

Versorgungsvertrag

Über stationäre Hospizversorgung nach § 39a Abs.1 SGB V in Verbindung mit § 72 SGB XI

zwischen
dem

Name
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort des Trägers

als Träger
der/des

Name Hospiz Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
IK:

- nachfolgend Hospiz genannt -

den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen Hessen

- AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
- BKK Landesverband Süd
- IKK classic zugleich handelnd als Vertreterin der BIG direkt gesund, IKK gesund plus, IKK Die Innovationskasse, IKK Südwest
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Krankenkasse
- KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt
- den Ersatzkassen
 - Techniker Krankenkasse (TK)
 - BARMER
 - DAK - Gesundheit
 - Kaufmännische Krankenkasse-KKH Handelskrankenkasse (hkk)
 - HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 Satz 6 SGB V:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der Landesvertretung Hessen

- nachfolgend Landesverbände genannt -

wird folgender Versorgungsvertrag geschlossen:

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 Zugehörigen¹ 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 in einem Netz ehrenamtlicher Tätigkeit Pflege und Begleitung anbieten, welche die Lebensqualität des sterbenden Menschen verbessert, seine Würde nicht antastet und aktive Sterbehilfe ausschließt. Die Rahmenvereinbarungspartner empfehlen, dass auf regionaler Ebene Abstimmungs- und Planungsprozesse zur Hospiz- und Palliativversorgung vor Ort mit allen an der Begleitung und Versorgung Beteiligten, unter anderem auch Kostenträgern, stattfinden.

Stationäre Hospize erbringen eine palliativpflegerische und palliativmedizinische 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 (neben ambulanten Hospizdiensten auch z.B. Ärzte, Apotheken, Hilfsmittellieferanten, Therapeuten) sterbender Menschen, bereits vor dessen Planung, eng zusammenarbeiten.

Nach § 39 a SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, Anspruch auf einen Zuschuss zu vollstationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativpflegerische und palliativmedizinische Versorgung erbracht wird, wenn eine bedarfsgerechte ambulante Palliativversorgung nicht erbracht werden kann.

¹ Zu den Zugehörigen zählen Angehörige und weitere dem sterbenden Menschen Nahestehende

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich

- (1) Im stationären Hospiz werden neben der Unterkunft und Verpflegung palliativ-pflegerische, palliativmedizinische, therapeutische und psychosoziale Versorgung und Begleitung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung ganztägig (vollstationär) oder nur tags- über bzw. nachts (teilstationär) erbracht.
- (2) Das Hospiz hält

X vollstationäre Plätze

als stationäres Hospiz vor, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwerkranker sterbender Menschen ausgerichtet ist.

- (3) Mit dem Abschluss dieses Versorgungsvertrages ist das Hospiz zur stationären Hospizversorgung und gleichzeitig als Pflegeeinrichtung gemäß § 72 Abs. 4 SGB XI zur pflegerischen Versorgung der Hospizgäste zugelassen. Aus dem Vertrag kann keine Belegungsgarantie gegenüber den Krankenkassen hergeleitet werden.
- (4) Der von dem Hospiz ausgefüllte Strukturerhebungsbogen ist Grundlage dieses Vertrages. Veränderungen der Anspruchsvoraussetzungen sind dem federführenden Landesverband der Kranken- und Pflegekassen umgehend mitzuteilen. Dies sind insbesondere:
 - die Unterschreitung der personellen Anforderungen an das stationäre Hospiz im Hinblick auf die Versorgung nach § 9 Abs. 5 Buchstaben b-c gemäß des Versorgungsvertrages sowie gemäß § 8 der Bundesrahmenvereinbarung unter Angabe des Stellenanteils, wenn die vereinbarte personelle Ausstattung mehr als drei Monate nicht eingehalten wird.
 - Eintritt und Ausscheiden der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. deren Vertretung
 - Änderungen der betrieblichen/organisatorischen Gegebenheiten: Änderung der Adressdaten, der Fax- und Telefondaten sowie der E-Mailadressen
 - Einschränkung bzw. Erweiterung des Leistungsangebotes
 - Wechsel des Betriebssitzes
 - Inhaberwechsel/Trägerwechsel bzw. Rechtsformänderung
 - der Umstand, dass ein Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gegen das stationäre Hospiz gestellt wurde (z.B. Träger des stationären Hospizes)
 - eingeleitete strafrechtliche Ermittlungsverfahren gegen eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter des stationären Hospizes, soweit sie im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung stehen, und soweit sie dem stationären Hospiz bekannt sind,
 - strafrechtliche Ermittlungen gegen das stationäre Hospiz oder dessen Träger, soweit sie im Zusammenhang mit der stationären Hospizversorgung steht.
- (5) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind berechtigt, bei Änderungen nach Abs. 4 zum Nachweis der organisatorischen und/oder personellen Voraussetzungen die Vorlage der erforderlichen Unterlagen zu verlangen. Das stationäre Hospiz legt die angeforderten Unterlagen innerhalb von 21 Tagen der

federführenden Krankenkasse vor oder teilt dieser mit, aus welchen Gründen angeforderte Unterlagen nicht übermittelt, werden können.

§ 2

Rahmenvertrag und Rahmenvereinbarung

Die Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, in der aktuellen Fassung, findet Anwendung. Der Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI vollstationär findet Anwendung, soweit die Regelungen auf stationäre Hospize übertragbar sind. Sofern Vereinbarungen der vorgenannten Rahmenvereinbarung über Instrumente, Anforderungen, Kriterien und Verfahren der internen und externen Qualitätssicherung und deren Überprüfung getroffen wurden, finden diese ebenfalls Anwendung.

§ 3

Versorgungsgrundsätze

- (1) Das Hospiz ist eine selbständig wirtschaftende Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Menschen mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase eine palliativpflegerische und palliativmedizinische Versorgung zu erbringen. Das Hospiz ist eine kleine Einrichtung mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8 und höchstens 16 Plätzen. Die räumliche Gestaltung ist auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker und sterbender Menschen ausgerichtet. Das Hospiz verfügt über die erforderliche personelle und räumliche Ausstattung, um eine palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung der sterbenden Menschen und ihrer Zugehörigen zu gewährleisten. Sie erbringen einen Anteil der Kosten durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement auf. Zudem versteht sich das Hospiz als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Es ist eingebunden in die regionalen Strukturen, vernetzt sich mit den regionalen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Vertragsärzte etc.) und arbeitet mit ambulanten ehrenamtlichen 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) Die notwendigen Leistungen werden für alle Hospizgäste nach dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse durchgeführt. Zusatzleistungen dürfen die Erbringung der Leistungen auch nach diesem Vertrag nicht beeinträchtigen.
- (3) Das Hospiz stellt die Versorgung unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft (§ 9 Abs. 2 dieses Vertrages) sicher.
- (4) Das Hospiz gewährleistet, dass die Versicherten aller Krankenkassen und Pflegekassen nach gleichen Grundsätzen versorgt werden.

§ 4

Wirtschaftlichkeit und Selbständigkeit des Hospizes

- (1) Das Hospiz ist aufgrund seines Versorgungsauftrages eine baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbständige Einrichtung mit separatem Personal und eigenem Konzept. Es ist deshalb ausgeschlossen, dass ein stationäres Hospiz Bestandteil einer stationären Pflegeeinrichtung oder eines Krankenhauses ist. Es gelten insbesondere die in der BRV §12 vereinbarten Vergütungsgrundsätze und Kassenleistungen aus Absatz (8).
- (2) Das Hospiz stellt eine leistungsfähige und wirtschaftliche Leistungserbringung sicher. Die Leistungen dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind als wirksam anzusehen, wenn durch sie das Versorgungsziel erreicht wird. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Hospizgäste nicht beanspruchen und das Hospiz nicht zu Lasten der Kranken- oder Pflegekassen bewirken.
- (3) Die Landesverbände der Krankenkassen und Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Leistungserbringung überprüfen lassen.
- (4) Das Hospiz hat durch ordnungsgemäße Buchführung nach § 259 Abs. 1 BGB die Trennung der Finanzierungsverantwortlichkeiten sicherzustellen.

Passende Passage bitte auswählen:

1.Tarif oder KirchenAVR

2.Tarif oder KirchenAVR Anwender ohne einen eigenen Vertrag

3.Durchschnittsanwender

Den jeweils zugehörigen §5-5b auswählen und blaue Überschrift entfernen

1.Tarifanwender :

§ 5

Tariftreue

Die Einrichtung ist gem. § 72 Abs. 3a SGB XI an den Tarifvertrag/die kirchliche Arbeitsrechtsregelung

Name:: «Tarifvertragsname»

Typus:: «VertragstypusText»

mit den Tarifvertragsparteien

«Tarifpartei_Arbeitgeber» sowie

«Tarifpartei_Gewerkschaft»

und dem räumlichen Geltungsbereich

„«Geltungsbereich_Bundeslaenderliste_Text»“

gebunden und zahlt ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, Gehälter, die in diesem Tarifvertrag oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelung vereinbart sind.

§ 5a

Mitteilungspflichten

- (1) Gemäß § 72 Abs. 3e SGB XI ist der Träger der Einrichtung verpflichtet, dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 30. September jeden Jahres (erstmalig 2026) mitzuteilen:
 - a. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen die Einrichtung gebunden ist,
 - b. Angaben über die sich aus diesen Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ergebende am 1. September des Jahres gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, soweit diese Angaben zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 72 Abs. 3a und 3b SGB XI oder zur Ermittlung des oder der regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Abs. 2 Satz 2 SGB XI erforderlich sind.
 - c. Der Mitteilung ist die jeweils am 1. September des Jahres geltende durchgeschriebene Fassung des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen beizufügen.
- (2) Tritt nach der Mitteilung nach Absatz 1 eine Änderung im Hinblick auf die Wirksamkeit oder den Inhalt des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ein, hat der Träger der Einrichtung dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen diese Änderung unverzüglich mitzuteilen und dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen unverzüglich die aktuelle, durchgeschriebene Fassung des geänderten Tarifvertrags oder der geänderten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu übermitteln.

§ 5b

Verfahrens- und Prüfgrundsätze

Das Nähere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben gemäß § 72 Abs. 3a, 3b und 3e Satz 1 Nr. 2 SGB XI sowie den Folgen der Nichteinhaltung der Mitteilungspflichten nach § 72 Abs. 3d Satz 2 und Abs. 3e SGB XI bestimmt sich nach den Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen gemäß § 72 Abs. 3c SGB XI (Zulassungs-Richtlinien) vom 24.01.2022 - in der jeweils gültigen Fassung.

2. Tarif- oder KirchenAVR ohne einen eigenen Vertrag:

§ 5

Entlohnung

Die Pflegeeinrichtung zahlt ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, eine Entlohnung, welche die Höhe des von ihr als maßgebend im Sinne von § 72 Absatz 3d SGB XI mitgeteilten Tarifvertragswerks gemäß § 3 Abs. 1 der Richtlinie nach § 72 Abs. 3c SGB XI oder der entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen

Name: Tarifvertragsname

in der jeweiligen aktuellen Fassung nicht unterschreitet.

§ 5a

Erhöhung des regional üblichen Entlohnungsniveaus

Tritt eine Änderung im Hinblick auf die in dem in § 5 aufgeführten Tarifvertrag oder der kirchenarbeitsrechtlichen Regelung vereinbarte Entlohnung ein, hat die Pflegeeinrichtung die von ihr gezahlte Entlohnung innerhalb von zwei Monaten, nachdem die jeweilige Änderung nach § 82c Abs. 5 SGB XI veröffentlicht wurde, anzupassen.

§ 5b

Verfahrens- und Prüfgrundsätze

Das Nähere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben gemäß § 72 Abs. 3a, 3b und 3e Satz 1 Nr. 2 SGB XI sowie den Folgen der Nichteinhaltung der Mitteilungspflichten nach § 72 Abs. 3d Satz 2 oder Abs. 3e SGB XI bestimmt sich nach den Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen gemäß § 72 Abs. 3c SGB XI (Zulassungs-Richtlinien) nach 24.01.2022 - in der jeweils gültigen Fassung.

3. Durchschnittsanwender:

§ 5

Entlohnung

Die Pflegeeinrichtung zahlt ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen den in § 82c Abs. 2 Satz 4 SGB XI genannten drei Qualifikationsgruppen

- a) Pflege- und Betreuungskräfte ohne mindestens einjährige Berufsausbildung
- b) Pflege- und Betreuungskräfte mit mindestens einjähriger Berufsausbildung
- c) Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Betreuung mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung

jeweils im Durchschnitt eine Entlohnung in Geld, die in der Summe der Entlohnungsbestandteile (Grundlohn, regelmäßige Jahressonderzahlungen, vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers, pflegetypische Zulagen sowie Zuschläge und den Lohn für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft) die Höhe des jeweiligen regional üblichen Entgeltniveaus nach § 82c Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB XI für die betreffende Qualifikationsgruppe einerseits und andererseits nach § 82 c Abs. 2 Nr.3 SGB XI in die Höhe des regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge, die den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, im Durchschnitt gezahlt werden, in jeweils der veröffentlichten Höhe nach § 82c Abs. 5 SGB XI, nicht unterschreitet.

§ 5a

Erhöhung der regional üblichen Entlohnungsniveaus

Erhöhen sich die nach § 82c Abs. 5 SGB XI veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Abs. 2 S.2 Nr.2 SGB XI oder die nach § 82 c Abs.5 SGB XI veröffentlichten regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Abs. 2 Nr.3 SGB XI, zahlt die Einrichtung ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, die höhere Entlohnung im Zeitraum ab dem 01. Dezember 2022 spätestens ab dem 01. Februar 2023, nach dem 01. Februar 2023 jeweils spätestens ab dem 01. Januar des Jahres, das auf die Veröffentlichung der Werte nach § 82c Abs. 5 SGB XI folgt.

§ 5b

Verfahrens- und Prüfgrundsätze

Das Nähere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben gemäß § 72 Abs. 3a, 3b und 3e Satz 1 Nr. 2 SGB XI sowie den Folgen der Nichteinhaltung der Mitteilungspflichten nach § 72 Abs. 3d Satz 2 oder Abs. 3e SGB XI bestimmt sich nach den Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen gemäß § 72 Abs. 3c SGB XI (Zulassungs-Richtlinien) vom 24.01.2022 - in der jeweils gültigen Fassung.

§ 6

Anspruchsberechtigte Versicherte

- (1) Grundvoraussetzung für die Aufnahme in das Hospiz ist, dass
 - a) der Hospizgast an einer Erkrankung leidet,
 - die progredient verläuft und
 - bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativpflegerische und eine palliativmedizinische Versorgung notwendig oder von dem Hospizgast 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 voll- stationären Pflegeeinrichtung oder einer vollstationären Einrichtung der Eingliederungshilfe eine Versorgung in der jeweiligen Einrichtung nicht ausreicht, weil der palliativpflegerische und der palliativmedizinische 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 Versorgungsformen.
- (2) Ein Hospizaufenthalt 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 Lungenerkrankungen.
- (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.
- (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 des Hospizgastes und der Familie trotz des schweren Krankheitsbildes eine hinreichende Stabilität erreicht hat. In diesen Fällen sind bei einer erneuten Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung Wiederaufnahmen möglich.

§ 7

Versorgungsumfang

- (1) Die palliativpflegerische und palliativmedizinische Versorgung soll durch Linderung der Krankheitsbeschwerden die letzte Lebensphase des Hospizgastes 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.

- (2) 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 Hospizgastes werden nach Möglichkeit in die Pflege und Begleitung mit einbezogen und ggf. angeleitet.
- (3) 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)
 - 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.
- (4) 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 der Hospizgast 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}, zu der auch die Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen und bei der Suche nach Antworten gehört.

Das stationäre Hospiz stellt sicher, dass die notwendige palliativmedizinische ärztliche Behandlung und Versorgung der Hospizgäste mit Arznei- und 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 palliativärztliche Versorgung im Rahmen des § 28 SGB V sowie des § 87 Abs. 1b SGB V im Einzelfall 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.

§ 8

Qualität

- (1) Die Versorgung und Begleitung im stationären Hospiz sind fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten Erkenntnissen der Pflegewissenschaft 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 Wünschen und Bedürfnissen des Hospizgastes 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 (vgl. Bundesrahmenvertrag § 5). Er soll sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.
- (3) Im stationären Hospiz arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen und Ehrenamtliche zum Wohle der Hospizgäste und ihrer Zugehörigen zusammen. Die Arbeit aller im 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 Palliativcare-Ansatzes
 - Psychosozialen Begleitung
 - Aufnahme und Entlassung
 - Kriseninterventionen
 - Arbeit mit Zugehörigen (Angehörigenarbeit)
 - Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen
 - Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten
 - Verabschiedung der Verstorbenen
 - Kooperation 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.

§ 9

Personelle Ausstattung

- (1) Der Träger des stationären Hospizes hält das für die Versorgung und Begleitung der Versicherten gemäß diesem Versorgungsvertrag erforderliche und geeignete Personal 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 Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, entsprechend dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegerin/Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger 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 Pflegefachfrau

oder Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, entsprechend dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegerin/Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger.

- Sie kann eine mindestens dreijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Erlaubnis 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 Unterrichtseinheiten 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, pflegewissenschaftlichen 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 palliativpflegerischen bzw. palliativmedizinischen Kenntnisse zu aktualisieren. Sie setzt die Pflegekräfte und Ehrenamtlichen entsprechend ihrer jeweiligen Qualifikation ein.
- (5) Das stationäre Hospiz hat darüber hinaus das folgende Personal¹:
- a) Eine(n) festangestellte(n), hauptberuflich im stationären Hospiz beschäftigte(n) Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, entsprechend dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegerin/Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger als stellvertretende Leitung mit Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Unterrichtseinheiten oder den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten
 - b) Ständig - entsprechend der Patientenzahl - weitere festangestellte ausgebildete Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, oder Altenpflegerin/Altenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger; der Einsatz des Personals erfolgt entsprechend der jeweiligen Ausbildung und Qualifikation
Mindestens 50 % der Mitarbeitenden benötigen den Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme

¹Sofern der Nachweis bezüglich der Palliative Care-Weiterbildung für mind. 50 % der Mitarbeitenden nicht erbracht werden kann, ist diese Voraussetzung spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der gültigen Rahmenvereinbarung bzw. nach Neueröffnung eines stationären Hospizes nachzuweisen.

- c) Psychosoziale Fachkräfte
 - d) Leitungs- und Verwaltungspersonal
 - e) Hauswirtschafts- und Funktionspersonal.
- (6) Die nach Abs. 5 Buchstabe c tätigen psychosozialen Fachkräfte erfüllen in der Regel die folgenden Voraussetzungen:
- a) Hochschulabschluss aus dem Bereich:
 - Sozialpädagogik
 - Soziale Arbeit
 - Psychologie
 - b) Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 120 Unterrichtseinheiten gemäß Anlage 2 BRV oder den Abschluss eines vergleichbaren Studiums²
- (7) 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.
- (8) 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.
- (9) Näheres zur Personalausstattung wird als Bestandteil dieses Vertrages in der Vergütungsvereinbarung geregelt.

§ 10

Sächliche und räumliche Ausstattung

- (1) Zur Durchführung von Pflege und Behandlung ist insbesondere folgende Ausstattung in ausreichender Anzahl vorzuhalten:
- Kühlschrank für die Medikamentenaufbewahrung
 - BTM-Schrank
 - Pflegebetten mit Seitenteilen (Standardgröße)
 - Spritzenpumpen
 - Toilettenstühle (Standardgröße)
 - Lifter (Bett, Badewanne)
 - Infusionsständer
 - Pflegerische Verbrauchsgüter und Arbeitsmaterialien

Zur Durchführung von Pflege und Behandlung ist darüber hinaus eine Ausstattung

² Sofern der Nachweis bezüglich der Palliative Care-Weiterbildung nicht erbracht werden kann, ist diese Voraussetzung bei bereits bestehenden stationären Hospizen spätestens 2,5 Jahre nach Inkrafttreten der gültigen Rahmenvereinbarung bzw. bei Neueröffnung eines stationären Hospizes 2,5 Jahre nach Inkrafttreten des Versorgungsvertrages nach § 39a Abs. 1 Satz 11 SGB V nachzuweisen

mit folgenden Hilfsmitteln/Medizingeräten (je 1) vorzuhalten, die eine Versorgung bis zur individuellen Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Krankenkasse des Versicherten ermöglicht:

- Blutdruckmessgerät
 - Infusionsgerät
 - 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 davon unberührt. Die Krankenkasse der bzw. des jeweiligen Versicherten realisiert diese Ansprüche vor dem Hintergrund der kurzen Verweildauer der Gäste in Zusammenarbeit mit dem 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 Grundausrüstung 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 Einzelzimmer. Die Patientenzimmer sollen so gestaltet sein, dass Zugehörige mit aufgenommen werden können. Für die räumliche Ausstattung gelten die Orientierungsgrößen nach § 2 der Rahmenvereinbarung gemäß § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung in Hessen vom 01.10.2018 in der aktuellen Fassung.

Sie dienen als kalkulatorische Größe für die Förderung der Investitionskosten und Investitionsfolgekosten nach § 12 Abs. 11 gemäß Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, in der aktuellen Fassung. Die bauliche Umsetzung kann je nach Konzept und Bestand hiervon abweichen. Landesrechtliche Regelungen zur Investitionskostenförderung von stationären Hospizen sowie baurechtliche Regelungen bleiben unberührt.

- (5) Näheres zur sächlichen und räumlichen Ausstattung wird als Bestandteil dieses Vertrages in der Vergütungsvereinbarung geregelt.

§ 11

Vergütungsgrundsätze und Kassenleistung

- (1) Zwischen den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen Hessen gemeinsam und einheitlich auf Landesebene und dem stationären Hospiz bzw. dessen Träger wird ein leistungsgerechter tagesbezogener Bedarfssatz schriftlich vereinbart; dies erfolgt in einer gesonderten Vergütungsvereinbarung.

- (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 § 6 und § 9 Abs. 1, 3 und 4 genannten Leistungen dieses Vertrages des stationären Hospizes bei leistungsfähiger und wirtschaftlicher Betriebsführung (§ 2 und § 12 Abs. 1 SGB V) ab. Dies schließt auch die Aufwendungen für die Betriebsverwaltung und die gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 SGB XI mit ein. Die Leistungen nach § 6 Abs. 5 S. 2 und S. 3 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 der Bundesrahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, in der jeweiligen aktuellen Fassung, 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 Hessen 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
 - Fremd – und Eigenkapitalverzinsung
 - Miete/ Leasing/ Pacht/ Erbbauzins
- (4) Öffentliche Zuschüsse zu den laufenden Aufwendungen eines stationären Hospizes (Betriebskostenzuschüsse) sind von der Vergütung abzuziehen. Das Hospiz informiert die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen unverzüglich über die Beantragung sowie der Genehmigung öffentlicher Zuschüsse zu den laufenden Aufwendungen.
- (5) 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 gemäß der anererkennungsfähigen Gesamtfläche.
- (6) Die Ermittlung und Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes orientieren sich an den §§ 82, 84 und 85 SGB XI als Verfahrensbeschreibung unter Berücksichtigung der hospizlichen Besonderheiten.
- (7) 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.
- (8) Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt ein Hospizgast im Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.

- (9) Zuschussfähig im Sinne des § 39a Abs. 1 SGB V sind 95 v. H. des nach den Absätzen 3 bis 8 beschriebenen tagesbezogenen Bedarfssatzes. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung oder anderer Sozialleistungsträger. Zusätzliche Zahlungen oder Eigenanteile dürfen von der bzw. dem Versicherten weder gefordert noch angenommen werden; der nicht zuschussfähige Anteil des Bedarfssatzes darf dem Hospizgast weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden.
- (10) Der Vertrag des stationären Hospizes mit der Versicherten bzw. dem Versicherten darf keine Regelungen enthalten, die den Bestimmungen der Rahmenvereinbarung oder dieses Vertrages entgegenstehen; Ausnahmeregelungen sind nur mit Zustimmung aller am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen und Landesverbände der Krankenkassen statthaft.
- (11) Die Tagesbedarfssätze werden prospektiv vereinbart. Die Tagesbedarfssatzvereinbarung wird auch für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum geschlossen oder durch eine Schiedsperson festgesetzt, sofern für diesen Zeitraum noch keine Vergütungsvereinbarung getroffen und vor Beginn des entsprechenden Zeitraums zur Verhandlung aufgefördert wurde.
- (12) Der Hospizplatz ist im Falle der vorübergehenden Abwesenheit der/des Versicherten vom Hospiz z. B. wegen Krankenhausaufenthalt für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 10 Tagen freizuhalten. Sofern die Abwesenheit 3 Kalendertage überschreitet, sind ab dem 4. vollen Kalendertag Abschläge in Höhe von 25% beim tagesbezogenen Bedarfssatz mit Ausnahme der Investitionskosten vorzunehmen. Kalendertage im Sinne dieser Regelung sind die Tage, an denen der Hospizgast von 0 bis 24 Uhr abwesend ist.

§ 12

Personalabgleich

- (1) Der Träger des Hospizes ist verpflichtet mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Hospizgäste jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Hospizgäste nicht beeinträchtigt wird. Geeignete Maßnahmen sind beispielsweise Personalvertretungen, Mehrarbeit, Personalneueinstellungen oder der Einsatz von extern gestelltem Personal.
- (2) Auf Verlangen der Kostenträger hat der Träger des Hospizes in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird.
- (3) Der Träger des Hospizes hat auf Verlangen innerhalb von sechs Wochen die personelle Ausstattung für den gemäß Absatz 4 geforderten Zeitraum nachzuweisen.
- (4) Der Bezugszeitraum für einen Personalabgleich umfasst grundsätzlich einen zusammenhängenden Zeitraum der letzten drei Kalendermonate. Sollten in diesem Zeitraum Personalunterdeckungen bestehen, kann dieser Bezugszeitraum auf bis zu sechs Kalendermonaten erweitert werden. Die für den Personalabgleich erforderlichen Daten sind in Form des Musters der Anlage 4 Personelnachweis der hessischen Rahmenvereinbarung zur Verfügung zu stellen. Weitere Unterlagen können im Einzelfall angefordert werden.

- (5) Extern gestelltes Personal ist gesondert auszuweisen. Zum Nachweis sind die Arbeitsstundenbelege, ersatzweise die Verträge vorzulegen.
- (6) Geleistete Überstunden/Mehrarbeitsstunden sind zu berücksichtigen.
- (7) Hält das Hospiz seine gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere seine Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag, ganz oder teilweise nicht ein, sind die vereinbarten Bedarfssätze für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend dem Verfahren nach § 115 Abs. 3 SGB XI zu kürzen.

Muster

§ 13

Abrechnung

- (1) 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.
- (2) Die Abrechnung der Hospizleistungen erfolgt monatlich.
- (3) Die Bezahlung der vollständigen und ordnungsgemäß eingereichten Rechnungen erfolgt innerhalb von 4 Wochen nach Eingang bei den Krankenkassen/Pflegekassen oder den von ihnen benannten Abrechnungsstellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (4) Überträgt das stationäre Hospiz die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat es die Krankenkassen/Pflegekassen bzw. Ersatzkassenverbände unverzüglich schriftlich zu informieren. Den Krankenkassen/Pflegekassen bzw. Ersatzkassenverbänden ist der Beginn und das Ende der Abrechnung der Name und das Institutionskennzeichen der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Es ist eine Erklärung des stationären Hospizes beizufügen, dass die Zahlungen der Krankenkassen/Pflegekassen an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen. Das stationäre Hospiz ist verpflichtet selbst dafür zu sorgen, dass mit dem den Krankenkassen/Pflegekassen mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zu Gunsten der den Krankenkassen/Pflegekassen gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht, hierfür ist ein entsprechender Nachweis der bisherigen Abrechnungsstelle über die Beendigung den Krankenkassen/Pflegekassen bzw. Ersatzkassenverbänden vorzulegen.
- (5) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle nach Absatz 4 übertragen werden soll, ist die mit der beauftragten Abrechnungsstelle getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung den Krankenkassen/Pflegekassen bzw. Ersatzkassenverbänden vorzulegen.
- (6) Beanstandungen bei erkennbaren Mängeln müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Die gesetzlichen Verjährungsfristen bleiben unberührt. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen können die Krankenkassen/Pflegekassen dem stationären Hospiz die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben. Bei Sammelrechnungen werden nur strittige Rechnungspositionen von der Bezahlung ausgenommen. Einzelvereinbarungen bleiben davon unberührt.
- (7) Mit Einführung des DTA gelten für die Abrechnung die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

§ 14

Datenschutz, Schweigepflicht

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz BDSG bzw. KDG oder DSG-EKD) einzuhalten.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten (analog KOG oder DSG-EKD).
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse personenbezogene Daten von Versicherten (wie z.B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungsfristen bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO (analog KOG oder DSG-EKD) für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (6) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen/deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst (MD) und der leistungspflichtigen Krankenkasse soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 15

Schiedsperson

Im Falle von Nichteinigung zu Vertragsinhalten zwischen den Vertragspartnern, legt eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt fest. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließenden Krankenkassen zuständige Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

§ 16

Vertragsverstöße

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln, für eine gewissenhafte und ordnungsgemäße Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen.
- (2) Handelt ein Vertragspartner entgegen den Bestimmungen dieses Vertrages, kann vom jeweils anderen Vertragspartner Abhilfe bzw. Unterlassung verlangt werden; die Aufforderung bedarf der Schriftform. Schadensersatzansprüche bleiben davon unberührt.
- (3) Beachtet der Leistungserbringer seine vertraglichen Pflichten nicht in der gebotenen Weise, können die Verbände der Krankenkassen/Pflegekassen und die Ersatzkassen gemeinsam nach Anhörung des Leistungserbringers und unter Berücksichtigung des Prinzips der Verhältnismäßigkeit Maßnahmen beschließen.

Als Maßnahmen kommen in Betracht:

1. Verwarnung
2. Abmahnung
3. Kündigung des Vertrages

§ 17

Kündigung

- (1) Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.
- (2) Die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen Hessen kündigen den Vertrag gemeinsam und einheitlich, wenn die Voraussetzungen der Zulassung nicht mehr erfüllt sind.
- (3) Die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen Hessen können den Vertrag auch ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gemeinsam und einheitlich kündigen, wenn das Hospiz seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Hospizgästen 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.

§ 18

Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt am **XX.XX.XX** in Kraft.

§ 19

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

Ort, den

Träger des Hospizes

Federführende Krankenkasse