

VEREINBARUNG
nach § 39a SGB V
über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität
der stationären Hospizversorgung im Saarland

zwischen

- der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse Landesdirektion Saarland, Saarbrücken
- dem BKK-Landesverband Mitte, Hannover
- der KNAPPSCHAFT, Bochum, vertreten durch die Regionaldirektion Saarbrücken
- IKK Südwest, Saarbrücken,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel
- den Ersatzkassen:
 - Techniker Krankenkasse (TK)
 - BARMER
 - DAK-Gesundheit
 - Kaufmännische Krankenkasse – KKH
 - Handelskrankenkasse (hkk)
 - HEK – Hanseatische Krankenkassegemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Saarland

und

- Caritasverband für die Diözese Trier e.V.
- Caritasverband für die Diözese Speyer e.V.
- Diakonisches Werk Rheinland, Westfalen Lippe e.V.
- Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Saarland e.V.

Präambel

Im Vordergrund der Hospizarbeit steht die ambulante Begleitung im Haushalt oder in der Familie mit dem Ziel, sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zuletzt zu ermöglichen. Die Wünsche und Bedürfnisse von Sterbenden und ihren Zugehörigen 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.

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

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

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

Dem gesetzlichen Auftrag entsprechend hat der GKV-Spitzenverband mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene das Nähere über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vereinbart (Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vom 13.03.1998, i. d. F. vom 31.03.2017).

Um für das Bundesland Saarland ergänzende Regelungen für die stationäre Hospizversorgung festzulegen, wurde nachfolgende Vereinbarung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen/Pflegekassen und den Verbänden der Ersatzkassen einerseits sowie den Verbänden der Leistungserbringer und der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Saarland e.V. andererseits.

§ 1 Stationäre Hospize

- (1) Stationäre Hospize sind selbstständige Einrichtungen mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag, die für Menschen mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8¹ und höchstens 16 Plätzen. Die räumliche Gestaltung der Einrichtung ist auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker und sterbender Menschen auszurichten. Stationäre Hospize verfügen über eine besondere personelle und räumliche Ausstattung, die eine palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung der sterbenden Menschen und ihrer Zugehörigen gewährleistet. Sie bringen einen Anteil der Kosten durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement auf. Stationäre Hospize verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie sind eingebunden in die regionalen Strukturen, vernetzen sich mit den regionalen Leistungserbringern (Krankenhäusern, Vertragsärzte etc.) und arbeiten mit ambulanten Hospizdiensten eng zusammen. Die hospizliche Versorgung und Begleitung erfolgt auf der Grundlage eines Einrichtungskonzeptes, das auf die Belange schwerkranker und sterbender Menschen ausgerichtet ist.
- (2) Anstelle der (voll)stationären Hospizversorgung kann die palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung sowie psychosoziale Begleitung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der Versicherten und ihrer Zugehörigen zu gewährleisten, so dass die oder

¹ Vor dem 14.04.2010 bestehende Verträge mit Hospizen bleiben von dieser Regelung zur Mindestplatzzahl unberührt. Bei Neugründung muss die Mindestplatzzahl in einer von den Vertragspartnern festgelegten Frist erreicht werden.

der Versicherte möglichst lange in ihrer bzw. seiner häuslichen bzw. familiären Umgebung bleiben kann. Die teilstationäre Versorgung kann sowohl als Ergänzung des ambulanten Hospizdienstes als auch als integraler Bestandteil eines (voll)stationären Hospizes vorgehalten werden. Die in den §§ 6 und 7 getroffenen Regelungen sind auf teilstationäre Hospize unter Berücksichtigung des abweichenden Auftrags zur Versorgung und Begleitung entsprechend anzuwenden.

- (3) Stationäre Hospize sind aufgrund ihres Versorgungsauftrages baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Es ist deshalb ausgeschlossen, dass ein stationäres Hospiz Bestandteil einer stationären Pflegeeinrichtung oder eines Krankenhauses ist.

§ 2

Anspruchsberechtigte Versicherte

- (1) Grundvoraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist, dass
- a) die Versicherte bzw. der Versicherte an einer Erkrankung leidet,
 - die progredient verläuft und
 - bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung notwendig oder von der Versicherten bzw. dem Versicherten erwünscht ist und
 - die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt,
 - b) eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist und
 - c) eine ambulante Versorgung im Haushalt, in der Familie, bei Bewohnern einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder einer vollstationären Einrichtung der Eingliederungshilfe eine Versorgung in der jeweiligen Einrichtung nicht ausreicht, weil der palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt. Damit sind neben den Zugehörigen insbesondere die folgenden Versorgungsmöglichkeiten gemeint:
 - vertragsärztliche Versorgung
 - die Leistungen der häuslichen Krankenpflege
 - die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
 - die Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst sowie
 - Angebote durch weitere Berufsgruppen und ergänzende auf die Familie bezogene ambulante Versorgungsformen.
- (2) Ein Hospizaufenthalt nach dieser Vereinbarung kommt – sofern die Grundvoraussetzungen nach Abs. 1 im Einzelfall erfüllt sind – insbesondere bei einer der folgenden Erkrankungen in Betracht:
- onkologische Erkrankung,
 - Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
 - neurologische Erkrankung,
 - chronische Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.
- (3) Für Versicherte in einer vollstationären Pflegeeinrichtung ist - vor dem Hintergrund, dass die Versorgung und Begleitung von Versicherten und ihren Zugehörigen integraler Bestandteil der stationären Pflege ist - eine Verlegung in ein stationäres Hospiz möglich,

wenn ein so hoher palliativer Versorgungsbedarf besteht, dass selbst unter Einbeziehung von ambulanten Leistungserbringern, wie z.B. SAPV-Leistungserbringern ggf. ergänzt um ambulante Hospizdienste, die Versorgung nicht sichergestellt werden kann. Dies kann insbesondere bei einem Bedarf an spezialisierter Schmerztherapie oder aufwendiger intensiver palliativmedizinischer Behandlungspflege der Fall sein. Diese Voraussetzungen sind unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation zu prüfen. Die berechtigten Wünsche der Versicherten sind zu berücksichtigen.

- (4) Die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung nach den Absätzen 1, 2 und 3 ist durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt oder eine Krankenhausärztin bzw. einen Krankenhausarzt schriftlich zu bestätigen. Die Leistung ist zunächst auf 4 Wochen befristet; § 275 SGB V bleibt unberührt. Sofern in Einzelfällen Versicherte aus einer vollstationären Pflegeeinrichtung in ein Hospiz verlegt werden sollen, ist vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. dem Sozialmedizinischen Dienst (SMD) vor der Verlegung zu überprüfen, ob die Kriterien nach Absatz 3 erfüllt werden und warum eine angemessene Versorgung des Versicherten in der vollstationären Pflegeeinrichtung nicht gewährleistet ist.
- (5) Bei der Frage, ob eine (weitere) Notwendigkeit für eine Versorgung im stationären Hospiz gegeben ist, ist zu prüfen, ob eine Entlassung nach Hause möglich ist, sofern der Zustand der oder des Versicherten und der Familie trotz des schweren Krankheitsbildes eine hinreichende Stabilität erreicht hat. In diesen Fällen sind bei einer erneuten Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung Wiederaufnahmen möglich.

§ 3 Versorgungsumfang

- (1) Im stationären Hospiz werden neben der Unterkunft und Verpflegung palliativ-pflegerische, palliativ-medizinische², therapeutische und psychosoziale Versorgung und Begleitung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erbracht.
- (2) Die palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung soll durch Linderung der Krankheitsbeschwerden die letzte Lebensphase des sterbenden Menschen so erträglich wie möglich gestalten und ist nicht primär darauf gerichtet, das Leben zu verlängern. Im Zentrum steht somit neben der Behandlung der körperlichen Beschwerden (durch Schmerztherapie, Symptomkontrolle etc.) die Linderung der mit dem Krankheitsprozess verbundenen psychischen Leiden unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte.
- (3) Das stationäre Hospiz erbringt die sach- und fachkundige umfassend geplante palliative Pflege, die sich in Inhalt und Umfang an körperlichen, psychischen, sozialen und geistig-seelischen Bedürfnissen der sterbenden Menschen orientiert. Die Zugehörigen des Versicherten werden nach Möglichkeit in die Pflege und Begleitung mit einbezogen und ggf. angeleitet.
- (4) Die zu erbringende palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erstreckt sich insbesondere auf die folgenden - je nach Bedarf - zu erbringenden Tätigkeiten:

² 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.

- 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, dosisvarierte 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
- (5) Im Rahmen der psychosozialen Begleitung stehen Hilfen beim Verarbeitungsprozess in der Konfrontation mit dem Sterben, Krisenintervention und Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten zur Verfügung. Hierzu zählt auch Unterstützung bei der Entwicklung neuer Lebens-, Verhaltens- und Bewältigungsstrategien. Bei Bedarf benötigt die bzw. der Versicherte auch Hilfestellung bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Diese Leistungen umfassen – auch unter Berücksichtigung religiöser Wünsche und Bedürfnisse - die Begleitung der oder des Sterbenden und ihrer oder seiner Zugehörigen (einschl. Trauerarbeit bis zum Tod), zu der auch die Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen und bei der Suche nach Antworten gehört.
- (6) Das stationäre Hospiz stellt sicher, dass die notwendige ärztliche Behandlung und Versorgung der Versicherten mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln gewährleistet ist. Die ärztliche Behandlung sowie Arznei-, Verband- und Heilmittel werden im Rahmen der §§ 28, 31 und 32 SGB V übernommen. Sofern die palliativ-ärztliche Versorgung im Rahmen des § 28 SGB V sowie des § 87 Abs. 1b SGB V nicht ausreichend sind, besteht grundsätzlich ein Anspruch auf die Teilleistung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV nach § 37b SGB V zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung.
- (7) Zum Leistungsumfang des stationären Hospizes zählen die von stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringenden Leistungen:
- a) Der Körperpflege (Waschen, Duschen und Baden, Zahnpflege, Kämmen und Rasieren, Darm- und Blasenentleerung),
 - b) Der Ernährung (mundgerechtes Zubereiten der Nahrung sowie die Unterstützung bei der Aufnahme der Nahrung, Hygienemaßnahmen wie z.B. Mundpflege),
 - c) Der Mobilität (Aufstehen und Zubettgehen, Betten und Lagern, Gehen, Stehen, Treppensteigen u.U. Verlassen und Wiederaufsuchen des Hospizes, An- und Auskleiden),
 - d) Der allgemeinen sozialen Betreuung,
 - e) Der medizinischen Behandlungspflege,
 - f) Der Unterkunft und Verpflegung,
 - g) Bei teilstationärer Leistung gehört hierzu auch die Beförderung des Patienten.

§ 4 Qualität

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

§ 5 Qualifikationsanforderungen

- (1) Der Träger des stationären Hospizes hält das für die Versorgung und Begleitung der Versicherten gemäß dieser Vereinbarung erforderliche und geeignete Personal in seinem Hospiz bereit und übernimmt die Gewähr für eine fach- und sachgerechte Versorgung und Begleitung. Die nachstehenden Qualitätsanforderungen sind ständig zu erfüllen.
- (2) Die Pflege ist bei ständiger Präsenz einer Gesundheits- und Krankenpflegerin/eines Gesundheits- und Krankenpflegers oder einer Altenpflegerin/eines Altenpflegers rund um die Uhr und ganzheitlich zu erbringen.
- (3) Die verantwortliche Pflegefachkraft hat die folgenden Voraussetzungen zu erfüllen:

- a) Sie besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger entsprechend dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegerin/Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz.³
 - b) Sie kann eine mindestens dreijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Berufserlaubnis in oben genannten Berufen innerhalb der letzten 8 Jahre in einem Krankenhaus oder einer von den Kranken-/Pflegekassen zugelassenen Pflegeeinrichtung nachweisen, wobei zumindest 2 Jahre auf eine hauptberufliche Tätigkeit in einem Hospiz, in einem Krankenhaus, in einem Palliative-Care-Team oder in einem ambulanten Pflegedienst entfallen.
 - c) Sie verfügt über den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten.
 - d) 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.
 - e) Sie ist sozialversicherungspflichtig hauptberuflich im Hospiz beschäftigt.
- (4) Die verantwortliche Pflegefachkraft hat in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungslehrgängen die für das Arbeitsgebiet erforderlichen palliativ-pflegerischen bzw. palliativ-medizinischen Kenntnisse zu aktualisieren. Sie setzt die Pflegekräfte und Ehrenamtlichen entsprechend ihrer jeweiligen Qualifikation ein.
- (5) Das stationäre Hospiz hat darüber hinaus das folgende Personal:
- a) Eine(n) festangestellte(n), hauptberuflich im stationären Hospiz beschäftigte(n) Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, entsprechend dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegerin/Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz⁴ als stellvertretende Leitung mit Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten.
 - b) Ständig – entsprechend der Patientenzahl – weitere festangestellte ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpflegerinnen/Altenpfleger, Krankenpflegehelferinnen/Krankenpflegehelfer und Pflegekräfte; der Einsatz des Personals erfolgt entsprechend der jeweiligen Ausbildung und Qualifikation
 - c) Psychosoziale Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiter/Sozialpädagogen/Psychologen)
 - d) Leitungs- und Verwaltungspersonal
 - e) Hauswirtschafts- und Funktionspersonal.
- (6) Das Personal nach a) bis c) hat sich in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse des jeweiligen Arbeitsgebietes zu halten.
- (7) Ein Kernelement der Hospizarbeit ist der Dienst Ehrenamtlicher. Durch ihr Engagement leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag bei der Begleitung sterbender Menschen auch

³ Im Einzelfall kann auch eine dreijährig nach Landesrecht ausgebildete Altenpflegerin/Altenpfleger als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt werden, wenn sie über eine mehrjährige (mindestens 3 Jahre) einschlägige hauptberufliche Berufserfahrung im stationären Hospiz verfügt und die übrigen Voraussetzungen dieser Vereinbarung erfüllt.

⁴ Eine mindestens 2-jährige Berufserfahrung in hospizlich-palliativen Einrichtungen und Diensten wird vorausgesetzt

in stationären Hospizen. Das stationäre Hospiz setzt Ehrenamtliche entsprechend ihrer nachgewiesenen Befähigung ein und sorgt für deren regelmäßige Begleitung.

(8) Kooperation mit einem Arzt/Ärztin

Das stationäre Hospiz kooperiert mit einem Arzt, welcher für das stationäre Hospiz auch zur Klärung von spezifischen palliativmedizinischen Fragen zur Verfügung steht. Der betreffende Arzt muss über ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der Palliativmedizin, insbesondere in der Schmerztherapie und Symptomkontrolle, verfügen.

§ 6 Personalausstattung

(1) Für die stationären Hospize im Saarland sind folgende Stellenumfänge (in Vollzeitäquivalenten) vorzuhalten und nachzuweisen:

Platzzahl	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Funktion									
Hospizleitung	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Verantwortliche Pflegefachkraft	0,7	0,7	0,75	0,75	0,8	0,85	0,90	0,95	1,0
Verwaltung	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95	1,0	1,05	1,1
QM	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,15
Koordination Ehrenamt	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Psych. Begleitung	0,5	0,56	0,62	0,68	0,74	0,80	0,86	0,92	0,98
Pflegefachkraft	10,8	11,77	12,74	13,64	14,54	15,44	16,34	17,24	18,14
Pflegekraft	1,2	1,31	1,42	1,52	1,62	1,72	1,82	1,92	2,02

(2) Für Hospize, die die Personalausstattung nach § 6 Abs. 1 noch nicht erfüllen, gilt der bisher vereinbarte zuschussfähige tagesbezogene Bedarfssatz weiter.

(3) Die stationären Hospize haben spätestens zum 01.04.2019 mindestens nachfolgende personelle Ausstattung vorzuhalten und nachzuweisen:

Platzzahl	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Funktion									
Hospizleitung	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Verantwortliche Pflegefachkraft	0,7	0,7	0,75	0,75	0,8	0,85	0,90	0,95	1,0
Verwaltung	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95	1,0	1,05	1,1
QM	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,15
Koordination Ehrenamt	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Psych. Begleitung	0,5	0,56	0,62	0,68	0,74	0,80	0,86	0,92	0,98
Pflegefachkraft	8,10	8,83	9,56	10,23	10,91	11,58	12,26	12,93	13,61
Pflegekraft	1,2	1,31	1,42	1,52	1,62	1,72	1,82	1,92	2,02

- (4) Der zuschussfähige Bedarfssatz wird unter Berücksichtigung der personellen Ausstattung einrichtungsindividuell verhandelt. Ab dem Zeitpunkt, zu dem das stationäre Hospiz die Personalausstattung des Absatz 3 bzw. des Absatz 1 erfüllt und nachweist, besteht Anspruch auf den jeweilig verhandelten, zuschussfähigen Bedarfssatz.

§ 7

Nachweis der Qualifikation sowie der Personalausstattung

- (1) Die Erfüllung der Voraussetzung der verantwortlichen Pflegefachkraft sowie deren Stellvertretung sind den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen im Saarland bei Neuzulassung und Personalwechsel anhand geeigneter Unterlagen nachzuweisen.
Darüber hinaus ist die Vorlage des polizeilichen Führungszeugnisses (nicht älter als 3 Monate) für die verantwortliche Pflegefachkraft sowie deren Stellvertretung erforderlich. Auf Verlangen der Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen haben die Träger die Unterlagen zum Nachweis der Qualitätsanforderungen des weiteren Personals einzureichen.
- (2) Die Einrichtung weist die erstmalige Erfüllung der Personalausstattung nach § 6 nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung zum jeweiligen Stichtag anhand einer Personalübersicht (inkl. Stellenfunktion und Stellenumfang) den jeweiligen Arbeitsverträgen mit den notwendigen Angaben sowie Kopien der Berufsurkunden nach.
- (3) Die Einhaltung der in § 6 aufgeführten Personalausstattung ist darüber hinaus im Rahmen eines Personalabgleichs bzw. eines Aufwandsnachweises für den Verwaltungsdienst im Jahresdurchschnitt mit geeigneten Unterlagen nachzuweisen.

§ 8

Sächliche und räumliche Ausstattung

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

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

- Blutdruckmessgerät
- Infusionsgerät
- Spritzenpumpe
- Rollstühle, Gehhilfen (Standardgröße)
- Blutzuckermessgerät

- Teststreifen
 - Hilfsmittel gegen Dekubitus
 - Sauerstoffgerät mit Zubehör
 - Absauggerät
 - Inhalationsgerät
- (2) Der individuelle Anspruch der oder des Versicherten auf eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V) bleibt dabei unberührt. Die Krankenkasse der bzw. des jeweiligen Versicherten realisiert diese Ansprüche vor dem Hintergrund der kurzen Verweildauer der Gäste in Zusammenarbeit mit dem stationären Hospiz schnellstmöglich.
- (3) Das stationäre Hospiz hält zudem eine ausreichende Ausstattung an pflegerischen Verbrauchsgütern und Arbeitsmaterialien vor, um eine bedarfs- und qualitätsgerechte Pflege zu gewährleisten. Ebenso wie die sächliche Ausstattung werden die 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 Räume sind als Einzelzimmern mit Badezimmer (WC und Dusche) vorzuhalten. In stationären Hospizen sollen die Patientenzimmer so gestaltet sein, dass Zugehörige mit aufgenommen werden können. Landesrechtliche Regelungen zur Investitionskostenförderung von stationären Hospizen sowie baurechtliche Regelungen bleiben hiervon unberührt.

Für ein stationäres Hospiz gilt die individuelle, maximal jedoch die nachfolgende räumliche Ausstattung als kalkulatorische Größe zur Berechnung der Investitionskosten:

Bereich \ Platzzahl	Platzzahl								
	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Wohnbereich: 30 m ² pro Platz (ggf. inkl. Balkon)	240	270	300	330	360	390	420	450	480
Gemeinschaftsbereich: 80 m ² für 8 Plätze; je weiterem Platz 2 m ² - Essbereich - Gemeinschaftsbereich - Raum der Stille	80	82	84	86	88	90	92	94	96
Funktionsbereich: 250 m ² für 8 Plätze; je weiterem Platz 3 m ² - Pflegebad - Küche - Dienstzimmer - Lagerräume für Lebensmittel, Hilfsmittel, Wäsche, etc. - Besprechungsraum - Arbeitsräume (Rein/Unrein) für Pflege und Hauswirtschaft - Büroräume - Umkleidezimmer für Mitarbeiter (Dusche und WC) - Mitarbeiterraum - Behindertengerechtes WC/ Besucher WC - Technikräume	250	253	256	259	262	265	268	271	274
Verkehrsfläche: 180 m ² für 8 Plätze; individuelle Betrachtung bei höherer Platzzahl -Flure, Treppen, Aufzüge									

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

Die Grenzwerte der räumlichen Ausstattung gelten für neu errichtete Hospize sowie für bereits bestehende Hospize, die sich durch Umbau, Ersatzbau oder Erweiterung neue räumliche Strukturen schaffen.

§ 9 Verträge

- (1) Stationäre Hospize sind Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenkassen insgesamt frühzeitig in Planungsprozesse bei Neugründungen einbezogen werden.
- (2) Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene schließen gemeinsam und einheitlich mit dem stationären Hospiz, das die Voraussetzungen dieser Vereinbarung und der Rahmenvereinbarung auf Bundesebene erfüllt, einen Versorgungsvertrag. Der Vertrag regelt insbesondere:
 - a. Anzahl der angebotenen Plätze,
 - b. Mindestpersonalausstattung
 - c. Meldungen des stationären Hospizes an die Kranken- und Pflegekassen (z.B. über vertragsrelevante Änderungen),
 - d. Umfang, Verfahren und Befristungen der Kostenzusagen der Kranken- und Pflegekassen,
 - e. Beginn und Ende der Zulassung zur Versorgung,
 - f. Umfang des Haftpflichtversicherungsschutzes des stationären Hospizes,
 - g. Zahlungsbedingungen des Zuschusses,
 - h. Begehung/Prüfung durch die Prüfdienste der Gesetzlichen Krankenversicherung
 - i. Anforderungen an die Leistungsdokumentation,
 - j. die Trägervertretung des stationären Hospizes.
- (3) Die Inhalte der Rahmenvereinbarung auf Bundesebene sind, soweit nicht in dieser Vereinbarung andere Bestimmungen getroffen sind, verbindlicher Bestandteil des Versorgungsvertrages.
- (4) Aus dem Vertrag kann keine Belegungsgarantie des stationären Hospizes gegenüber den Krankenkassen hergeleitet werden.
- (5) Die Vereinbarungspartner gehen davon aus, dass mit dem Abschluss eines Vertrages nach Abs. 2 die Voraussetzungen für einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI erfüllt sind.
- (6) In den zwischen den Krankenkassen und den stationären Hospizen abzuschließenden Verträgen ist gemäß § 39a Abs. 1 Satz 11 bis 13 SGB V zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.
- (7) Der Vertrag des stationären Hospizes mit der Versicherten bzw. dem Versicherten darf keine Regelungen enthalten, die den Bestimmungen der Vereinbarung und des Vertrages nach Abs. 2 entgegenstehen; Ausnahmeregelungen sind nur mit Zustimmung aller Landesverbände der Krankenkassen statthaft.

§ 10 Kündigung von Versorgungsverträgen

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

§ 11 Vergütungsgrundsätze und Krankenkassenleistung

- (1) Zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auf Landesebene und dem stationären Hospiz bzw. dessen Träger wird ein leistungsgerechter tagesbezogener Bedarfssatz schriftlich vereinbart.
- (2) Die Krankenkassen tragen die Aufwendungen für die zuschussfähigen Leistungen. Leistungen, die über den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenkassen sowie der sozialen Pflegeversicherung hinausgehen, sind nicht zuschussfähig und können bei der Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes nicht berücksichtigt werden. Hierzu gehören z.B. Freizeitangebote, kulturelle Veranstaltungen, Trauerarbeit über den Tod des Versicherten hinaus. Der tagesbezogene Bedarfssatz für die Versorgung der Versicherten deckt alle in § 3 und § 7 Abs. 1 genannten Leistungen des stationären Hospizes bei leistungsfähiger und wirtschaftlicher Betriebsführung (§ 2 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 SGB V) ab. Dies schließt auch die Aufwendungen für die Betriebsverwaltung und die durch öffentliche Förderung nicht gedeckten Investitionskosten ein. Die Leistungen nach § 3 Abs. 6 gehen nicht in die Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfssatzes ein.
- (3) Investitions- und Investitionsfolgekosten (nachfolgend Investitionskosten) sind förderfähig, soweit sie für die nach den näheren Bestimmungen dieser Vereinbarung 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. Zu den förderfähigen Investitionskosten gehören:
 - Abschreibungen für Gebäude
 - Abschreibungen für Anlagegüter/Inventar
 - Geringwertige Wirtschaftsgüter
 - Instandhaltung/Instandsetzung
 - Fremdkapitalverzinsung
 - Miete/Leasing/Pacht/Erbbauzins

- (4) Bei der Abschreibung sind die steuerrechtlichen Regelungen zugrunde zu legen. Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist der Anteil der Investitionskosten separat auszuweisen. Die Förderung von Investitionskosten ist bezogen auf die Gesamtfläche des stationären Hospizes begrenzt auf die für die leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung nach § 7 anerkennungsfähige Gesamtfläche.
- (5) Die Ermittlung und Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes orientieren sich an den §§ 82 und 85 SGB XI als Verfahrensbeschreibung unter Berücksichtigung der hospizlichen Besonderheiten.
- (6) Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist, soweit die Vertragspartner keinen kürzeren Zeitraum vereinbaren, eine jahresdurchschnittliche Belegung des stationären Hospizes der letzten 3 Kalenderjahre, jedoch mindestens von 80 v.H. zugrunde zu legen. Eine geringere Belegung begründet keinen abweichenden Bedarfssatz.
- (7) Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt die Versicherte bzw. der Versicherte im stationären Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.
- (8) Zuschussfähig im Sinne des § 39a Abs. 1 SGB V sind 95 v.H. des tagesbezogenen Bedarfssatzes. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung oder anderer Sozialleistungsträger. Eigenanteile dürfen von der bzw. dem Versicherten weder gefordert noch angenommen werden. Der nicht zuschussfähige Anteil des Bedarfssatzes darf der Versicherte bzw. dem Versicherten weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden.
- (9) Ein rückwirkendes Inkrafttreten des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist nicht zulässig.
- (10) Das stationäre Hospiz rechnet den tagesbezogenen Bedarfssatz gegenüber der Krankenkasse ab. Dabei ist mit Bezug auf § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V darauf hinzuweisen, dass die Rechnungsstellung bei Versicherten mit Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI gleichfalls als Rechnungsstellung gegenüber der Pflegekasse gilt. Die Krankenkassen und ggf. die Pflegekassen zahlen ihre Anteile mit befreiender Wirkung an das stationäre Hospiz.
- (11) Die Rechnungen sind innerhalb von 28 Tagen, gerechnet ab dem Rechnungseingang bei dem zuständigen Leistungsträger, zu begleichen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder Übersendung von Zahlungsmitteln an die Einrichtung. Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag.

§ 12

Datenschutz und Schweigepflicht

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten. Für die kirchlichen Leistungserbringer gelten die Regelungen des kirchlichen Datenschutzrechts sofern Sie mit der EU-DSGVO in Einklang stehen (Art. 91 I EU-DSGVO).
- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gemäß Artikel 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Artikel 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.

- (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 Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO 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.
- (5) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), dem Sozialmedizinischen Dienst für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (SMD) bzw. dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Prüfdienst) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 13

Inkrafttreten und Kündigung dieser Vereinbarung

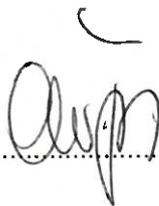
- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.09.2018 in Kraft
- (2) Diese Vereinbarung kann von den Vertragsparteien mit halbjähriger Frist zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt diese Vereinbarung weiter. Für den Fall der teilweisen Kündigung gelten die übrigen Teile der Vereinbarung weiter. Die Vertragsparteien verpflichten sich, für den Fall der Kündigung oder der teilweisen Kündigung unverzüglich in Verhandlungen über eine neue Vereinbarung bzw. neue einzelne Bestimmungen einzutreten. Dies gilt auch wenn Rechtsänderungen auf Inhalte dieser Vereinbarung einwirken.

§ 14

Salvatorische Klausel

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

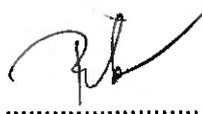
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Landesdirektion Saarland;
Saarbrücken, den


.....

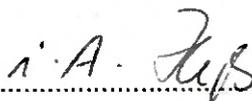
BKK-Landesverband Mitte
Regionalvertretung Rheinland-Pfalz und
Saarland
Mainz, den 22.1.19


.....

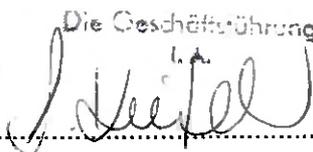
IKK Südwest
Saarbrücken, den


.....

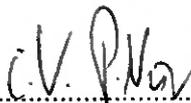
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
(SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse
Kassel, den 16. Jan. 2019


.....

KNAPPSCHAFT, Bochum, vertreten durch die Regionaldirektion
Saarbrücken
Saarbrücken, den 05.12.18

Die Geschäfts-führung

.....

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) vertreten durch
die Landesvertretung Saarland
Saarbrücken, den


.....

Caritasverband für die Diözese Speyer e. V.
Speyer, den 11.10.18


.....

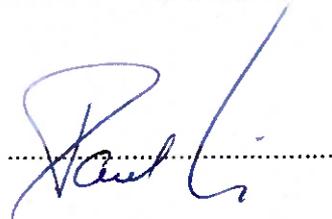
Caritasverband für die Diözese Trier e. V.
Trier, den 27.09.2018


.....

Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.
Neunkirchen, den 06.11.2018


.....

Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Saarland e.V.
Saarbrücken, den 13.11.2018


.....