

**Versorgungsvertrag
über stationäre Hospizversorgung
im Sinne des § 39 a SGB V
in Verbindung mit § 72 SGB XI**

zwischen

als Träger folgender Einrichtung:

- nachfolgend Hospiz genannt -

und

AOK NORDWEST
Die Gesundheitskasse.

BKK-Landesverband NORDWEST

IKK Nord

Knappschaft

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als
landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)
vertreten durch die Geschäftsführung

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein

- nachfolgend Landeverbände/-vertretungen genannt -

wird im Einvernehmen

mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe

folgender Versorgungsvertrag geschlossen:

Präambel

Im Vordergrund der Hospizarbeit steht die ambulante Betreuung im Haushalt oder der Familie mit dem Ziel, sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen. Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden und ihrer Angehörigen stehen im Zentrum des Handelns der Hospize. Neben dieser ambulanten Hospizbetreuung und der Versorgung Sterbender in Pflegeheimen und in Krankenhäusern (insbesondere Palliativstationen) sind in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig, die in einem Netz ehrenamtlicher Tätigkeit Pflege und Begleitung (Palliativpflege) anbieten, welche die Lebensqualität des sterbenden Menschen verbessert, seine Würde nicht antastet und aktive Sterbehilfe ausschließt.

Zur Optimierung der Versorgung arbeitet das Hospiz im Rahmen des regionalen Netzwerkes mit den

- niedergelassenen Vertragsärzten,
- Vertragskrankenhäusern und
- sonstigen innerhalb des Versorgungsspektrums Beteiligten

eng zusammen.

Nach § 39 a SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, Anspruch auf einen Zuschuß zu vollstationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann.

§ 1 Gegenstand

- 1) Das Hospiz stellt für die Patienten im Sinne des § 39 a SGB V die stationäre Versorgung sicher und erbringt für die Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI Leistungen der vollstationären Pflege (§ 43 SGB XI) und der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI).
- 2) Das Hospiz betreibt **Plätze** als vollstationäres Hospiz, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwerkranker sterbender Menschen ausgerichtet ist.
- 3) Mit dem Abschluss dieses Versorgungsvertrages ist das Hospiz zur stationären Hospizversorgung und gleichzeitig als Pflegeeinrichtung nach § 72 Abs. 4 SGB XI zur pflegerischen Versorgung der Hospizpatienten zugelassen und verpflichtet. Eine Inanspruchnahmegarantie ist hiermit nicht verbunden.
- 4) Der von dem Hospiz ausgefüllte Strukturerhebungsbogen ist Grundlage dieses Vertrages.

§ 2 Geltungsbereich

Dieser Versorgungsvertrag gilt für das Hospiz und alle Leistungsträger im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches.

§ 3

Versorgungsgrundsätze

- 1) Das Hospiz ist eine selbständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung zu erbringen. Das Hospiz verfügt über die erforderliche Ausstattung, um eine palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale sowie geistig-seelische Versorgung zu gewährleisten. Ein bedeutender Anteil der Kosten wird durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement aufgebracht. Zudem versteht sich das Hospiz als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Es ist integraler Bestandteil eines ambulanten ehrenamtlichen Hospizdienstes oder arbeitet ersatzweise in enger Kooperation mit ehrenamtlichen Hospizgruppen.
- 2) Die notwendigen Leistungen werden für alle Hospizpatienten in gleicher anerkannter Qualität durchgeführt. Zusatzleistungen dürfen die Erbringung der Leistungen auch nach diesem Vertrag nicht beeinträchtigen.
- 3) Das Hospiz stellt die Versorgung unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft (§ 7 Abs. 4 dieses Vertrages) sicher.
- 4) Das Hospiz gewährleistet, dass die Versicherten aller Krankenkassen und Pflegekassen nach gleichen Grundsätzen versorgt werden.
- 5) Das Hospiz stellt einen ausreichenden Haftpflichtversicherungsschutz sicher.

§ 4

Wirtschaftlichkeit und Selbständigkeit des Hospizes

- 1) Das Hospiz ist aufgrund seines Versorgungsauftrages eine baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbständige Einrichtung mit separatem Personal und Konzept. Es ist daher ausgeschlossen, dass ein stationäres Hospiz Bestandteil einer stationären Pflegeeinrichtung ist.
- 2) Das Hospiz stellt eine wirksame und wirtschaftliche Leistungserbringung sicher. Die Leistungen dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind wirksam anzusehen, wenn durch sie das Versorgungsziel erreicht wird. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Hospizpatienten nicht beanspruchen und das Hospiz nicht zu Lasten der Kranken- oder Pflegekassen bewirken.
- 3) Die Landesverbände/-vertretungen der Krankenkassen und Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Leistungserbringung überprüfen lassen.
- 4) Das Hospiz hat das Rechnungswesen nach der Pflege-Buchführungsverordnung nach § 83 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI zu organisieren und die Trennung der Finanzierungsverantwortlichkeiten sicherzustellen, es sei denn, es kann von den dort genannten Freistellungsklauseln Gebrauch machen.

§ 5

Anspruchsberechtigte Versicherte

- 1) Grundvoraussetzung für die Aufnahme in das Hospiz ist, dass der Patient an einer Erkrankung leidet,
- die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
 - bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist und
 - die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt und
 - solange eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.

Eine palliativ-medizinische Behandlung in dem Hospiz kommt regelmäßig nur bei einer der folgenden Krankheitsbilder in Betracht:

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

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

- 2) Die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei Patienten vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Sofern in Einzelfällen Verlegungen erfolgen sollen, ist vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu überprüfen, ob die Kriterien nach dem Absatz 1 erfüllt werden und warum eine angemessene Versorgung des Sterbenden im Pflegeheim nicht mehr möglich ist.
- 3) Die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung nach den Absätzen 1 und 2 ist durch einen Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu bestätigen. Die Leistung ist auf zunächst 4 Wochen befristet. § 275 SGB V bleibt unberührt.
- 4) Bei der Entscheidung, ob eine (weitere) Notwendigkeit für eine Versorgung im Hospiz gegeben ist, ist zu beachten, dass - sofern der Zustand des Patienten trotz des schweren Krankheitsbildes eine gewisse Stabilität erreicht hat - eine Entlassung nach Hause anzustreben ist. In diesen Fällen sind bei einer erneuten Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung Wiederaufnahmen, auch innerhalb eines Jahres, möglich.

§ 6 Versorgungsumfang

- 1) Im Rahmen der Versorgung werden im Hospiz neben der Unterkunft und Verpflegung palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale, therapeutische und geistig-seelische Leistungen sowie Sterbe- und Trauerbegleitung ganztägig (vollstationär) erbracht.
- 2) Die palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung soll durch Linderung der Krankheitsbeschwerden die letzte Lebensphase des Patienten so erträglich wie möglich gestalten und ist nicht darauf gerichtet, das Leben zu verlängern. Im Zentrum steht somit neben der Behandlung der körperlichen Beschwerden (Schmerztherapie, Symptom-Kontrolle) die Linderung der mit dem Krankheitsprozeß verbundenen psychischen Leiden unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte.
- 3) Das Hospiz erbringt die sach- und fachkundige umfassend geplante Pflege, die sich in Inhalt und Umfang an körperlichen, psychischen, sozialen und geistig-seelischen Bedürfnissen der sterbenden Menschen orientiert. Die Angehörigen und Bezugspersonen der Sterbenden werden auf Wunsch in die Pflege und Begleitung mit einbezogen.
- 4) Das Hospiz ist insbesondere auf die Möglichkeiten von Kriseninterventionen unter palliativen Gesichtspunkten eingerichtet. Hierbei kann es sich neben körperlichen Krisen auch um psychische Krisen (z. B. Depression mit Suizidalität) handeln. Das Hospiz muß je nach den Erfordernissen des Patienten insbesondere die folgenden Dienstleistungen mehrfach täglich bis ständig anbieten:
 - Umfassende regulatorische Handlungen zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle
 - umfassende hygienische Maßnahmen
 - spezielle medizinisch-technische Interventionen
 - individuell angemessene Bewältigungs- und Unterstützungsangebote
 - Beobachtung und Überwachung des Gesamtgeschehens unter Wahrnehmung der medizinischen Behandlung
- 5) Im Rahmen der psychosozialen Begleitung stehen im Vordergrund Hilfen beim Verarbeitungsprozeß in der Konfrontation mit dem Sterben, Krisenintervention, Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten sowie falls erforderlich auch Hilfestellungen bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Die sozialen und seelsorglichen Leistungen umfassen die Begleitung von Sterbenden sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen (einschl. Trauerarbeit), die Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen und bei der Suche nach Antworten. Dies schließt auch die Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse ein.
- 6) Das Hospiz stellt sicher, dass die notwendige ärztliche Behandlung und Versorgung der Patienten mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln gewährleistet ist. Die ärztliche Behandlung, Arznei-, Verband-, und Heilmittel werden im Rahmen der §§ 28, 31 und 32 SGB V übernommen. Sofern die palliativ-ärztliche Versorgung im Rahmen des § 28 SGB V nicht ausreichend ist, wird die spezialisierte palliativ-ärztliche Versorgung im Rahmen des § 37b SGB V übernommen.

7) Zum Leistungsumfang des Hospizes zählen die 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.

Die zu erbringende palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung sowie die zu erbringenden sozialen und geistig-seelischen Leistungen erstrecken sich insbesondere auf die folgenden Leistungen:

- Qualifizierte Schmerzbehandlung körperlicher und psychischer Symptome (z.B. Periduralkatheder; patientenorientierte, zeitabhängige, dosisvariierte Schmerztherapie, die täglich anzupassen ist; psychosoziale Interventionen)
- 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)
- Krisenintervention
- Feststellen und Beobachten der Vitalfunktionen, der Bewußtseinslage, der Haut und Schleimhäute, Ausscheidungen, Körpergewicht, Körperhaltung und des emotionalen Befindens unter Beachtung des Gesamtbefindens
- Sicherung notwendiger Arztbesuche
- Anleitung des Versicherten, seiner Angehörigen oder Pflegepersonen zur Durchführung therapeutischer Maßnahmen
- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung
- Unterstützung bei der Entwicklung neuer Lebens-, Verhaltens- und Bewältigungsstrategien
- Hilfen beim Verarbeitungsprozeß in der Konfrontation mit dem Sterben
- Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten
- Hilfestellung bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung
- Begleitung von Sterbenden sowie deren Angehöriger und Bezugspersonen
- Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen
- Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse

§ 7

Qualitätsanforderungen

- 1) Die Pflege ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen. Es gelten mindestens die in der Qualitätsvereinbarung zu § 113 SGB XI enthaltenen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung, soweit deren Anwendung durch die Besonderheiten der stationären Versorgung in Hospizen nicht ausgeschlossen ist oder in diesem Versorgungsvertrag keine Abweichungen beschrieben sind.

- 2) Die Pflege ist unter ständiger Präsenz einer Gesundheits- und Krankenpflegerin oder eines Gesundheits- und Krankenpflegers oder einer Altenpflegerin/ eines Altenpflegers¹ rund um die Uhr, ganzheitlich und auf einer Pflegekonzeption basierend zu erbringen, die auf die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens und die individuelle Situation des Patienten aufbaut. Diese bedarfsorientierte ganzheitliche Pflegeplanung unterstützt und fördert insbesondere die Selbsthilfepotentiale der Betroffenen. Dabei werden Angehörige und Bezugspersonen einbezogen und die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team von haupt- und ehrenamtlichen Kräften einschließlich des betreuenden Arztes erbracht. Ein geeignetes Pflegedokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Das Leistungsgeschehen und der Pflegeprozeß sind daraus abzuleiten.
- 3) Die Qualität der Leistungserbringung ist laufend zu prüfen. Dabei ist insbesondere darauf abzustellen, inwieweit den individuellen Wünschen und Bedürfnissen des Patienten entsprochen und damit in der letzten Lebensphase ein Höchstmaß an persönlicher Lebensqualität ermöglicht wurde. Der Träger des Hospizes ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Qualität festgelegt und durchgeführt werden. Er soll sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.
- 4) Der Träger des Hospizes hält das für die stationäre Hospizversorgung der Versicherten erforderliche und geeignete Personal in seinem Hospiz bereit und übernimmt die Gewähr für eine fach- und sachgerechte Betreuung und Versorgung. Die nachstehenden Qualitätsanforderungen sind ständig zu erfüllen.
 - a) 1. Die verantwortliche Krankenpflegefachkraft hat die folgenden Voraussetzungen zu erfüllen:
 - aa) Die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen "Gesundheits- und Krankenpflegerin" oder "Gesundheits- und Krankenpfleger", entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.
 - bb) Eine mindestens dreijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Erlaubnis nach Buchst. aa) innerhalb der letzten 5 Jahre in einem Krankenhaus oder einer von den Kranken-/Pflegekassen zugelassenen Pflegeeinrichtung, 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.
 - cc) Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden und Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für Leitungsfunktionen im Umfang von mindestens 460 Stunden.
 - dd) Hauptberuflich im Hospiz beschäftigt.

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

¹ Altenpflegefachkräfte können diese Aufgabe übernehmen, wenn sie entweder eine mindestens einjährige Berufserfahrung im stationären Hospiz oder eine Palliativ Care-Weiterbildungsmaßnahme für Pflegende im Umfang von mindestens 160 Stunden nachweisen können.

2. Sonstiges Personal:

Das Hospiz hat zusätzlich das folgende Personal:

- aa) Eine ständig festangestellte, hauptberuflich im Hospiz beschäftigte, ausgebildete Krankenpflegefachkraft (Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger) entsprechend den jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen als stellvertretende Leitung mit Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 460 Stunden.
- bb) Ständig - entsprechend der Patientenzahl - weitere festangestellte ausgebildete Pflegekräfte (Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpflegerin, Altenpfleger, Krankenpflegehelferinnen, Krankenpflegehelfer); der Einsatz des Personals erfolgt entsprechend der jeweiligen Ausbildung und Qualifikation;
- cc) Vertretungspersonal (für Urlaub, Krankheit, Wochenende), wobei das Vertretungspersonal die Qualifikation nach Buchstaben aa) und bb) zu erfüllen hat;
- dd) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen oder Psychologen
- ee) Hauswirtschafts- und Funktionspersonal

Das Personal nach aa) bis dd) erbringen die Leistungen entsprechend ihrer Qualifikation und übernehmen die Gewähr für die sachgerechte Durchführung der Leistungen. Der Personalbedarf nach dd) und ee) kann auch stundenweise extern abgedeckt werden.

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

3. Ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen

Das Hospiz setzt ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen entsprechend ihrer nachgewiesenen Befähigung ein und sorgt für deren regelmäßige Begleitung.

b) Instrumentelle Grundausrüstung:

Zur Durchführung von Pflege und Behandlung sind insbesondere bereitzuhalten:

- Blutdruckmessgerät
- Blutzuckermessgerät
- Teststreifen
- Sauerstoffgerät mit Zubehör
- Hilfsmittel gegen Dekubitus
- Ernährungspumpen
- Absauggerät
- Inhalationsgerät
- Keil, Guedeltubus
- Perfusor
- Kühlschranks für die Medikamentenaufbewahrung
- BTM-Schrank
- Pflegebetten mit Bettgitter und Aufrichthilfe
- Toilettenstühle

- Lifter (Bett, Badewanne)
- Rollstühle, Gehhilfen
- Infusionsständer

Der individuelle Anspruch der Versicherten auf eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V) bleibt unberührt.

c) Bauliche Voraussetzungen/Räume/Einrichtung und Mobiliar

Die baulichen Gegebenheiten, einschließlich der Einrichtung, müssen den Zielen des § 1 gerecht werden. Die Regel ist das Einbettzimmer, Zweibettzimmer können ebenfalls vorgehalten werden, wobei die Bedürfnisse der Sterbenden berücksichtigt werden müssen. Die Patientenzimmer sollten so gestaltet sein, dass Angehörige mit aufgenommen werden können.

Im übrigen gilt die Heimmindestbauverordnung bzw. die entsprechenden landesrechtlichen Regelungen.

§ 8

Rahmenvertrag und Qualitätssicherung

Der Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI sowie die Rahmenvereinbarung nach § 39 a Satz 4 SGB V in der jeweils gültigen Fassung sowie die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI und die Regelungen zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI finden uneingeschränkt und unmittelbar Anwendung, soweit in diesem Vertrag nichts Abweichendes geregelt ist.

§ 9

Vergütungsgrundsätze und Kassenleistungen

- 1) Die Vergütung richtet sich nach der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI in Verbindung mit § 39 a SGB V.
- 2) Zuzahlungen zu den Vergütungen für Vertragsleistungen nach Absatz 1 dürfen durch das Hospiz vom Hospizpatienten weder gefordert noch angenommen werden.
- 3) Das Hospiz informiert die Landverbände/-vertretungen der Krankenkassen und Pflegekassen auf Anfrage über die Beantragung öffentlicher Zuschüsse zu den laufenden Anwendungen. Sie hat den Landverbände/-vertretungen der Krankenkassen und Pflegekassen den Erhalt von Mitteln nach Satz 1 unverzüglich anzuzeigen.
- 4) Der tagesbezogene Bedarfssatz für die Versorgung der Patienten deckt alle in § 6 genannten Leistungen des Hospizes bei leistungsfähiger und wirtschaftlicher Betriebsführung (§ 2 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 SGB V) ab. Dies schließt auch die Aufwendungen für die Betriebsverwaltung und die gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI mit ein. Die Leistungen nach § 6 Abs. 6 Satz 2 gehen nicht in die Kalkulation des Bedarfssatzes ein.
- 5) Bei der Festsetzung der tagesbezogenen Vergütung ist eine jahresdurchschnittliche Belegung der Hospize von mindestens 80 v. H. zugrunde zu legen. Eine geringere Belegung begründet keine abweichende Vergütung.

- 6) Ein rückwirkendes Inkrafttreten der Pflegesatzvereinbarung ist nicht zulässig.
- 7) Den Leistungen der Pflegekassen gemäß §§ 41 bis 43 SGB XI wird die o.g. Pflegesatzvereinbarung zugrunde gelegt.
- 8) Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt der Patient im Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.
- 9) Zuschussfähig im Sinne des § 39 a SGB V sind maximal 90 v. H. des nach den Absätzen 1, 4 und 5 beschriebenen tagesbezogenen Bedarfssatzes. Mindestens 10 v. H. sind als Eigenquote durch das Hospiz in Form von Spenden, Mitgliedsbeiträgen und sonstigen Zuwendungen aufzubringen.
Die jeweilige Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung oder anderer Sozialleistungsträger. Eigenanteile dürfen vom Versicherten weder gefordert noch angenommen werden; der nicht zuschussfähige Anteil des Bedarfssatzes darf dem Patienten weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden.
- 10) Die Leistungen der Krankenkassen sind zunächst auf 4 Wochen befristet.
- 11) Näheres zur Vergütung sowie Bemessung der Leistungen der Pflegekassen und Krankenkassen wird als Bestandteil dieses Vertrages in der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI in Verbindung mit § 39 a SGB V (siehe Absatz 1) geregelt.

§ 10 Abrechnung

- 1) Die Abrechnung der Leistungen richtet sich nach den im Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI festgelegten Abrechnungs- und Zahlungsmodalitäten. Dabei gilt grundsätzlich das Überweisungsverfahren.
- 2) Die Rechnungslegung erfolgt durch das Hospiz. Bei Inanspruchnahme einer Abrechnungsstelle gelten die entsprechenden Bestimmungen des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI.
- 3) Der Zuschuß im Sinne des § 39 a SGB V wird von der jeweiligen Krankenkasse mit befreiender Wirkung an das Hospiz gezahlt.
- 4) Das Hospiz ist verpflichtet, ein Institutionskennzeichen (IK) zu beantragen und dieses IK auf jeder Rechnung anzugeben.
- 5) Zahlungswirksame Abtretungen von Forderungen des jeweiligen Leistungserbringers sowie gepfändete Ansprüche sind auf der jeweiligen Rechnung kenntlich zu machen.
- 6) Über weitere Einzelheiten der Abrechnung können ergänzende Vereinbarungen geschlossen werden.

§ 11 Mitwirkungspflichten

- 1) Beabsichtigte Änderungen gegenüber den im Versorgungsvertrag enthaltenen Angaben sind den Landesverbände/-vertretungen der Krankenkassen und Pflegekassen frühzeitig bekannt zugeben.
- 2) Änderungen der diesem Versorgungsvertrag zugrunde liegenden Verhältnisse sind den Landesverbände/-vertretungen der Krankenkassen und Pflegekassen umgehend anzuzeigen.
- 3) Das Hospiz ist bereit, freie Kapazitäten einer mit den Landesverbände/-vertretungen der Krankenkassen und Pflegekassen und dem zuständigen Sozialhilfeträger abgestimmten Koordinierungsstelle zu melden, sofern diese im Kreis/in der kreisfreien Stadt vorhanden ist.
- 4) Die Krankenkassen teilen dem Träger des Hospizes Näheres über den Umfang, das Verfahren und die Befristung der Kostenzusage mit.

§ 12 Datenschutz

Hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird auf den Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI ausdrücklich verwiesen.

§ 13 Kündigung und Anpassungen

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

§ 14 Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt am _____ in Kraft.

Kiel, den

Träger der Pflegeeinrichtung

AOK NORDWEST
DIE GESUNDHEITSKASSE.

Der zuständige örtliche/überörtliche
Träger der Sozialhilfe erteilt hiermit
nach § 72 SGB XI sein Einvernehmen
zur Zulassung.

BKK-Landesverband NORDWEST

Unterschrift Sozialhilfeträger

IKK Nord
in Vertretung des
IKK- Landesverbandes Nord

Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg

SVLFG als LKK

Verband der Ersatzkassen e. V.
Der Leiter der Landesvertretung
Schleswig-Holstein