den

-----

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
- Gesamtverband e. V.  
Berlin, den

-----

Deutsches Rotes Kreuz e. V.  
Berlin, den

*C. Reut*

-----

Diakonie Deutschland –  
Evangelischer Bundesverband,  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Berlin, den

-----

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 Kinderhospizverein e.V.  
Olpe, den

-----

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
- Gesamtverband e. V.  
Berlin, den

-----

Deutsches Rotes Kreuz e. V.  
Berlin, den

-----

Diakonie Deutschland –  
Evangelischer Bundesverband,  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Berlin, den

*M. Lohscheidt*