



Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

sicher kommt es nicht sehr häufig vor, dass Sie einen Ihrer Patienten empfehlen, die letzten Wochen oder Monate seines Lebens in einem Hospiz zu verbringen. In der Regel muss jedoch auf Grund der akuten Situation des Patienten die Übernahme der Kosten durch die Kostenträger – in einem stationären Hospiz sind dies Krankenkassen und Pflegekassen – sehr schnell geklärt werden.

Die Kassen legen großen Wert auf die eindeutige Formulierung und den Nachweis, dass es zur Betreuung und Pflege in einem stationären Hospiz keine sinnvolle Alternative gibt. Erlauben Sie uns deshalb, dass wir Ihnen den entsprechenden Paragraphen des Rahmenvertrags zur Kenntnis geben:

### Auszug aus der Rahmenvereinbarung

#### **§ 2 Anspruchsberechtigte Versicherte**

- (1) Grundvoraussetzung für die Aufnahme in das Hospiz ist, dass der Patient an einer Erkrankung leidet,
- a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
  - b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten gewünscht ist
  - c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt und
  - d) solange eine Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V nicht erforderlich ist.

Eine palliativ-medizinische Behandlung in dem Hospiz kommt regelmäßig nur bei einer der folgenden Krankheitsbilder in Betracht:

- a) Fortgeschrittene Krebserkrankung
- b) Vollbild der Infektionskrankheit AIDS
- c) Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen
- d) Endzustand einer chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt – oder Lungenerkrankung.

Eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie reicht nicht aus, weil der palliativ-medizinische und pflegerische Versorgungsbedarf, der aus der Erkrankung resultiert, in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und der (familien-)ergänzenden ambulanten Versorgungsform (vertragsärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung etc.) sowie die Finalpflege und Strebebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen übersteigt.

- (2) Die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung ist durch einen Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu bestätigen. Die Leistung ist zunächst auf 4 (meist werden aber 6 Wochen ggf. auch länger genehmigt) befristet. § 275 SGB V bleibt unberührt.

Nach Ablauf der vorläufigen Kostenzusage ist eine Verlängerung zu beantragen.