

lAntrag an:

**vdek Landesvertretung
Glacisstr.4
01099 Dresden**

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

für das Kalenderjahr **2019**

Angaben zu den Fördervoraussetzungen entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 Satz 8 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 _____

Weitere Zweigstellen
(nicht selbständig tätig) _____

Träger des Dienstes _____

Rechtsform _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Tel.-Nr./Telefax _____

E-Mail _____

Bankverbindung¹

Kontoinhaber _____

Bankinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

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 _____

Einrichtung/ Palliativstation ² _____

II. Angaben zur verantwortlichen Kraft nach § 4 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 „Gesundheits- und Krankenpflegerin / Gesundheits- und Krankenpfleger“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“, „Altenpflegerin/Altenpfleger“.

Sie kann auch eine Universitäts- bzw. Fachhochschulausbildung aus dem Bereich Pflege, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Heilpädagogik abgeschlossen haben. Andere abgeschlossene Studiengänge oder Berufsausbildungen sind im Einzelfall zu prüfen.

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.

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

² Bitte Kooperationsvereinbarung oder Nachweis der Beauftragung beifügen.

- c) Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme ¹. Für ambulante Kinderhospizdienste ist der Abschluss einer Pädiatrischen Palliative Care-Weiterbildung nachzuweisen (Curriculum Pädiatrische Palliative Care, oder andere nach Stundenzahl und Inhalt gleichwertige Curricula). Fachkräfte, die bereits eine Palliative Care-Weiterbildung absolviert haben, müssen das Zusatzmodul Pädiatrische Palliative Care (40 Stunden) nachweisen ².
- d) Nachweis eines Koordinatoren-Seminars (40 Stunden). ³
Bitte Nachweise beifügen, soweit noch nicht vorgelegt.
- e) Nachweis eines Seminars zur Führungskompetenz (80 Stunden)
Bitte Nachweise beifügen, soweit noch nicht vorgelegt.

Fest angestellte Fachkraft/Fachkräfte (welche die Voraussetzungen a – e erfüllen)

Name, Vorname: _____	wöchentl. AZ: _____
Name, Vorname: _____	wöchentl. AZ: _____
Name, Vorname: _____	wöchentl. AZ: _____
Name, Vorname: _____	wöchentl. AZ: _____
Name, Vorname: _____	wöchentl. AZ: _____
Name, Vorname: _____	wöchentl. AZ: _____
Name, Vorname: _____	wöchentl. AZ: _____

Bitte Nachweise beifügen, soweit noch nicht vorgelegt.

III.) Zuständigkeit der verantwortlichen Kraft für weitere AHD:

Bitte namentlich benennen:

¹ Eine dreijährige Tätigkeit auf einer Palliativstation, in einem stationären Hospiz oder in einem Palliativpflegedienst entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt.

² Eine dreijährige Tätigkeit auf einer Kinderpalliativstation, in einem stationären Kinderhospiz oder in einem Kinderpalliativpflegedienst entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt.

³ Eine dreijährige Tätigkeit als Koordinator/in in einem Hospizdienst unter regelmäßiger Supervision entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt. Andere Anerkennungen müssen im Einzelfall geprüft werden.

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

Muster bitte beifügen, soweit noch nicht vorliegt

V.) Angaben zur Berechnung der Fördersumme nach § 5 der Rahmenvereinbarung

- für die Einzelaufstellung der Personal-, Fortbildungskosten bzw. Kosten für Ehrenamtliche sowie Sachkosten: **Anlage 1** inklusive der Zusammenfassung ausfüllen
- 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 (Gesamtaufstellung anonymisiert für jede Kasse im verschlossenen Umschlag und eine nicht anonymisierte Gesamtaufstellung aller Kassen)
- Anlage Kosten- und Finanzierungsblatt ambulante Hospizarbeit des Freistaates Sachsen

Wir versichern, dass wir

- 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
- über eigene Räumlichkeiten verfügen

sowie, dass in den

- beantragten Kosten keine Kosten enthalten sind, die nach dem Versterben des Versicherten entstanden sind (Ausnahmen § 2 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung bzw. Kosten im Zusammenhang mit dem Besuch der Beerdigung bzw. einmaliger Kondolenzbesuch).

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

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Der vollständig ausgefüllte Antrag auf Förderung nach § 39 a Abs. 2 SGB V, inklusive aller benötigten Nachweise, ist bis zum 31.03. des laufenden Kalenderjahres an die Krankenkassen bzw. die von Ihnen bestimmten Stellen zu richten.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
des ambulanten Hospizdienstes

Anlage 1

Angaben zur Berechnung der Fördersumme nach § 5 der Rahmenvereinbarung

a) Förderfähige Kosten hauptamtlicher Fachkräfte¹

Name, Vorname	h/Wo ²	Personalkosten (sowie AG-Anteil) ³ - Vorjahr- Retrospektiv <input type="checkbox"/> Prospektiv <input type="checkbox"/>	Inhalt der Fortbildung(en)	Kosten für Fortbildung(en) ⁴	Kosten Supervision
Anzahl festangestellte, hauptberufliche Fachkräfte (VZÄ)		Summe Personalkosten		Summe Fortbildungs- kosten	Summe Supervisions- kosten

¹ Personalkosten für Koordinatorentätigkeiten können nur anerkannt werden, wenn sie arbeitsvertraglich nachvollziehbar sind und tatsächlich erbracht und gezahlt wurden. Aus dem Arbeitsvertrag eines(er) Koordinator(in) muss deshalb zwingend die Art der Tätigkeit (Stellenbezeichnung, z. B. „Kordinator/in des ambulanten Hospizdienstes“) sowie die dafür arbeitsvertraglich festgelegte Arbeitszeit ggf. anteilig) ersichtlich sein.

² Unveränderte Arbeitsverträge zum Vorjahr sind je Fachkraft nur einmalig als Nachweis (Kopie) vorzulegen.

³ Bitte die entsprechenden Nachweise (z. B. Lohnjournal) beizufügen. Sofern dem Nachweis die beantragten Personalkosten nicht eindeutig entnommen werden können, ist eine separate Teilaufstellung (z. B. Gehalt, Urlaubs-, Weihnachtsgeld, Zulagen, ZV, U 1, U 2, BG) beizufügen. Bei prospektiv beantragten Kosten ist der Lohnnachweis der ggf. abgerechneten Monate Jan.-März des lfd. Jahres sowie die o.g. Teilaufstellung beizufügen.

⁴ Die Kostenangaben sind jeweils einzeln einschließlich Bewirtungs- und Übernachtungskosten entsprechend dem Sächsischen Reisekostengesetz zu erfassen.

b) Förderfähige Kosten für einsatzbereite qualifizierte Ehrenamtlichen

Befähigungskurse und Supervisionen¹

	Anzahl der Teilnehmer EA	Kosten
Supervision ²		
Erstbefähigungskurse		
Summe Ehrenamtliche 1		

Pauschale Förderung für Fortbildung der Ehrenamtlichen

Anzahl der einsatzbereiten, qualifizierten ehrenamtlichen Personen (am 31.12. des Vorjahres)	
	x 100 €
Summe Ehrenamtliche 2	

Gesamt Ehrenamtliche

Summe Ehrenamtliche 1 + 2	
---------------------------	--

¹ Bitte jeweils die Rechnungen für die angegebenen Supervisionskosten und für die angegebenen Kosten der Erstbefähigung der Ehrenamtlichen sowie die Teilnehmernachweise zum abgeschlossenen Erstbefähigungskurs beifügen. Bei Kurskosten von Erstbefähigungskursen, welche über das Kalenderjahr hinausgehen, sind die Teilnehmerlisten anzuhängen.

² Ausschließlich Kostenangabe für extern beauftragte Supervisoren (Honorar bzw. Reisekosten des Supervisors).

c) Nachweis der förderfähigen Sachkosten nach § 5 der Rahmenvereinbarung ^{1 2 3 4}

1. Fahrkosten		EUR
davon:		
· Erstattete Fahrkosten der Ehrenamtlichen		EUR
· Erstattete Fahrkosten der Fachkräfte		EUR
· Betriebskosten PKW		EUR
<i>davon:</i>		
<i>Kraftstoffe</i>	<i>EUR</i>	
<i>Instandhaltung/Wartung</i>	<i>EUR</i>	
<i>Leasingkosten</i>	<i>EUR</i>	
<i>KFZ-Steuer/Versicherung</i>	<i>EUR</i>	
· Fahrt- und Übernachtungs-/Bewirtungskosten (z.B. Befähigungskurse bzw. Supervision der Ehrenamtlichen)		EUR
2. Kosten für Personal- und Lohnbuchhaltung/ Verwaltungsgemeinkosten		EUR
davon:		
· Kosten für eigenes Verwaltungspersonal / Geschäftsführung		EUR
· Kosten für zentrale Lohnbuchhaltung / Finanz-Buchhaltung		EUR
· Büromaterial (Verbrauchsmaterialien, Mieten für Kopierer etc.)		EUR
· Fachliteratur		EUR
· Post- und Telekommunikationsgebühren		EUR
3. Kosten für die Räumlichkeiten des ambulanten Hospizdienstes		EUR
davon:		
· Raum- und Raumnutzungskosten (incl. Mietnebenkosten)		EUR
· Reinigungskosten		EUR
· Energiekosten		EUR
· Büromöbel (nur geringwertige Wirtschaftsgüter)		EUR

¹ Einzelnachweise sind auf Anforderung nachzureichen.

² Sofern die Kosten nicht ausschließlich für den Betrieb des Hospizdienstes anfallen sind diese anteilig anzugeben.

³ Wesentliche Kostensteigerungen im Vergleich zum Vorjahr sind entsprechend zu begründen

⁴ Für die Kosten eigenes Verwaltungspersonal, die Raum- und Raumnutzungskosten, die Kosten für Büromöbel/-technik (nur geringe Wirtschaftsgüter, sonst Investitionskosten und damit nicht Gegenstand der Förderung) sind die Nachweise mit der jährlichen Antragstellung einzureichen.

4. Kosten für die Räumlichkeiten des ambulanten Hospizdienstes Sachkosten für notwendige Versicherungen		EUR
davon:		
· Haftpflichtversicherung für die Ehrenamtlichen		EUR
· Dienstreisekostenversicherung/Unfallversicherung		EUR
· Inventarversicherung		EUR
· Rechtsschutzversicherung		EUR
· sonstige Versicherungen		EUR
wenn ja, welche	EUR EUR EUR EUR EUR	
Sachkosten gesamt		EUR

Datum

.....
 Unterschrift und Stempel des Ambulanten
 Hospizdienstes

Zusammenfassung

Summe Personal- und Fortbildungskosten/Supervision der Fachkräfte (Anlage 1a)	
Summe der Kosten für Ehrenamtliche (Anlage 1b)	
Summe der Sachkosten (Anlage 1c)	
Gesamt	
Anzahl der festangestellten, hauptamtlichen Fachkräfte (Vorjahr)	
Anzahl der einsatzbereiten, qualifizierten ehrenamtlichen Personen (am 31.12. des Vorjahres)	
Gesamtanzahl der geleisteten Sterbebegleitungen (Vorjahr) davon GKV davon PKV	
Gesamtanzahl der abgeschlossenen Sterbebegleitungen (Vorjahr) davon GKV davon PKV	
Anzahl der abgeschlossenen Sterbebegleitungen im Krankenhaus (Vorjahr)	
<u>bei Kindern</u> Anzahl der geleisteten Bergleitungen mit Beginn vor dem 01.11. des Vorjahres davon GKV davon PKV	
<u>bei Kindern</u> Anzahl der der geleisteten Bergleitungen im Krankenhaus (Vorjahr)	
bei Kindern abgeschlossene Sterbebegleitungen	

Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

Hiermit willigen wir in die Übermittlung der Förderdaten* an die Landesdirektion Sachsen ein. Zweck der Übermittlung ist die Bearbeitung des Antrages nach der Richtlinie des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zur Förderung der Gesundheit, Prävention, Beratung sowie Hospiz- und Palliativversorgung (RL Gesundheit und Versorgung) vom 13.09.2018.

Datum

.....
Unterschrift und Stempel
des Ambulanten Hospizdienstes

Eine Weiterleitung entfällt, wenn der Hospizdienst die Anlage Kosten- und Finanzierungsblatt ambulante Hospizarbeit nicht mit dem Antrag einreicht. Eine Nachforderung durch die Krankenkassen erfolgt nicht.

