

Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Kinder- und Jugendhospizversorgung vom 31.03.2017, i. d. F. vom 18.11.2024

zwischen

dem GKV-Spitzenverband¹, 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
- der Diakonie Deutschland - Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., Berlin

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V

Präambel

Wenn Kinder² lebensverkürzend erkranken, stellt dies das ganze Familiensystem sowie die Begleitenden vor besondere Herausforderungen. Stationäre Kinder- und Jugendhospize bieten Begleitung ab der Diagnose der unheilbaren Erkrankung bis zum Lebensende (Finalphase). Bei lebensverkürzend erkrankten Kindern kann die Begleitung daher auch Wochen, Monate oder Jahre dauern. Die Rahmenvereinbarungspartner empfehlen, dass auf regionaler Ebene Abstimmungs- und Planungsprozesse zur Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern vor Ort mit allen daran Beteiligten stattfinden.

Im Vordergrund der Kinder- und Jugendhospizarbeit steht die ambulante und stationäre Begleitung der Familie mit dem Ziel, Kindern mit einer lebensverkürzenden Erkrankung ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen.

Die Wünsche und Bedürfnisse der erkrankten Kinder und ihrer Zugehörigen stehen im Zentrum des Handelns der stationären Kinder- und Jugendhospize. Die Stärkung der Familie, die Vorbereitung auf das Sterben des Kindes und die Begleitung der Geschwister sowie die Trauerbegleitung sind Schwerpunkte der Arbeit des stationären Kinder- und Jugendhospizes. Dabei steht das ganze Familiensystem im Mittelpunkt.

Zur Optimierung der Versorgung soll das stationäre Kinder- und Jugendhospiz im Rahmen des regionalen Netzwerkes mit allen an der Versorgung und Begleitung schwerstkranker Kinder Beteiligten eng zusammenarbeiten.

Dem gesetzlichen Auftrag entsprechend hat der GKV-Spitzenverband mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Kinder- und Jugendhospize maßgeblichen Spitzenorganisationen in dieser Rahmenvereinbarung das Nähere über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Kinder- und Jugendhospizversorgung vereinbart. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

² Soweit hier von "Kindern" die Rede ist, sind jeweils Kinder, Jugendliche und junge Volljährige in Anlehnung an die Definition im Kinder- und Jugendhilfegesetz (§ 7 Abs. 1 Nr. 1-3 SGB VIII) gemeint. Bei über 18-Jährigen sind Fallgestaltungen erfasst, in denen ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt und die Versorgung im Kinder- und Jugendhospiz von dem Betroffenen gewünscht wird.

§ 1 Stationäre Kinder- und Jugendhospize

- (1) Stationäre Kinder- und Jugendhospize sind selbstständige Einrichtungen der Palliativversorgung mit eigenständigem Versorgungsauftrag für Kinder mit einer lebensverkürzenden Erkrankung. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8 und höchstens 16 Plätzen. Die räumliche Gestaltung der Einrichtung muss auf die besonderen Bedürfnisse der lebensverkürzend erkrankten Kinder ausgerichtet sein. Stationäre Kinder- und Jugendhospize begleiten das kranke Kind und deren nächste Zugehörige³ (nachfolgend Zugehörige). Ihre Mitaufnahme und Begleitung durch besonders geschultes Personal gehört zum Aufgabenspektrum des stationären Kinder- und Jugendhospizes. Stationäre Kinder- und Jugendhospize verfügen über eine besondere personelle und räumliche Ausstattung, die eine palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung gewährleistet. Sie bringen einen Anteil der Kosten durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement auf. Stationäre Kinder- und Jugendhospize 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, Vertragsärzten etc.) und arbeiten mit ambulanten Kinder- und Jugendhospizdiensten eng zusammen. Die hospizliche Betreuung und Versorgung erfolgt auf der Grundlage eines Einrichtungskonzeptes, das auf die Belange schwerstkranker und sterbender Kinder ausgerichtet ist.
- (2) Anstelle der vollstationären Kinder- und Jugendhospizversorgung kann die palliative Versorgung und psychosoziale Betreuung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der erkrankten Kinder und ihrer Zugehörigen zu gewährleisten, so dass sie möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung leben können. Die teilstationäre Versorgung kann sowohl als Ergänzung eines ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienstes, als auch als integraler Bestandteil eines vollstationären Kinder- und Jugendhospizes vorgehalten werden. Die in den §§ 8 und 9 getroffenen Regelungen sind auf teilstationäre Kinder- und Jugendhospize unter Berücksichtigung des abweichenden Versorgungs- und Betreuungsauftrags entsprechend anzuwenden.
- (3) Stationäre Kinder- und Jugendhospize sind aufgrund ihres Versorgungsauftrages baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Es ist deshalb ausgeschlossen, dass ein stationäres Kinder- und Jugendhospiz Bestandteil eines Krankenhauses, einer stationären Pflegeeinrichtung oder eines stationären Hospizes für Erwachsene ist.

³ Zu den nächsten Zugehörigen zählen in der Regel Eltern und Geschwister.

§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte

- (1) Grundvoraussetzungen für die Aufnahme in ein stationäres Kinder- und Jugendhospiz sind, dass
 - a) das Kind unheilbar erkrankt ist,
 - b) das Kind eine verkürzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen, Monaten oder auch Jahren hat,
 - c) das Kind das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat⁴,
 - d) eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist oder von den Eltern/Sorgeberechtigten/dem Betroffenen nicht gewünscht wird und
 - e) eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden (Zugehörige sowie weiterer ambulanter Versorgungsangebote⁵) übersteigt; dies kann auch intermittierende Aufenthalte in stationären Kinder- und Jugendhospizen erforderlich machen. Bei erkrankten Kindern kommt der Entlastung des Familiensystems bereits ab Diagnosestellung besondere Bedeutung zu.
- (2) Eine Versorgung und Begleitung in einem stationären Kinder- und Jugendhospiz kommt – sofern die vorgenannten Grundvoraussetzungen im Einzelfall erfüllt sind – insbesondere bei einer der folgenden Erkrankungen in Betracht:
 - a) progrediente Erkrankungen ohne die Möglichkeit einer kurativen Therapie, z. B. Muskeldystrophie Duchenne, neurometabolische Erkrankungen,
 - b) irreversible, aber nicht progrediente Erkrankungen mit typischen Komplikationen, die einen progredienten Verlauf bedingen z. B. schwerste Zerebralparese, einzelne (seltene) genetisch bedingte Fehlbildungssyndrome,
 - c) Erkrankungen, bei denen ein früher Tod unvermeidlich ist, z. B. Mukopolysaccharidose (MPS), Leukodystrophie, einzelne (seltene) genetisch bedingte Fehlbildungssyndrome,
 - d) lebensbedrohliche Erkrankungen, für die eine kurative Therapie prinzipiell verfügbar ist, jedoch auch zu einem frühen Tod führen kann, z. B. onkologische Erkrankungen, transplantationspflichtiges progredientes Organversagen.
- (3) Die Notwendigkeit der stationären Kinder- und Jugendhospizversorgung nach den Absätzen 1 und 2 ist durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt oder Krankenhausärztin bzw. Krankenhausarzt schriftlich zu bestätigen. Die Leistung ist zunächst auf 4 Wochen befristet; § 275 SGB V bleibt unberührt.

⁴ Eine Aufnahme von Menschen in einem stationären Kinder- und Jugendhospiz, die das 27. Lebensjahr bereits vollendet haben, stellt eine sehr seltene Ausnahme dar und kommt nur dann in Betracht, wenn der Mensch bereits seit Langem erkrankt ist, in der Regel schon in der Palliativversorgung ist, von seiner geistigen Entwicklung her eher als Kind/Jugendlicher einzustufen ist und ein Versterben in wenigen Wochen oder Monaten zu erwarten ist.

⁵ Hierzu gehören insbesondere Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung, der häuslichen Krankenpflege, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, des ambulanten Hospizdienstes sowie Angebote durch weitere Berufsgruppen und ergänzende auf die Familie bezogene ambulante Versorgungsformen.

§ 3 Versorgungsumfang

- (1) Im stationären Kinder- und Jugendhospiz werden für das erkrankte Kind neben der Unterkunft und Verpflegung palliativ-pflegerische, palliativ-medizinische⁶, therapeutische, pädagogische⁷ und psychosoziale Versorgung und Begleitung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erbracht. Ebenso werden Zugehörige auf Wunsch mit aufgenommen und begleitet.
- (2) Die palliative Versorgung soll das Leiden der Kinder lindern helfen und deren Lebensqualität fördern. Sie werden auch unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte alters- und entwicklungsentsprechend betreut und begleitet.
- (3) Die zu erbringende palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erstrecken sich insbesondere auf die folgenden, je nach Bedarf zu erbringenden Tätigkeiten:
 - eine intensive und permanente Krankenbeobachtung der Mimik, Muskelspannung und Atmung, weil gerade bei erkrankten Kindern häufig eine eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeit besteht,
 - 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,
 - Betreuung und Pflege von beatmeten Kindern,
 - Organisation der notwendigen ärztlichen Versorgung,
 - angemessene hygienische Maßnahmen.
- (4) Die Begleitung und Beschäftigung der Kinder im stationären Kinder- und Jugendhospiz richtet sich nach ihrem Entwicklungsstand und ihren individuellen Bedürfnissen. Die soziale Betreuung der Kinder mit einer lebensverkürzenden Erkrankung umfasst insbesondere die Gestaltung eines anregenden und sinnerfüllten Tagesablaufes, emotionale Nähe und Aufbau einer Beziehung zu den Pflegenden und Betreuenden.

⁶ 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.

⁷ Hierzu gehören pädagogische Angebote im Rahmen der Betreuung, jedoch keine schulischen Angebote.

- (5) Im Rahmen der psychosozialen Begleitung stehen dem erkrankten Kind die Begleitung im Sterbeprozess sowie Trauerbegleitung⁸, Hilfen beim Verarbeitungsprozess, Krisenintervention sowie Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten zur Verfügung. Die Kinder benötigen in der Regel Hilfestellung bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Diese Leistungen umfassen die Begleitung der erkrankten Kinder, die Einbeziehung der Zugehörigen in die Begleitung, sowie Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen.
- (6) Das stationäre Kinder- und Jugendhospiz stellt sicher, dass die notwendige ärztliche Behandlung und Versorgung der Kinder mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln gewährleistet ist. Diese ärztliche Behandlung, Arznei-, Verband- und Heilmittel werden im Rahmen der §§ 28, 31 und 32 SGB V übernommen. Sofern die palliativ-ärztliche Versorgung im Rahmen des § 28 SGB V und 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.

§ 4 Konzept des stationären Hospizes

- (1) Im stationären Kinder- und Jugendhospiz arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen und Ehrenamtliche zum Wohle der Versicherten und ihrer Zugehörigen⁹ zusammen.
- (2) Die Arbeit aller im stationären Kinder- und Jugendhospiz Handelnden basiert auf einem aussagekräftigen, verbindlichen Versorgungskonzept, in dem die gemeinsamen Aufgaben konkretisiert und die Zusammenarbeit beschrieben ist. Das Versorgungskonzept beinhaltet die konkrete Umsetzung der Palliativversorgung. Es muss darüber hinaus verdeutlichen, wie die qualifizierte Leistungserbringung erfolgen soll.
- (3) Das Konzept enthält insbesondere Aussagen zur/zu
- den vier Dimensionen hospizlicher Arbeit (physisch, psychisch, sozial, spirituell),
 - Versorgung auf der Basis des pädiatrischen Palliative-Care-Ansatzes (z. B. Symptomkontrolle, Gestaltung von Beziehungen, ethisches Grundverständnis und ethische Haltung, Essen und Trinken am Lebensende), Beschreibung der regionalen Netzwerkstrukturen bzw. Kooperationen, insbesondere
 - Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und
 - Sicherstellung der Versorgung mit Medikamenten und Hilfsmitteln,
 - Interkulturellen Öffnung,
 - Umsetzung der strukturellen und sächlichen Anforderungen gemäß Rahmenvereinbarung (z. B. personell, räumlich, Dokumentation, Qualitätsentwicklung),
 - Aufnahme und Entlassung,
 - Arbeit mit Zugehörigen, insbesondere Geschwister,

⁸ Die Trauerbegleitung der Zugehörigen nach dem Tod des Kindes gehört zur konzeptionellen Ausrichtung des stationären Kinder- und Jugendhospizes. Die diesbezüglichen Aufwendungen gehen nicht in die Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfssatzes ein.

⁹ Zu den Zugehörigen zählen Angehörige und weitere dem oder der Versicherten Nahestehende.

- Ausgestaltung der pädagogischen Angebote im Rahmen der Betreuung gemäß § 3 Abs. 1,
- Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen,
- Krisenintervention,
- Verabschiedung der oder des Verstorbenen,
- dem Umgang mit Trauer.

§ 5 Qualitätsentwicklung

- (1) Die Versorgung und Begleitung im stationären Kinder- und Jugendhospiz ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten Erkenntnissen der Pflegewissenschaften sowie dem aktuellen Stand des Wissens in pädiatrischer Palliative Care bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der oder des Versicherten sowie die Belange ihrer oder seiner Zugehörigen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Wille der oder des Versicherten (Patientenwille), der durch die Patientenverfügung und/oder die Sorgeberechtigten zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.
- (2) Die Qualität der Leistungserbringung ist laufend zu prüfen und anzupassen¹⁰. Dabei ist insbesondere darauf abzustellen, inwieweit den individuellen Bedürfnissen der Kinder entsprochen und damit ein Höchstmaß an persönlicher Lebensqualität ermöglicht wurde.
- (3) Das stationäre Hospiz führt auf der Basis seiner konzeptionellen Grundlagen ein internes Qualitätsmanagement durch, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist. Das stationäre Hospiz soll sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.
- (4) Qualitätsmanagement bezeichnet grundsätzlich die im stationären Kinder- und Jugendhospiz organisierten Maßnahmen zur Steuerung der vereinbarten Leistungserbringung und gegebenenfalls deren Verbesserung. Qualitätsmanagement schließt alle wesentlichen Managementprozesse (z. B. Verantwortung der Leitung, Ressourcenmanagement, Leistungserbringung, Analyse, Bewertung, Verbesserung, Beschwerdemanagement) ein und entwickelt diese weiter. Das stationäre Hospiz stellt über das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sicher, dass
 - die vereinbarten Leistungen in der vereinbarten Qualität erbracht werden,
 - die Erbringung der vereinbarten Leistungen sich an den Bedürfnissen der versorgten Versicherten und den fachlichen Erfordernissen orientiert und dass sie stetig überprüft und gegebenenfalls verbessert wird,
 - die Verantwortlichkeiten, Abläufe und eingesetzten Methoden und Verfahren in den Leistungsbereichen der Einrichtung beschrieben und nachvollziehbar sind,
 - die wesentlichen Maßnahmen und Verfahren des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dokumentiert werden.

¹⁰ Zu den Voraussetzungen für externe Qualitätsprüfungen siehe Protokollnotiz Abs. 2.

- (5) Die Verantwortung für die Umsetzung des Qualitätsmanagements liegt auf der Leitungsebene des stationären Hospizes. Das stationäre Kinder- und Jugendhospiz stellt für das Qualitätsmanagement die personellen und sächlichen Ressourcen zur Verfügung. Bedingung für ein effektives Qualitätsmanagement ist, dass alle vom jeweiligen Prozess betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbezogen sind. Qualitätsmanagement erfordert die Festlegung von Zielen. Die Maßnahmen und Verfahren zur Erreichung der Qualitätsziele werden durch einen stetigen Prozess der Planung, Ausführung, Überprüfung und gegebenenfalls Verbesserung bestimmt. Die Leitung muss sicherstellen, dass hierfür geeignete Prozesse der Kommunikation innerhalb des stationären Kinder- und Jugendhospizes eingeführt werden.
- (6) Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung sind u. a.:
- die Einsetzung von Qualitätsbeauftragten,
 - die Einrichtung von Qualitätszirkeln,
 - die Durchführung interner Audits,
 - die Entwicklung und Weiterentwicklung von Regelungen, die für die zuverlässige Leistungserbringung der bedeutsamen Prozesse (Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse) des Hospizes erforderlich sind,
 - Verfahren/Prozesse zur Aufnahme, Bearbeitung und gegebenenfalls Lösung von Beschwerden der Versicherten bzw. deren Zugehörigen, ggf. sind auch die Erwartungen und Bewertungen anderer an der Versorgung Beteiligten einzubeziehen,
 - eine Prozessbeschreibung für die interne und externe Kommunikation,
 - die Mitwirkung an externen Audits,
 - die Mitwirkung an professionsübergreifenden Qualitätszirkeln¹¹.
- (7) Das stationäre Kinder- und Jugendhospiz verfügt über geeignete schriftliche Regelungen im Rahmen von Kriseninterventionen.
- (8) Die Ergebnisqualität beschreibt die Wirkung der Hospizversorgung auf die Versicherte oder den Versicherten. Sie zeichnet sich im Erhalt oder der Wiederherstellung einer besseren Lebensqualität aus. Dies könnten z. B. Schmerzlinderung und die Linderung weiterer Symptome, der erreichte Pflegezustand, Selbstbestimmungs-, Wohlbefindens- oder Zufriedenheitsgrad sein, aus denen im Ergebnis ein Höchstmaß an Lebensqualität resultiert. Hierbei sind auch Wünsche nach Nähe und Zuwendung sowie nach Distanz zu berücksichtigen. Dies zeigt sich in der Berücksichtigung der sich wandelnden Wünsche und Bedürfnisse der oder des versorgten Versicherten, (z. B. bezüglich Hygiene, Privat- und Intimsphäre, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung). Die oder der Versicherte wird bei der Auseinandersetzung mit Fragestellungen in Bezug auf das Sterben oder die unheilbare Krankheit unterstützt und begleitet.

¹¹ Wenn das im Einzelfall nicht möglich ist, ist das begründet darzulegen.

§ 6 Pflegeprozess und Dokumentation¹²

(1) Die Beratung, Begleitung und Pflege der oder des Versicherten erfolgt entsprechend des Versorgungskonzepts personenzentriert unter Berücksichtigung von Besonderheiten und einer bedarfsgerechten situativen Anpassung. Der Pflegeprozess umfasst die Schritte Informationssammlung, Maßnahmenplanung, Intervention/Durchführung und Evaluation. Bei allen Schritten sind die Besonderheiten der stationären Hospizversorgung zu berücksichtigen.

(2) Im Hinblick auf die palliativ-pflegerische Versorgung stellt sich der Pflegeprozess wie folgt dar:

- Informationssammlung:

Zu Beginn der Versorgung führt das Hospiz eine Informationssammlung für jede versorgte Versicherte oder jeden versorgten Versicherten durch. Dabei sind die relevanten Ressourcen, Fähigkeiten, Symptome, Krisen, relevante Risiken, Phänomene, Bedürfnisse, Bedarfe und biografischen Informationen der oder des versorgten Versicherten zu berücksichtigen und Stammdaten zu erheben. Für die palliativ-pflegerische Versorgung erhebt das stationäre Kinder- und Jugendhospiz bei Bedarf weitere Informationen, die für die Durchführung der bedarfsgerechten Versorgung erforderlich sind.

Das Zusammenführen der individuellen Sicht der Versicherten beziehungsweise der Zugehörigen/Sorgeberechtigten mit der fachlichen Einschätzung der Pflegefachkraft erfordert, nicht nur zu Beginn, sondern fortlaufend, einen Verständigungs- und Aushandlungsprozess.

Das Ergebnis dieses Verständigungsprozesses bildet die Grundlage für die Durchführung der Maßnahmen. Abweichende Auffassungen zwischen der fachlichen Einschätzung der Pflegefachkraft und der individuellen Sicht der oder des Versicherten beziehungsweise der Zugehörigen/Sorgeberechtigten oder sonstiger bevollmächtigter Personen zur pflegerischen Situation sowie den vorgeschlagenen Maßnahmen werden dokumentiert.

- Maßnahmenplanung:

Die Maßnahmenplanung basiert auf dem oben beschriebenen Aushandlungsprozess und orientiert sich in der Regel an den relevanten Pflegephänomenen und dem individuell ausgestalteten Tag (einschließlich der nächtlichen Versorgung).

Die Maßnahmenplanung umfasst die ausgehandelten individuell erforderlichen Pflegemaßnahmen und Maßnahmen der Behandlungspflege.

Für die Maßnahmen der Behandlungspflege erfolgt auf der Grundlage der ärztlichen Anordnung eine konkretisierende Maßnahmenplanung.

¹² Der Pflegeprozess umfasst in der hospizlichen Versorgung, Begleitung und Beratung, die vier Dimensionen hospizlicher Arbeit (physisch, psychisch, sozial, spirituell) sowie die Begleitung der Zugehörigen (einschließlich Trauerarbeit bis zum Tod). Für eine ganzheitliche Versorgung und Begleitung ist die Integration aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen maßgeblich.

Externe Leistungserbringer (z. B. Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte) müssen, sofern im Einzelfall erforderlich, in die Maßnahmenplanung einbezogen werden.

Aus der Situationseinschätzung im Rahmen der Informationssammlung und der daraus abgeleiteten Maßnahmenplanung wird deutlich, welches Ziel mit der jeweiligen Maßnahme verfolgt wird.

- Intervention/Durchführung:

Die Durchführung aller Maßnahmen erfolgt unter Beachtung des aktuellen Befindens entsprechend der Maßnahmenplanung. Situativ erforderliche Abweichungen und sonstige für den Versorgungsprozess relevante Hinweise werden dokumentiert.

- Evaluation:

Abhängig von der Gesundheitssituation und vom Pflegebedarf erfolgt die Evaluation der Pflegesituation und der Maßnahmenplanung sowie bei Bedarf eine Anpassung der Informationssammlung und der Maßnahmenplanung. Bei akuten Veränderungen erfolgt unverzüglich eine anlassbezogene Evaluation.

- (3) Bezogen auf die Maßnahmen der Behandlungspflege erfolgt die Anpassung der Maßnahmenplanung in enger Abstimmung mit einer Ärztin bzw. einem Arzt. Das stationäre Kinder- und Jugendhospiz weist die Ärztin oder den Arzt dabei auf einen möglichen Anpassungsbedarf der ärztlichen Anordnung hin.
- (4) Das stationäre Kinder- und Jugendhospiz hält ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vor, dass die Beratung, Begleitung und Versorgung der Versicherten abbildet und als intra- und interprofessionelles Kommunikations- und Steuerungsinstrument dient. Dieses ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Der Pflegeprozess und das Leistungsgeschehen bilden sich darin ab.
- (5) Die Anforderungen an die Dokumentation und insbesondere an den individuellen Dokumentationsaufwand müssen verhältnismäßig sein und dürfen für das stationäre Kinder- und Jugendhospiz über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen. Veränderungen des Pflege- und Gesundheitszustands sind zeitnah bis spätestens zur nächsten Übergabe zu dokumentieren. Mit dem Dokumentationssystem müssen mindestens die folgenden Inhalte erfasst werden können:
 - Stammdaten,
 - Informationssammlung einschließlich Symptomeinschätzung (inklusive Diagnosen, Medikation, gegebenenfalls differenziertes Assessment) und pflegerelevanter biografischer Informationen,
 - Maßnahmenplanung,
 - Bericht und Ergebnisse des fortlaufenden Monitorings der oder des Versicherten im Behandlungsverlauf (z. B. Schmerz, Atemnot),
 - Adaption und Fortschreibung des individuellen Maßnahmenplanes (inkl. Medikamentenplan und Bedarfsmedikation); Durchführungsnachweis für Behandlungspflege und ggf. weitere individuell festgelegte Maßnahmen,
 - Ergebnisse der Fallbesprechungen mit gegebenenfalls Formulierung eines Maßnahmenplanes.

Die Dokumentation wird regelmäßig vom stationären Kinder- und Jugendhospiz aktualisiert. Durch das stationäre Kinder- und Jugendhospiz ist sicherzustellen, dass andere an der medizinisch-pflegerischen Versorgung der oder des Versicherten Beteiligte (z. B. Vertragsärztin oder Vertragsarzt,) unter datenschutzrechtlichen Bestimmungen Zugang zu den Informationen aus der Dokumentation haben.

§ 7 Qualifikationsanforderungen

- (1) Der Träger des stationären Kinder- und Jugendhospizes hält das für die Versorgung und Begleitung der Kinder sowie die Begleitung der Zugehörigen gemäß dieser Rahmenvereinbarung erforderliche und geeignete Personal in seinem stationären Kinder- und Jugendhospiz bereit und übernimmt die Gewähr für eine fach- und sachgerechte Versorgung und Begleitung. Die nachstehenden Qualitätsanforderungen sind durchgängig zu erfüllen.
- (2) Die Pflege ist bei ständiger Präsenz einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder eines Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers oder einer Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. eines Gesundheits- und Krankenpflegers oder einer Pflegefachfrau bzw. eines Pflegefachmannes rund um die Uhr und ganzheitlich zu erbringen.
- (3) Die verantwortliche Pflegefachkraft hat die folgenden Voraussetzungen zu erfüllen:
 - Sie besitzt als Fachkraft die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen:
 - Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
 - Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger oder
 - Pflegefachfrau oder Pflegefachmann
 - Sie kann eine mindestens dreijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Berufserlaubnis in den oben genannten Berufen innerhalb der letzten acht Jahre in einer Kinderklinik/Krankenhaus oder einer von den Kranken-/Pflegekassen zugelassenen Kinderpflegeeinrichtung/Pflegeeinrichtung nachweisen, wobei zumindest zwei Jahre auf eine hauptberufliche Tätigkeit in einem stationären Kinder- und Jugendhospiz, in einer Kinderklinik, in einem Palliative-Care-Team für Kinder oder in einem ambulanten Kinderkrankenpflegedienst oder ambulanten Pflegedienst mit einem Kinderkrankenpflegeteam entfallen.
 - Sie verfügt über den Abschluss
 - einer pädiatrischen Palliative-Care-Weiterbildung, die nach Umfang und Inhalt den Vorgaben der Anlage 1 entspricht (im Umfang von mindestens 160 Unterrichtseinheiten und 40 Unterrichtseinheiten Abschlussarbeit), oder den Abschluss oder
 - einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme, die nach Umfang und Inhalt den Vorgaben der Anlage 2 (im Umfang von 160 Unterrichtseinheiten) entspricht sowie den Abschluss eines Zusatzmoduls pädiatrische Palliative-Care, das nach Umfang und Inhalt den Vorgaben der Anlage 3 (im Umfang von 40 Unterrichtseinheiten) entspricht, oder hat
 - 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 stationären Kinder- und Jugendhospiz 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 Kinder- und Jugendhospiz hat darüber hinaus das folgende Personal:
- a) Eine hauptberuflich im stationären Kinder- und Jugendhospiz festangestellte Fachkraft mit der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, entsprechend den jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen als stellvertretende Leitung. Sie hat den Abschluss:
 - einer pädiatrischen Palliative-Care-Weiterbildung, die nach Umfang und Inhalt den Vorgaben der Anlage 1 entspricht (im Umfang von mindestens 160 Unterrichtseinheiten und 40 Unterrichtseinheiten Abschlussarbeit), oder den Abschluss
 - einer Palliative-Care- / Weiterbildungsmaßnahme, die nach Umfang und Inhalt den Vorgaben der Anlage 2 (im Umfang von 160 Unterrichtseinheiten) entspricht sowie den Abschluss eines Zusatzmoduls pädiatrische Palliative-Care, das nach Umfang und Inhalt den Vorgaben der Anlage 3 (im Umfang von 40 Unterrichtseinheiten) entspricht, oder hat
 - den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten.
 - b) Ständig – entsprechend der Patientenzahl – weitere festangestellte ausgebildete Pflegefachfrau/Pflegefachmann, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Heilerziehungspflegerin/Heilerziehungspfleger, im Einzelfall Altenpflegerin/Altenpfleger¹³; der Einsatz des Personals erfolgt entsprechend der jeweiligen Ausbildung und Qualifikation. Mindestens 50 % der Mitarbeitenden benötigen den Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme (siehe Anlage)¹⁴.
 - c) Psychosoziale Fachkräfte.
 - d) Leitungs- und Verwaltungspersonal.
 - e) Hauswirtschafts- und Funktionspersonal.

¹³ Altenpflegerin oder Altenpfleger mit einer dreijährigen Berufsausbildung (nach dem Altenpflegegesetz vom 25.08.2003 oder nach dem PflBG) oder mit einer dreijährigen Ausbildung nach Landesrecht mit mind. 3 Jahren einschlägiger Berufserfahrung in der behandlungspflegerischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen z. B. in der häuslichen Umgebung (auch durch die Mitarbeit in einem SAPV-KJ-Team) oder auf einer Fachstation für Kinder- und Jugendmedizin eines Krankenhauses (z. B. Neuropädiatrie, Kinderonkologie, Neonatologie, Kinderintensiv) innerhalb der letzten 7 Jahre mit einem Stellenumfang von mindestens 19,5 Wochenstunden bei einer 39 Stunden-Woche.

¹⁴ Sofern der Nachweis bezüglich der Palliative Care Weiterbildung für mind. 50 % der Mitarbeitenden nicht erbracht werden kann, ist diese Voraussetzung spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Rahmenvereinbarung bzw. nach Neueröffnung eines stationären Kinder- und Jugendhospizes nachzuweisen.

- (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, Rehabilitationspädagogik, Heilpädagogik,
 - b) den Abschluss
 - einer pädiatrischen Palliative-Care-Weiterbildung, die nach Umfang und Inhalt den Vorgaben der Anlage 1 entspricht (im Umfang von mindestens 160 Unterrichtseinheiten und 40 Unterrichtseinheiten Abschlussarbeit)¹⁵, oder den Abschluss
 - einer Palliative-Care- / Weiterbildungsmaßnahme, die nach Umfang und Inhalt den Vorgaben der Anlage 4 (im Umfang von 120 Unterrichtseinheiten) entspricht sowie den Abschluss eines Zusatzmoduls pädiatrische Palliative-Care, das nach Umfang und Inhalt den Vorgaben der Anlage 3 (im Umfang von 40 Unterrichtseinheiten) entspricht¹⁶, oder hat
 - den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten.
- (7) Das Personal nach a) bis e) hat sich in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auf dem neu-esten Stand der Erkenntnisse des jeweiligen Arbeitsgebietes zu halten.
- (8) Ein Kernelement der Kinder- und Jugendhospizarbeit ist der Dienst Ehrenamtlicher. Durch ihr Engagement leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag bei der Begleitung der erkrankten Kinder sowie ihrer Zugehörigen. Das stationäre Kinder- und Jugendhospiz setzt Ehrenamtliche entsprechend ihrer nachgewiesenen Befähigung ein und sorgt für deren regelmäßige Begleitung.

§ 8 Personalausstattung für ein solitäres Kinder- und Jugendhospize

- (1) Für die nach § 7 erforderliche Personalausstattung gelten die nachfolgend festgelegten bundesweit einheitlichen Orientierungsgrößen, die für ein stationäres Kinder- und Jugendhospiz mit 8 Plätzen kalkuliert wurden. Die Orientierungsgrößen beziehen sich auf ein stationäres Kinder- und Jugendhospiz, das die für die Sicherstellung der Versorgung und Betreuung erforderlichen Leistungen ausschließlich durch eigenes Personal erbringt (solitäres stationäres Kinder- und Jugendhospiz). 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 § 7 Abs. 3, Abs. 5 Buchstabe a und b sowie der Hospizleitung – auch stundenweise extern abgedeckt werden können. Die regionalen Vertragspartner haben die notwendige Personalausstattung des

¹⁵ Sofern der Nachweis bezüglich der Palliative Care Weiterbildung nicht erbracht werden kann, ist diese Voraussetzung bei bereits bestehenden stationären Kinder- und Jugendhospizen spätestens 3 Jahre nach Inkrafttreten dieser Rahmenvereinbarung bzw. nach Neueröffnung eines stationären Kinder- und Jugendhospizes 3 Jahre nach Inkrafttreten des Versorgungsvertrages nach § 39a Abs.1 Satz 11 SGB V nachzuweisen.

¹⁶ Siehe Fußnote 15.

stationären Kinder- und Jugendhospizes unter Berücksichtigung dieser Grundlagen vertraglich zu vereinbaren.

- (2) Als Orientierungsgröße nach Abs. 1 gelten die nachfolgenden Werte¹⁷. Sie bieten den regionalen Vertragspartnern den Rahmen für die Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstruktur, der individuellen Anzahl der Plätze und der konzeptionellen Ausrichtung des stationären Kinder- und Jugendhospizes. Je nach Platzzahl und konzeptioneller Ausrichtung sind diese Orientierungsgrößen bei stationären Kinder- und Jugendhospizen mit Platzzahlen über 8 Plätzen angemessen anzupassen. Eine lineare Fortschreibung der Orientierungsgrößen ausschließlich anhand der Platzzahl kann daraus nicht abgeleitet werden.
- (3) Folgende Personalausstattung hält das stationäre Kinder- und Jugendhospize bereit:

Funktion	Stellenanteil
<u>Pflege:</u> Pflegefachkräfte nach § 7 Abs. 5 a und b	20,86 VZÄ ¹⁸
<u>Betreuung:</u> psychosoziale Fachkräfte nach § 7 Abs. 5 c sowie therapeutische Fachkräfte	3,25 VZÄ
<u>Leitung/Verwaltung:</u> - Hospizleitung - Verantwortliche Pflegefachkraft - Verwaltung - Qualitätsmanagement/Koordination Ehrenamt	0,5 VZÄ 0,75 VZÄ 1,0 VZÄ 0,5 VZÄ
<u>Hauswirtschaft:</u> Küche, Reinigung, Haustechnik	4,3 VZÄ

§ 9 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),
 - Therapiebetten mit hohen Seitenteilen,
 - Toilettenstühle (Standardgröße),

¹⁷ 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 2,4 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) ausgegangen.

¹⁸ Das Vollzeitäquivalent (VZÄ) gibt an, wie viele Vollzeitstellen sich rechnerisch bei einer gemischten Personalbelegung bei Teilzeitbeschäftigten ergeben.

- Lifter (Bett, Badewanne),
- Infusionsständer,
- Pflegerische Verbrauchsgüter und Arbeitsmaterialien.

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

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

- (2) Der individuelle Anspruch der oder des Versicherten auf eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V) bleibt dabei unberührt. Die Krankenkasse der oder des jeweiligen Versicherten realisiert diese Ansprüche vor dem Hintergrund der kurzen Verweildauer der Gäste in Zusammenarbeit mit dem stationären Kinder- und Jugendhospiz schnellstmöglich.
- (3) Das stationäre Kinder- und Jugendhospiz 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 Einbettzimmer. Für die räumliche Ausstattung gelten die in Abs. 4 festgelegten bundesweit einheitlichen Orientierungsgrößen, die für ein stationäres Kinder- und Jugendhospiz mit 8 Plätzen kalkuliert wurden. Hierbei wird zugrunde gelegt, dass mit Blick auf den Raumbedarf durchschnittlich 3 Zugehörige (in der Regel Eltern und Geschwister) je Kind aufgenommen werden. Die Orientierungsgrößen dienen als kalkulatorische Größe für die Förderung der Investitionskosten und Investitionsfolgekosten nach § 12 Abs. 11. Die bauliche Umsetzung kann je nach Konzept und Bestand hiervon abweichen. Landesrechtliche Regelungen zur Investitionskostenförderung von stationären Kinder- und Jugendhospizen sowie baurechtliche Regelungen bleiben unberührt.
- (5) Als Orientierungsgrößen gelten nachfolgende Werte. Sie bieten den regionalen Vertragspartnern den Rahmen für die Berechnung der Größe des stationären Kinder- und Jugendhospizes im Verhältnis zur Anzahl der Plätze und der konzeptionellen Ausrichtung. Eine lineare Fortschreibung

der Orientierungsgrößen für stationäre Kinder- und Jugendhospize mit mehr als 8 Plätzen ausschließlich anhand der Platzzahl kann daraus nicht abgeleitet werden.

Bereich	Räume
<u>Wohnbereich:</u> 400 qm insgesamt – 50 qm pro Platz (ggf. inklusive Balkon)	• 8 Einzelzimmer mit eigenem Zugang zu einem Badezimmer (WC und Dusche) • Familienzimmer für Zugehörige mit Badezimmer (in angemessener Anzahl) • Aufenthaltsraum für Familien
<u>Gemeinschaftsbereich:</u> 180 qm insgesamt	• Essraum/Essbereich • Gemeinschaftsraum/Gemeinschaftsbereich • Spielraum • Abschiedsraum/Raum der Stille
<u>Therapeutischer Bereich:</u> 70 qm insgesamt	• Therapieraum z. B. Snoezelenraum, Krankengymnastikraum • Angebotsräume z. B. Kreativraum, Computerraum
<u>Funktionsbereich:</u> 310 qm insgesamt	• Pflegebad • Küche • Dienstzimmer • Lagerräume für Lebensmittel, Hilfsmittel. Betten, Wäsche, etc. • Besprechungsraum • Arbeitsräume (Rein/Unrein) für Pflege und Hauswirtschaft • Büroräume • Umkleidezimmer für Mitarbeitenden (Dusche und WC) • Mitarbeitendenraum • Behindertengerechtes WC/Besucher-WC • Technikräume
<u>Verkehrsfläche:</u> 290 qm insgesamt	z. B. Flure, Treppen, Aufzüge

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

§ 10 Verträge

- (1) Stationäre Kinder- und Jugendhospize sind Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Vor diesem Hintergrund sollten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen insgesamt frühzeitig in Planungsprozesse bei Neugründungen einbezogen werden.
- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene schließen gemeinsam und einheitlich mit dem stationären Kinder- und Jugendhospiz, das die Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt, einen Versorgungsvertrag. Der Vertrag regelt insbesondere:
- a) Die Anzahl der angebotenen Plätze,
 - b) Meldungen des stationären Kinder- und Jugendhospizes an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (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 Kinder- und Jugendhospizes,
 - f) Zahlungsbedingungen des Zuschusses,
 - g) Begehung/Prüfung durch den MD,
 - h) Anforderungen an die Leistungsdokumentation,
 - i) Die Trägervertretung des stationären Kinder- und Jugendhospizes,
 - j) Mitteilungspflichten des stationären Kinder- und Jugendhospizes gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen soweit es die vertragsgemäße Durchführung betrifft. Anzuzeigen sind hiernach insbesondere:
 - die Unterschreitung der personellen Anforderungen an das stationäre Kinder- und Jugendhospiz im Hinblick auf die Versorgung nach § 7 Abs. 5 Buchstaben b-c sowie gemäß des Versorgungsvertrags und nach § 8 unter Angabe des Stellenanteils,¹⁹
 - das Eintreten und Ausscheiden von verantwortlichen Pflegefachkräften gemäß § 7 Abs. 3 und 5 Buchstabe a sowie gemäß § 8,
 - Änderungen der betrieblichen/organisatorischen Gegebenheiten: Änderung der Adressdaten, der Fax- und Telefondaten sowie der E-Mailadressen,
 - der Abschluss, die Kündigung bzw. Änderungen von Kooperationen,
 - jede Änderung der Trägerschaft/Betriebsinhaberschaft bzw. bei einem Gesellschafterwechsel/Wechsel der Geschäftsführung sowie der Rechtsform des stationären Kinder- und Jugendhospizes,
 - der Umstand, dass ein Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gegen das stationäre Kinder- und Jugendhospiz gestellt wurde (z. B. Träger des stationären Kinder- und Jugendhospizes)

¹⁹ Die Mitteilungspflicht ist anzuwenden, wenn die vereinbarte personelle Ausstattung mehr als drei Monate nicht eingehalten werden kann.

- eingeleitete strafrechtliche Ermittlungsverfahren gegen eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter des stationären Kinder- und Jugendhospizes, soweit sie im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung stehen, und soweit sie dem stationären Kinder- und Jugendhospiz bekannt sind,
 - strafrechtliche Ermittlungen gegen das stationäre Kinder- und Jugendhospiz oder dessen Träger²⁰.
- (3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind berechtigt, bei Änderungen nach Abs. 2 Buchstabe j zum Nachweis der organisatorischen und/oder personellen Voraussetzungen die Vorlage der erforderlichen Unterlagen zu verlangen. Das stationäre Hospiz legt die angeforderten Unterlagen innerhalb von 14 Tagen²¹ den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vor oder teilt diesen mit, aus welchen Gründen angeforderte Unterlagen nicht übermittelt, werden können.
- (4) Die Inhalte dieser Rahmenvereinbarung sind verbindlicher Bestandteil des Vertrages.
- (5) Aus dem Vertrag kann keine Belegungsgarantie des stationären Kinder- und Jugendhospizes gegenüber den Krankenkassen hergeleitet werden.
- (6) 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. Für den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach Abs. 2 sind 12 Monate nach Inkrafttreten dieser Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V zudem die Voraussetzungen des § 72 Abs. 3a oder Abs. 3b SGB XI sowie die in den Richtlinien nach § 72 Abs. 3c SGB XI bestimmten Voraussetzungen entsprechend zu erfüllen und darzulegen. Zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach Satz 2 gilt § 72 Abs. 3d SGB XI mit der Maßgabe, dass die entsprechenden Mitteilungen der stationären Hospize gegenüber den vertragsschließenden Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erfolgen. Die Meldepflicht nach § 72 Abs. 3e SGB XI gilt für stationäre Hospize, die im Sinne von § 72 Abs. 3a SGB XI an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, entsprechend.
- (7) In den zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und den stationären Kinder- und Jugendhospizen 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 bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließenden Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.
- (8) Verträge des stationären Kinder- und Jugendhospizes mit den Versicherten oder ihren gesetzlichen Vertretern dürfen keine Regelungen enthalten, die den Bestimmungen der Rahmenvereinbarung

²⁰ Soweit sie im Zusammenhang mit der stationären Hospizversorgung stehen.

²¹ Soweit zwischen den Vertragspartnern keine abweichenden Zeiträume vereinbart wurden.

und des Vertrages Abs. 2 entgegenstehen; Ausnahmeregelungen sind nur mit Zustimmung aller Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen statthaft.

- (9) Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht, wenn die Anforderungen dieser Rahmenvereinbarung und weiterer maßgeblicher landesrechtlicher Regelungen durch das stationäre Kinder- und Jugendhospiz erfüllt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen haben innerhalb von acht Wochen nach Zugang der erforderlichen und vollständigen Unterlagen bei den jeweils zuständigen Krankenkassen zu prüfen, ob die Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt sind und teilen das Ergebnis der Prüfung dem stationären Kinder- und Jugendhospiz umgehend mit. Die zuständige Krankenkasse nimmt eine erste inhaltliche Sichtung der Unterlagen vor und teilt dem stationären Kinder- und Jugendhospiz innerhalb von vier Wochen nach erstmaligem Eingang der Unterlagen mit, wenn die Unterlagen nicht vollständig sind und fordert diese nach. Bei Vorliegen der Voraussetzungen ist mit dem stationären Kinder- und Jugendhospiz umgehend in Verhandlungen zum Abschluss eines Versorgungsvertrages einzutreten.
- (10) Voraussetzung für einen Vertragsabschluss ist im Weiteren die Vorlage eines aussagekräftigen Versorgungskonzeptes nach § 4.
- (11) Zum Nachweis der organisatorischen und personellen Voraussetzungen, einschließlich der erforderlichen Eignung und Zuverlässigkeit, hat das stationäre Kinder- und Jugendhospiz die nachfolgenden Unterlagen vor Abschluss des Versorgungsvertrags den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einzureichen:
- a) Liste der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gemäß § 7:
 - 1. Pflegefachkräfte mit entsprechender Berufszulassung: Anerkennungsurkunden und Palliative-Care-Zertifikate gemäß § 7 Abs. 5,
 - 2. Psychosoziale Berufsgruppe mit entsprechender Berufszulassung oder Studienabschluss: Anerkennungsurkunden und Palliative-Care-Zertifikate gemäß § 7 Abs. 5,
 - 3. weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.
 - b) bei der Rechtsform:
 - 1. einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) einen Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, der Geschäftsführung, des Unternehmenszwecks sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichts,
 - 2. eines eingetragenen Vereins (e. V.) einen Auszug aus der Vereinssatzung in Kopie mit Angabe der Vorstandsmitglieder, der Geschäftsführung, des Vereinszwecks sowie einen beglaubigten Auszug aus dem Vereinsregister.
 - 3. einer Stiftung, einen Auszug aus der Stiftungssatzung in Kopie und ein Vertretungsnachweis der Vorstandsmitglieder, ausgestellt von der dafür zuständigen Landesbehörde. Ab dem 01.01.2026 ist ein beglaubigter Auszug aus dem bundesweiten Stiftungsregister im Sinne des § 82b BGB vorzulegen. Ein gesonderter Nachweis der Vertretungsberechtigung der Vorstandsmitglieder der eingetragenen Stiftung (e.S.) durch die dafür zuständige Landesbehörde entfällt dann.
 - c) für andere Gesellschaftsformen (z. B. GbR), Körperschaften und Anstalten gelten die Nachweispflichten entsprechend,
 - d) Nachweis eines Institutionskennzeichens (IK) für das stationäre Hospiz,

- e) Nachweis der Netzwerkkooperation gemäß § 4 Abs. 3 und ggf. der Verträge mit den Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern,
- f) Nachweis einer Betriebshaftpflichtversicherung,
- g) Anmeldung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft,
- h) Nachweis zur Zuverlässigkeit²²:
 - 1. aktuelles Führungszeugnis nach § 30 BZRG der vertretungsberechtigten Person(en) des stationären Kinder- und Jugendhospizes (z. B. Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer, Gesellschafterinnen und Gesellschafter, Prokuristinnen und Prokuristen),
 - 2. Kinderrechte- und Schutzkonzept zugunsten von Versicherten und im stationäre Kinder- und Jugendhospiz tätigen Personen zur Prävention von Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit und gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Dieses Schutzkonzept beinhaltet u. a. die folgende Verpflichtung: ausschließlich in der Verantwortung des stationären Kinder- und Jugendhospizes liegende interne Überprüfung der Zuverlässigkeit durch Einholung eines Führungszeugnisses nach § 30 BZRG aller Personen, die unmittelbar in die Versorgung der Versicherten eingebunden sind, durch das stationäre Kinder- und Jugendhospiz.
 - 3. Compliance-Konzept²³ mit nachfolgenden Inhalten:
 - a. Bekenntnis zur Compliance,
 - b. Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten bzgl. der Compliance,
 - c. Risikoanalyse zur Compliance und Festlegung von Präventivmaßnahmen,
 - Abrechnung von Tagesbedarfssätzen,
 - Annahme von Spenden,
 - Schutz des Eigentums der oder des Versicherten,
 - Anforderungen an Kooperationen mit Leistungserbringern,
 - d. Kontrolle der Compliance und Einführung eines Hinweisgeber-Systems,
 - e. Information und Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
 - f. Information der Versicherten.

§ 11 Kündigung von Versorgungsverträgen

- (1) Ein Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.
- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen kündigen einen Versorgungsvertrag gemeinsam und einheitlich, wenn die Voraussetzungen der Zulassung nicht mehr erfüllt sind.

²² Unzuverlässigkeit liegt dann vor, wenn die Person zu der Befürchtung Anlass gibt, er oder sie werde die ihm obliegenden Pflichten als Leistungserbringer oder als vertretungsberechtigte Person eines solchen nicht in ausreichendem Maße erfüllen, wobei diese Einschätzung eine Prognose seines künftigen Verhaltens erfordert, die sich auf Tatsachen, insbesondere auf das bisherige Verhalten der Person, stützen muss.

²³ Bei Neugründung eines stationären Kinder- und Jugendhospizes ist bei Antragstellung ein Grobkonzept vorzulegen und 2 Jahre nach Neueröffnung ein Feinkonzept nachzuweisen. Für bestehende stationäre Kinder- und Jugendhospize wird für die Erstellung des Feinkonzeptes eine Übergangszeit nach Inkrafttreten der Rahmenvereinbarung von 2 Jahren gewährt.

- (3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können einen Versorgungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gemeinsam und einheitlich kündigen, wenn das stationäre Kinder- und Jugendhospiz seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Gästen des stationären Kinder- und Jugendhospizes oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten am Versorgungsvertrag nicht zumutbar ist.
- (4) Eine Klage gegen die Kündigung eines Versorgungsvertrages hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 12 Vergütungsgrundsätze und Krankenkassenleistung

- (1) Zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen (gemeinsam und einheitlich auf Landesebene) und dem stationären Kinder- und Jugendhospiz bzw. dessen Träger wird auf der Grundlage der zuschussfähigen Kosten ein leistungsgerechter tagesbezogener Bedarfssatz 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. Angebote der Trauerbegleitung über den Tod der oder des Versicherten hinaus, schulische Angebote²⁴, Freizeitangebote oder kulturelle Veranstaltungen. Der tagesbezogene Bedarfssatz für die Versorgung der Kinder deckt alle in § 3, 8 und § 9 Abs. 1, 3 und 4 genannten Leistungen des stationären Kinder- und Jugendhospizes 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) Der tagesbezogene Bedarfssatz soll insbesondere nachfolgende Grundsätze erfüllen:
 - 1. Das Verfahren zur Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes muss für die Vertragspartner und die Versicherten transparent und handhabbar sein.
 - 2. Der tagesbezogene Bedarfssatz muss leistungsgerecht sein und die Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung in die Lage versetzen, eine ausreichende, zweckmäßige und den Qualitätsanforderungen gemäß dieser Rahmenvereinbarung entsprechende Leistung zu erbringen.
 - 3. Tagesbedarfssatzverhandlungen werden grundsätzlich als Kostengrundverhandlungen oder Kostensteigerungsverhandlungen geführt. Die Vertragsparteien können davon nur einvernehmlich abweichen.
 - 4. Bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen stationären Kinder- und Jugendhospizen kann eine Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Für die Anerkennung der Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen für die Verhandlung des tagesbezogenen Bedarfssatzes gelten die Regelungen des § 82c SGB XI und die Pflegevergütungs-Richtlinien nach § 82c Abs. 4 SGB XI entsprechend. Das stationäre Kinder- und

²⁴ Siehe Fußnote 7.

Jugendhospiz ist verpflichtet, die bei der Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes zugrunde gelegte Bezahlung der Gehälter und Entlohnungen jederzeit einzuhalten und dies auf Verlangen entsprechend Abs. 9 nachzuweisen.

- (4) Bei der Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfssatzes sind insbesondere zu berücksichtigen:
- die prospektiv kalkulierten Gestehungskosten gemäß Abs. 5,
 - die Investitionskosten gemäß Abs. 11,
 - die Auslastungsquote gemäß Abs. 15.
- (5) Zu den Gestehungskosten gehören:
- Die Personal- und Personalnebenkosten gemäß § 7, einschließlich Alters- oder Zusatzversorgungsaufwendungen.
 - Sachkosten für die Leistungserbringung, insbesondere Mietnebenkosten, Verwaltungsbedarf (z. B. Büromaterial, IT-Sachkosten, Verbandsbeiträge, Steuerberatung), Wirtschaftsbedarf, Steuern, Abgaben, Versicherungen, Fortbildungskosten, pflegerische Sachkosten (§ 9 Abs. 1 und 3), Wartung (keine Instandhaltung), Lebensmittel, Wasser, Energie, Brennstoffe, Aufwendungen für Fremddienstleistungen²⁵ sowie anfallende Personalaufwendungen für die Entleihung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Zeitarbeitsfirmen (nach AÜG) zur Überbrückung nicht zu vertretender zeitweiser Personalengpässe; ein Präjudiz für die Wirtschaftlichkeit der Inanspruchnahme von Zeitarbeitsfirmen ist hiermit nicht verbunden. Bei Beschäftigung von Personal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem stationären Kinder- und Jugendhospiz, insbesondere von Leiharbeiterinnen und Leiharbeitnehmern im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes, gilt § 82c Abs. 2b SGB XI entsprechend.
- (6) 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 aufgefordert wurde.
- (7) Bei jeder Tagesbedarfssatzverhandlung ist eine Kostenkalkulation vorzulegen. Dabei sind in den Kalkulationsunterlagen für die Tagesbedarfssatzverhandlungen die prospektiv kalkulierten voraussichtlichen Gestehungskosten im Sinne einer Kostengrund- oder Kostensteigerungskalkulation transparent und plausibel darzulegen. Aus den Unterlagen muss die Kostenstruktur eines Hospizes zu erkennen sein.

Im Rahmen der Darlegung sind folgende Nachweise vorzulegen:

- die prospektiv kalkulierten Personalkosten bezogen auf das stationäre Kinder- und Jugendhospiz je Mitarbeiterin und Mitarbeiter (pseudonymisiert) mit Stellenanteil und – soweit vorhanden – Eingruppierung, untergliedert nach Funktionsbereichen (Personalliste prospektive Kalkulation),

²⁵ Hierunter sind Fremddienstleistungen in den Bereichen Verwaltung, Abrechnung, Buchhaltung, Wäscherei sowie für externe Beauftragte (z. B. für den Datenschutz) zu subsumieren.

- für die Entlohnung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die geltenden Tarifverträge, kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen oder sonstigen Vergütungsmaßstäbe²⁶ in der aktuellen Fassung zur Verfügung zu stellen. Bei sogenannten Haustarifen bzw. individuellen Vergütungsrichtlinien bzw. -vereinbarungen ist zusätzlich als Nachweis die schriftliche und rechtsverbindliche Erklärung des Hospizes erforderlich,
- eine Sachkostenkalkulation unter Differenzierung der nach Abs. 5 2. Spiegelpunkt genannten Kostenpositionen.

(8) Reichen die Angaben des Hospizes für eine abschließende Plausibilitätskontrolle nach Abs. 7 nach substantiierter Darlegung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nicht aus, sind durch das stationäre Kinder- und Jugendhospiz weitere Nachweise vorzulegen. Unter der Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit, insbesondere der Erforderlichkeit, kann der Nachweis zu den bestrittenen Kostenpositionen insbesondere wie folgt geführt werden:

- weitere Konkretisierungen der zu erwartenden Personalkostenlast und ggf.
- pseudonymisierte gültige Personalliste mit Angabe der Einstufung und Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Eintritt und evtl. Austritt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in das Unternehmen, jeweilige wöchentliche Arbeitszeit in den einzelnen Monaten (Personalliste Gestehungskosten) und ggf.
- Lohnjournale je Beschäftigungsgruppe zum Nachweis der tatsächlichen Zahlung der Arbeitsentgelte i. S. d. § 14 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 SGB IV (ohne steuerrechtliche Angaben und ohne Gehaltsangaben zu den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) oder pseudonymisierte Gehaltsabrechnungen oder pseudonymisierte Personalkostenaufstellung (deren Pseudonymisierung der Personalliste entspricht) in einem geeigneten Format jeweils für den letzten Vergütungszeitraum, höchstens für die letzten zwölf Monate vor Aufforderung zur Vergütungsverhandlung. Die Richtigkeit ist auf einem Ausdruck rechtsverbindlich zu erklären und ggf.
- verbindliche Erklärung des Trägers, dass und ggf. für welche Bereiche die tarifliche Vergütung/Vergütungsstruktur eingehalten wird.
- Sachkostennachweise – insbesondere Rechnungen, Dienstleistungsverträge, Werkverträge, Bescheide.

Das Nähere zur Struktur der Kalkulationsunterlagen sowie zu den Nachweisen nach den Absätzen 7 und 8 können die Vertragspartner auf Landesebene vereinbaren.

(9) Soweit bei Kostensteigerungsverhandlungen auf vereinbarte Tagesbedarfssätze der Vorjahre als Basis für aktuelle Tagesbedarfssatzverhandlungen zurückgegriffen werden kann, bezieht sich die Darlegungs- und Substantiierungslast auf die Basis und die eingetretenen Veränderungen bei den Kostenpositionen, die eine Erhöhung der zuvor vereinbarten Tagesbedarfssätze rechtfertigen. Die Prüfungsbefugnis der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen bezüglich der Wirtschaftlichkeit der Änderungen bleibt unberührt.

²⁶ Zu den sonstigen Vergütungsmaßstäben zählen insbesondere individualvertragliche Vereinbarungen oder individualvertragliche Vergütungs-Richtlinien von nicht tarifgebundenen oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen stationären Kinder- und Jugendhospizen/Trägern von stationären Kinder- und Jugendhospizen.

- (10) Das stationäre Kinder- und Jugendhospiz ist verpflichtet, die bei der Vereinbarung der tagesbezogenen Bedarfssätze zugrunde gelegte Bezahlung der Gehälter nach § 82c Absatz 1 oder Absatz 2a SGB XI und der Entlohnung nach § 82c Absatz 2 SGB XI jederzeit einzuhalten und auf gemeinsames Verlangen der Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachzuweisen. Die Durchführung des Nachweisverfahrens erfolgt in Anlehnung an die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 84 Absatz 7 SGB XI.
- (11) Betriebsnotwendige Investitions- und Investitionsfolgekosten (nachfolgend Investitionskosten) sind förderfähig, soweit sie für die nach den näheren Bestimmungen dieser Rahmenvereinbarung konkretisierten Anforderungen an ein stationäres Kinder- und Jugendhospiz erforderlich und nicht durch öffentliche Förderung oder öffentliche Zuwendungen der Investitionskosten oder sonstige nicht rückzahlbare öffentliche Zuschüsse gedeckt sind. Die durch öffentliche Förderung oder öffentliche Zuwendung gedeckten sowie die Aufwendungen durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse geförderten Investitionskosten sind durch das stationäre Kinder- und Jugendhospiz transparent darzulegen und der Förderbescheid vorzulegen. Öffentliche Zuschüsse zu den laufenden Aufwendungen eines stationären Kinder- und Jugendhospizes sind nicht förderfähig. Die durch Landesrecht bestehenden Regelungen zur Berechnung der Investitionskosten sind zu berücksichtigen. Der Bescheid über die Berechnung der Investitionskosten ist vorzulegen. Zu den förderfähigen Investitionskosten gehören:
- Abschreibungen für Gebäude,
 - Abschreibungen für Anlagegüter/Inventar,
 - Geringwertige Wirtschaftsgüter,
 - Instandhaltung/Instandsetzung,
 - Fremd- und Eigenkapitalverzinsung²⁷,
 - Miete/Leasing/Pacht/Erbbauzins.
- (12) 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 Kinder- und Jugendhospizes begrenzt auf die für die leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung nach § 9 Abs. 4 anererkennungsfähige Gesamtfläche des stationären Kinder- und Jugendhospizes.
- (13) Die Ermittlung und Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes orientieren sich an den §§ 82 und 85 SGB XI als Verfahrensbeschreibung unter Berücksichtigung der hospizlichen Besonderheiten.
- (14) Haben sich die Verhältnisse, die für die Festsetzung des Vertragsinhalts maßgebend gewesen sind, seit Abschluss des Vertrages so wesentlich geändert, dass einer Vertragspartei das Festhalten an der ursprünglichen vertraglichen Regelung nicht zuzumuten ist, gilt § 59 SGB X entsprechend.

²⁷ Spenden werden im Rahmen der Eigenkapitalverzinsung nicht berücksichtigt.

- (15) Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist, soweit die Vertragspartner keinen kürzeren Zeitraum vereinbaren, eine jahres-durchschnittliche Belegung des stationären Kinder- und Jugendhospizes der letzten drei Kalenderjahre, jedoch mindestens 80 v.H. zugrunde zu legen. Eine geringere Belegung begründet keinen abweichenden Bedarfssatz.
- (16) Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt das Kind im stationären Kinder- und Jugendhospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.
- (17) 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 dem erkrankten Kind oder seinem gesetzlichen Vertreter weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden.
- (18) Das stationäre Kinder- und Jugendhospiz rechnet den tagesbezogenen Bedarfssatz gegenüber der zuständigen 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 Kinder- und Jugendhospiz.

§ 13 Inkrafttreten und Kündigung dieser Rahmenvereinbarung

- (1) Diese Rahmenvereinbarung tritt am 01.01.2025 in Kraft und löst die Vereinbarung vom 01.05.2017 ab.
- (2) Diese Rahmenvereinbarung kann von den Rahmenvereinbarungspartnern mit halbjähriger Frist zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt diese Rahmenvereinbarung weiter.

§ 14 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, Beratungen über die Anpassung bestehender bzw. Entwicklung neuer Verfahren zur Überprüfung der Versorgungsqualität aufzunehmen und entsprechende Vereinbarungen zu treffen, wenn Regelungen zu Qualitätsprüfungen geplant sind.

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 – 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

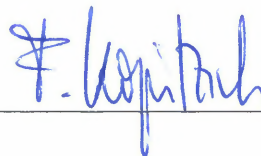
Deutsches Rotes Kreuz e. V.
Berlin, den

Diakonie Deutschland – 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

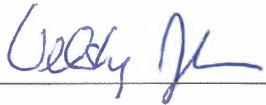
Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Berlin, den

GKV-Spitzenverband
Berlin, den

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.
Berlin, den

Bundesverband Kinderhospiz e. V.
Berlin, den

Deutscher Caritasverband e. V.
Freiburg, den 12.12.2024



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 – Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Berlin, den

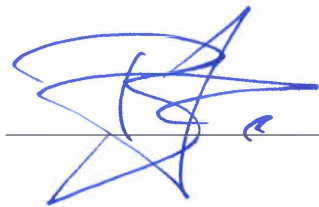
GKV-Spitzenverband
Berlin, den

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 20. 11. 2024



Deutscher Kinderhospizverein e. V.
Olpe, den

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

Deutsches Rotes Kreuz e. V.
Berlin, den

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Berlin, den

GKV-Spitzenverband
Berlin, den

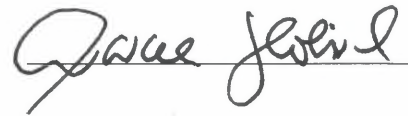
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.
Berlin, den

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 **27.11.2024**



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

Deutsches Rotes Kreuz e. V.
Berlin, den

Diakonie Deutschland – 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 25.11.24



Deutsches Rotes Kreuz e. V.
Berlin, den

Diakonie Deutschland – 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

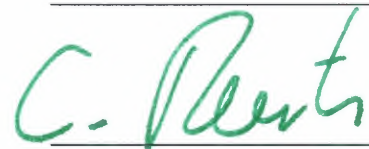
Deutscher Caritasverband e. V.
Freiburg, den

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 – 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

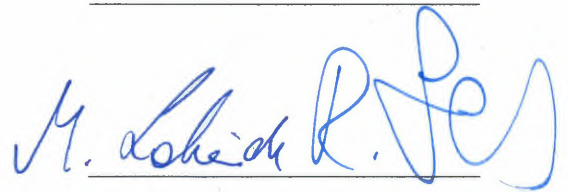
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.
Berlin, den

Deutscher Kinderhospizverein e. V.
Olpe, den

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

Deutsches Rotes Kreuz e. V.
Berlin, den

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e. V.
Berlin, den



Anlage 1:

Die pädiatrische Palliative-Care Fort-/Weiterbildung umfasst folgende Mindestlerninhalte und Mindestumfänge:

UE²⁸

Kernkompetenz 1: Die Kernbestandteile der pädiatrischen Palliativversorgung in dem Umfeld anwenden, in dem die erkrankten Kinder / Jugendlichen und ihre Familien leben. – Grundlagen der Palliativversorgung von Kindern - Theorie – Strukturen in der pädiatrischen Palliativversorgung (SAPV, Finanzierung der ambulanten Pflege) – Grundlagen der umfassenden pädiatrischen Palliativversorgung - Praxis – Das biopsychosoziale Krankheitsverständnis	12
Kernkompetenz 2: Die Bandbreite der Entwicklung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen und deren Beeinträchtigung durch eine lebensbedrohliche Erkrankung aufzeigen. – Einfluss chronischer Erkrankung auf die Entwicklung eines Kindes – Todeskonzepte von Kindern und Jugendlichen	4
Kernkompetenz 3: Körperliches Wohlbefinden während des kindlichen Krankheitsverlaufs fördern, einschließlich der Lebensendphase. 3.1 Schmerz – Grundlagen medikamentöser Schmerzbehandlung – Schmerzeinschätzung – Psychologische Schmerztherapie – Besonderheiten in der Schmerztherapie bei verschiedenen Schmerzformen – Spezielle Fragestellungen der Schmerztherapie – Fallbesprechung, Supervision 3.2 Pulmonale, respiratorische und kardiologische Symptome – Beatmungstechniken im palliativen Kontext – Pflegerische Versorgung von Kindern mit Tracheostoma und Hustenschwäche – Palliativversorgung von Kindern mit Herzerkrankungen – Fallbesprechung / Supervision 3.3 Gastroenterologische Symptome – Erfassung und Behandlung von Symptomen im gastrointestinalen Bereich und Ernährung von Kindern in palliativen Situationen – Fallbesprechung / Supervision	60

²⁸ UE = Unterrichtseinheit à 45 Minuten.

3.4 Anorexie-Kachexie Syndrom und Malnutrition bei Kindern mit schwerer Mehrfachbehinderung – Ernährungssondensysteme und Totale Parenterale Ernährung (TPE) – Fallbesprechung / Supervision 3.5 Dermatologische Erkrankungen und Symptome – Versorgung von Kindern mit Hauterkrankungen oder Symptomen, die sich über die Haut manifestieren und Wundmanagement – Fallbesprechung / Supervision 3.6 Neurologische Symptome – Grundlagen der palliativen Versorgung von Kindern mit neuropädiatrischen Erkrankungen ○ Neuropädiatrie: Unruhe / Schmerz bei Kindern mit lebenslimitierenden neurologischen Erkrankungen ○ Schmerztherapie bei Kindern mit schwerer neurologischer Beeinträchtigung. ○ Therapie bei primär cerebraler Unruhe – Fallbesprechung / Supervision 3.7 Versorgung und Symptomkontrolle in der Terminalphase und Finalphase – Versorgung von Kindern in der Finalphase – Palliative Sedierung – Fallbesprechung / Supervision 3.8 Besonderheiten in der pädiatrischen Onkologie – Symptomkontrolle und Besonderheiten der palliativen Versorgung von onkologisch erkrankten Kindern – Fallbesprechung / Supervision 3.9 Besonderheiten in der Neonatologie – Besonderheiten der Palliativversorgung in der Neonatologie – Fallbesprechung / Supervision 3.10 Komplementäre, alternative und integrative Therapiemethoden in der pädiatrischen Palliativversorgung – Alternative Behandlungsmethoden (Beratung und Umgang) – Naturheilkundliche Pflege in der pädiatrischen Palliativversorgung – Kinästhetik und Basale Stimulation in der pädiatrischen Palliativversorgung – Cannabinoide – Multiresistente Erreger in der pädiatrischen Palliativversorgung – Heilerziehungspflege, Kunst- und Musiktherapie, Tiergestützte Therapie (optionale Themen) – Fallbesprechung / Supervision	
Kernkompetenz 4: Den psychosozialen, pädagogischen und spirituellen Aspekten des Kindes, Jugendlichen gerecht werden. – Psychosoziale Intervention – Transition in der pädiatrischen Palliativversorgung	7

– Sexualität bei lebensverkürzend erkrankten Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Spiritualität – Fallbesprechung / Supervision	
Kernkompetenz 5: Die Bedürfnisse der Familien erkennen und darauf reagieren. – Das System Familie – Eltern und Geschwister von Kindern in palliativen Situationen – Familienorientierung und Empowerment – Sozialberatung in der Palliativversorgung	9
Kernkompetenz 6: Auf Herausforderung von klinischer und ethischer Entscheidungsfindung in der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen reagieren. – Ethik in der pädiatrischen Palliativversorgung – Recht in der pädiatrischen Palliativversorgung – Fallbesprechung / Supervision	7
Kernkompetenz 7: Die Kommunikation und Entscheidungsfindung während Krisen und am Lebensende fördern und die Versorgung am Lebensende erleichtern. – Advance Care Planing – Begleitung in der Finalphase und Abschiedsphase (stationär/ambulant) – Bestattungen und Aufgaben von Bestattern – Fallbesprechung / Supervision	8
Kernkompetenz 8: Interdisziplinäre Teamarbeit und umfassende Versorgungskoordination durch alle Settings, in denen pädiatrische Palliativversorgung angeboten wird, umsetzen. – Teamarbeit in der pädiatrischen Palliativversorgung – Theorie und Praxis von Case-Management – Ehrenamtliche in der pädiatrischen Palliativversorgung – Fallbesprechung / Supervision	8
Kernkompetenz 9: Kindgerechte zwischenmenschliche und kommunikative Fähigkeiten entwickeln, einschließlich Überbringen schlechter Nachrichten sowie die Beratung der Eltern hinsichtlich der Pflege ihres schwer kranken Kindes. – Grundlagen der Kommunikation – Kommunikation: herausfordernde Gespräche (+ Beratung und Anleitung) – Supervision	12
Kernkompetenz 10: Den Trauerprozess einschätzen und auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von trauernden Eltern, Geschwistern und anderen Bezugspersonen reagieren und geeignete Unterstützung anbieten. – Trauerprozess und Trauerbegleitung – Interkulturelle Kompetenz – Familien mit Migrationshintergrund in der Palliativversorgung – Fallbesprechung / Supervision	10

Kernkompetenz 11: Selbstwahrnehmung, Achtsamkeit sowie kontinuierliche Selbstreflexion üben. – Eigene Haltung zu Sterben und Tod – Reflexion des professionellen Selbstverständnisses in der pädiatrischen Palliativversorgung – Achtsamkeit und Sorge für sich selbst	19
Kernkompetenz 12: Die Öffentlichkeit für die pädiatrische Palliativversorgung sensibilisieren. – Öffentlichkeitsarbeit in der pädiatrischen Palliativversorgung	1
UE ohne Zuordnung Kernkompetenz – Einführung Fallvorstellung und Hausarbeit – Projektvorstellungen / Hausarbeit	3
Gesamt	160

Für die Erstellung der Abschlussarbeit sind 40 Unterrichtseinheiten angesetzt. Somit beträgt der Gesamtstundenanteil des Curriculums 200 UE.

Anlage 2:

Die Palliative-Care Fort-/Weiterbildung umfasst folgende Mindestlerninhalte und Mindestumfänge:

UE

Kernkompetenz 1: Die Kernbestandteile von Palliative Care (PC) im Setting, in dem erkrankte Menschen leben, unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen anwenden – Grundlagen Entwicklung und Organisationsformen von PC und Hospizarbeit – Anwendungsbereiche von PC und Hospizarbeit (Krankheitsbilder) und neurologische Symptome	13
Kernkompetenz 2: Das körperliche Wohlbefinden während des Krankheitsverlaufs fördern. – Schmerz und Schmerztherapie – Mundschleimhautprobleme und Mundpflege – Respiratorische Symptome – Gastrointestinale Symptome: Obstipation, Diarrhoe, Übelkeit, Erbrechen, Ileus – Neuropsychiatrische Symptome (Unruhe, Verwirrtheit, terminale Agitation, Angst) – Lymphödem – (Ex)ulzerierende Wunden und Dekubitus – Pruritus – Begleitung in der Sterbephase	32
Kernkompetenz 3: Den psychischen Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten gerecht werden.^{29**} – Sterbephasenmodelle – Copingstrategien – Umgang mit unangenehmen Reaktionen und Gefühlen, z. B. Angst, Scham, Schuld	4
Kernkompetenz 4: Den sozialen Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten gerecht werden. – Familie als System – Sozialrechtliche Regelungen und weiterführende regionale Unterstützungsmöglichkeiten, z. B. Pflegeberatung, Sozialdienst, Beratungsstellen, etc. – Genogramm und seine Bedeutung – Platz des professionellen Helfers im „Team Familie“ – ressourcenfördernde Maßnahmen, Beratung und Anleitung zur Förderung des Selbstmanagements betroffener Personen – Veränderung des Körperbildes und der Sexualität	14
Kernkompetenz 5: Den spirituellen und existenziellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht werden. – Wahrheit am Krankenbett und Umgang mit existentiellen Fragestellungen – Lebensidentität, Lebensbilanz / Biographiearbeit	12

²⁹ Wird im gesamten Kursverlauf vermittelt.

– Spiritualität – Interkulturalität im Umgang mit den Themen Sterben und Tod – Rituale – Umgang mit Verstorbenen – Diversität und Kommunikation	
Kernkompetenz 6: Auf die Bedürfnisse der pflegenden An- und Zugehörigen der Patientinnen und Patienten in Bezug auf kurz-, mittel- und langfristige Versorgungsziele reagieren. – ressourcenfördernde Maßnahmen, Beratung und Anleitung zur Förderung des Selbstmanagements von An- und Zugehörigen – Trauerdefinitionen, Trauerbegleitungsmodelle – Risikofaktoren für erschwerte Trauerverläufe und/oder anhaltende Trauerstörung – besondere Bedürfnisse trauernder Kinder – Trauerkultur im Team und Umgang mit Trauer auf der Kranken- oder Wohnstation – Netzwerk regionaler Trauerangebote	8
Kernkompetenz 7: Auf die Herausforderungen von klinischer und ethischer Entscheidungsfindung in der Palliativversorgung reagieren. – Grundlagen der Ethik – Umsetzungsformen ethischen Denkens – Therapiebegrenzung und Therapiezieländerung – Definitionen und rechtliche Grundlagen zur Sterbebegleitung und Sterbehilfe, – Vorsorge- und Krisenplanung: Patienten- und Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, Gesundheitliche Versorgungsplanung – Ernährung und Flüssigkeit in der letzten Lebensphase (Ursachen von Ernährungsstörungen und mögliche Behandlungsmöglichkeiten, freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken)	24
Kernkompetenz 8: Umfassende Versorgungskoordination und interdisziplinäre Teamarbeit umsetzen, durch alle Settings hindurch, in denen PC angeboten wird. – Definition und Grundlage multiprofessioneller Teams – Teamunterstützende Maßnahmen – Netzwerkstrukturen (regional, überregional, Schnittstellen) – Konzeptionelle Grundlagen des Case Management – Entlassungsmanagement und Überleitung in andere Versorgungsformen	9
Kernkompetenz 9: Angemessene interpersonelle und kommunikative Fertigkeiten in Bezug auf PC entwickeln. – Grundlagen ausgewählter Kommunikationsmodelle in Hinsicht auf Palliative Care – Sprachlosigkeit bei den erkrankten Personen, An- und Zugehörigen – Umgang mit heftigen emotionalen Reaktionen der erkrankten Person sowie An- und Zugehörigen und den Umgang damit – Wahrnehmung und Berührung	20
Kernkompetenz 10: Selbstwahrnehmung üben und kontinuierliche professionelle Weiterbildung praktizieren. – Stressmanagement und Bewältigungsstrategien (Grundlagen und Konzepte zu Stress-, Belastungs- und Schutzfaktoren interne, externe und kollegiale	10

Unterstützungsangebote, Burnout-Syndrom/ Helferpersönlichkeit, Konzept der Resilienz) – Berufliches Selbstverständnis (Leitbild und Modell Palliativpflege, Ethikkodex ICN, Selbstvorbehaltsaufgaben der Pflege (SGB XI) Fortbildungsprogramme, Delegation, Substitution, Verantwortungsübernahme in Notfallsituationen) – Qualität und Qualitätsmanagement³⁰ *** (Dokumentationssystem z. B. Midos-Wochenbogen, IPOS-Fragebogen, Assessmentinstrumente) – Reflexion und Abschlussprüfung	
Gesamt	160

³⁰ Inhalte werden im Rahmen der Kernkompetenz 2 bei den jeweiligen Symptomen unterrichtet.

Anlage 3:

Zusatzqualifizierung Pädiatrische Palliative Care umfasst folgende Mindestlerninhalte und Mindestumfänge:

	Module	UE à 45 Minuten
Grundlagen Palliative Care Pädiatrie		4
1	Standortbestimmung, Definitionen, Entwicklungen und bundesweite Strukturen in der päd. Palliativversorgung	
Das Kind als Individuum und im Kontext seiner Familie		6
2	Entwicklungspsychologie	
3	Wahrnehmen, Denken, Kommunizieren als Kind – Jugendlicher – junger Erwachsener	
4	Bedürfnisorientierung, Lebensbilanz und Resilienz von lebensverkürzend erkrankten Kindern	
5	Das System Familie in der päd. Palliativversorgung	
Physische Aspekte der Palliative Care Pädiatrie		16
6	Krankheitsbilder und Symptome (Neurologie, Neonatologie, Onkologie, Neuropädiatrie)	
7	Pädiatrische Intensivmedizin	
8	Schmerz und Schmerztherapie	
9	Pflegemethoden, Symptomlinderung, Flüssigkeit / Ernährung	
Psychosoziale Aspekte der Palliative Care Pädiatrie		14
10	Spiritualität bei Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen	
11	Trauer und Trauerbegleitung	
12	Ethische Fragestellungen	
13	Rechtliche Fragestellungen	
14	Multiprofessionelle Teams in interdisziplinärer Zusammenarbeit, Reflexion Selbstverständnis	
Gesamt		40

Anlage 4:

Die Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme für psychosoziale Berufsgruppen umfasst folgende Mindestlerninhalte und Mindestumfänge:

	Module	UE à 45 Minuten
Anwendung der Kernbestandteile von Palliative Care (PC) im Setting, in dem erkrankte Menschen leben, unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen		8
1	Entstehung der Hospiz-, AIDS- und Palliativbewegung und Beitrag der Sozialen Arbeit	
2	Grundhaltung in PC	
3	Handlungslogiken der jeweiligen Settings in PC mit dazugehörigen sozialrechtlichen Grundlagen	
4	Rolle der Sozialen Arbeit in PC	
5	Unterschiede „Supportive Care“, „Palliative Care“ und "End of life Care"	
Das körperliche Wohlbefinden während des Krankheitsverlaufs fördern		18
6	Systemische Denkweisen bzgl. der Wirkzusammenhänge der bio-psycho-sozialen-spirituellen Dimensionen von PC	
7	Konzept des "Total Pain"	
8	Krankheitsbilder (z. B. Krebs, ALS, Demenz), deren Verläufe und Symptome	
9	Subjektivität und Dimensionen von Lebensqualität	
10	Psychosoziale Auswirkungen von Schmerz und komplementäre Entlastungsmöglichkeiten	
Den psychischen Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten gerecht werden		9
11	Häufige akute Belastungen und Chronifizierungen psychischer Erkrankungen	
12	Ausdrucksformen von psychischen Belastungen und Erkrankungen	
13	Reaktionen auf Verlusterfahrungen inkl. psychosomatischer Zusammenhänge	
14	Behandlungs- und Therapieformen	
15	Indikationserkennung und Maßnahmen zur Krisenintervention	
16	Systemische Betrachtung und Einordnung psychischer Bedürfnisse und Erkrankungen	
Den sozialen Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten gerecht werden		17
17	Systemische Perspektiven bzgl. sozialer Bedarfe, insbesondere bzgl. Trauer und Verluste sowie Lebens- und Sozialraum	
18	Methoden und Instrumente der Ressourcen-, Stärken- und Netzwerkanalyse	

	Module	UE à 45 Minuten
19	Formelle und informelle Unterstützungsangebote und -leistungen bzgl. der verschiedenen palliativen Handlungsfelder und Zielgruppen	
20	Handlungskonzepte und -instrumente zur (Neu-)Anpassung von einzelfallbezogenen, palliativen Versorgungssystemen im Sozialraum sowie deren Koordinierung und Vermittlung	
Den spirituellen und existenziellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht werden		8
21	Grundzüge verschiedener Weltreligionen im Hinblick auf deren Betrachtung der Themen „Krankheit, Sterben, Tod und Trauer“	
22	Grundwissen an Spiritualität	
23	Unterschiede bzgl. Religion und Spiritualität	
24	Rituale und deren Bedeutung	
25	Häufig auftretende Sinnfragen, diesbezügliche Belastungen und Möglichkeiten, insbesondere der Gesprächsführung, diesen zu begegnen	
Auf die Bedürfnisse der pflegenden An- und Zugehörigen der Patientinnen und Patienten in Bezug auf kurz-, mittel- und langfristige Versorgungsziele reagieren		17
26	Definitionen von Angst, Trauer und Verlust sowie multifaktorielle Aspekte von Verlustsituationen	
27	Evidenzbasierte verlustspezifische Verarbeitungsmodelle, Verschiedenartigkeit von Trauerverläufen und deren bedarfsgerechte Versorgung	
28	Leistungs- und Unterstützungsangebote	
29	Dimensionen und Formen der Belastung von (pflegenden) An- und Zugehörigen	
30	Systematische Erfassungsmöglichkeiten von Belastungen und diesbezügliche Risikofaktoren bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen in ihren Rollen als (pflegende oder sorgende) An- und Zugehörige	
31	Relevanz von präventiven und früh einsetzenden Maßnahmen zur Verhinderung bzw. Linderung von Belastungen	
32	Konzepte von Bewältigungsstrategien, Gesprächsführungstechniken, Methoden und Assessmentinstrumenten zur Erkennung und Unterstützung bei der Bewältigung von Belastungen	
33	Leistungen und Angebote, diesen Belastungen zu begegnen	
Auf die Herausforderungen von klinischer und ethischer Entscheidungsfindung in der Palliativversorgung reagieren		12
34	Begriff des "Willens" im Kontext ethischer Dilemmata und diesbezüglicher Entscheidungsnotwendigkeiten	
35	Die vier ethischen Grundprinzipien „Respekt vor Autonomie“, „Schadensvermeidung“, „Fürsorge“ und „Gerechtigkeit“	

	Module	UE à 45 Minuten
36	Relevante rechtliche Rahmenbedingungen	
37	Häufige Wertekonflikte, ethische Dilemmata und die verschiedenen Perspektiven dazu	
38	Ansätze ethischen Denkens, Konzepte, Modelle und Methoden zur Ermittlung und Durchsetzung des (vorausgefügt oder mutmaßlichen) Willens sowie zur Entscheidungsfindung bei fehlender Fähigkeit zur Äußerung des Willens	
39	Umgang mit Sterbewünschen	
Umfassende Versorgungskoordination und interdisziplinäre Teamarbeit durch alle Settings hindurch umsetzen, in denen PC angeboten wird		8
40	Politische Dimensionen und fachverbandliche Aktivitäten sowie deren Auswirkungen und Relevanz für die tägliche Fallarbeit	
41	Zusammenhang und wechselseitiger Bezug der Fall-, Organisations- und regionalen Netzwerkebene	
42	Konzepte und Methoden Sozialer Arbeit für die organisations- und sektorenübergreifende Koordinierung von Unterstützungsleistungen für die fallbezogene sowie fallübergreifende Vernetzung und Netzwerkarbeit	
43	Informelle und formelle Angebote sowie Leistungsansprüche für die unterschiedlichen Handlungsfelder und Zielgruppen von PC	
Angemessene interpersonelle und kommunikative Fertigkeiten in Bezug auf PC entwickeln		15
44	Beratungsansätze in vertiefender Form sowie in Bezug auf die verschiedenen Zielgruppen und Settings	
45	Kompetenzmodelle und Kompetenzen	
Selbstwahrnehmung üben und kontinuierliche professionelle Weiterbildung praktizieren		8
46	Konzepte der Verhaltensprävention und deren Integration in den Alltag	
47	Maßnahmen der organisatorischen Verhaltensprävention	
48	Unterstützungsangebote zur Gesundheitsförderung innerhalb und außerhalb der eigenen Organisation	
49	Weitergehende Fort- und Weiterbildungsangebote für das Handlungsfeld PC sowie zur professionellen Kompetenzerweiterung	
Gesamt		120