

Antrag an: vdek-Landesvertretung Sachsen
Referat Pflege
Glacisstr. 4
01099 Dresden
E-Mail-Adresse: rene.kellner@vdek.com

Antrag auf Förderung ambulanter Hospizdienste gemäß § 39 a Abs. 2 SGB V

für das Kalenderjahr _____

Angaben zu den Fördervoraussetzungen entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 Satz 6 SGB V

I. Allgemeine Angaben

Name des ambulanten
Hospizdienstes (AHD) _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Tel.-Nr./Telefax _____

AHD besteht seit _____
bitte Nachweis beifügen

Ansprechpartner _____

E-Mail-Adresse _____

Weitere Zweigstellen _____

Träger des Dienstes _____

Rechtsform _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Tel.-Nr./Telefax _____

Bankverbindung¹

Kontoinhaber _____

Bankinstitut _____

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

¹ Bitte geben Sie die Bankverbindung an, die im Zusammenhang mit Ihrem Institutionskennzeichen (IK) gespeichert ist.

Institutionskennzeichen	_____
Kooperierender Pflegedienst, mit palliativ-pflegerischen oder palliativ-medizinischen Erfahrungen	_____ _____ _____
Kooperierender Arzt mit palliativ-pflegerischen oder palliativ-medizinischen Erfahrungen	_____ _____ _____
Maßnahmen zur Sicherstellung der ständigen Erreichbarkeit	_____ _____
Zusammenarbeit mit stationärem Hospiz oder Palliativstation, wenn ja, mit welchem	_____ _____ _____

II. Angaben zur verantwortlichen Kraft nach § 5 der Rahmenvereinbarung

1.) Die palliativpflegerische Beratung und die Gewinnung, Schulung und Koordination der Ehrenamtlichen unter ständiger Verantwortung der Fachkraft/Fachkräfte ist gewährleistet, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- a) Die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger oder Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in entsprechend den Bestimmungen der Gesetze über die Berufe in der Krankenpflege in der jeweilig gültigen Fassung sowie Altenpfleger/-in entsprechend den Bestimmungen des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege vom 25.08.2003¹.
Bitte Nachweise beifügen, soweit noch nicht vorgelegt
- b) Mindestens dreijährige hauptberufliche Tätigkeit in ihrem Beruf nach erteilter Erlaubnis nach Buchstabe a)
Bitte Nachweis beifügen, soweit noch nicht vorgelegt.
- c) Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahmen für Pflegende². Für ambulante Kinderhospizdienste ist der Abschluss einer Pädiatrischen Palliative Care-Weiterbildung (Curriculum Pädiatrische Palliative Care, oder andere nach Stundenzahl und Inhalt gleichwertige Curricula) nachzuweisen. Fachkräfte, die bereits eine Palliative Care-Weiterbildung absolviert

¹ Nach übereinstimmender Auffassung der Vereinbarungspartner auf Bundesebene soll in den Ländern, in denen die Verträge nach § 132a Abs. 2 SGB V als verantwortliche Pflegefachkraft auch Personen anerkennen, die die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Altenpflegerin/Altenpfleger" mit staatlicher Anerkennung aufgrund einer landesrechtlichen Regelung besitzen, auch diese Qualifikation für die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Buchstabe a) dieser Rahmenvereinbarung ausreichend sein.

² Eine dreijährige Tätigkeit auf einer Palliativstation, in einem stationären Hospiz oder in einem Palliativpflegedienst entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt

haben, müssen das Zusatzmodul Pädiatrische Palliative Care (40 Stunden) nachweisen¹.

- d) Nachweis eines Koordinatoren-Seminars (40 Stunden).²
- e) Nachweis eines Seminars zur Führungskompetenz (80 Stunden)

Bitte Nachweise beifügen, soweit noch nicht vorgelegt.

Fest angestellte Fachkraft/Fachkräfte

Name, Vorname: _____ wöchentl. AZ: _____

Name, Vorname: _____ wöchentl. AZ: _____

Name, Vorname: _____ wöchentl. AZ: _____

Bitte Nachweise beifügen, soweit noch nicht vorgelegt.

2.) Andere Personen können die fachliche Verantwortung übernehmen, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- a) Abgeschlossene Universitäts- bzw. Fachhochschulausbildung aus dem Bereich Pflege, Sozialpädagogik oder Sozialarbeit, andere abgeschlossene Studiengänge oder Berufsausbildungen sind im Einzelfall zu prüfen.

Bitte Nachweise beifügen, soweit noch nicht vorgelegt.

- b) Mindestens dreijährige der Ausbildung entsprechende hauptberufliche Tätigkeit in nach Buchstabe a)

Bitte Nachweise beifügen, soweit noch nicht vorgelegt.

- c) Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahmen für nicht Pflegenden.
Für ambulante Kinderhospizdienste ist der Abschluss einer Pädiatrischen Palliative Care-Weiterbildung (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) nachweisen.³

- d) Nachweis eines Koordinatoren-Seminars (40 Stunden)³

- e) Nachweis eines Seminars zur Führungskompetenz (80 Stunden)³

Bitte Nachweise beifügen, soweit noch nicht vorgelegt.

¹ Eine dreijährige Tätigkeit auf einer Kinderpalliativstation, in einem stationären Kinderhospiz oder in einem Kinderpalliativpflegedienst entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt.

² Eine dreijährige Tätigkeit als Koordinatorin/Koordinator in einem Hospizdienst unter regelmäßiger Supervision entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt. Andere Anerkennungen müssen im Einzelfall geprüft werden.

³ Voraussetzungen analog Kap. II Nr. 1 c, d, e des Antrages

Fest angestellte Fachkraft/Fachkräfte

Name, Vorname: _____ wöchentl. AZ: _____

Name, Vorname: _____ wöchentl. AZ: _____

Name, Vorname: _____ wöchentl. AZ: _____

Name, Vorname: _____ wöchentl. AZ: _____

Bitte Nachweise beifügen, soweit noch nicht vorgelegt. Bei Änderungen bitte aktuellen Arbeitsvertrag beifügen

3.) Angaben zur Übergangsregelung nach § 5 Abs. 3

Name, Vorname der ausscheidenden Fachkraft: _____

Name, Vorname der neuen verantwortlichen Fachkraft: _____

Nachfolgende Anforderungen erfüllt die neue festangestellte Fachkraft noch nicht:

III.) Zuständigkeit der verantwortlichen Kraft für weitere AHD:

Bitte namentlich benennen:

IV.) Mitgliedschaft in einer Vereinigung von Trägern oder in einem Verband bzw. Mitglied im LVHP

Ja **Nein**

Welcher?

Konzeption bitte beifügen, soweit noch nicht vorliegt.

V.) Dokumentationssystem nach § 4 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung

Muster bitte beifügen, soweit noch nicht vorliegt

Wir versichern, dass wir

- bereits Sterbebegleitung geleistet haben,
- die kontinuierliche Praxisbegleitung/Supervision unserer Ehrenamtlichen gewährleisten;
- Maßnahmen zur Sicherung der Qualität festlegen und diese durchführen;
- eine sachgerechte und kontinuierliche Dokumentation beim Sterbenskranken führen

**VII.) Angaben zur Berechnung der Fördersumme und der Personalkosten
i.S.d. § 6 Abs.1 und 2 Rahmenvereinbarung**

- für die Einzelaufstellung des Personal und der Fortbildung bitte **Anlage 1** nutzen
- für die Einzelaufstellung der qualifizierten, zum 31.12. des Vorjahres einsatzbereit ehrenamtlichen Hospizhelfer : **Anlage 2** ausfüllen
- für den Nachweis der geleisteten Sterbebegleitungen: **Anlage 3** ausfüllen (je Kassen/Kassenart im verschlossenen Umschlag beifügen)

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Der AHD gewährt jederzeit eine Einsichtnahme in die Übersicht der qualifizierten, ehrenamtlichen Personen.

Um eine Förderung des ambulanten Hospizdienstes nach § 39 a Abs. 2 SGB V, bei Erfüllung der Voraussetzungen, vornehmen und termingerecht auszahlen zu können, benötigen wir den vollständig ausgefüllten Antrag bis 31.03. des Jahres. Der Antrag kann erst bearbeitet werden, wenn er vollständig ausgefüllt, und mit allen benötigten Nachweisen ergänzt, vorliegt.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
des ambulanten Hospizdienstes

Anlage 1

**Angaben zur Berechnung
der Fördersumme und der Personalkosten i.S.d. § 6 Abs.1 und 2 der Rahmenvereinbarung**

a) Förderfähige Kosten hauptamtlicher Fachkräfte

Name, Vorname	h/Wo ¹	Änderung zum Vorjahr	Personalkosten/Jahr (sowie AG-Anteil)	Fortbildungen ² ,	Fortbildungskosten
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Anzahl festangestellte, hauptberufliche Fachkräfte (VzÄ)			Summe Personalkosten		Summe Fortbildungskosten
				Zwischensumme 1 Personal- und Fortbildungskosten	

weitere Personen bitte auf einem gesonderten Blatt

¹ unveränderter Arbeitsvertrag zum Vorjahr ist je Fachkraft nur einmalig als Nachweis (Kopie) vorzulegen

² Fortbildungen benennen, Nachweise je Fachkraft sind nur einmalig vorzulegen für Palliative Care, Koordination, Führungskompetenz

Zusammenfassung

Anzahl der festangestellten, hauptamtlichen Fachkräfte (Vorjahr)	
Anzahl der einsatzbereiten, qualifizierten ehrenamtlichen Personen (am 31.12. des Vorjahres)	
Gesamtanzahl der geleisteten Sterbebegleitungen (Vorjahr)	
davon Anzahl der abgeschlossenen Sterbebegleitungen (Vorjahr)	
bei Kindern Anzahl der geleisteten Sterbebegleitungen mit Beginn vor dem 01.11. des Vorjahres	

