Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 18.11.2024

zwischen

dem GKV-Spitzenverband[1], 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

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[2] stehen dabei im Zentrum der hospizlichen Arbeit. Neben dieser ambulanten Hospizbegleitung und der Versorgung Sterbender in vollstationären Pflegeeinrichtungen und in Krankenhäusern (insbesondere Palliativstationen) sind in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig. Die Rahmenvereinbarungspartner empfehlen, dass auf regionaler Ebene Abstimmungs- und Planungsprozesse zur Hospiz–und Palliativversorgung vor Ort mit allen an der Versorgung und Begleitung Beteiligten stattfinden.

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

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

Nach § 39a Abs. 1 SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, Anspruch auf einen Zuschuss zu vollstationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erbracht wird, wenn eine bedarfsgerechte ambulante Palliativversorgung nicht erbracht werden kann. Dem gesetzlichen Auftrag entsprechend hat der GKV-Spitzenverband mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen in dieser Rahmenvereinbarung das Nähere über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vereinbart. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

[2] Zu den Zugehörigen zählen Angehörige und weitere dem sterbenden Menschen Nahestehende.

§ 1 Stationäre Hospize

(1) Stationäre Hospize sind selbstständige Einrichtungen mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag, die für Menschen mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8[3] und höchstens 16 Plätzen. Die räumliche Gestaltung der Einrichtung ist auf die besonderen Bedürfnisse schwerkranker 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, Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, etc.) und arbeiten mit ambulanten Hospizdiensten eng zusammen. Die hospizliche Versorgung und Begleitung erfolgt auf der Grundlage eines Einrichtungskonzeptes, das auf die Belange schwerkranker und sterbender Menschen ausgerichtet ist.

(2) Anstelle der (voll)stationären Hospizversorgung kann die palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung sowie psychosoziale Begleitung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der Versicherten und ihrer Zugehörigen zu gewährleisten, so dass die oder der Versicherte möglichst lange in ihrer bzw. seiner häuslichen bzw. familiären Umgebung bleiben kann. Die teilstationäre Versorgung kann sowohl als Ergänzung des ambulanten Hospizdienstes als auch als integraler Bestandteil eines (voll)stationären Hospizes vorgehalten werden. Die in den §§ 8 und 9 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 und von der Versicherten bzw. dem Versicherten erwünscht ist und

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

- 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 Bewohnerinnen bzw. 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,
   - Leistungen der häuslichen Krankenpflege,
   - Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung,
   - Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst sowie
   - Angebote durch weitere Berufsgruppen und ergänzende auf die Familie bezogene ambulante Versorgungsformen.

(2) Ein Hospizaufenthalt nach dieser Rahmenvereinbarung kommt – sofern die Grundvoraussetzungen nach Abs. 1 im Einzelfall erfüllt sind – insbesondere bei einer der folgenden Erkrankungen in Betracht:
   - onkologische Erkrankung,
   - Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
   - neurologische Erkrankung,
   - chronische Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.

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

(4) Die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung nach den Absätzen 1, 2 und 3 ist durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt oder eine Krankenhausärztin bzw. einen Krankenhausarzt schriftlich zu bestätigen. Die Leistung ist zunächst auf 4 Wochen befristet; § 275 SGB V bleibt unberührt.

(5) Bei der Frage, ob eine (weitere) Notwendigkeit für eine Versorgung im stationären Hospiz gegeben ist, ist zu prüfen, ob eine Entlassung nach Hause möglich ist, sofern der Zustand der oder des Versicherten und der Familie trotz des schweren Krankheitsbildes eine 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-medizinische[4], 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 der Versicherten werden nach Möglichkeit in die Pflege und Begleitung mit einbezogen und ggf. angeleitet.

(4) Die zu erbringende palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erstreckt sich insbesondere auf die folgenden - je nach Bedarf - zu erbringenden Tätigkeiten:
- feststellen und beobachten der Vitalfunktionen, der Bewusstseinslage, der Haut und Schleimhäute, Ausscheidungen, Körpergewicht, Körperhaltung und des emotionalen Befindens unter Beachtung des Gesamtbefindens,
- qualifizierte Schmerzbehandlung, durch patientenorientierte, zeitabhängige, dosisvariierte Schmerztherapie, die täglich anzupassen ist sowie die Behandlung weiterer körperlicher und psychischer Symptome (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Angst, Panik, Atemnot, Delir, akute Blutung),
- 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

[4] 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.

Kommunikationsschwierigkeiten zur Verfügung. Hierzu zählt auch die 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[5]), 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.

§ 4 Konzept des stationären Hospizes

(1) Im stationären Hospiz arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen und Ehrenamtliche zum Wohle der Versicherten und ihrer Zugehörigen zusammen.

(2) Die Arbeit aller im stationären Hospiz 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 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,
- Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen,

[5] Die Trauerbegleitung der Zugehörigen nach dem Tod des Menschen gehört zur konzeptionellen Ausrichtung des stationären Hospizes. Die diesbezüglichen Aufwendungen gehen nicht in die Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfssatzes ein.

- Krisenintervention,
- Verabschiedung der oder des Verstorbenen,
- dem Umgang mit Trauer.

§ 5 Qualitätsentwicklung

(1) Die Versorgung und Begleitung im stationären Hospiz ist fachlich kompetent und wirtschaftlich zu erbringen und richtet sich nach den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnissen sowie dem aktuellen Stand des Wissens in Palliative Care. 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 auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten.

(2) Die Qualität der Leistungserbringung ist laufend zu prüfen und anzupassen[6]. Dabei ist insbesondere darauf abzustellen, inwieweit den individuellen Bedürfnissen der bzw. des Versicherten entsprochen und damit in der letzten Lebensphase 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 Hospiz 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.

(5) Die Verantwortung für die Umsetzung des Qualitätsmanagements liegt auf der Leitungsebene des stationären Hospizes. Das stationäre Hospiz 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.

[6] Zu den Voraussetzungen für externe Qualitätsprüfungen siehe Protokollnotiz Abs. 2.

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 Hospizes 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 stationären 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 Qualitätszirkeln[7].

(7) Das stationäre Hospiz 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 bzw. 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.

§ 6 Pflegeprozess und Dokumentation[8]

(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

[7] Wenn das im Einzelfall nicht möglich ist, ist das begründet darzulegen.

[8] 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.

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 stationäre 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 Hospiz bei Bedarf weitere Informationen, die für die Durchführung der bedarfsgerechten Versorgung erforderlich sind.

  Das Zusammenführen der individuellen Sicht der oder des Versicherten beziehungsweise der Zugehörigen 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 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.

  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 Hospiz weist die Ärztin oder den Arzt dabei auf einen möglichen Anpassungsbedarf der ärztlichen Anordnung hin.

(4) Das stationäre Hospiz hält ein geeignetes Dokumentationssystem vor, das 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 Pflege- und Begleitungsprozess 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 Hospiz 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 Hospiz aktualisiert. Durch das stationäre Hospiz 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 Hospizes hält das für die Versorgung und Begleitung der Versicherten gemäß dieser Rahmenvereinbarung erforderliche und geeignete Personal in seinem stationären 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 oder einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/eines Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers 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 die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
  - Pflegefachfrau oder Pflegefachmann oder
  - Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger entsprechend dem Krankenpflegegesetz oder
  - Altenpflegerin/Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz[9].
- Sie kann eine mindestens dreijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Berufserlaubnis in den 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 stationären Hospiz, in einem Krankenhaus, in einem Palliative-Care-Team oder in einem ambulanten Pflegedienst entfallen.
- Sie verfügt über den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme, die nach Umfang und Inhalt den Vorgaben der Anlage 1 entspricht (im Umfang von mindestens 160 Unterrichtseinheiten) oder den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten.
- Sie verfügt über den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für Leitungsfunktionen im Umfang von mindestens 460 Stunden. Die Voraussetzung ist auch durch den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität erfüllt.
- Sie ist sozialversicherungspflichtig hauptberuflich im stationären 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.

[9] Im Einzelfall kann auf der Landesebene auch eine dreijährig nach Landesrecht ausgebildete Altenpflegerin/Altenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt werden, wenn sie über eine mehrjährige einschlägige Berufserfahrung im stationären Hospiz verfügt und die übrigen Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt.

(5) Das stationäre Hospiz hat darüber hinaus das folgende Personal:
   a) Eine(n) festangestellte(n), hauptberuflich im stationären Hospiz beschäftige(n) Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, entsprechend dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegerin/Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger als stellvertretende Leitung mit Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme, die nach Umfang und Inhalt den Vorgaben der Anlage 1 entspricht (im Umfang von mindestens 160 Unterrichtseinheiten) oder den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten.
   b) Ständig – entsprechend der Patientenzahl – weitere festangestellte ausgebildete Pflegefachfrauen oder Pflegefachmänner, Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpflegerin/Altenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelferin/Krankenpflegehelfer und Pflegekräfte; der Einsatz des Personals erfolgt entsprechend der jeweiligen Ausbildung und Qualifikation. Mindestens 50 % der Mitarbeitenden benötigen den Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme (s. Anlage 1)[10].
   c) Psychosoziale Fachkräfte.
   d) Leitungs- und Verwaltungspersonal.
   e) Hauswirtschafts- und Funktionspersonal.

(6) Die nach Abs. 5 Buchstabe c tätigen psychosozialen Fachkräfte erfüllen in der Regel die folgenden Voraussetzungen:
   a) Hochschulabschluss aus dem Bereich
      - Sozialpädagogik
      - Soziale Arbeit
      - Psychologie
   b) Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 120 Unterrichtseinheiten gemäß Anlage 2 oder den Abschluss eines vergleichbaren Studiums[11].

(7) Das Personal nach a) bis c) hat sich in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse des jeweiligen Arbeitsgebietes zu halten.

(8) Ein Kernelement der Hospizarbeit ist der Dienst Ehrenamtlicher. Durch ihr Engagement leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag bei der Begleitung sterbender Menschen auch in stationären Hospizen. Das stationäre Hospiz setzt Ehrenamtliche entsprechend ihrer nachgewiesenen Befähigung ein und sorgt für deren regelmäßige Begleitung.

[10] 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 Hospizes nachzuweisen.

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

§ 8 Personalausstattung für ein solitäres stationäres Hospiz

(1) Für die nach § 7 erforderliche Personalausstattung gelten die nachfolgend festgelegten bundesweit einheitlichen Orientierungsgrößen, die für ein stationäres Hospiz mit 8 Plätzen kalkuliert wurden. Die Orientierungsgrößen beziehen sich auf ein stationäres Hospiz, das die für die Sicherstellung der Versorgung und Begleitung erforderlichen Leistungen ausschließlich durch eigenes Personal erbringt (solitäres stationäres Hospiz). Diese Annahme dient als kalkulatorische Größe; ungeachtet dessen besteht Einvernehmen der Rahmenvereinbarungspartner, dass aus wirtschaftlichen und organisatorischen Gründen bestimmte Dienstleistungen und Funktionen – mit Ausnahme der Bereiche nach § 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 stationären Hospizes unter Berücksichtigung dieser Grundlagen vertraglich zu vereinbaren.

(2) Als Orientierungsgröße nach Abs. 1 gelten die nachfolgenden Werte[12]. Sie bieten den regionalen Vertragspartnern den Rahmen für die Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstruktur, der individuellen Anzahl der Plätze und der konzeptionellen Ausrichtung des stationären Hospizes. Je nach Platzzahl und konzeptioneller Ausrichtung sind diese Orientierungsgrößen bei stationären Hospizen mit Platzzahlen über 8 Plätzen angemessen anzupassen. Eine lineare Fortschreibung der Orientierungsgrößen ausschließlich anhand der Platzzahl kann daraus nicht abgeleitet werden.

(3) Folgende Personalausstattung hält das stationäre Hospiz bereit:

Funktion	Stellenanteil
Pflege: Pflegefachkräfte nach § 7 Abs. 5 a und b	12,35 VZÄ[13]
Psychosoziale Begleitung: psychosoziale Fachkräfte nach § 7 Abs. 5 c und therapeutische Angebote	0,75 VZÄ
Leitung/Verwaltung:	
• Hospizleitung	0,5 VZÄ
• Verantwortliche Pflegefachkraft	0,75 VZÄ
• Verwaltung	0,75 VZÄ
• Qualitätsmanagement/Koordination Ehrenamt	0,4 VZÄ
Hauswirtschaft: Küche, Reinigung, Haustechnik	2,7 VZÄ

[12] Dabei wurde von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 39 Stunden, einer Nettojahresarbeitszeit von 1.554 Stunden unter Berücksichtigung von Feiertagen sowie Fehlzeiten (Urlaub, Krankheit, Fortbildung, etc.) sowie einer Besetzung des Nachtdienstes im Bereich Pflege von 2,0 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) ausgegangen.

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

§ 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),
- 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 Grundausstattung sowie die pflegerischen Verbrauchsgüter und Arbeitsmaterialen im Tagesbedarfssatz als Sachkosten zur Anrechnung gebracht, sofern die Verbrauchsgüter nicht individuell verordnet werden.

(4) Die baulichen Gegebenheiten einschließlich der Ausstattung müssen den Zielen des § 1 gerecht werden. Die Regel ist das Einbettzimmer. In stationären Hospizen sollen die Patientenzimmer so gestaltet sein, dass Zugehörige mit aufgenommen werden können. Für die räumliche Ausstattung gelten die nachfolgend festgelegten bundesweit einheitlichen Orientierungsgrößen, die für ein stationäres Hospiz mit 8 Plätzen kalkuliert wurden. Sie dienen als kalkulatorische Größe für die Förderung der Investitionskosten und Investitionsfolgekosten nach § 12 Abs. 11. Die bauliche Umsetzung kann je nach Konzept und Bestand hiervon abweichen. Landesrechtliche Regelungen

zur Investitionskostenförderung von stationären Hospizen 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 Hospizes im Verhältnis zur Anzahl der Plätze und der konzeptionellen Ausrichtung. Eine lineare Fortschreibung der Orientierungsgrößen für stationäre Hospize mit mehr als 8 Plätzen ausschließlich anhand der Platzzahl kann daraus nicht abgeleitet werden.

Bereich	**Räume**
Wohnbereich: 240 qm insgesamt – 30 qm pro Platz (ggf. inklusive Balkon)	• 8 Einzelzimmer mit Badezimmer (WC und Dusche); Übernachtung von Zugehörigen sollte auch im selben Zimmer möglich sein • Gästezimmer für Zugehörige mit Badezimmer (in angemessener Anzahl)
Gemeinschaftsbereich: 80 qm insgesamt	• Essraum/Essbereich • Gemeinschaftsraum/Gemeinschaftsbereich • Raum der Stille
Funktionsbereich: 250 qm insgesamt	• Pflegebad • Küche • Dienstzimmer • Lagerräume für Lebensmittel, Hilfsmittel Wäsche, etc. • Besprechungsraum • Arbeitsräume (Rein/Unrein) für Pflege und Hauswirtschaft • Büroräume • Umkleidezimmer für Mitarbeitende (Dusche und WC) • Mitarbeitendenraum • Behindertengerechtes WC/Besucher-WC • Technikräume
Verkehrsfläche: 180 qm insgesamt	z. B. Flure, Treppen, Aufzüge

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

§ 10 Verträge

(1) Stationäre Hospize 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 Hospiz, das die Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt, einen Versorgungsvertrag. Der Vertrag regelt insbesondere:
   a) Anzahl der angebotenen Plätze,
   b) Meldungen des stationären Hospizes an die 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 Hospizes,
   f) Zahlungsbedingungen des Zuschusses,
   g) Begehung/Prüfung durch den MD,
   h) Anforderungen an die Leistungsdokumentation,
   i) die Trägervertretung des stationären Hospizes,
   j) Mitteilungspflichten des stationären Hospizes gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, soweit es die vertragsgemäße Durchführung betrifft. Anzuzeigen sind hiernach insbesondere:
      - die Unterschreitung der personellen Anforderungen an das stationäre Hospiz im Hinblick auf die Versorgung nach § 7 Abs. 5 Buchstaben b-c sowie gemäß des Versorgungsvertrags und nach § 8 unter Angabe des Stellenanteils,[14]
      - das Eintreten und Ausscheiden von verantwortlichen Pflegefachkräften gemäß § 7 Abs. 3 und 5 Buchstabe a sowie § 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 Hospizes,
      - der Umstand, dass ein Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gegen das stationäre Hospiz gestellt wurde (z. B. Träger des stationären Hospizes),
      - eingeleitete strafrechtliche Ermittlungsverfahren gegen eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter des stationären Hospizes, soweit sie im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung stehen, und soweit sie dem stationären Hospiz bekannt sind,
      - strafrechtliche Ermittlungen gegen das stationäre Hospiz oder dessen Träger[15].

[14] Die Mitteilungspflicht ist anzuwenden, wenn die vereinbarte personelle Ausstattung mehr als drei Monate nicht eingehalten wird.

[15] Soweit sie im Zusammenhang mit der stationären Hospizversorgung stehen.

(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 Tagen[16] den 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 Hospizes 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 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.

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

(9) Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht, wenn die Anforderungen dieser Rahmenvereinbarung und weiterer maßgeblicher landesrechtlicher Regelungen durch das stationäre Hospiz erfüllt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und 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 Hospiz umgehend mit. Die zuständige

[16] Soweit zwischen den Vertragspartnern keine abweichenden Zeiträume vereinbart wurden.

Krankenkasse nimmt eine erste inhaltliche Sichtung der Unterlagen vor und teilt dem stationären Hospiz 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 Hospiz 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 Hospiz 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 Mitarbeiter,
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 bzw. Netzwerkpartnern,
f) Nachweis einer Betriebshaftpflichtversicherung,
g) Anmeldung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft,

h) Nachweis zur Zuverlässigkeit[17]:
   1. aktuelles Führungszeugnis nach § 30 BZRG der vertretungsberechtigten Person(en) des stationären Hospizes (z. B. Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer, Gesellschafterinnen und Gesellschafter, Prokuristinnen und Prokuristen),
   2. Schutzkonzept zugunsten von Versicherten und im stationären Hospiz 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 Hospizes 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 Hospiz.
   3. Compliance-Konzept[18] 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) Der 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 den Vertrag gemeinsam und einheitlich, wenn die Voraussetzungen der Zulassung nicht mehr erfüllt sind.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen 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.

[17] 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.

[18] Bei Neugründung eines stationären Hospizes ist bei Antragstellung ein Grobkonzept vorzulegen und 2 Jahre nach Neueröffnung ein Feinkonzept nachzuweisen. Für bestehende stationäre Hospize wird für die Erstellung des Feinkonzeptes eine Übergangszeit nach Inkrafttreten der Rahmenvereinbarung von 2 Jahren gewährt.

§ 12 Vergütungsgrundsätze und Krankenkassenleistung

(1) Zwischen den Landesverbänden 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 nur Aufwendungen für die zuschussfähigen Leistungen. Leistungen, die über den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenkassen sowie der sozialen Pflegeversicherung hinausgehen, sind nicht zuschussfähig und können bei der Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes nicht berücksichtigt werden. Hierzu gehören z. B. Freizeitangebote, kulturelle Veranstaltungen, Angebote der Trauerbegleitung über den Tod der oder des Versicherten hinaus. Der tagesbezogene Bedarfssatz für die Versorgung der Versicherten deckt alle in §§ 3, 8 und 9 Abs. 1, 3 und 4 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) Der tagesbezogene Bedarfssatz soll insbesondere nachfolgende Grundsätze erfüllen:
1. Der tagesbezogene Bedarfssatz 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 Hospizen 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 Hospiz 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 Fremddienstleistungen[19] 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 Hospiz, insbesondere von Leiharbeitnehmerinnen 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 stationären Hospizes zu erkennen sein.

Im Rahmen der Darlegung sind folgende Nachweise vorzulegen:
- die prospektiv kalkulierten Personalkosten bezogen auf das stationäre Hospiz je Mitarbeiterin und Mitarbeiter (pseudonymisiert) mit Stellenanteil und – soweit vorhanden – Eingruppierung, untergliedert nach Funktionsbereichen (Personalliste prospektive Kalkulation),
- für die Entlohnung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die geltenden Tarifverträge, kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen oder sonstigen Vergütungsmaßstäbe[20] 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 stationären Hospizes erforderlich,
- eine Sachkostenkalkulation unter Differenzierung der nach Abs. 5 2. Spiegelpunkt genannten Kostenpositionen.

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

[20] Zu den sonstigen Vergütungsmaßstäben zählen insbesondere individualvertragliche Vereinbarungen oder individualvertragliche Vergütungs-Richtlinien von nicht tarifgebundenen oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen stationären Hospizen/Trägern von stationären Hospizen.

(8) Reichen die Angaben des stationären Hospizes für eine abschließende Plausibilitätskontrolle nach Abs. 7 nach substantiierter Darlegung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nicht aus, sind durch das stationäre Hospiz 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 der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen bezüglich der Wirtschaftlichkeit der Änderungen bleibt unberührt.

(10) Das stationäre Hospiz 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 der 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 Hospiz 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 Hospiz transparent darzulegen und der Förderbescheid vorzulegen. Öffentliche Zuschüsse zu den laufenden Aufwendungen eines stationären Hospizes 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 Eigenkapitalverzinsung[21],
- 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 Hospizes begrenzt auf die für die leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung nach § 9 Abs. 4 anerkennungsfähige Gesamtfläche.

(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.

(15) Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist, soweit die Vertragspartner keinen kürzeren Zeitraum vereinbaren, eine jahresdurchschnittliche Belegung des stationären Hospizes der letzten drei Kalenderjahre, jedoch mindestens 80 v.H. zugrunde zu legen. Eine geringere Belegung begründet keinen abweichenden Bedarfssatz.

(16) Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt die Versicherte bzw. der Versicherte im stationären Hospiz, 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 der Versicherten bzw. dem Versicherten weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden.

[21] Spenden werden im Rahmen der Eigenkapitalverzinsung nicht berücksichtigt.

(18) 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.

§ 13 Inkrafttreten und Kündigung dieser Rahmenvereinbarung

(1) Diese Rahmenvereinbarung tritt am 01.01.2025 in Kraft und löst die Vereinbarung vom 13.03.1998 in der Fassung vom 31.03.2017 ab.

(2) Diese Rahmenvereinbarung kann von den Vertragsparteien mit halbjähriger Frist zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt diese Rahmenvereinbarung weiter.

§ 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

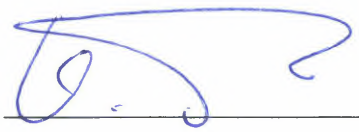
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.
Berlin, den

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

Module	UE[22] à 45 Minuten
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[23]** – 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**

[22] UE = Unterrichtseinheiten à 45 Minuten

[23] wird im gesamten Kursverlauf vermittelt

Module	UE à 45 Minuten
Kernkompetenz 5: Den spirituellen und existenziellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht werden – Wahrheit am Krankenbett und Umgang mit existentiellen Fragestellungen – Lebensidentität, Lebensbilanz / Biographiearbeit – Spiritualität – Interkulturalität im Umgang mit den Themen Sterben und Tod – Rituale – Umgang mit Verstorbenen – Diversität und Kommunikation	**12**
Kernkompetenz 6: Auf die Bedürfnisse der pflegenden An- und Zugehörigen der Patientinnen und Patienten in Bezug auf kurz-, mittel- und langfristige Umsorgungsziele 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**

Module	UE à 45 Minuten
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 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 Qualitätsmanagement[24] ***(Dokumentationssystem z. B. Midos-Wochenbogen, IPOS-Fragebogen, Assessmentinstrumente) – Reflexion und Abschlussprüfung	**24**
Gesamt	**160**

[24] Inhalte werden im Rahmen der Kernkompetenz 2 bei den jeweiligen Symptomen unterrichtet

Anlage 2

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 Umsorgungsziele 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	

	Module	UE à 45 Minuten
35	Die vier ethischen Grundprinzipien „Respekt vor Autonomie“, „Schadensvermeidung“, „Fürsorge“ und „Gerechtigkeit“	
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 (vorausgefügten 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**