

Antwort

der Landesregierung

auf die Kleine Anfrage Nr. 1549

der Abgeordneten Sabine Barthel (AfD-Fraktion) und Birgit Bessin (AfD-Fraktion)

Drucksache 7/4200

Palliative Versorgung im Land Brandenburg

Namens der Landesregierung beantwortet die Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz die Kleine Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung der Fragestellerinnen: Die palliative Versorgung von Patienten stellt - nicht zuletzt aufgrund des demografischen Wandels - eine der großen Herausforderungen für das Gesundheitssystem dar. Bundesweit gibt es rund 300 Palliativstationen und rund 240 Hospize.

1. Wie viele palliative Pflegedienste gibt es im Land Brandenburg für eine ambulante palliative Versorgung?
 - a) Welche Kapazität haben diese?
 - b) Wie viele Patienten versorgen diese palliativ?
 - c) Wie viele ihrer Palliativpatienten sind unter 18 Jahre alt?
 - d) Welche Qualifikationen hat ihr an Patienten ab 18 Jahren palliativ tätiges Pflegepersonal? Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl an.
 - e) Welche Qualifikationen hat ihr an Patienten unter 18 Jahren palliativ tätiges Pflegepersonal? Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl an.
 - f) Hält die Landesregierung ihre Kapazität und die Qualifikationen und deren jeweilige Anzahl einerseits für Patienten ab 18 Jahren und andererseits für Patienten unter 18 Jahren für ausreichend?
 - g) Welche Verbesserungen bringt das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) im Bereich der ambulanten palliativen Versorgung?
 - h) Was sind die Aufgaben, und was ist der Nutzen von Koordinatoren für Palliativ-Netzwerke gemäß § 39d SGB V im Bereich der palliativen Pflegedienste?

Zu Frage 1: Palliative Pflegedienste, die sogenannten Palliativ Care Teams (PCT), erbringen Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zusammen mit speziell fortgebildeten Palliativärzten. Die PCT's sind Vertragspartner der Krankenkassen. Sie erbringen die erforderlichen Leistungen an ihrem jeweiligen Standort sowie ganz oder teilweise in den umliegenden Landkreisen. In Einzelfällen können sich Versorgungsgebiete überschneiden. Nach Auskunft der AOK Nordost Die Gesundheitskasse, die für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Land Brandenburg die Federführung für die Finanzierung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß §§132d und 37b SGB V innehat, gibt es mit Stand vom 01.04.2021 in Brandenburg 17 Palliativ Care Teams.

Eingegangen: 27.10.2021 / Ausgegeben: 01.11.2021

Zu a): Die Beantwortung der Frage nach Kapazitäten erfolgt im Sinne einer Darstellung der Anzahl des Pflegepersonals sowie der Anzahl der versorgten Patientinnen und Patienten. Auf die Beantwortung der Fragen b) und d) wird hierbei verwiesen.

Zu b-e): Die Beantwortung der Fragen b) bis e) erfolgt in nachfolgender Übersicht.

Palliativ Care Teams in Brandenburg	b) Wie viele Patienten versorgen diese palliativ?	c) Wie viele ihrer Palliativpatienten sind unter 18 Jahre alt?	d) Welche Qualifikationen hat ihr an Patienten <u>ab 18 Jahren</u> palliativ tätiges Pflegepersonal? Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl an.	e) Welche Qualifikationen hat ihr an Patienten <u>unter 18 Jahren</u> palliativ tätiges Pflegepersonal? Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl an.
PCT Barnim / Uckermark	382 inkl. Jahresüberlieger	Keine Versorgung von Patienten < 18	36 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	Keine Versorgung von Patienten < 18
PCT Palliativstützpunkt Neuruppin	959 inkl. Jahresüberlieger	4	150 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	*Versorgung von Kindern durch PCT für Erwachsene
PCT Bad Saarow	949 inkl. Jahresüberlieger	Keine Versorgung von Patienten < 18	111 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	Keine Versorgung von Patienten < 18
PCT Cottbuspflege GmbH	914 inkl. Jahresüberlieger	1	61 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	* Versorgung von Kindern durch PCT für Erwachsene
PCT Palliativnetz Spreewald/Cottbus	2020 keine Leistungserbringung	Keine Versorgung von Patienten < 18	6 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	Keine Versorgung von Patienten < 18
PCT Frankfurt (Oder)	890 inkl. Jahresüberlieger	Keine Versorgung von Patienten < 18 (s.u.)	142 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	Keine Versorgung von Patienten < 18
PCT „am Oderfluss“ Frankfurt (Oder)	353 inkl. Jahresüberlieger	16 inkl. Jahresüberlieger	120 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	Bis 31.03.20 auch Versorgung von Kindern u. Jugendlichen. Seit 01.04.20 nur noch Versorgung von Erwachsenen.
PCT Havelland / Osthavelland	406	Keine Versorgung von Patienten < 18	14 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	Keine Versorgung von Patienten < 18
PCT Jedermann Gruppe	260	Keine Versorgung von Patienten < 18	30 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	Keine Versorgung von Patienten < 18

PCT Luckenwalde	468 inkl. Jahresüberlieger	Keine Versorgung von Patienten < 18	83 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	Keine Versorgung von Patienten < 18
PCT „Nordost Brandenburg GmbH“	226	Keine Versorgung von Patienten < 18	9 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	Keine Versorgung von Patienten < 18
PCT Oberhavel	568 inkl. Jahresüberlieger	Keine Versorgung von Patienten < 18	29 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	Keine Versorgung von Patienten < 18
PCT „Oberer Teltow-Fläming“	181 inkl. Jahresüberlieger	Keine Versorgung von Patienten < 18	18 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	Keine Versorgung von Patienten < 18
PCT Rüdersdorf	1462 inkl. Jahresüberlieger	Keine Versorgung von Patienten < 18	107 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	Keine Versorgung von Patienten < 18
PCT „Potsdam und Umland GbR	1250 inkl. Jahresüberlieger	2 inkl. Jahresüberlieger	77 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	*Versorgung durch Erwachsenenteam
PCT Palliativnetz Südbrandenburg	543 inkl. Jahresüberlieger	Keine Versorgung von Patienten < 18	97 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	Keine Versorgung von Patienten < 18
PCT Pallium Caritatis GmbH	2020 keine Leistungserbringung	Keine Versorgung von Patienten < 18	18 Pflegekräfte (Kernteam und Kooperationen)	Keine Versorgung von Patienten < 18
PCT Frankfurt (Oder) mit SAPV - Team KJ	21 inkl. Jahresüberlieger	Kinderteam	Entfällt, da nur > 18 Jahren versorgend	Versorgung von Kindern und Jugendlichen ab 01.04.2020 4 Pflegefachkräfte (Stamm- und Kooperation)

Erläuternde Hinweise zur Übersicht: Die in der Übersicht genannten Personalangaben haben den Stand 1. Quartal 2021. Die Angaben der in der Palliativversorgung betreuten Personen beziehen sich auf das Leistungserbringungsjahr 2020, wobei die Anzahl der betreuten Patientinnen und Patienten sowohl die im Jahr 2020 neu aufgenommene Palliativpatientinnen und -patienten umfasst als auch Patientinnen und Patienten, die bereits im Jahr 2019 und über den Jahreswechsel weiterversorgt wurden (Jahresüberlieger).

Gleiches gilt auch für die Angaben der Kinderversorgung. Derzeit hat nur das SAPV-Team Frankfurt (Oder) einen Zusatzvertrag für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung der wenigen Kinder. Zur besseren Kennzeichnung wurde dieser Hinweis am Ende der Tabelle eingefügt.

Die Anzahl der in der SAPV eingesetzten Pflegefachkräfte ist eine Gesamtanzahl aus Kernmitgliedern und Kooperationspartnern. Vertraglich ist es aber möglich, dass die Pflegedienste in mehreren PCTs Kooperationspartner sein können. Daher ist es nicht möglich, eine Aussage zu der Gesamtanzahl der tatsächlichen Pflegefachkräfte zu treffen.

Alle Pflegefachkräfte besitzen eine Weiterqualifizierung „160 Std. Palliativ-Care“.

Zu f): Nach Auskunft der AOK Nordost ist die SAPV-Versorgung für Erwachsene nach derzeitigem Stand flächendeckend etabliert, Kapazitäts- und somit Versorgungsengpässe sind nicht bekannt. Herausforderungen bestehen lediglich in der Region Uckermark aufgrund des Fachkräftemangels.

Nach Auskunft der AOK Nordost ist die Versorgung der palliativen Kinder und Jugendlichen in Brandenburg nach derzeitigem Stand ausreichend sichergestellt, da die Anzahl der zu Versorgenden sehr klein ist. Ungeachtet dessen übernimmt das Berliner Kinder-SAPV-Team der „Björn-Schulz-Stiftung“ die nachstationäre Betreuung der Betroffenen im Berliner Umland, da die Betroffenen überwiegend in der Berliner Charité behandelt werden.

Nach Auskunft der AOK Nordost wird der Bedarf für den Aufbau eines eigenständigen Kinder-SAPV-Teams in Brandenburg (ohne Anbindung an ein PCT für Erwachsene, wie bei PCT Frankfurt (Oder)) aufgrund der geringen Fallzahl von Betroffenen und somit bestehender Unwirtschaftlichkeit gem. § 12 SGB V derzeit nicht gesehen. Darüber hinaus stehen Fachkräfte, insbesondere im palliativmedizinischen Bereich, nicht ausreichend zur Verfügung.

Zu g): Im Zuge des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) wurde die Gesetzesregelung zur Implementierung, Finanzierung und Beschreibung der Aufgabe von regionalen Koordinatoren in Hospiz- und Palliativnetzwerken im § 39d SGB V neu aufgenommen und soll durch Netzwerkarbeit die regionale Hospiz- und Palliativarbeit und insbesondere die Information und Aufklärung der Betroffenen stärken.

Es wird angenommen, dass die ambulante Palliativversorgung (allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)) von der regionalen Netzwerkstruktur profitieren kann, sollten sie Bestandteil des Netzwerkes sein.

Darüber hinaus sind zu den im GVWG eingeführten Neuerungen derzeit keine konkreten Aussagen möglich, da auf Bundesebene noch das Vorgehen und die Umsetzung in Klärung sind.

Zu h): Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen fördern gemeinsam und einheitlich in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt die Koordination der Aktivitäten in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch einen Netzwerkkoordinator. Ziel der Förderung ist der Aufbau und die Unterstützung einer Netzwerkstruktur unter Einbeziehung bestehender Versorgungsstrukturen. Ein Netzwerk ist dadurch gekennzeichnet, dass es sich aus verschiedenen Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung zusammensetzt, für alle in der Region in diesem Bereich tätigen Leistungserbringer und versorgenden Einrichtungen sowie für die ehrenamtlichen und kommunalen Strukturen offensteht und übergreifende Koordinierungstätigkeiten ausführt.

Aufgaben des Netzwerkkoordinators sind übergreifende Koordinierungstätigkeiten, insbesondere die

- Unterstützung der Kooperation und die Abstimmung und Koordination der Maßnahmen der Mitglieder des regionalen Netzwerkes,
- Information der Öffentlichkeit über die Versorgungsangebote des Netzwerkes in enger Abstimmung mit weiteren informierenden Stellen auf Kommunal- und Landesebene,
- Initiierung, Koordinierung und Vermittlung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Organisation und Durchführung qualifizierter Schulungen zur Netzwerktaetigkeit,
- Organisation regelmäßiger Netzwerktreffen zur stetigen bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen und zur gezielten Weiterentwicklung der Versorgungsangebote entsprechend des regionalen Bedarfs,
- Ermöglichung von Kooperationen mit thematisch verwandten Akteuren wie etwa Pflegestützpunkten, lokalen Demenznetzwerken, Einrichtungen der Altenhilfe sowie kommunalen Behörden und kirchlichen Einrichtungen,
- die Ermöglichung eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches mit anderen koordinierenden Personen und Einrichtungen auf Kommunal- und Landesebene.

Der GKV-Spitzenverband hat bis zum 31. März 2022 Förderrichtlinien unter Beteiligung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung, der kommunalen Spitzenverbände und des Verbandes der privaten Krankenversicherung zu erlassen. Diese liegen bislang nicht vor. Daher ist eine Beantwortung der Frage zum Nutzen von Koordinatoren für Palliativ-Netzwerke gemäß § 39d SGB V im Bereich der palliativen Pflege nicht möglich.

2. Wie viele Palliativstationen gibt es im Land Brandenburg für eine stationäre palliative Versorgung?
 - a) Welche Kapazität haben diese?
 - b) Wie viele Patienten versorgen diese palliativ?
 - c) Wie viele ihrer Palliativpatienten sind unter 18 Jahre alt?
 - d) Welche Qualifikationen hat ihr an Patienten ab 18 Jahren palliativ tätiges Pflegepersonal? Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl an.
 - e) Welche Qualifikationen hat ihr an Patienten unter 18 Jahren palliativ tätiges Pflegepersonal? Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl an.
 - f) Hält die Landesregierung ihre Kapazität und die Qualifikationen und deren jeweilige Anzahl einerseits für Patienten ab 18 Jahren und andererseits für Patienten unter 18 Jahren für ausreichend?
 - g) Welche Verbesserungen bringt das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) im Bereich der Palliativstationen?
 - h) Was sind die Aufgaben, und was ist der Nutzen von Koordinatoren für Palliativ-Netzwerke gemäß § 39d SGB V im Bereich der Palliativstationen?

Zu Frage 2: Aufgrund des Sachzusammenhangs werden die Fragen 2 a bis f zusammen beantwortet.

Die Systematik der beplanten Fachgebiete in der Krankenhausplanung des Landes Brandenburg orientiert sich an der Fachgebietseinteilung der Weiterbildungsordnung der Lan-

des Ärztekammer Brandenburg. Nicht alle Fachgebiete, in denen Facharztkompetenzen erworben werden, sind für die Krankenhausplanung von Relevanz. Nur etwa ein Drittel der in der Weiterbildungsordnung definierten Fachdisziplinen werden ausgewiesen. Diese sind vorrangig Gebiete der obersten Stufe der Fachgebietseinteilung der Weiterbildungsverordnung.

Unterhalb dieser Fachgebietseinteilung werden Teilgebiete, Schwerpunkte und Spezialisierungen krankenhauserplanerisch nicht festgelegt (Ausnahmen: Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie und Geriatrie).

Aus diesem Grund kann die Landesregierung keine Auskunft über die Standorte von Palliativstationen bzw. der vorgehaltenen Bettenkapazitäten geben, da sie diese nicht spezifisch beplant. In der Regel sind Palliativbetten in der Fachabteilung Innere Medizin integriert.

Zur Beantwortung der Frage nach der Anzahl der Palliativstationen hat sich die Landesregierung an die Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg e.V. (LAGO) gewandt. Die LAGO hat der Landesregierung die derzeitigen Standorte von Palliativstationen und -einheiten im Land Brandenburg mit Stand von September 2021 übermittelt. Demnach gibt es im Land Brandenburg an 13 Standorten Palliativstationen und Palliativeinheiten in Bad Saarow, Beeskow, Brandenburg a. d. H., Cottbus, Frankfurt (O), Königs Wusterhausen, Lübben, Neuruppin, 2x Potsdam, Rüdersdorf, Strausberg und in Treuenbrietzen.

Weitere Informationen liegen der Landesregierung nicht vor.

Zu g): Im Zuge des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) wurde die Gesetzesregelung zur Implementierung, Finanzierung und Beschreibung der Aufgabe von regionalen Koordinatoren in Hospiz- und Palliativnetzwerken im § 39d SGB V neu aufgenommen und soll durch Netzwerkarbeit die regionale Hospiz- und Palliativarbeit und insbesondere die Information und Aufklärung der Betroffenen stärken.

Es wird angenommen, dass Palliativstationen bzw. -einheiten in Krankenhäusern von der regionalen Netzwerkstruktur ebenfalls profitieren können, sollten sie Bestandteil des Netzwerkes sein. Die regionale Netzwerkstruktur kann dazu beitragen, etwaige vorhandene Schnittstellenprobleme in der Versorgung zu beheben. Der geltende Krankenhausplan des Landes Brandenburg betont die Bedeutung einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit für die Qualität der Versorgung

Darüber hinaus sind zu den im GVWG eingeführten Neuerungen derzeit keine konkreten Aussagen möglich, da auf Bundesebene noch das Vorgehen und die Umsetzung in Klärung sind.

Zu h): Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen fördern gemeinsam und einheitlich auf der Grundlage des § 39d SGB V (neu) in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt die Koordination der Aktivitäten in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch einen Netzwerkkoordinator. Ziel der Förderung ist der Aufbau und die Unterstützung einer Netzwerkstruktur unter Einbeziehung bestehender Versorgungsstrukturen. Ein Netzwerk ist dadurch gekennzeichnet, dass es sich aus verschiedenen Angeboten

der Hospiz- und Palliativversorgung zusammensetzt, für alle in der Region in diesem Bereich tätigen Leistungserbringer und versorgenden Einrichtungen sowie für die ehrenamtlichen und kommunalen Strukturen offensteht und übergreifende Koordinierungstätigkeiten ausführt.

Aufgaben des Netzwerkkoordinators sind übergreifende Koordinierungstätigkeiten, insbesondere die

- Unterstützung der Kooperation und die Abstimmung und Koordination der Maßnahmen der Mitglieder des regionalen Netzwerkes,
- Information der Öffentlichkeit über die Versorgungsangebote des Netzwerkes in enger Abstimmung mit weiteren informierenden Stellen auf Kommunal- und Landesebene,
- Initiierung, Koordinierung und Vermittlung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Organisation und Durchführung qualifizierter Schulungen zur Netzwerktätigkeit,
- Organisation regelmäßiger Netzwerktreffen zur stetigen bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen und zur gezielten Weiterentwicklung der Versorgungsangebote entsprechend des regionalen Bedarfs,
- Ermöglichung von Kooperationen mit thematisch verwandten Akteuren wie etwa Pflegestützpunkten, lokalen Demenznetzwerken, Einrichtungen der Altenhilfe sowie kommunalen Behörden und kirchlichen Einrichtungen,
- die Ermöglichung eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches mit anderen koordinierenden Personen und Einrichtungen auf Kommunal- und Landesebene.

Der GKV-Spitzenverband hat bis zum 31. März 2022 Förderrichtlinien unter Beteiligung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung, der kommunalen Spitzenverbände und des Verbandes der privaten Krankenversicherung zu erlassen. Diese liegen bislang nicht vor. Daher ist eine Beantwortung der Frage zum Nutzen von Koordinatoren für Palliativ-Netzwerke gemäß § 39d SGB V im Bereich der Palliativstationen nicht möglich.

3. Wie viele Hospize und wie viele Kinderhospize gibt es im Land Brandenburg für eine ambulante, teilstationäre und stationäre palliative Versorgung? Bitte schlüsseln Sie die drei Versorgungsformen auf.
 - a) Welche Kapazität haben die Hospize und welche die Kinderhospize?
Bitte schlüsseln Sie die drei Versorgungsformen auf.
 - b) Wie viele Patienten versorgen die Hospize und welche die Kinderhospize?
Bitte schlüsseln Sie die drei Versorgungsformen auf.
 - c) Wie viele Palliativpatienten der Hospize sind unter 18 Jahre alt?
Bitte schlüsseln Sie die drei Versorgungsformen auf.
 - d) Welche Qualifikationen hat das an Patienten ab 18 Jahren palliativ tätige Pflegepersonal der Hospize? Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl an und schlüsseln Sie die drei Versorgungsformen auf.
 - e) Welche Qualifikationen hat das an Patienten unter 18 Jahren palliativ tätige Pflegepersonal der Hospize und welche das der Kinderhospize? Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl an und schlüsseln Sie die drei Versorgungsformen auf.
 - f) Hält die Landesregierung die Kapazität und die Qualifikationen und deren jeweilige

Anzahl der Hospize und die der Kinderhospize einerseits für Patienten ab 18 Jahren und andererseits für Patienten unter 18 Jahren für ausreichend?

- g) Welche Verbesserungen bringt das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) im Bereich der ambulanten palliativen Versorgung?
- h) Was sind die Aufgaben, und was ist der Nutzen von Koordinatoren für Palliativ-Netzwerke gemäß § 39d SGB V im Bereich der Hospize und der Kinderhospize?

Zu Frage 3: Nach Auskunft des BKK Landesverbandes Mitte, der für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Land Brandenburg die Federführung für die Finanzierung der ambulanten und stationären Hospizarbeit gemäß § 39a Abs. 1 und 2 SGB V innehat, gibt es 26 ambulante Hospizdienste, von denen fünf Anbieter auf die Sterbebegleitung von Kindern spezialisiert sind. In den Diensten engagieren sich rund 1.400 geschulte Ehrenamtliche in der Sterbebegleitung. Die Aufzählung ist nicht abschließend, da seitens der Krankenkassen nur geförderte Hospizdienste gemeldet werden können. Informationen zu Hospizdiensten ohne kassenseitige Förderung, die in der Fläche tätig sind, liegen den Krankenkassen und auch der Landesregierung nicht vor.

Das Tageshospiz "Haus Wegwarte" in Neuruppin ist das einzige teilstationäre Hospiz im Land Brandenburg. Teilstationäre Kinderhospize gibt es in Brandenburg nicht. 15 stationäre Hospize, darunter 1 stationäres Kinderhospiz verfügen insgesamt über 176 Plätze.

Die Beantwortung der Frage a) nach Kapazitäten erfolgt für die ambulante Hospizversorgung für Erwachsene sowie für Kinder- und Jugendliche im Sinne einer Darstellung der Anzahl der Sterbebegleitungen. Auf die Beantwortung der Frage b) wird hierbei verwiesen.

Zu den Fragen 3 a) bis e): Die Beantwortung der Fragen a) bis e) erfolgt in nachfolgender Übersicht:

Versorgungsformen Anzahl	a) Welche Kapazität haben die Hospize und welche die Kinderhospize? Bitte schlüsseln Sie die drei Versorgungsformen auf.	b) Wie viele Patienten versorgen die Hospize und welche die Kinderhospize? Bitte schlüsseln Sie die drei Versorgungsformen auf.	c) Wie viele Palliativpatienten der Hospize sind unter 18 Jahre alt? Bitte schlüsseln Sie die drei Versorgungsformen auf.	d) Welche Qualifikationen hat das an Patienten ab 18 Jahren palliativ tätige Pflegepersonal der Hospize? Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl an und schlüsseln Sie die drei Versorgungsformen auf.	e) Welche Qualifikationen hat das an Patienten unter 18 Jahren palliativ tätige Pflegepersonal der Hospize und welche das der Kinderhospize? Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl an und schlüsseln Sie die drei Versorgungsformen auf.
Ambulante Hospizdienste Insgesamt: 26	Bei der ambulanten Hospizversorgung handelt es	Ca. 1.200 Sterbebegleitungen pro Jahr	Aus datenschutzrechtlichen Gründen liegen diese Daten den LVdKK	Die Qualifikationen der Koordinatoren der ambulanten Hospizdienste sind in §	Siehe d)

	sich um aufsuchende ehrenamtliche Tätigkeit. Siehe b)		nicht vor.	4 der Rahmenvereinbarung nach §39a Abs.2 Satz 8 festgeschrieben. Ehrenamtliche absolvieren gemäß § 3 vorgenannter RV einen Befähigungskurs vor dem Einsatz in der Sterbebegleitung. Siehe Anlage 1	
Darunter Ambulante Kinderhospizdienste: 5	Bei der ambulanten Hospizversorgung handelt es sich um aufsuchende ehrenamtliche Tätigkeit. Siehe b)	Ca. 80 Sterbebegleitungen pro Jahr	Aus datenschutzrechtlichen Gründen liegen diese Daten den LVdKK nicht vor.	entfällt	Die Qualifikationen der Koordinatoren der ambulanten Kinderhospizdienste sind in § 4 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs.2 Satz 8 festgeschrieben. Hervorzuheben ist, der Abschluss einer Pädiatrische Palliativ- Care-Weiterbildung. Ehrenamtliche absolvieren gemäß §3 vorgenannter RV einen Befähigungskurs vor dem Einsatz in der Sterbebegleitung. siehe Anlage 1
Teilstationäre Hospize (Tageshospize) Insgesamt: 1 (Teil eines stationären Hospizes) Darunter Teilstationäre	4 Plätze	Aus datenschutzrechtlichen Gründen liegen diese Daten den LVdKK nicht vor.	Aus datenschutzrechtlichen Gründen liegen diese Daten den LVdKK nicht vor.	Die Qualifikationsanforderungen sind in § 5 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs.1 Satz 4 SGB V niedergeschrieben. Siehe Anlage 2	Siehe d)

Kinderhospize: 0	Entfällt				
Stationäre Hospize Insgesamt: 15	176 Plätze insgesamt	Aus datenschutzrechtlichen Gründen liegen diese Daten den LVdKK nicht vor.	Aus datenschutzrechtlichen Gründen liegen diese Daten den LVdKK nicht vor.	Die Qualifikationsanforderungen sind in § 5 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs.1 Satz 4 SGB V niedergeschrieben Siehe Anlage 2	Siehe d)
Darunter Stationäre Kinderhospize: 1	Darunter 12 Plätze Stationäres Kinderhospiz	Aus datenschutzrechtlichen Gründen liegen diese Daten den LVdKK nicht vor.	Aus datenschutzrechtlichen Gründen liegen diese Daten den LVdKK nicht vor.	Gem. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 der Kinderhospizversorgung sind Kinder bis 27 Jahre anspruchsberechtigt. Die Qualifikationsanforderungen sind in § 5 niedergeschrieben. Der Unterschied zum Erwachsenenhospiz ist der Abschluss einer pädiatrischen Palliativ-Care Weiterbildung für die Pflegedienstleitung (PDL) und die stellvertretende PDL. Siehe Anlage 3	Siehe d)

Hinweise:

Zu Frage f): Grundsätzlich geht die Landesregierung davon aus, dass mit einem Angebot von 176 Plätzen im Land Brandenburg ein gutes flächendeckendes Angebot im Bereich der stationären Hospizversorgung vorgehalten wird. Nach Auskunft des BKK Landesverbandes Mitte liegen den LVdKK weitere Interessensbekundungen für den Betrieb stationärer Hospize und stationärer Kinderhospize vor.

Für die stationäre Hospizversorgung von Kindern und Jugendlichen gibt es im Land Brandenburg bislang nur eine Einrichtung, das Kinderhaus in Burg. Im Rahmen der Diskussion

über flächendeckende Angebote zur Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen sind Aspekte wie Standort, Nachfrage und Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen. Bei ca. 1.300 lebenslimitiert erkrankten Kindern (bis zum Alter von 17 Jahren) im Land Brandenburg ist ein wirtschaftlicher Betrieb flächendeckender stationärer Hospizangebote schwierig.

Die Landesregierung geht davon aus, dass das in den ambulanten und stationären Hospizen sowie Kinderhospizen beschäftigte Personal sowie Ehrenamtliche den Qualifikationsanforderungen gemäß Rahmenvereinbarungen nach § 39a SGB V (siehe Anlagen 1, 2 und 3) erfüllen.

Zu Frage g): Im Zuge des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) wurde die Gesetzesregelung zur Implementierung, Finanzierung und Beschreibung der Aufgabe von regionalen Koordinatoren in Hospiz- und Palliativnetzwerken im § 39d SGB V neu aufgenommen und soll durch Netzwerkarbeit die regionale Hospiz- und Palliativarbeit und insbesondere die Information und Aufklärung der Betroffenen stärken.

Es wird angenommen, dass die ambulante, stationäre und teilstationäre Hospizversorgung von der regionalen Netzwerkstruktur profitieren kann, sollten sie Bestandteil des Netzwerkes sein.

Darüber hinaus sind zu den im GVWG eingeführten Neuerungen derzeit keine konkreten Aussagen möglich, da auf Bundesebene noch das Vorgehen und die Umsetzung in Klärung sind.

Zu h): Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen fördern gemeinsam und einheitlich auf der Grundlage des § 39d SGB V (neu) in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt die Koordination der Aktivitäten in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch einen Netzwerkkoordinator. Ziel der Förderung ist der Aufbau und die Unterstützung einer Netzwerkstruktur unter Einbeziehung bestehender Versorgungsstrukturen. Ein Netzwerk ist dadurch gekennzeichnet, dass es sich aus verschiedenen Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung zusammensetzt, für alle in der Region in diesem Bereich tätigen Leistungserbringer und versorgenden Einrichtungen sowie für die ehrenamtlichen und kommunalen Strukturen offensteht und übergreifende Koordinierungstätigkeiten ausführt.

Aufgaben des Netzwerkkoordinators sind übergreifende Koordinierungstätigkeiten, insbesondere die

- Unterstützung der Kooperation und die Abstimmung und Koordination der Maßnahmen der Mitglieder des regionalen Netzwerkes,
- Information der Öffentlichkeit über die Versorgungsangebote des Netzwerkes in enger Abstimmung mit weiteren informierenden Stellen auf Kommunal- und Landesebene,
- Initiierung, Koordinierung und Vermittlung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Organisation und Durchführung qualifizierter Schulungen zur Netzwerktätigkeit,
- Organisation regelmäßiger Netzwerktreffen zur stetigen bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen und zur gezielten Weiterentwicklung der Versorgungsangebote entsprechend des regionalen Bedarfs,

- Ermöglichung von Kooperationen mit thematisch verwandten Akteuren wie etwa Pflegestützpunkten, lokalen Demenznetzwerken, Einrichtungen der Altenhilfe sowie kommunalen Behörden und kirchlichen Einrichtungen,
- die Ermöglichung eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches mit anderen koordinierenden Personen und Einrichtungen auf Kommunal- und Landesebene.

Der GKV-Spitzenverband hat bis zum 31. März 2022 Förderrichtlinien unter Beteiligung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung, der kommunalen Spitzenverbände und des Verbandes der privaten Krankenversicherung zu erlassen. Diese liegen bislang nicht vor. Daher ist eine Beantwortung der Frage zum Nutzen von Koordinatoren für Palliativ-Netzwerke gemäß § 39d SGB V im Bereich der ambulanten, stationären und teilstationären Hospizversorgung nicht möglich.

4. Wie viele Wegzüge aus dem Land Brandenburg aus pflegerischen Gründen gab es seit dem Jahr 2016
- a) von Erwachsenen mit palliativ versorgungsbedürftigen Abkömmlingen oder Eltern oder sonstigen Angehörigen ab 18 Jahren?
 - b) von Erwachsenen mit palliativ versorgungsbedürftigen Abkömmlingen oder sonstigen Angehörigen unter 18 Jahren?

Zu Frage 4: Für die Beantwortung der Fragen 4 a) und b) liegen der Landesregierung keine Erkenntnisse vor.

Anlage/n:

1. Anlage 1
2. Anlage 2
3. Anlage 3

**Rahmenvereinbarung
nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V
zu den Voraussetzungen der Förderung
sowie zu Inhalt, Qualität und
Umfang der ambulanten Hospizarbeit
vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.03.2016**

zwischen

dem
GKV-Spitzenverband¹, Berlin

und

- dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Berlin
- dem Bundesverband Kinderhospiz e. V., Berlin
- 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 – Evangelischer Bundesverband, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Berlin

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

Präambel

Ziel der ambulanten Hospizarbeit ist es, die Lebensqualität sterbender Menschen zu verbessern. Im Vordergrund der ambulanten Hospizarbeit steht die ambulante Betreuung mit dem Ziel, sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen sowie die Familie in diesem Prozess zu begleiten, zu entlasten und zu unterstützen. Die Wünsche und Bedürfnisse der sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen stehen im Zentrum der ambulanten Hospizarbeit. Wesentlicher Bestandteil ist das Engagement Ehrenamtlicher. Durch ihr qualifiziertes Engagement leisten sie ebenso wie die Fachkräfte (Hauptamtliche) einen unverzichtbaren Beitrag zur Teilnahme des sterbenden Menschen und der ihm nahe Stehenden am Leben.

Ziel der ambulanten Kinderhospizarbeit ist es, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (nachfolgend Kinder genannt), die an einer lebensverkürzenden Erkrankung leiden, sowie deren Familien zu begleiten, zu entlasten und zu unterstützen. Die Kinderhospizarbeit betrachtet das gesamte Familiengefüge als untrennbare Einheit.

Die ambulante Hospizarbeit leistet einen Beitrag dazu, dass der palliative Versorgungsbedarf in seiner Art und von seinem Umfang her durch den Einsatz Ehrenamtlicher und weiterer ambulanter Versorgungsformen (z. B. vertragsärztliche Versorgung) erfüllt werden kann. Das Angebot der ambulanten Hospizdienste richtet sich an sterbende Menschen, die an einer Erkrankung leiden,

- die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
- bei der eine Heilung nach dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht zu erwarten ist,
- bei der der sterbende Mensch eine palliative Versorgung und eine qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung wünscht,
- die sich bei Kindern² nach dem aktuellen medizinischen Stand als lebensverkürzend auswirkt; dabei kann auf Wunsch der Familie die Begleitung bereits ab Diagnosestellung beginnen.

² Soweit hier von "Kindern" die Rede ist, sind jeweils Kinder und Jugendliche gemeint sowie junge Erwachsene, wenn die Erkrankung im Kindes- oder Jugendalter aufgetreten ist und die Begleitung durch einen ambulanten Kinderhospizdienst von den jungen Erwachsenen gewünscht wird; im Einzelfall auch bei Auftreten der Erkrankung im jungen Erwachsenenalter.

Nach § 39a Abs. 2 Satz 1 SGB V haben die Krankenkassen ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner vollstationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Ein Anspruch auf Förderung besteht auch, wenn ambulante Hospizdienste für Versicherte in Krankenhäusern Sterbebegleitungen im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers erbringen (§ 39a Abs. 2 Satz 2 SGB V). Dem gesetzlichen Auftrag entsprechend hat der GKV-Spitzenverband mit den die Interessen ambulanter Hospizdienste wahrnehmenden maßgeblichen Spitzenorganisationen in dieser Rahmenvereinbarung das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vereinbart.

Wenn Kinder sterben, stellt dies die Familien wie die Begleitenden vor besondere Herausforderungen. Für ambulante Hospizdienste und ambulante Kinderhospizdienste gelten weitgehend dieselben Grundsätze der Hospizarbeit, sie verfügen aber zum Teil über jeweils besondere Strukturen³.

§ 1

Gegenstand und Grundsätze der Förderung

- (1) Mit der Förderung leisten die Krankenkassen einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personal- und Sachkosten des ambulanten Hospizdienstes.
- (2) Gefördert werden ambulante Hospizdienste, die die Regelungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllen und für Versicherte qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung, in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder in Krankenhäusern im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers erbringen. Bei der Begleitung in stationären Einrichtungen ist ein zwischen dem ambulanten Hospizdienst und der jeweiligen Einrichtung vernetztes und abgestimmtes Vorgehen sicherzustellen.
- (3) Ein ambulanter Hospizdienst hat für die zweckentsprechende und wirtschaftliche Verwendung der Fördermittel zu sorgen.

³ Für die ambulante Kinderhospizarbeit gelten dieselben Bestimmungen dieser Rahmenvereinbarung, soweit hierzu keine gesonderten Regelungen getroffen werden.

(4) Ambulante Hospizdienste müssen

- eigene Räumlichkeiten haben,
- Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem sein; sie arbeiten im lokalen und kommunalen Verbund mit Initiativen des sozialen Engagements eng zusammen,
- Sterbebegleitungen geleistet haben,
- unter ständiger fachlicher Verantwortung mindestens einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft stehen,
- unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit mit mindestens einem zugelassenen Pflegedienst und mindestens einer approbierten Ärztin bzw. einem approbierten Arzt zusammenarbeiten, die über palliativ-pflegerische oder palliativ-medizinische Erfahrungen verfügen,
- mindestens 15 – im Jahr der Neugründung⁴ mindestens 12 – qualifizierte, einsatzbereite Ehrenamtliche einsetzen können; die Kinderhospizarbeit kann auch durch entsprechend qualifizierte Ehrenamtliche unter dem Dach von ambulanten Erwachsenenhospizdiensten erfolgen; dabei muss die Mindestzahl von 10 für die Kinderhospizarbeit qualifizierten, einsatzbereiten Ehrenamtlichen und deren fachliche Koordination und Begleitung – ggf. durch die Zusammenarbeit mehrerer Dienste – gewährleistet werden und
- eine kontinuierliche Praxisbegleitung und Supervision der Ehrenamtlichen gewährleisten.

§ 2

Inhalt und Umfang ambulanter Hospizarbeit

- (1) Ambulante Hospizdienste erbringen Sterbebegleitung sowie palliativ-pflegerische Beratung. Angehörige und Bezugspersonen der sterbenden Menschen werden nach Möglichkeit in die Begleitung mit einbezogen. Die Behandlung der körperlichen Beschwerden (z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle) obliegt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzten und zugelassenen Pflegediensten. Die ambulanten Hospizdienste können Teil der multiprofessionellen Versorgungsstruktur der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne eines integrativen Ansatzes sein.

⁴ Als Jahr der Neugründung eines ambulanten Hospizdienstes gilt das Kalenderjahr, in dem der ambulante Hospizdienst erstmals die Voraussetzungen der Förderung nach dieser Rahmenvereinbarung erfüllt.

(2) Die ambulante Hospizarbeit soll

- die mit dem Krankheitsprozess verbundenen Leiden lindern,
- helfen, die Konfrontation mit dem Sterben zu verarbeiten und die damit verbundenen Trauerprozesse begleiten,
- bei der Überwindung der in diesem Zusammenhang bestehenden Kommunikationsschwierigkeiten unterstützen.

Dazu gehören sowohl die Begleitung von sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen als auch die Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen sowie die Suche nach Antworten. Dies schließt auch die Berücksichtigung sozialer, ethischer und religiöser Gesichtspunkte ein. In der Kinderhospizarbeit ist darauf zu achten, dass kindgemäße, entwicklungsrelevante und altersentsprechende Begleitungen der Kinder geleistet werden, die die Lebensqualität der gesamten Familie unterstützen. Dabei kann die Begleitung auf Wunsch der betroffenen Familien auch über den Tod des Kindes hinausgehen; in Bezug auf das Verfahren der Förderung gilt § 5 Abs. 7 mit der Maßgabe, dass in Bezug auf die Ermittlung der Leistungseinheiten die Sterbebegleitung mit dem Tod des Kindes als abgeschlossen gilt.

(3) Der Fachkraft obliegen insbesondere folgende Aufgaben:

- Koordination der Aktivitäten des ambulanten Hospizdienstes (Patientenerstbesuch, Einsatzplanung/Einsatzsteuerung der Ehrenamtlichen),
- Gewinnung Ehrenamtlicher,
- Herstellung des Kontaktes zwischen den sterbenden Menschen und den Ehrenamtlichen,
- Begleitung der Ehrenamtlichen (Praxisbegleitung zur Unterstützung ehrenamtlich tätiger Personen),
- Gewährleistung von Supervision für die Ehrenamtlichen,
- Gewährleistung der Schulung/Qualifizierung der Ehrenamtlichen,
- Sicherstellung der ständigen Erreichbarkeit des ambulanten Hospizdienstes, auch unter Einbindung der Ehrenamtlichen.

Darüber hinaus obliegen der Fachkraft die

- palliativ-pflegerische und psychosoziale Beratung von sterbenden Menschen und deren Angehörigen,
- Qualitätssicherung in der Patientenbegleitung,
- Zusammenarbeit in den übrigen vernetzten Strukturen (insbesondere mit der palliativ-medizinischen Ärztin, dem palliativ-medizinischen Arzt bzw. palliativ-pflegerischen Pflegedienst).

- (4) Die Tätigkeit der Ehrenamtlichen erstreckt sich insbesondere auf:
- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung,
 - Begleitung der sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen und Bezugspersonen, die auch psychosozial ausgerichtet ist,
 - Hilfen beim Verarbeitungsprozess in der Konfrontation mit dem Sterben,
 - Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten,
 - Hilfe bei der im Zusammenhang mit dem Sterben erforderlichen Auseinandersetzung mit sozialen, ethischen und religiösen Sinnfragen.

§ 3

Qualität der ambulanten Hospizarbeit

- (1) Die ambulante Hospizarbeit ist qualifiziert zu erbringen und muss dem jeweiligen allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen. Eine ständige Weiterentwicklung der Qualität ist anzustreben.
- (2) Der ambulante Hospizdienst ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur Sicherung der Qualität festgelegt und durchgeführt werden. Die individuellen Wünsche und Bedürfnisse des sterbenden Menschen sollen berücksichtigt werden, um damit in der letzten Lebensphase ein Höchstmaß an persönlicher Lebensqualität zu ermöglichen.
- (3) Die Sterbebegleitung unterstützt und fördert insbesondere die Selbsthilfepotenziale der Betroffenen. Dabei werden Angehörige und Bezugspersonen einbezogen.
- (4) Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Die Dokumentation muss insbesondere Angaben hinsichtlich des Begleitungszeitraumes und den Besonderheiten bei der Begleitung enthalten. Die Dokumentation ist beim sterbenden Menschen zu führen.
- (5) Ehrenamtliche, die in der ambulanten Hospizarbeit arbeiten möchten, müssen vor Antritt ihrer Tätigkeit eine Erstqualifizierung (Befähigungskurs) abgeschlossen haben. In der Kinderhospizarbeit ist darauf zu achten, dass diese die besonderen Inhalte und Anforderungen der Kinderhospizarbeit berücksichtigt.

§ 4 Personelle Mindestvoraussetzungen

- (1) Der ambulante Hospizdienst beschäftigt mindestens eine fest angestellte fachlich verantwortliche Fachkraft, die mindestens folgende Voraussetzungen erfüllt:
- a) Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger", "Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger", "Altenpflegerin/Altenpfleger".
Sie kann auch eine Universitäts- bzw. Fachhochschulausbildung aus dem Bereich Pflege, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Heilpädagogik abgeschlossen haben. Andere abgeschlossene Studiengänge oder Berufsausbildungen sind im Einzelfall zu prüfen.
 - b) Mindestens dreijährige hauptberufliche Tätigkeit in ihrem Beruf nach erteilter Erlaubnis nach Buchstabe a).
 - c) Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme⁵ (Curriculum Palliative Care; Kern, Müller, Aurnhammer, Bonn oder andere nach Stundenzahl und Inhalten gleichwertige Curricula). Für ambulante Kinderhospizdienste ist der Abschluss einer Pädiatrischen Palliative Care-Weiterbildung⁶ (Curriculum Pädiatrische Palliative Care, oder andere nach Stundenzahl und Inhalt gleichwertige Curricula) nachzuweisen. Fachkräfte, die bereits eine Palliative Care-Weiterbildung absolviert haben, müssen das Zusatzmodul Pädiatrische Palliative Care (40 Stunden) nachweisen⁷.
 - d) Nachweis eines Koordinatoren-Seminars⁸ (40 Stunden).
 - e) Nachweis eines Seminars zur Führungskompetenz (80 Stunden).

⁵ Eine dreijährige Tätigkeit auf einer Palliativstation, in einem stationären Hospiz oder in einem Palliativpflegedienst entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt.

⁶ Scheidet eine verantwortliche Fachkraft des ambulanten Kinderhospizdienstes mit einer pädiatrischen Palliative Care-Weiterbildung nach Buchstabe c) aus und gibt es insoweit keine andere Möglichkeit, die Stelle mit bereits nach Buchstabe c) qualifiziertem Personal zu besetzen, können auf der Landesebene hospizbezogen Übergangsregelungen in Bezug auf die Anerkennung einer Fachkraft, die diese Qualifikation noch nicht abschließend erworben hat, getroffen werden.

⁷ Eine dreijährige Tätigkeit auf einer Kinderpalliativstation, in einem stationären Kinderhospiz oder in einem Kinderpalliativpflegedienst entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt.

⁸ Eine dreijährige Tätigkeit als Koordinatorin/Koordinator in einem ambulanten Hospizdienst unter regelmäßiger Supervision entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt. Andere Anerkennungen müssen im Einzelfall geprüft werden.

- (2) Scheidet eine verantwortliche Fachkraft des ambulanten Hospizdienstes aus und wird diese Stelle mit einer Fachkraft neu besetzt bzw. wird bei Neugründung eines ambulanten Hospizdienstes eine Fachkraft eingestellt, die die in Abs. 1 Buchstabe d) und/oder e) genannte(n) Voraussetzung(en) nicht erfüllt, ist die Erfüllung der fehlenden Voraussetzung(en) spätestens zum Ablauf des 12. Monats nach dem Ausscheiden bzw. bei Neugründung nachzuweisen. Kann der ambulante Hospizdienst diesen Nachweis nicht führen, endet die Förderung.
- (3) Die Fachkraft kann unter Berücksichtigung der Größe und des regionalen Einzugsbereichs für mehrere ambulante Hospizdienste zuständig sein, soweit die ambulanten Hospizdienste, für die sie im Rahmen dieser Kooperation tätig ist, insgesamt nicht über mehr als 50 einsatzbereite Ehrenamtliche verfügen⁹.

§ 5

Inhalt, Dauer und Verfahren der Förderung

- (1) Gefördert werden ambulante Hospizdienste, die die in dieser Rahmenvereinbarung genannten Voraussetzungen erfüllen. Die Förderung erfolgt als Zuschuss zu den Personalkosten der Fachkräfte
 - a) für die palliativ-pflegerische Beratung und
 - b) für die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der Ehrenamtlichensowie zu den Sachkosten.
- (2) Zu den Personalkosten zählen auch Kosten für die Fort- und Weiterbildung der bereits tätigen Fachkräfte einschließlich der Übernachtungs- und Bewirtungskosten entsprechend den Bestimmungen des Bundesreisekostengesetzes oder der Landesreisekostengesetze.
- (3) Wird die Erstqualifizierung (Befähigungskurs), Fort- und Weiterbildung der Ehrenamtlichen nicht durch die Fachkraft des ambulanten Hospizdienstes, sondern durch eine entsprechend qualifizierte externe Kraft erbracht, können die dafür dem ambulanten Hospizdienst entstehenden Kosten im Rahmen der Regelungen des Abs. 4 ebenfalls gefördert werden.

⁹ Aus dieser Regelung kann keine Anerkennung der Anzahl der Fachkräfte und deren förderfähigen Personalkosten abgeleitet werden.

- (4) Als Personalkosten werden innerhalb des Förderbetrages nach Abs. 7 und 8 Aufwendungen für Fort- und Weiterbildung der Ehrenamtlichen pauschal je einsatzbereitem Ehrenamtlichen am 31.12. des Vorjahres in Höhe von 100,00 EUR je Kalenderjahr gefördert. Mit dieser pauschalen Förderung sind auch Sachkosten im Zusammenhang mit der Fort- und Weiterbildung abgegolten. Die Kosten für die Supervision und die Erstqualifizierung (Befähigungskurs) von Ehrenamtlichen zählen zu den Personalkosten, sind aber von der vorgenannten Pauschale ausgenommen.
- (5) Als Sachkosten sind förderfähig:
- Fahrkosten
 - Erstattete Fahrkosten der Ehrenamtlichen und der Fachkraft, die mit dem öffentlichen Nahverkehr fahren oder einen eigenen PKW benutzen. Dabei gelten die Bestimmungen des Bundesreisekostengesetzes oder der Landesreisekostengesetze.
 - Betriebskosten für einen PKW, der dem ambulanten Hospizdienst zur Verfügung steht.
 - Kosten für Personal- und Lohnbuchhaltung/Verwaltungsgemeinkosten. Diese müssen im Verhältnis zur Größe des ambulanten Hospizdienstes stehen.
 - Sachkosten der Räumlichkeiten des ambulanten Hospizdienstes, sofern diese keine Investitionskosten sind
 - Raum- und Raumnutzungskosten (Miet- und Mietnebenkosten inkl. Energiekosten und Reinigungskosten)
 - Ausstattung (Büromaterial einschließlich aufgabenbezogener Druckkosten, Fachliteratur, Büromöbel/-technik [nur geringwertige Wirtschaftsgüter], Post- und Telekommunikationsgebühren).
 - Notwendige Versicherungen; dazu gehören insbesondere:
 - Haftpflichtversicherung für Ehrenamtliche
 - Dienstreisekostenversicherung
 - Inventarversicherung.
- (6) Im Förderantrag sind die entstandenen Personal- und Sachkosten transparent darzulegen. Für den Nachweis von Sachkosten ist die Systematik des beiliegenden Musters (Anlage 1) zu verwenden. Hierzu sind den Krankenkassen auf Anforderung Nachweise vorzulegen und der zuständigen Stelle zu übermitteln. Die nachgewiesenen Sachkosten werden innerhalb des Förderbetrages nach Abs. 7 und 8 maximal bis zu dem Betrag gefördert, der sich aus der Multiplikation der Anzahl der Leistungseinheiten mit 2,2 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV ergibt.

- (7) Der Förderbetrag wird auf Grundlage von Leistungseinheiten ermittelt. Die Leistungseinheiten des einzelnen ambulanten Hospizdienstes errechnen sich, indem die Anzahl der am 31.12. des Vorjahres einsatzbereiten Ehrenamtlichen mit dem Faktor 2 und die Anzahl der im Vorjahr abgeschlossenen Sterbebegleitungen mit dem Faktor 4 – in ambulanten Kinderhospizdiensten mit dem Faktor 5 – multipliziert und anschließend addiert werden. Je Versichertem und ambulanten Hospizdienst kann nur eine Sterbebegleitung in die Förderung einfließen. Bei ambulanten Kinderhospizdiensten werden zusätzlich zu den im Vorjahr abgeschlossenen Sterbebegleitungen auch die am 31.12. des Vorjahres noch nicht abgeschlossenen Sterbebegleitungen in die Förderung einbezogen, sofern diese Sterbebegleitungen vor dem 01.11. des Vorjahres begonnen haben. Die Anzahl der einsatzbereiten Ehrenamtlichen und deren Teilnahme an einer Erstqualifizierung (Befähigungskurs) nach § 3 Abs. 5 sind von Seiten des ambulanten Hospizdienstes durch Vorlage der in der Anlage 2 beigefügten Erklärungen der Ehrenamtlichen glaubhaft zu machen. Nachweise über deren Teilnahme an der o. g. Erstqualifizierung (Befähigungskurs) sind nach Anforderung vorzulegen. Die geleisteten Sterbebegleitungen sind versichertenbezogen nachzuweisen. Hierzu stellen die ambulanten Hospizdienste den einzelnen Krankenkassen entsprechend der Kassenzugehörigkeit mit dem Förderantrag eine Aufstellung der jeweils begleiteten Versicherten unter Angabe von „Name, Vorname, Geburtsdatum sowie Beginn und Ende der Sterbebegleitung zur Verfügung“. Es wird empfohlen, diese Angaben auf dem beigefügten Muster (Anlage 3) zu übermitteln. Ist im jeweiligen Bundesland bzw. Landesteil eine für die Durchführung der Förderung kassenartenübergreifend zuständige Stelle bestimmt, ist dieser Stelle mit dem Förderantrag zusätzlich die Information über die Gesamtzahl der geleisteten Sterbebegleitungen differenziert nach Kassenarten zu übermitteln.
- (8) Der Förderbetrag je Leistungseinheit beträgt 13 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV. Er ist insgesamt auf die in Abs. 1 genannten förderfähigen Personal- und Sachkosten des ambulanten Hospizdienstes begrenzt.
- (9) Sofern ein ambulanter Hospizdienst für das laufende Kalenderjahr der Förderung eine weitere Fachkraft einstellt und/oder die Arbeitszeit der bisher angestellten Fachkraft aufstockt, können die diesbezüglichen, erhöhten Personalkosten abweichend von den sonstigen Grundsätzen der retrospektiven Förderung bereits mit Wirkung für das laufende Förderjahr im Rahmen des nach Abs. 7 und 8 ermittelten Förderbetrages gegenüber den Krankenkassen geltend gemacht werden, wenn dies im Förderantrag nach § 6 bis zum 31.03. des laufenden Jahres unter Beifügung des abgeschlossenen Arbeitsvertrages bzw. Änderungsvertrages zum Arbeitsver-

trag beantragt wird. Die für das laufende Förderjahr geltend gemachten erhöhten Personalkosten werden im Förderverfahren für das Folgejahr nicht in Abzug gebracht. Sofern insoweit geltend gemachte erhöhte Personalkosten im laufenden Förderjahr tatsächlich nicht entstehen, sind die geförderten aber nicht entstandenen Personalkosten im Förderverfahren des Folgejahres in Abzug zu bringen. Dies muss durch den ambulanten Hospizdienst im Förderantrag transparent gemacht werden.

- (10) Die Begleitung einer Familie mit einem sterbenden Elternteil kann auf Wunsch des sterbenden Elternteils auch von eigenständigen ambulanten Kinderhospizdiensten erfolgen. Diese Begleitung kann von diesem ambulanten Kinderhospizdienst mit dem Faktor 4 im Förderantrag geltend gemacht werden, sofern diese Begleitung nicht von einem ambulanten Erwachsenen hospizdienst geltend gemacht wird.
- (11) Die Förderung erfolgt für das Kalenderjahr.
- (12) Treten im Zusammenhang mit der Berechnung und Auszahlung der Förderbeträge Unklarheiten auf, kann ein in Revisionsfragen erfahrener externer Sachverständiger die gesamten der Förderung zugrunde gelegten Daten oder einzelne Daten auch durch Einsichtnahme vor Ort überprüfen. Die Kosten des Sachverständigen sind vom Antragsteller zu tragen soweit sich die Krankenkassen und die ambulanten Hospizdienste nicht auf einen anderen Verteilungsmodus generell oder im Einzelfall verständigen.
- (13) Den Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospize im Land maßgeblichen Spitzenorganisationen bleibt es unbenommen, auf Landesebene ergänzende Vereinbarungen zu dieser Rahmenvereinbarung zu treffen.¹⁰

§ 6

Durchführung und Vergabe der Förderung

Die Anträge auf Förderung nach dieser Rahmenvereinbarung sind bis zum 31.03. des laufenden Kalenderjahres an die Krankenkassen bzw. die von ihnen bestimmte Stelle zu richten. Die Krankenkassen bzw. die von ihnen bestimmte Stelle prüfen nach dieser Rahmenvereinbarung die Voraussetzungen für die Förderung, ermitteln die Förderbeträge und zahlen diese bis spätestens 30.06. des laufenden Kalenderjahres aus.

¹⁰ Die Vereinbarungspartner sind sich darin einig, dass die Finanzierungsmodalitäten am einfachsten bei Bildung eines Finanzierungspools auf Landesebene zu handhaben sind.

§ 7

In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Diese Rahmenvereinbarung tritt rückwirkend zum 01.01.2016 in Kraft und löst die Vereinbarung vom 03.09.2002 in der Fassung vom 14.04.2010 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.

§ 8

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.

Protokollnotizen

Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, die Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Rahmenvereinbarung fortlaufend auszuwerten und diese erforderlichenfalls weiterzuentwickeln. Die Vereinbarungspartner überprüfen die Rahmenvereinbarung mindestens alle vier Jahre. Sollte sich kurzfristig Handlungsbedarf ergeben, kommen die Vereinbarungspartner überein, innerhalb von 6 Wochen in die diesbezüglichen Verhandlungen einzutreten.

Für das Förderjahr 2016 gelten abweichend von § 6 besondere Fristen zur Durchführung des Förderverfahrens. Die Anträge auf Förderung sind spätestens zum 30.04.2016 bei den Krankenkassen bzw. der von ihnen bestimmten Stelle zu stellen. Die Ermittlung und Auszahlung der Förderbeträge erfolgt spätestens zum 31.07.2016.

Die Vertragspartner der Rahmenvereinbarung haben mit Datum vom 23.01.2015 eine Ergänzungsvereinbarung zu § 6 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung gem. § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V i. d. F. vom 14.04.2010 geschlossen. Gegenstand dieser Ergänzungsvereinbarung war es, einen Einbezug der für sub-

stitutiv privat krankenversicherte Menschen¹¹ sowie für Beihilfeberechtigte erbrachten Sterbebegleitungen im Rahmen eines Gesamtförderverfahrens zu ermöglichen. Die hier genannte Ergänzungsvereinbarung hat nach Inkrafttreten der Rahmenvereinbarung gem. § 39a Abs. 2 Satz 8 i. d. F. vom 14.03.2016 weiterhin Bestand.

¹¹ Die „substitutive Krankenversicherung“ ist der einschlägige Gesetzesbegriff nach § 195 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Er bezeichnet Versicherte mit einer privaten Vollversicherung als Substitut einer gesetzlichen Krankenversicherung. Nicht gemeint sind damit Personen mit einer privaten Zusatzversicherung.

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 -
Evangelischer Bundesverband,
Evangelisches
Werk für Diakonie und Entwicklung
e. V.
Berlin, den -----

Anlage 1: Muster für einen Nachweis von Sachkosten im Sinne von § 5 Abs. 6
Satz 2

Anlage 2: Bescheinigung über die Einsatzbereitschaft der Ehrenamtlichen im
Sinne von § 5 Abs. 7 Satz 5

Anlage 3: Nachweis über die geleisteten Sterbebegleitungen im Sinne von § 5
Abs. 7 Satz 7 und 9

Anlage 1:

Muster für einen Nachweis von Sachkosten nach § 5 Abs. 6 Satz 2

Förderfähige Sachkosten nach § 5 Abs. 5	
Fahrkosten	
<ul style="list-style-type: none"> • Erstattete Fahrkosten der Ehrenamtlichen und der Fachkraft (eigenes Fahrzeug oder ÖPNV) 	_____EUR
<ul style="list-style-type: none"> • Betriebskosten PKW 	_____EUR
Kosten für Personal- und Lohnbuchhaltung/Verwaltungsgemeinkosten	_____EUR
Sachkosten für die Räumlichkeiten des ambulanten Hospizdienstes	
<ul style="list-style-type: none"> • Raum- und Raumnutzungskosten 	_____EUR
<ul style="list-style-type: none"> • Reinigungskosten 	_____EUR
<ul style="list-style-type: none"> • Energiekosten 	_____EUR
<ul style="list-style-type: none"> • Büromaterial einschl. aufgabenbezogener Druckkosten 	_____EUR
<ul style="list-style-type: none"> • Fachliteratur 	_____EUR
<ul style="list-style-type: none"> • Büromöbel/-technik (nur geringwertige Wirtschaftsgüter) 	_____EUR
<ul style="list-style-type: none"> • Post- und Telekommunikationsgebühren 	_____EUR
Sachkosten für notwendige Versicherungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtversicherung für die Ehrenamtlichen 	_____EUR
<ul style="list-style-type: none"> • Dienstreisekostenversicherung 	_____EUR
<ul style="list-style-type: none"> • Inventarversicherung 	_____EUR
<ul style="list-style-type: none"> • Sonstige Versicherungen_____ 	_____EUR
Förderfähige Sachkosten gesamt	_____EUR

Ort, Datum

Unterschrift des ambulanten Hospizdienstes /
Stempel

Anlage 2:

Bescheinigung über die Einsatzbereitschaft von Ehrenamtlichen im Sinne von § 5 Abs. 7 Satz 5

Hiermit bestätigen wir, an einem Befähigungskurs für die ehrenamtliche Sterbebegleitung in einem ambulanten Hospizdienst im Sinne von § 3 Abs. 5 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.03.2016, teilgenommen und am 31.12.... einsatzbereit für den nachfolgend genannten ambulanten Hospizdienst gewesen zu sein

Datum	Name, Vorname	Unterschrift

Anlage 3:

Nachweis über die geleisteten Sterbebegleitungen im Sinne von § 5 Abs. 7 Satz 7 und 9

Ambulanter Hospizdienst:

Im Förderjahr ... wurden bei den nachfolgend aufgeführten Versicherten Sterbebegleitungen im Sinne der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.03.2016, durchgeführt:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Beginn der Sterbebegleitung	Ende der Sterbebegleitung

Datum

Name, Vorname

Unterschrift

**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 31.03.2017**

zwischen

dem GKV-Spitzenverband¹, Berlin

und

- dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Berlin
- dem Bundesverband Kinderhospiz e.V., Lenzkirch
- dem Deutschen Caritasverband e.V., Freiburg
- dem Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e.V., Berlin
- dem Deutschen Kinderhospizverein e.V., Olpe
- dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband –
Gesamtverband e.V., Berlin
- dem Deutschen Roten Kreuz e.V., Berlin
- Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband,
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 Zugehörigen² 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 palliativmedizinische Versorgung sowie eine psychosoziale Begleitung mit dem Ziel, die Lebensqualität des sterbenden Menschen zu verbessern.

Zur Optimierung der Versorgung soll das stationäre Hospiz im Rahmen des regionalen Netzwerkes mit allen an der Versorgung und Begleitung 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 palliativmedizinische 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 8³ und höchstens 16 Plätzen. Die räumliche Gestaltung der Einrichtung ist auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker und sterbender Menschen auszurichten. Stationäre Hospize verfügen über eine besondere personelle und räumliche Ausstattung, die eine palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung der sterbenden Menschen und ihrer Zugehörigen gewährleistet. Sie bringen einen Anteil der Kosten durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement auf. Stationäre Hospize verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie sind eingebunden in die regionalen Strukturen, vernetzen sich mit den regionalen Leistungserbringern (Krankenhäusern, Vertragsärzte etc.) und arbeiten mit ambulanten Hospizdiensten eng zusammen. Die hospizliche Versorgung und Begleitung erfolgt auf der Grundlage eines Einrichtungskonzeptes, das auf die Belange schwerkranker und sterbender Menschen ausgerichtet ist.
- (2) Anstelle der (voll)stationären Hospizversorgung kann die palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung sowie psychosoziale Begleitung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der Versicherten und ihrer Zugehörigen zu gewährleisten, so dass die oder der Versicherte möglichst lange in ihrer bzw. seiner häuslichen bzw. familiären Umgebung bleiben kann. Die teilstationäre Versorgung kann sowohl als Ergänzung des ambulanten Hospizdienstes als auch als integraler Bestandteil eines (voll)stationären Hospizes vorgehalten werden. Die in den §§ 6 und 7 getroffenen Regelungen sind auf teilstationäre Hospize unter Berücksichtigung des abweichenden Auftrags zur Versorgung und Begleitung entsprechend anzuwenden.

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

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

§ 2

Anspruchsberechtigte Versicherte

(1) Grundvoraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist, dass

- a) die Versicherte bzw. der Versicherte an einer Erkrankung leidet,
 - die progredient verläuft und
 - bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung notwendig oder von der Versicherten bzw. dem Versicherten erwünscht ist und
 - die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt,
- b) eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist und
- c) eine ambulante Versorgung im Haushalt, in der Familie, bei Bewohnern einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder einer vollstationären Einrichtung der Eingliederungshilfe eine Versorgung in der jeweiligen Einrichtung nicht ausreicht, weil der palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt. Damit sind neben den Zugehörigen insbesondere die folgenden Versorgungsmöglichkeiten gemeint:
 - vertragsärztliche Versorgung
 - die Leistungen der häuslichen Krankenpflege
 - die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
 - die Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst sowie
 - Angebote durch weitere Berufsgruppen und ergänzende auf die Familie bezogene ambulante Versorgungsformen

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

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

(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 hinreichend 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-medizinische⁴, therapeutische und psychosoziale Versorgung und Begleitung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erbracht.
- (2) Die palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung soll durch Linderung der Krankheitsbeschwerden die letzte Lebensphase des sterbenden Menschen so erträglich wie möglich gestalten und ist nicht primär darauf gerichtet, das Leben zu verlängern. Im Zentrum steht somit neben der Behandlung der körperlichen Beschwerden (durch Schmerztherapie, Symptomkontrolle etc.) die Linderung der mit dem Krankheitsprozess verbundenen psychischen Leiden unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte.
- (3) Das stationäre Hospiz erbringt die sach- und fachkundige umfassend geplante palliative Pflege, die sich in Inhalt und Umfang an körperlichen, psychischen, sozialen und geistig-seelischen Bedürfnissen der sterbenden Menschen orientiert. Die Zugehörigen des Versicherten werden nach Möglichkeit in die Pflege und Begleitung mit einbezogen und ggf. angeleitet.
- (4) Die zu erbringende palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erstreckt sich insbesondere auf die folgenden – je nach Bedarf – zu erbringenden Tätigkeiten:
 - 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)

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.

- fachgerechte Versorgung von Wunden und krankhaften Körperöffnungen, deren Pflege über die Versorgung von Stomaöffnungen hinausgeht (z.B. größere Operationswunden, Geschwüre, Infektionen der Haut und Schleimhäute, Fisteln)
- Kriseninterventionen
- fachgerechte Abgabe der notwendigen ärztlich angeordneten Medikamente
- fachgerechte Versorgung und Pflege von Zu- und Ableitungen
- Organisation der notwendigen ärztlichen Versorgung
- angemessene hygienische Maßnahmen

(5) Im Rahmen der psychosozialen Begleitung stehen Hilfen beim Verarbeitungsprozess in der Konfrontation mit dem Sterben, Krisenintervention und Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten zur Verfügung. Hierzu zählt auch Unterstützung bei der Entwicklung neuer Lebens-, Verhaltens- und Bewältigungsstrategien. Bei Bedarf benötigt die bzw. der Versicherte auch Hilfestellung bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Diese Leistungen umfassen – auch unter Berücksichtigung religiöser Wünsche und Bedürfnisse – die Begleitung der oder des Sterbenden und ihrer oder seiner Zugehörigen (einschl. Trauerarbeit bis zum Tod⁵), 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.

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

§ 4

Qualität

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

§ 5

Qualifikationsanforderungen

- (1) Der Träger des stationären Hospizes hält das für die Versorgung und Begleitung der Versicherten gemäß dieser Rahmenvereinbarung erforderliche und geeignete Personal in seinem Hospiz bereit und übernimmt die Gewähr für eine fach- und sachgerechte Versorgung und Begleitung. Die nachstehenden Qualitätsanforderungen sind ständig zu erfüllen.
- (2) Die Pflege ist bei ständiger Präsenz einer Gesundheits- und Krankenpflegerin/eines Gesundheits- und Krankenpflegers oder einer Altenpflegerin/eines Altenpflegers rund um die Uhr und ganzheitlich zu erbringen.
- (3) Die verantwortliche Pflegefachkraft hat die folgenden Voraussetzungen zu erfüllen:
 - Sie besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger entsprechend dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegerin/Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz⁶.
 - Sie kann eine mindestens dreijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Berufserlaubnis in oben genannten Berufen innerhalb der letzten 8 Jahre in einem Krankenhaus oder einer von den Kranken-/Pflegekassen zugelassenen Pflegeeinrichtung nachweisen, wobei zumindest 2 Jahre auf eine hauptberufliche Tätigkeit in einem Hospiz, in einem Krankenhaus, in einem Palliative-Care-Team oder in einem ambulanten Pflegedienst entfallen.
 - Sie verfügt über den Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden 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,

⁶Im Einzelfall kann auf der Landesebene auch eine dreijährig nach Landesrecht ausgebildete Altenpflegerin/Altenpfleger als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt werden, wenn sie über eine mehrjährige einschlägige Berufserfahrung im stationären Hospiz verfügt und die übrigen Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt.

pfliegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität erfüllt.

- Sie ist sozialversicherungspflichtig hauptberuflich im Hospiz beschäftigt.

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

(5) Das stationäre Hospiz hat darüber hinaus das folgende Personal:

- a. Eine(n) festangestellte(n), hauptberuflich im stationären Hospiz beschäftigte(n) Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, entsprechend dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegerin/Altenpfleger nach dem Altenpflegegesetz als stellvertretende Leitung mit Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten
- b. Ständig – entsprechend der Patientenzahl – weitere festangestellte ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpflegerin/Altenpfleger, Krankenpflegehelferin/Krankenpflegehelfer und Pflegekräfte; der Einsatz des Personals erfolgt entsprechend der jeweiligen Ausbildung und Qualifikation
- c. Psychosoziale Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiter/Sozialpädagogen/Psychologen)
- d. Leitungs- und Verwaltungspersonal
- e. Hauswirtschafts- und Funktionspersonal.

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

(7) Ein Kernelement der Hospizarbeit ist der Dienst Ehrenamtlicher. Durch ihr Engagement leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag bei der Begleitung sterbender Menschen auch in stationären Hospizen. Das stationäre Hospiz

setzt Ehrenamtliche entsprechend ihrer nachgewiesenen Befähigung ein und sorgt für deren regelmäßige Begleitung.

§ 6

Personalausstattung für ein solitäres stationäres Hospiz

- (1) Für die nach § 5 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 § 5 Abs. 3, Abs. 5 Nr. 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 Werte⁷. 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.

⁷ 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 VZÄ ausgegangen.

(3) Folgende Personalausstattung hält das stationäre Hospiz bereit:

Funktion	Stellenanteil
<u>Pflege:</u> Pflegekräfte nach § 5 Abs. 5 a und b	12,35 VZÄ ⁸
<u>Psychosoziale Begleitung:</u> psychosoziale Fachkräfte nach § 5 Abs. 5 c und the- rapeutische Angebote	0,75 VZÄ
<u>Leitung/Verwaltung:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Hospizleitung • Verantwortliche Pflegefachkraft • Verwaltung • Qualitätsmanagement/ Koordination Ehrenamt 	0,5 VZÄ 0,75 VZÄ 0,75 VZÄ 0,4 VZÄ
<u>Hauswirtschaft:</u> Küche, Reinigung, Haustechnik	2,7 VZÄ

§ 7

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:

⁸Das Vollzeitäquivalent (VZÄ) gibt an, wie viele Vollzeitstellen sich rechnerisch bei einer gemischten Personalbelegung bei Teilzeitbeschäftigten ergeben.

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

(2) Der individuelle Anspruch der oder des Versicherten auf eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V) bleibt dabei unberührt. Die Krankenkasse der bzw. des jeweiligen Versicherten realisiert diese Ansprüche vor dem Hintergrund der kurzen Verweildauer der Gäste in Zusammenarbeit mit dem stationären Hospiz schnellstmöglich.

(3) Das stationäre Hospiz hält zudem eine ausreichende Ausstattung an pflegerischen Verbrauchsgütern und Arbeitsmaterialien vor, um eine bedarfs- und qualitätsgerechte Pflege zu gewährleisten. Ebenso wie die sächliche Ausstattung werden die Grundausrüstung sowie die pflegerischen Verbrauchsgüter und Arbeitsmaterialien im Tagesbedarfssatz als Sachkosten zur Anrechnung gebracht, sofern die Verbrauchsgüter nicht individuell verordnet werden.

(4) Die baulichen Gegebenheiten einschließlich der Ausstattung müssen den Zielen des § 1 gerecht werden. Die 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 § 10 Abs. 3. Die bauliche Umsetzung kann je nach Konzept und Bestand hiervon abweichen. Landesrechtliche Regelungen zur Investitionskostenförderung von stationären Hospizen sowie baurechtliche Regelungen bleiben unberührt.

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
<u>Wohnbereich:</u> 240 qm insgesamt – 30 qm pro Platz (ggf. inkl. Balkon)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)
<u>Gemeinschaftsbereich:</u> 80 qm insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> • Essraum/Essbereich • Gemeinschaftsraum/Gemeinschaftsbereich • Raum der Stille
<u>Funktionsbereich:</u> 250 qm insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegebad • Küche • Dienstzimmer • Lagerräume für Lebensmittel, Hilfsmittel, Wäsche, etc. • Besprechungsraum • Arbeitsräume (Rein/Unrein) für Pflege und Hauswirtschaft • Büroräume • Umkleidezimmer für Mitarbeiter (Dusche und WC) • Mitarbeiterraum • Behindertengerechtes WC/Besucher WC • Technikräume
<u>Verkehrsfläche:</u> 180 qm insgesamt	z.B. Flure, Treppen, Aufzüge

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

§ 8

Verträge

- (1) Stationäre Hospize sind Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenkassen insgesamt frühzeitig in Planungsprozesse bei Neugründungen einbezogen werden.
- (2) Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene schließen gemeinsam und einheitlich mit dem stationären Hospiz, das die Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt, einen Versorgungsvertrag. Der Vertrag regelt insbesondere:
 - a. Anzahl der angebotenen Plätze,
 - b. Meldungen des stationären Hospizes an die Krankenkassen (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 MDK,
 - h. Anforderungen an die Leistungsdokumentation,
 - i. die Trägervertretung des stationären Hospizes.
- (3) Die Inhalte dieser Rahmenvereinbarung sind verbindlicher Bestandteil des Vertrages.
- (4) Aus dem Vertrag kann keine Belegungsgarantie des stationären Hospizes gegenüber den Krankenkassen hergeleitet werden.
- (5) 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.
- (6) In den zwischen den Krankenkassen und den stationären Hospizen abzuschließenden Verträgen ist gemäß § 39a Abs. 1 Satz 11 bis 13 SGB V zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmen-

de unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

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

§ 9

Kündigung von Versorgungsverträgen

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

§ 10

Vergütungsgrundsätze und Krankenkassenleistung

- (1) Zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich auf Landesebene und dem stationären Hospiz bzw. dessen Träger wird ein leistungsgerechter tagesbezogener Bedarfsatz 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, Trauerarbeit über den Tod des Versicherten hinaus. Der tagesbezogene Bedarfssatz für die Versorgung der Versicherten deckt alle in § 3 und § 7 Abs. 1 genannten Leistungen des stationären Hospizes bei leistungsfähiger und wirtschaftlicher Betriebsführung (§ 2 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 SGB V) ab. Dies schließt auch die Aufwendungen für die Betriebsverwaltung und die durch öffentliche Förderung nicht gedeckten Investitionskosten ein. Die Leistungen nach § 3 Abs. 6 gehen nicht in die Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfssatzes ein.

(3) Investitions- und Investitionsfolgekosten (nachfolgend Investitionskosten) sind förderfähig, soweit sie für die nach den näheren Bestimmungen dieser Rahmenvereinbarung konkretisierten Anforderungen an ein stationäres Hospiz erforderlich und nicht durch öffentliche Förderung der Investitionskosten gedeckt sind. Die durch öffentliche Förderung gedeckten Investitionskosten sind durch das stationäre Hospiz transparent darzulegen. In den Ländern bestehende Regelungen zur Berechnung der Investitionskosten sind zu beachten. Zu den förderfähigen Investitionskosten gehören:

- Abschreibungen für Gebäude
- Abschreibungen für Anlagegüter/Inventar
- Geringwertige Wirtschaftsgüter
- Instandhaltung/Instandsetzung
- Fremdkapitalverzinsung
- Miete/Leasing/Pacht/Erbbauzins

(4) Bei der Abschreibung sind die steuerrechtlichen Regelungen zugrunde zu legen. Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist der Anteil der Investitionskosten separat auszuweisen. Die Förderung von Investitionskosten ist bezogen auf die Gesamtfläche des stationären Hospizes begrenzt auf die für die leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung nach § 7 anerkennungsfähige Gesamtfläche.

(5) Die Ermittlung und Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes orientieren sich an den §§ 82 und 85 SGB XI als Verfahrensbeschreibung unter Berücksichtigung der hospizlichen Besonderheiten.

- (6) Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist, soweit die Vertragspartner keinen kürzeren Zeitraum vereinbaren, eine jahresdurchschnittliche Belegung des stationären Hospizes der letzten drei Kalenderjahre, jedoch mindestens 80 v.H. zugrunde zu legen. Eine geringere Belegung begründet keinen abweichenden Bedarfssatz.
- (7) Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt die Versicherte bzw. der Versicherte im stationären Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.
- (8) Zuschussfähig im Sinne des § 39a Abs. 1 SGB V sind 95 v.H. des tagesbezogenen Bedarfssatzes. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung oder anderer Sozialleistungsträger. Eigenanteile dürfen von der bzw. dem Versicherten weder gefordert noch angenommen werden. Der nicht zuschussfähige Anteil des Bedarfssatzes darf der Versicherte bzw. dem Versicherten weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden.
- (9) Ein rückwirkendes Inkrafttreten des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist nicht zulässig⁹.
- (10) Das stationäre Hospiz rechnet den tagesbezogenen Bedarfssatz gegenüber der Krankenkasse ab. Dabei ist mit Bezug auf § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V darauf hinzuweisen, dass die Rechnungsstellung bei Versicherten mit Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI gleichfalls als Rechnungsstellung gegenüber der Pflegekasse gilt. Die Krankenkassen und ggf. die Pflegekassen zahlen ihre Anteile mit befreiender Wirkung an das stationäre Hospiz.

§ 11

Inkrafttreten und Kündigung dieser Rahmenvereinbarung

- (1) Diese Rahmenvereinbarung tritt am 01.05.2017 in Kraft und löst die Vereinbarung vom 13.03.1998 in der Fassung vom 14.04.2010 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.

⁹ Die Kompetenzen der Schiedsperson nach § 39a Abs. 1 Satz 11–13 SGB V bleiben unberührt.

§ 12

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, nach Abschluss dieser Rahmenvereinbarung Beratungen über die Anpassung bestehender bzw. Entwicklung neuer Instrumente, Anforderungen, Kriterien und Verfahren der internen und externen Qualitätssicherung und deren Überprüfung aufzunehmen und entsprechende Vereinbarungen zu treffen.

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 –
Evangelischer Bundesverband,
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Berlin, den

Rahmenvereinbarung
nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V
über Art und Umfang
sowie Sicherung der Qualität
der stationären Kinderhospizversorgung
vom 31.03.2017

zwischen

dem GKV-Spitzenverband¹, Berlin

und

- dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Berlin
- dem Bundesverband Kinderhospiz e. V., Berlin
- 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
- Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband,
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Berlin

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

Präambel

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

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

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

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

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

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

§ 1

Stationäre Kinderhospize

- (1) Stationäre Kinderhospize sind selbstständige Einrichtungen der Palliativversorgung mit eigenständigem Versorgungsauftrag für Kinder mit einer lebensverkürzenden Erkrankung. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8 und höchstens 16 Plätzen. Die räumliche Gestaltung der Einrichtung muss auf die besonderen Bedürfnisse der lebensverkürzend erkrankten Kinder ausgerichtet sein. Kinderhospize begleiten das kranke Kind und deren nächste Zugehörige³ (nachfolgend Zugehörige). Ihre Mitaufnahme und Begleitung durch besonders geschultes Personal gehört zum Aufgabenspektrum des stationären Kinderhospizes. Stationäre Kinderhospize verfügen über eine besondere personelle und räumliche Ausstattung, die eine palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung gewährleistet. Sie bringen einen Anteil der Kosten durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement auf. Stationäre Kinderhospize verstehen sich als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Sie sind eingebunden in die regionalen Strukturen, vernetzen sich mit den regionalen Leistungserbringern (Krankenhäusern, Vertragsärzte etc.) und arbeiten mit ambulanten Kinderhospizdiensten eng zusammen. Die hospizliche Betreuung und Versorgung erfolgt auf der Grundlage eines Einrichtungskonzeptes, das auf die Belange schwerstkranker und sterbender Kinder ausgerichtet ist.
- (2) Anstelle der vollstationären Kinderhospizversorgung kann die palliative Versorgung und psychosoziale Betreuung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der erkrankten Kinder und ihrer Zugehörigen zu gewährleisten, so dass sie möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung leben können. Die teilstationäre Versorgung kann sowohl als Ergänzung eines ambulanten Kinderhospizdienstes, als auch als integraler Bestandteil eines vollstationären Kinderhospizes vorgehalten werden. Die in den §§ 6 und 7 getroffenen Regelungen sind auf teilstationäre Kinderhospize unter Berücksichtigung des

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

abweichenden Versorgungs- und Betreuungsauftrags entsprechend anzuwenden.

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

§ 2

Anspruchsberechtigte Versicherte

- (1) Grundvoraussetzungen für die Aufnahme in ein stationäres Kinderhospiz sind, dass
- a) das Kind unheilbar erkrankt ist,
 - b) das Kind eine verkürzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen, Monaten oder auch Jahren hat,
 - c) das Kind das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hat⁴,
 - d) eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist oder von den Eltern/Sorgeberechtigten/dem Betroffenen nicht gewünscht wird und
 - e) eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden (Zugehörige sowie weiterer ambulanter Versorgungsangebote⁵) übersteigt; dies kann auch intermittierende Aufenthalte in stationären Kinderhospizen erforderlich

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

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

machen. Bei erkrankten Kindern kommt der Entlastung des Familiensystems bereits ab Diagnosestellung besondere Bedeutung zu.

- (2) Eine Versorgung und Begleitung in einem stationären Kinderhospiz kommt – sofern die vorgenannten Grundvoraussetzungen im Einzelfall erfüllt sind – insbesondere bei einer der folgenden Erkrankungen in Betracht:
- a) progrediente Erkrankungen ohne die Möglichkeit einer kurativen Therapie, z.B. Muskeldystrophie Duchenne, neurometabolische Erkrankungen,
 - b) irreversible, aber nicht progrediente Erkrankungen mit typischen Komplikationen, die einen progredienten Verlauf bedingen z.B. schwerste Zerebralparese, einzelne (seltene) genetisch bedingte Fehlbildungssyndrome,
 - c) Erkrankungen, bei denen ein früher Tod unvermeidlich ist, z.B. Mukopolysaccharidose (MPS), Leukodystrophie, einzelne (seltene) genetisch bedingte Fehlbildungssyndrome,
 - d) lebensbedrohliche Erkrankungen, für die eine kurative Therapie prinzipiell verfügbar ist, jedoch auch zu einem frühen Tod führen kann, z.B. onkologische Erkrankungen, transplantationspflichtiges progredientes Organversagen.
- (3) Die Notwendigkeit der stationären Kinderhospizversorgung nach den Absätzen 1 und 2 ist durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt oder Krankenhausärztin bzw. Krankenhausarzt zu bestätigen. Die Leistung ist zunächst auf 4 Wochen befristet; § 275 SGB V bleibt unberührt.

§ 3

Versorgungsumfang

- (1) Im stationären Kinderhospiz werden für das erkrankte Kind neben der Unterkunft und Verpflegung palliativ-pflegerische, palliativ-medizinische⁶, therapeutische, pädagogische⁷ und psychosoziale

⁶ Unter palliativ-medizinischer Versorgung in diesem Sinne sind – neben der Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte, die mit dem stationären Hospiz zusammenarbeiten – Maßnahmen der

Versorgung und Begleitung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erbracht. Ebenso werden Zugehörige auf Wunsch mit aufgenommen und begleitet.

(2) Die palliative Versorgung soll das Leiden der Kinder lindern helfen und deren Lebensqualität fördern. Sie werden auch unter Berücksichtigung sozialer und ethischer Gesichtspunkte alters- und entwicklungsentsprechend betreut und begleitet.

(3) Die zu erbringende palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erstrecken sich insbesondere auf die folgenden, je nach Bedarf zu erbringenden Tätigkeiten:

- eine intensive und permanente Krankenbeobachtung der Mimik, Muskelspannung und Atmung, weil gerade bei erkrankten Kindern häufig eine eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeit besteht,
- qualifizierte Schmerzbehandlung, durch patientenorientierte, zeitabhängige, dosisvariierte Schmerztherapie, die täglich anzupassen ist sowie die Behandlung weiterer körperlicher und psychischer Symptome (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Angst, Panik, Atemnot, Delir, akute Blutung),
- fachgerechte Versorgung von Wunden und krankhaften Körperöffnungen, deren Pflege über die Versorgung von Stomaöffnungen hinausgeht (z.B. größere Operationswunden, Geschwüre, Infektionen der Haut und Schleimhäute, Fisteln),
- Kriseninterventionen,
- Fachgerechte Abgabe der notwendigen ärztlich angeordneten Medikamente
- fachgerechte Versorgung und Pflege von Zu- und Ableitungen,
- Betreuung und Pflege von beatmeten Kindern,

ärztlichen Behandlung zu verstehen, die ärztlich angeordnet und üblicherweise an Pflegefachkräfte delegiert werden.

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

- Organisation der notwendigen ärztlichen Versorgung,
 - angemessene hygienische Maßnahmen.
- (4) Die Begleitung und Beschäftigung der Kinder im Kinderhospiz richtet sich nach ihrem Entwicklungsstand und ihren individuellen Bedürfnissen. Die soziale Betreuung der Kinder mit einer lebensverkürzenden Erkrankung umfasst insbesondere die Gestaltung eines anregenden und sinnerfüllten Tagesablaufes, emotionale Nähe und Aufbau einer Beziehung zu den Pflegenden und Betreuenden.
- (5) Im Rahmen der psychosozialen Begleitung stehen dem erkrankten Kind die Begleitung im Sterbeprozess sowie Trauerbegleitung⁸, Hilfen beim Verarbeitungsprozess, Krisenintervention sowie Unterstützung bei der Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten zur Verfügung. Die Kinder benötigen in der Regel Hilfestellung bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Diese Leistungen umfassen die Begleitung der erkrankten Kinder, die Einbeziehung der Zugehörigen in die Begleitung, sowie Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen.
- (6) Das stationäre Kinderhospiz stellt sicher, dass die notwendige ärztliche Behandlung und Versorgung der Kinder mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln gewährleistet ist. Diese ärztliche Behandlung, Arznei-, Verband- und Heilmittel werden im Rahmen der §§ 28, 31 und 32 SGB V übernommen. Sofern die palliativ-ärztliche Versorgung im Rahmen des § 28 SGB V und des § 87 Abs. 1b SGB V nicht ausreichend sind, besteht grundsätzlich ein Anspruch auf die Teilleistung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV nach § 37b SGB V zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung.

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

§ 4

Qualität

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

§ 5

Qualifikationsanforderungen

- (1) Der Träger des Kinderhospizes hält das für die Versorgung und Begleitung der Kinder sowie die Begleitung der Zugehörigen gemäß dieser Rahmenvereinbarung erforderliche und geeignete Personal in seinem Kinderhospiz bereit und übernimmt die Gewähr für eine fach- und sachgerechte Versorgung und Begleitung. Die nachstehenden Qualitätsanforderungen sind durchgängig zu erfüllen.
- (2) Die Pflege ist bei ständiger Präsenz einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder eines Gesundheits- und Kinderkrankenpflegers oder Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpflegers rund um die Uhr und ganzheitlich zu erbringen.
- (3) Die verantwortliche Pflegefachkraft hat die folgenden Voraussetzungen zu erfüllen:
 - Sie besitzt als Fachkraft die Erlaubnis zur Führung einer der Berufsbezeichnungen: Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
 - Sie kann eine mindestens dreijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Berufserlaubnis in oben genannten Berufen innerhalb der letzten acht Jahre in einer Kinderklinik/Krankenhaus oder einer von den Kranken-/Pflegekassen zugelassenen Kinderpflegeeinrichtung/Pflegeeinrichtung nachweisen, wobei zumindest zwei Jahre auf eine hauptberufliche Tätigkeit in einem Kinderhospiz, in einer Kinderklinik, in einem Palliative-Care-Team für Kinder oder in einem ambulanten Kinderkrankenpflegedienst oder ambulanten Pflegedienst mit einem Kinderkrankenpflegeteam entfallen,
 - Sie verfügt über den Abschluss einer pädiatrischen Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme im Umfang von mindestens 160 Stunden oder den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten. Fachkräfte, die bereits eine Palliative-Care-Weiterbildung absolviert haben, müssen diese durch ein Zusatzmodul pädiatrische Palliative-Care Weiterbildung von mindestens 40 Stunden ergänzen.

- 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 Kinderhospiz beschäftigt.
- (4) Die verantwortliche Pflegefachkraft hat in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungslehrgängen, die für das Arbeitsgebiet erforderlichen palliativ-pflegerischen bzw. palliativ-medizinischen Kenntnisse zu aktualisieren. Sie setzt die Pflegekräfte und Ehrenamtlichen entsprechend ihrer jeweiligen Qualifikation ein.
- (5) Das Kinderhospiz hat darüber hinaus das folgende Personal:
- a. Eine hauptberuflich im Kinderhospiz festangestellte Fachkraft mit der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, entsprechend den jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen als stellvertretende Leitung. Sie hat den Abschluss einer pädiatrischen Palliative-Care-Weiterbildung im Umfang von mindestens 160 Stunden absolviert oder den Abschluss eines Studiums mit vergleichbaren Inhalten. Fachkräfte, die bereits eine Palliative-Care-Weiterbildung absolviert haben, müssen diese durch ein Zusatzmodul pädiatrische Palliative-Care von mindestens 40 Stunden ergänzen.
 - b. Ständig - entsprechend der Patientenzahl - weitere festangestellte ausgebildete Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Heilerziehungspflegerin/Heilerziehungspfleger und Pflegekräfte; der Einsatz des Personals erfolgt entsprechend der jeweiligen Ausbildung und Qualifikation,
 - c. Psychosoziale Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiter/Sozialpädagogen/Psychologen, Heilpädagogen)
 - d. Leitungs- und Verwaltungspersonal

e. Hauswirtschafts- und Funktionspersonal

- (6) Das Personal nach a) bis c) hat sich in regelmäßigen Abständen (jährlich) durch Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse des jeweiligen Arbeitsgebietes zu halten.
- (7) Ein Kernelement der Kinderhospizarbeit ist der Dienst Ehrenamtlicher. Durch ihr Engagement leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag bei der Begleitung der erkrankten Kinder sowie ihrer Zugehörigen. Das Kinderhospiz setzt Ehrenamtliche entsprechend ihrer nachgewiesenen Befähigung ein und sorgt für deren regelmäßige Begleitung.

§ 6

Personalausstattung für ein solitäres Kinderhospiz

- (1) Für die nach § 5 erforderliche Personalausstattung gelten die nachfolgend festgelegten bundesweit einheitlichen Orientierungsgrößen, die für ein stationäres Kinderhospiz mit 8 Plätzen kalkuliert wurden. Die Orientierungsgrößen beziehen sich auf ein stationäres Kinderhospiz, das die für die Sicherstellung der Versorgung und Betreuung erforderlichen Leistungen ausschließlich durch eigenes Personal erbringt (solitäres Kinderhospiz). 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 § 5 Abs. 3, Abs. 5 Nr. a und b sowie der Hospizleitung – auch stundenweise extern abgedeckt werden können. Die regionalen Vertragspartner haben die notwendige Personalausstattung des Kinderhospizes unter Berücksichtigung dieser Grundlagen vertraglich zu vereinbaren.
- (2) Als Orientierungsgröße nach Abs. 1 gelten die nachfolgenden Werte⁹. Sie bieten den regionalen Vertragspartnern den Rahmen für die Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstruktur, der individuellen Anzahl der Plätze und der konzeptionellen Ausrichtung des Kinderhospizes. Je nach Platzzahl und konzeptioneller Ausrichtung sind

⁹ Dabei wurde von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 39 Stunden, einer Nettojahresarbeitszeit von 1.554 Stunden unter Berücksichtigung von Feiertagen sowie Fehlzeiten (Urlaub, Krankheit, Fortbildung, etc.) sowie einer Besetzung des Nachtdienstes im Bereich Pflege von 2,4 VZÄ ausgegangen.

diese Orientierungsgrößen bei stationären Kinderhospizen 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 Kinderhospiz bereit:

<u>Funktion</u>	<u>Stellenanteil</u>
<u>Pflege:</u> Pflegekräfte nach § 5 Abs. 5 a und b)	20,86 VZÄ ¹⁰
<u>Betreuung:</u> psychosoziale Fachkräfte nach § 5 Abs. 5 c sowie therapeutische Fachkräfte	3,25 VZÄ
<u>Leitung Verwaltung:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Hospizleitung: • verantwortliche Pflegefachkraft: • Verwaltung: • Qualitätsmanagement/Koordination Ehrenamt: 	0,5 VZÄ 0,75 VZÄ 1,0 VZÄ 0,5 VZÄ
<u>Hauswirtschaft:</u> Küche, Reinigung, Haustechnik	4,3 VZÄ

§ 7

Sächliche und räumliche Ausstattung

(1) Zur Durchführung von Pflege und Behandlung ist insbesondere folgende sächliche Ausstattung in ausreichender Anzahl vorzuhalten:

- Kühlschrank für die Medikamentenaufbewahrung
- BTM-Schrank
- Pflegebetten mit Seitenteilen (Standardgröße)
- Therapiebetten mit hohen Seitenteilen
- Toilettenstühle (Standardgröße)
- Lifter (Bett, Badewanne)
- Infusionsständer
- Pflegerische Verbrauchsgüter und Arbeitsmaterialien

¹⁰ Das Vollzeitäquivalent (VZÄ) gibt an, wie viele Vollzeitstellen sich rechnerisch bei einer gemischten Personalbelegung bei Teilzeitbeschäftigten ergeben.

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 durch die Krankenkasse ermöglicht:

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

(2) Der individuelle Anspruch der oder des Versicherten auf eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V) bleibt dabei unberührt. Die Krankenkasse der oder des jeweiligen Versicherten realisiert diese Ansprüche vor dem Hintergrund der kurzen Verweildauer der Gäste in Zusammenarbeit mit dem stationären Kinderhospiz schnellstmöglich.

(3) Die baulichen Gegebenheiten einschließlich der Ausstattung müssen den Zielen des § 1 gerecht werden. Die Regel ist das Einbettzimmer. Für die räumliche Ausstattung gelten die in Abs. 4 festgelegten bundesweit einheitlichen Orientierungsgrößen, die für ein stationäres Kinderhospiz mit 8 Plätzen kalkuliert wurden. Hierbei wird zugrunde gelegt, dass mit Blick auf den Raumbedarf durchschnittlich 3 Zugehörige (in der Regel Eltern und Geschwister) je Kind aufgenommen werden. Die Orientierungsgrößen dienen als kalkulatorische Größe für die Förderung der Investitionskosten und Investitionsfolgekosten nach § 10 Abs. 3. Die bauliche Umsetzung kann je nach Konzept und Bestand hiervon abweichen. Landesrechtliche Regelungen zur Investitionskostenförderung von stationären Kinderhospizen sowie baurechtliche Regelungen bleiben unberührt.

(4) Als Orientierungsgrößen gelten nachfolgende Werte. Sie bieten den regionalen Vertragspartnern den Rahmen für die Berechnung der Größe

des stationären Kinderhospizes im Verhältnis zur Anzahl der Plätze und der konzeptionellen Ausrichtung. Eine lineare Fortschreibung der Orientierungsgrößen für Kinderhospize mit mehr als 8 Plätzen ausschließlich anhand der Platzzahl kann daraus nicht abgeleitet werden.

Bereiche	Aufteilung
<u>Wohnbereich:</u> 400 qm insgesamt – 50 qm pro Platz (ggf. inkl. Balkon)	<ul style="list-style-type: none"> • 8 Einzelzimmer mit eigenem Zugang zu einem Badezimmer (WC-Dusche). • Familienzimmer für Zugehörige mit Badezimmer (in angemessener Anzahl) • Aufenthaltsraum für Familien
<u>Gemeinschaftsbereich:</u> 180 qm insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> • Essraum/Essbereich • Gemeinschaftsraum/ • Gemeinschaftsbereich • Spielraum • Abschiedsraum/Raum der Stille
<u>Therapeutischer Bereich:</u> 70 qm insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> • Therapieraum z.B. Snoezelenraum, Krankengymnastikraum • Angebotsräume z.B. Kreativraum, Computerraum
<u>Funktionsbereich:</u> 310 qm insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegebad • Küche • Dienstzimmer • Lagerräume für Lebensmittel, Hilfsmittel, Betten, Wäsche, etc. • Besprechungsraum • Arbeitsräume (Rein/Unrein) für Pflege und Hauswirtschaft • Büroräume • Umkleidezimmer für Mitarbeiter (Dusche und WC) • Mitarbeiterraum • Behindertengerechtes WC/Besucher WC • Technikräume

<u>Verkehrsfläche</u> 290 qm insgesamt	z.B. Flure, Treppen, Aufzüge
---	------------------------------

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

§ 8

Verträge

- (1) Stationäre Kinderhospize sind Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenkassen insgesamt frühzeitig in Planungsprozesse bei Neugründungen einbezogen werden.
- (2) Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene schließen gemeinsam und einheitlich mit dem stationären Kinderhospiz, das die Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllt, einen Versorgungsvertrag. Der Vertrag regelt insbesondere:
 - a. Die Anzahl der angebotenen Plätze,
 - b. Meldungen des Kinderhospizes an die Krankenkassen (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 Kinderhospizes,
 - f. Zahlungsbedingungen des Zuschusses,
 - g. Begehung/Prüfung durch den MDK,
 - h. Anforderungen an die Leistungsdokumentation,
 - i. Die Trägervertretung des Kinderhospizes.
- (3) Die Inhalte dieser Rahmenvereinbarung sind verbindlicher Bestandteil des Vertrages.

- (4) Aus dem Vertrag kann keine Belegungsgarantie des Kinderhospizes gegenüber den Krankenkassen hergeleitet werden.
- (5) Die Vereinbarungspartner gehen davon aus, dass mit dem Abschluss eines Vertrages nach Abs. 2 dieser Rahmenvereinbarung die Voraussetzungen für einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI erfüllt sind.
- (6) In den zwischen den Krankenkassen und den Kinderhospizen abzuschließenden Verträgen ist gemäß § 39a Abs. 1 Satz 11 bis 13 SGB V zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.
- (7) Verträge des Kinderhospizes mit den Versicherten oder ihren gesetzlichen Vertretern dürfen keine Regelungen enthalten, die den Bestimmungen der Rahmenvereinbarung und des Vertrages nach § 5 Abs. 1 entgegenstehen; Ausnahmeregelungen sind nur mit Zustimmung aller Landesverbände der Krankenkassen statthaft.

§ 9

Kündigung von Versorgungsverträgen

- (1) Ein Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.
- (2) Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene kündigen einen Versorgungsvertrag gemeinsam und einheitlich, wenn die Voraussetzungen der Zulassung nicht mehr erfüllt sind.
- (3) Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Landesebene können einen Versorgungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gemeinsam und einheitlich kündigen, wenn das Kinderhospiz seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Gästen des Kinderhospizes oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten am Versorgungsvertrag nicht zumutbar ist.

- (4) Eine Klage gegen die Kündigung eines Versorgungsvertrages hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 10

Vergütungsgrundsätze und Krankenkassenleistung

- (1) Zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen (gemeinsam und einheitlich auf Landesebene) und dem Kinderhospiz bzw. dessen Träger wird auf der Grundlage der zuschussfähigen Kosten ein leistungsgerechter tagesbezogener Bedarfssatz schriftlich vereinbart.
- (2) Die Krankenkassen tragen nur Aufwendungen für die zuschussfähigen Leistungen. Leistungen, die über den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenkassen sowie der sozialen Pflegeversicherung hinausgehen, sind nicht zuschussfähig und können bei der Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes nicht berücksichtigt werden. Hierzu gehören z.B. die Trauerarbeit über den Tod des Versicherten hinaus, schulische Angebote¹¹, Freizeitangebote oder kulturelle Veranstaltungen. Der tagesbezogene Bedarfssatz für die Versorgung der Kinder deckt alle in § 3 und § 7 Abs. 1 genannten Leistungen des Kinderhospizes bei leistungsfähiger und wirtschaftlicher Betriebsführung (§ 2 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 SGB V) ab. Dies schließt auch die Aufwendungen für die Betriebsverwaltung und die durch öffentliche Förderung nicht gedeckten Investitionskosten ein. Die Leistungen nach § 3 Abs. 6 gehen nicht in die Kalkulation des tagesbezogenen Bedarfssatzes ein.
- (3) Investitions- und Investitionsfolgekosten (nachfolgend Investitionskosten) sind förderfähig, soweit sie für die nach näheren Bestimmungen der Rahmenvereinbarung konkretisierten Anforderungen an ein stationäres Kinderhospiz erforderlich und nicht durch öffentliche Förderung der Investitionskosten gedeckt sind. Die durch öffentliche Förderung gedeckten Investitionskosten sind durch das Kinderhospiz transparent darzulegen. In den Ländern bestehende Regelungen zur Berechnung der Investitionskosten sind zu beachten. Zu den förderfähigen Investitionskosten gehören:
- Abschreibungen für Gebäude
 - Abschreibungen für Anlagegüter/Inventar

¹¹ S. Fußnote 7

- Geringwertige Wirtschaftsgüter
- Instandhaltung/Instandsetzung
- Fremdkapitalverzinsung
- Miete/Leasing/Pacht/Erbbauzins

Bei der Abschreibung sind die steuerrechtlichen Regelungen zugrunde zu legen.

- (4) Die Förderung von Investitionskosten ist bezogen auf die Gesamtfläche des Kinderhospizes begrenzt auf die für die leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung nach § 7 anerkennungsfähige Gesamtfläche des Kinderhospizes. Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist der Anteil der Investitionskosten separat auszuweisen.
- (5) Die Ermittlung und Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes orientieren sich an den §§ 82 und 85 SGB XI als Verfahrensbeschreibung unter Berücksichtigung der hospizlichen Besonderheiten.
- (6) Bei der Festsetzung des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist, soweit die Vertragspartner keinen kürzeren Zeitraum vereinbaren, eine jahresdurchschnittliche Belegung des Kinderhospizes der letzten drei Kalenderjahre, jedoch mindestens 80 v.H. zugrunde zu legen. Eine geringere Belegung begründet keinen abweichenden Bedarfssatz.
- (7) Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt das Kind im Kinderhospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.
- (8) Zuschussfähig im Sinne des § 39a Abs. 1 SGB V sind 95 v.H. des tagesbezogenen Bedarfssatzes. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung oder anderer Sozialleistungsträger. Eigenanteile dürfen von der bzw. dem Versicherten weder gefordert noch angenommen werden; der nicht zuschussfähige Anteil des Bedarfssatzes darf dem erkrankten Kind oder seinem gesetzlichen Vertreter weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden.
- (9) Ein rückwirkendes Inkrafttreten des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist nicht zulässig¹².

¹² Die Kompetenzen der Schiedsperson nach § 39a Abs. 1 Satz 11-13 SGB V bleiben unberührt.

- (10) Das Kinderhospiz rechnet den tagesbezogenen Bedarfssatz gegenüber der zuständigen Krankenkasse ab. Dabei ist mit Bezug auf § 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V darauf hinzuweisen, dass die Rechnungsstellung bei Versicherten mit Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI gleichfalls als Rechnungsstellung gegenüber der Pflegekasse gilt. Die Krankenkassen und ggf. die Pflegekassen zahlen ihre Anteile mit befreiender Wirkung an das Kinderhospiz.

§ 11

Inkrafttreten und Kündigung dieser Rahmenvereinbarung

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

§ 12

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, nach Abschluss dieser Rahmenvereinbarung Beratungen über die Anpassung

bestehender bzw. Entwicklung neuer Instrumente, Anforderungen, Kriterien und Verfahren der internen und externen Qualitätssicherung und deren Überprüfung aufzunehmen und entsprechende Vereinbarungen zu treffen.

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 -
Evangelischer Bundesverband,
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Berlin, den
