

Versorgungsvertrag

über stationäre Hospizversorgung nach § 39 a Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 72 SGB XI

zwischen dem

Name
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort des Trägers

als Träger der/des

Name Hospiz
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort

- nachfolgend Hospiz genannt -

den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen Hessen

- AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
- BKK Landesverband Süd
- IKK classic
- zugleich handelnd als Vertreterin der BIG direkt gesund, IKK gesund plus, IKK – Die Innovationskasse, IKK Südwest
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse
- KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt
- den Ersatzkassen
 - Techniker Krankenkasse (TK)
 - BARMER
 - DAK - Gesundheit
 - Kaufmännische Krankenkasse-KKH
 - Handelskrankenkasse (hkk)
 - HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212

Abs. 5 Satz 6 SGB V:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der Landesvertretung Hessen

- nachfolgend Landesverbände genannt -

wird folgender Versorgungsvertrag geschlossen:

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 vom Sterbenden und ihren Zugehörigen¹ 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 in einem Netz ehrenamtlicher Tätigkeit Pflege und Begleitung anbieten, welche die Lebensqualität des sterbenden Menschen verbessert, seine Würde nicht antastet und aktive Sterbehilfe ausschließt. Die Rahmenvereinbarungspartner empfehlen, dass auf regionaler Ebene Abstimmungs- und Planungsprozesse zur Hospiz- und Palliativversorgung vor Ort mit allen an der Begleitung und Versorgung Beteiligten, unter anderem auch Kostenträgern, stattfinden.

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

Zur Optimierung der Versorgung soll das stationäre Hospiz im Rahmen des regionalen Netzwerkes mit allen an der Versorgung und Begleitung (neben ambulanten Hospizdiensten auch z.B. Ärzte, Apotheken, Hilfsmittellieferanten, Therapeuten) sterbender Menschen, bereits vor dessen Planung, eng zusammenarbeiten.

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

¹ Zu den Zugehörigen zählen Angehörige und weitere dem sterbenden Menschen Nahestehende.

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich

- (1) Im stationären Hospiz werden neben der Unterkunft und Verpflegung palliativ-pflegerische, palliativ-medizinische, therapeutische und psychosoziale Versorgung und Begleitung sowie Sterbe- und Trauerbegleitung ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erbracht.
- (2) Das Hospiz hält

X vollstationäre Plätze und
X teilstationäre Plätze

als stationäres Hospiz vor, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwerkranker sterbender Menschen ausgerichtet ist.

- (3) Mit dem Abschluss dieses Versorgungsvertrages ist das Hospiz zur stationären Hospizversorgung und gleichzeitig als Pflegeeinrichtung gemäß § 72 Abs. 4 SGB XI zur pflegerischen Versorgung der Hospizgäste zugelassen. Aus dem Vertrag kann keine Belegungsgarantie gegenüber den Krankenkassen hergeleitet werden.
- (4) Der von dem Hospiz ausgefüllte Strukturhebungsbogen ist Grundlage dieses Vertrages. Veränderungen der Anspruchsvoraussetzungen sind dem federführenden Landesverband der Kranken- und Pflegekassen umgehend mitzuteilen. Dies sind insbesondere:
 - Neueinstellungen und Ausscheiden der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. deren Vertretung
 - Einschränkung bzw. Erweiterung des Leistungsangebotes
 - Wechsel des Betriebssitzes
 - Inhaberwechsel/Trägerwechsel
- (5) Dieser Versorgungsvertrag gilt für das Hospiz und alle Leistungsträger im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches.

§ 2

Rahmenvertrag und Rahmenvereinbarung

Die Rahmenvereinbarung nach § 39 a 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 findet Anwendung. Der Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI vollstationär findet Anwendung, soweit die Regelungen auf stationäre Hospize übertragbar sind.

Sofern Vereinbarungen gemäß der Protokollnotiz, Abs. 2. der vorgenannten Rahmenvereinbarung über Instrumente, Anforderungen, Kriterien und Verfahren der internen und externen Qualitätssicherung und deren Überprüfung getroffen wurden, finden diese ebenfalls Anwendung.

§ 3

Versorgungsgrundsätze

- (1) Das Hospiz ist eine selbständig wirtschaftende Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Menschen mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung zu erbringen. Das Hospiz ist eine kleine Einrichtung mit familiärem Charakter mit in der Regel mindestens 8 und höchstens 16 Plätzen. Die räumliche Gestaltung ist auf die besonderen Bedürfnisse schwer kranker und sterbender Menschen ausgerichtet. Das Hospiz verfügt über die erforderliche personelle und räumliche Ausstattung, um eine palliative, psychosoziale sowie seelsorgliche Begleitung und Versorgung der sterbenden Menschen und ihrer Zugehörigen zu gewährleisten. Sie erbringen einen Anteil der Kosten durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement auf. Zudem versteht sich das Hospiz als Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem. Es ist eingebunden in die regionalen Strukturen, vernetzt sich mit den regionalen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Vertragsärzte etc.) und arbeitet mit ambulanten ehrenamtlichen 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 vollstationären Hospizversorgung kann die palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung und psychosoziale Betreuung als besondere Form der stationären Versorgung auch teilstationär erfolgen mit dem Ziel, die Entlastung und Unterstützung der Hospizgäste und der Zugehörigen zu gewährleisten, so dass der Hospizgast möglichst lange in seiner häuslichen bzw. familiären Umgebung bleiben kann. Die teilstationäre Versorgung kann sowohl als Ergänzung des ambulanten Hospizdienstes als auch als integraler Bestandteil des vollstationären Hospizes vorgehalten werden.
- (3) Die notwendigen Leistungen werden für alle Hospizgäste nach dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse durchgeführt. Zusatzleistungen dürfen die Erbringung der Leistungen auch nach diesem Vertrag nicht beeinträchtigen.
- (4) Das Hospiz stellt die Versorgung unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft (§ 8 Abs. 3 dieses Vertrages) sicher.
- (5) Das Hospiz gewährleistet, dass die Versicherten aller Krankenkassen und Pflegekassen nach gleichen Grundsätzen versorgt werden.
- (6) Das Hospiz stellt einen ausreichenden Haftpflichtversicherungsschutz sicher.

§ 4

Wirtschaftlichkeit und Selbständigkeit des Hospizes

- (1) Das Hospiz ist aufgrund seines Versorgungsauftrages eine baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbständige Einrichtung mit separatem Personal und eigenem Konzept. Es ist deshalb ausgeschlossen, dass ein stationäres Hospiz Bestandteil einer stationären Pflegeeinrichtung oder eines Krankenhauses ist.

- (2) Das Hospiz stellt eine leistungsfähige und wirtschaftliche Leistungserbringung sicher. Die Leistungen dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und sind als wirksam anzusehen, wenn durch sie das Versorgungsziel erreicht wird. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Hospizgäste nicht beanspruchen und das Hospiz nicht zu Lasten der Kranken- oder Pflegekassen bewirken.
- (3) Die Landesverbände der Krankenkassen und Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Leistungserbringung überprüfen lassen.
- (4) Das Hospiz hat durch ordnungsgemäße Buchführung nach § 259 Abs. 1 BGB die Trennung der Finanzierungsverantwortlichkeiten sicherzustellen.

§ 5

Anspruchsberechtigte Versicherte

- (1) Grundvoraussetzung für die Aufnahme in das Hospiz ist, dass
 - a) der Hospizgast an einer Erkrankung leidet,
 - die progredient verläuft und
 - bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-pflegerische und eine palliativ-medizinische Versorgung notwendig oder von dem Hospizgast 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 der 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 Versorgungsformen.
- (2) Ein Hospizaufenthalt 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 Lungenerkrankungen.

- (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 vier 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 des Hospizgastes und der Familie trotz des schweren Krankheitsbildes eine hinreichende Stabilität erreicht hat. In diesen Fällen sind bei einer erneuten Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung Wiederaufnahmen möglich.

§ 6

Versorgungsumfang

- (1) Die palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung soll durch Linderung der Krankheitsbeschwerden die letzte Lebensphase des Hospizgastes 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.
- (2) 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 Hospizgastes werden nach Möglichkeit in die Pflege und Begleitung mit einbezogen und ggf. angeleitet.
- (3) 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, dosisvarierte Schmerztherapie, die täglich anzupassen ist sowie die Behandlung weiterer körperlicher und psychischer Symptome (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Angst, Panik, Atemnot, Delir, akute Blutung)

- fachgerechte Versorgung von Wunden und krankhaften Körperöffnungen, deren Pflege über die Versorgung von Stomaöffnungen hinausgeht (z. B. größere Operationswunden, Geschwüre, Infektionen der Haut und Schleimhäute, Fisteln)
 - Kriseninterventionen
 - fachgerechte Abgabe der notwendigen ärztlich angeordneten Medikamente
 - fachgerechte Versorgung und Pflege von Zu- und Ableitungen
 - Organisation der notwendigen ärztlichen Versorgung
 - Angemessene hygienische Maßnahmen.
- (4) 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 der Hospizgast auch Hilfestellung bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung. Diese Leistungen umfassen – auch unter Berücksichtigung religiöser Wünsche und Bedürfnisse – die Begleitung der oder des Sterbenden und ihrer oder seiner Zugehörigen (einschl. Trauerarbeit bis zum Tod), zu der auch die Hilfe bei der Auseinandersetzung mit Lebenssinn- und Glaubensfragen und bei der Suche nach Antworten gehört.
- (5) Das stationäre Hospiz stellt sicher, dass die notwendige palliativ-medizinische ärztliche Behandlung und Versorgung der Hospizgäste mit Arznei- und Verband- und Heilmitteln gewährleistet ist. Die ärztliche Behandlung, Arznei-, Verband- und Heilmittel werden im Rahmen der §§ 28, 31 und 32 SGB V übernommen. Sofern die palliativ-ärztliche Versorgung im Rahmen des § 28 SGB V sowie des § 87 Abs. 1b SGB V im Einzelfall nicht ausreichend sind, besteht grundsätzlich ein Anspruch auf die Teilleistung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV nach § 37b SGB V zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung.

§ 7

Qualität

- (1) Die Versorgung und Begleitung im stationären Hospiz ist fachlich kompetent nach den allgemein anerkannten Erkenntnissen der Pflegewissenschaft 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 Wünschen und Bedürfnissen des Hospizgastes entsprochen und damit in der letzten Lebensphase ein Höchstmaß an persönlicher Lebensqualität ermöglicht wurde. Der Träger des Hospizes ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Qualität festgelegt und durchgeführt werden. Er soll sich ferner an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.
- (3) Im stationären Hospiz arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen und Ehrenamtliche zum Wohle der Hospizgäste und ihrer Zugehörigen zusammen. Die Arbeit aller im 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
 - Kriseninterventionen
 - Arbeit mit Zugehörigen (Angehörigenarbeit)
 - Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen
 - Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten
 - Verabschiedung der Verstorbenen
 - Kooperation 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. Sofern Vereinbarungen zur Qualität und zur Dokumentation für stationäre Hospizeinrichtungen auf Bundesebene getroffen werden, finden diese ebenfalls Anwendung.

§ 8

Personelle Ausstattung

- (1) Der Träger des stationären Hospizes hält das für die Versorgung und Begleitung der Versicherten gemäß diesem Versorgungsvertrag erforderliche und geeignete Personal 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 Altenpflegegesetz.
 - Sie kann eine mindestens dreijährige praktische hauptberufliche Tätigkeit nach erteilter Erlaubnis 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, pflegewissenschaftlichen 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) ständig festangestellte(n), hauptberuflich im 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.
- 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.
- (6) 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.
- (7) Näheres zur Personalausstattung wird als Bestandteil dieses Vertrages in der Vergütungsvereinbarung geregelt.

§ 9

Sächliche und räumliche Ausstattung

- (1) Zur Durchführung von Pflege und Behandlung ist insbesondere folgende Ausstattung in ausreichender Anzahl vorzuhalten:
- Kühlschrank für die Medikamentenaufbewahrung
 - BTM-Schrank
 - Pflegebetten mit Seitenteilen (Standardgröße)

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

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

- Blutdruckmessgerät
- Infusionsgerät
- 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 davon unberührt. Die Krankenkasse der bzw. des jeweiligen Versicherten realisiert diese Ansprüche vor dem Hintergrund der kurzen Verweildauer der Gäste in Zusammenarbeit mit dem Hospiz schnellstmöglich.
- (3) Das stationäre Hospiz hält zudem eine ausreichende Ausstattung an pflegerischen Verbrauchsgütern und Arbeitsmaterialien vor, um eine bedarfs- und qualitätsgerechte Pflege zu gewährleisten. Ebenso wie die sächliche Ausstattung werden die Grundausstattung sowie die pflegerischen Verbrauchsgüter und 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 Einzelzimmer. Die Patientenzimmer sollen so gestaltet sein, dass Zugehörige mit aufgenommen werden können. Für die räumliche Ausstattung gelten die Orientierungsgrößen nach § 3 der (hessischen) Rahmenvereinbarung gemäß § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung in Hessen vom 01.10.2018.

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.

- (5) Näheres zur sächlichen und räumlichen Ausstattung wird als Bestandteil dieses Vertrages in der Vergütungsvereinbarung geregelt.

§ 10

Vergütungsgrundsätze und Kassenleistung

- (1) Zwischen den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen Hessen gemeinsam und einheitlich auf Landesebene und dem stationären Hospiz bzw. dessen Träger wird ein leistungsgerechter tagesbezogener Bedarfssatz schriftlich vereinbart; dies erfolgt in einer gesonderten Vergütungsvereinbarung.
- (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 § 6 und § 9 Abs. 1, 3 und 4 genannten Leistungen dieses Vertrages 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 gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 SGB XI mit ein. Die Leistungen nach § 6 Abs. 5 S. 2 und S. 3 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 der Bundesrahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. 31.03.2017 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 Hessen 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) Öffentliche Zuschüsse zu den laufenden Aufwendungen eines stationären Hospizes (Betriebskostenzuschüsse) sind von der Vergütung abzuziehen. Das Hospiz informiert die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen unverzüglich über die Beantragung sowie der Genehmigung öffentlicher Zuschüsse zu den laufenden Aufwendungen.
- (5) 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 gemäß der anererkennungsfähigen Gesamtfläche.
- (6) Die Ermittlung und Vereinbarung des tagesbezogenen Bedarfssatzes orientieren sich an den §§ 82, 84 und 85 SGB XI als Verfahrensbeschreibung unter Berücksichtigung der hospizlichen Besonderheiten.

- (7) 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.
- (8) Der Aufnahme- und Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt ein Hospizgast im Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.
- (9) Zuschussfähig im Sinne des § 39a Abs. 1 SGB V sind 95 v. H. des nach den Absätzen 3 bis 8 beschriebenen tagesbezogenen Bedarfssatzes. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung oder anderer Sozialleistungsträger. Zusätzliche Zahlungen oder Eigenanteile dürfen von der bzw. dem Versicherten weder gefordert noch angenommen werden; der nicht zuschussfähige Anteil des Bedarfssatzes darf dem Hospizgast weder ganz noch teilweise in Rechnung gestellt werden.
- (10) Der Vertrag des stationären Hospizes mit der Versicherten bzw. dem Versicherten darf keine Regelungen enthalten, die den Bestimmungen der Rahmenvereinbarung oder dieses Vertrages entgegenstehen; Ausnahmeregelungen sind nur mit Zustimmung aller am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen und Landesverbände der Krankenkassen statthaft.
- (11) Ein rückwirkendes Inkrafttreten des tagesbezogenen Bedarfssatzes ist nicht zulässig.
- (12) Der Hospizplatz ist im Falle der vorübergehenden Abwesenheit der/des Versicherten vom Hospiz z. B. wegen Krankenhausaufenthalt für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 10 Tagen freizuhalten. Sofern die Abwesenheit 3 Kalendertage überschreitet, sind ab dem 4. vollen Kalendertag Abschläge in Höhe von 25% beim tagesbezogenen Bedarfssatz mit Ausnahme der Investitionskosten vorzunehmen. Kalendertage im Sinne dieser Regelung sind die Tage, an denen der Hospizgast von 0 bis 24 Uhr abwesend ist.

§ 11

Personalabgleich

- (1) Der Träger des Hospizes ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Hospizgäste jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder –ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Hospizgäste nicht beeinträchtigt wird. Geeignete Maßnahmen sind beispielsweise Personalvertretungen, Mehrarbeit, Personalneueinstellungen oder der Einsatz von extern gestelltem Personal.
- (2) Auf Verlangen der Kostenträger hat der Träger des Hospizes in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird.
- (3) Der Träger des Hospizes hat auf Verlangen innerhalb von sechs Wochen die personelle Ausstattung für den gemäß Absatz 4 geforderten Zeitraum nachzuweisen.

- (4) Der Bezugszeitraum für einen Personalabgleich umfasst grundsätzlich einen zusammenhängenden Zeitraum der letzten drei Kalendermonate. Sollten in diesem Zeitraum Personalunterdeckungen bestehen, kann dieser Bezugszeitraum auf bis zu sechs Kalendermonaten erweitert werden.
- (5) Die für den Personalabgleich erforderlichen Daten sind in elektronischer tabellarischer Form nach dem Muster der Anlage 1 dieser Vereinbarung zur Verfügung zu stellen. Der Nachweis für den bestimmungsgemäßen Einsatz und die Bereitstellung/ Beschäftigung des Personals erfolgt insbesondere durch die Vorlage
- der Dienstpläne,
 - Qualifikationsnachweise
 - der An-/Abmeldungen und Jahresmeldungen zur Sozialversicherung
- Weitere Unterlagen (z. B. Belegungsliste) können im Einzelfall angefordert werden.
- (6) Extern gestelltes Personal ist gesondert auszuweisen. Zum Nachweis sind die Arbeitsstundenbelege, ersatzweise die Verträge vorzulegen.
- (7) Geleistete Überstunden/Mehrarbeitsstunden sind zu berücksichtigen.
- (8) Hält das Hospiz seine gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere seine Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag, ganz oder teilweise nicht ein, sind die vereinbarten Bedarfssätze für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend dem Verfahren nach § 115 Abs. 3 SGB XI zu kürzen.

§ 12

Abrechnung

- (1) 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.
- (2) Die Abrechnung der Hospizleistungen erfolgt monatlich. Bei der Abrechnung ist die noch zu vergebende BEP-Nummer nach § 302 SGB V anzugeben.
- (3) Die Bezahlung der vollständigen und ordnungsgemäß eingereichten Rechnungen erfolgt innerhalb von 4 Wochen nach Eingang bei den Krankenkassen/Pflegekassen oder den von ihnen benannten Abrechnungsstellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (4) Überträgt das stationäre Hospiz die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat es die Krankenkassen/Pflegekassen bzw. Ersatzkassenverbände unverzüglich schriftlich zu informieren. Den Krankenkassen/Pflegekassen bzw. Ersatzkassenverbänden ist der Beginn und das Ende der Abrechnung, der Name und das Institutionskennzeichen der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen. Es ist eine Erklärung des stationären

Hospizes beizufügen, dass die Zahlungen der Krankenkassen/Pflegekassen an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen. Das stationäre Hospiz ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem den Krankenkassen/Pflegekassen mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zu Gunsten der den Krankenkassen/Pflegekassen gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht, hierfür ist ein entsprechender Nachweis von der bisherigen Abrechnungsstelle über die Beendigung den Krankenkassen/ Pflegekassen bzw. Ersatzkassenverbänden vorzulegen.

- (5) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle nach Absatz 4 übertragen werden soll, ist die mit der beauftragten Abrechnungsstelle getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung den Krankenkassen/Pflegekassen bzw. Ersatzkassenverbänden vorzulegen.
- (6) Beanstandungen bei erkennbaren Mängeln müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Die gesetzlichen Verjährungsfristen bleiben unberührt. Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen können die Krankenkassen/Pflegekassen dem stationären Hospiz die eingereichten Unterlagen zur Prüfung zurückgeben. Bei Sammelrechnungen werden nur strittige Rechnungspositionen von der Bezahlung ausgenommen. Einzelvereinbarungen bleiben davon unberührt.
- (7) Mit Einführung des DTA gelten für die Abrechnung die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

§ 13

Datenschutz, Schweigepflicht

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG bzw. KDG oder DSG-EKD) einzuhalten.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten (analog KDG oder DSG-EKD).
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungsfristen bleiben von dieser Regelung unberührt.

- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO (analog KDG oder DSG-EKD) für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (6) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen/deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 14 Schiedsperson

Im Falle von Nichteinigung zu Vertragsinhalten zwischen den Vertragspartnern, legt eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt fest. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließenden Krankenkassen zuständige Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

§ 15 Vertragsverstöße

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln, für eine gewissenhafte und ordnungsgemäße Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen.
- (2) Handelt ein Vertragspartner entgegen den Bestimmungen dieses Vertrages, kann vom jeweils anderen Vertragspartner Abhilfe bzw. Unterlassung verlangt werden; die Aufforderung bedarf der Schriftform. Schadensersatzansprüche bleiben davon unberührt.
- (3) Beachtet der Leistungserbringer seine vertraglichen Pflichten nicht in der gebotenen Weise, können die Verbände der Krankenkassen/Pflegekassen und die Ersatzkassen gemeinsam nach Anhörung des Leistungserbringers und unter Berücksichtigung des Prinzips der Verhältnismäßigkeit Maßnahmen beschließen. Als Maßnahmen kommen in Betracht:
 1. Verwarnung
 2. Abmahnung
 3. Kündigung des Vertrages

§ 16

Kündigung

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

§ 17
Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt am XXX in Kraft.

§ 18
Salvatorische Klausel

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

Ort, den

Träger des Hospizes

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der Landesvertretung Hessen

handelnd in Vollmacht für
AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
BKK Landesverband Süd für die Arbeitsgemeinschaft der BKK
IKK classic
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Pflegekasse
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main