

**Auszug aus der 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 01.05.2017**

(...)

**§ 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 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.

(...)