

Auszug aus § 2 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V vom 13.03.1998, i. d. F. vom 14.04.2010: Anspruchsberechtigte Versicherte

- (1) Grundvoraussetzung für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist, dass
 - a) die Patientin bzw. der Patient an einer Erkrankung leidet,
 - die progredient verläuft und
 - bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische und palliativ-pflegerische Versorgung notwendig oder von der Patientin bzw. dem Patienten 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 oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt. Damit sind neben den Angehörigen insbesondere die vertragsärztliche Versorgung, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes sowie Angebote durch weitere Berufsgruppen und (familien)ergänzende ambulante Versorgungsformen gemeint.

- (2) Eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung in einem stationären Hospiz kommt – sofern die vorgenannten Grundvoraussetzungen im Einzelfall erfüllt sind – insbesondere bei einem der folgenden Krankheitsbilder in Betracht:
 - a) Krebserkrankungen,
 - b) Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
 - c) Erkrankungen des Nervensystems,
 - d) chronische Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankungen.

- (3) Die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei Patientinnen und Patienten vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Sofern in Einzelfällen Patientinnen und Patienten aus Pflegeheimen in ein Hospiz verlegt werden sollen, ist vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen zu lassen, ob die Kriterien nach Absatz 1 und 2 erfüllt werden und warum eine angemessene Versorgung der oder des Sterbenden im Pflegeheim nicht mehr möglich ist.

- (4) Die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung nach den Absätzen 1, 2 und 3 ist durch eine Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt oder Krankenhausärztin bzw. Krankenhausarzt 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 – sofern der Zustand der Patientin oder des Patienten und der Familie trotz des schweren Krankheitsbildes eine gewisse Stabilität erreicht hat – eine Entlassung nach Hause möglich ist. In diesen Fällen sind bei einer erneuten Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung Wiederaufnahmen, auch innerhalb eines Jahres, möglich.