

Antrag an:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Thüringen

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

für das Kalenderjahr

Bitte das Wahljahr ankreuzen

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

I.) Allgemeine Angaben

Name des ambulanten Hospizdienstes (AHD)	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
PLZ / ORT	<input type="text"/>
Tel. / Fax	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>

AHD besteht seit:
bei Erstantrag bitte Nachweis beifügen

Ansprechpartner

weitere Zweigstellen

Träger des AHD	<input type="text"/>
Rechtsform	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>
Tel. /Fax	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

Zugehörigkeit zum THPV e. V.

ja

nein

Zugehörigkeit zu einem Spitzenverband der freien

ja

nein

wenn ja, zu welchem:

Bankverbindung ¹

Kontoinhaber

Bankinstitut

IBAN

BIC

Institutionskennzeichen

kooperierender Pflegedienst mit palliativ medizinischen Erfahrungen

kooperierender Arzt mit palliativ medizinischen Erfahrungen

Maßnahmen zur Sicherstellung der ständigen Erreichbarkeit

Zusammenarbeit mit: stationärem Hospiz

Einrichtung / Palliativstation ²

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

² Bitte Kooperationsvereinbarung oder Nachweis der Beauftragung bei Krankenhausbegleitungen beifügen.

II.) Angaben zur verantwortlichen Kraft nach § 4 der Rahmenvereinbarung

1.) Die palliativpflegerische Beratung und Gewinnung, Schulung und Koodination 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", Altenpflegerin/Altenpfleger".
 Sie kann auch eine Universitäts- und Fachhochschulausbildung aus den Bereichen Pflege, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Heilpädagogik abgeschlossen haben. Andere abgeschlossene Studiengänge oder Berufsausbildungen sind im Einzelfall zu prüfen.
Bitte Nachweis beifügen, soweit noch nicht vorgelegt.
- b) eine mindestens dreijährige hauptberufliche Tätigkeit in ihrem Beruf nach erteilter Erlaubnis nach a)
Bitte Nachweis beifügen, soweit noch nicht vorgelegt.
- c) der Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme ³. 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
- d) den Nachweis eines Koordinatorenseminars (40 Stunden) ⁵.
Bitte Nachweis beifügen, soweit noch nicht vorgelegt.
- e) den Nachweis eines Seminars zur Führungskompetenz (80 Stunden)
Bitte Nachweis beifügen, soweit noch nicht vorgelegt.

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

Name, Vorname	wöchentliche Arbeitszeit im aktuelle Förderjahr

Bitte Nachweis beifügen, soweit noch nicht vorgelegt.

³ Eine dreijährige Tätigkeit auf einer Palliativstation, in einem stationären Hospiz oder in einem Palliativpflegedienst entspricht diesem Nachweis und

⁴ Eine dreijährige Tätigkeit auf einer Kinderpalliativstation, in einem stationären Kinderhospiz oder in einem Kinderpalliativpflegedienst entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt.

⁵ Eine dreijährige Tätigkeit als Koordinator/in in einem Hospizdienst unter regelmäßigen Supervisionen entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt. Andere Anerkennungen müssen im Einzelfall geprüft werden.

III.) Zuständigkeit der verantwortlichen Kraft für weitere AHD:

Bitte namentlich benennen:

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

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

- für die Einzelaufstellung der Personal- und Fortbildungskosten bzw. Kosten für Ehrenamtliche sowie Sachkosten: **Anlage 1** inklusive der Zusammenfassung ausfüllen
- für die Einzelaufstellung der qualifizierten, zum 31.12. des Vorjahres einsatzbereiten ehrenamtlichen Hospizhelfer: **Anlage 2** ausfüllen
- für den Nachweis der geleisteten Sterbebegleitungen: **Anlage 3** ausfüllen (eine nicht anonymisierte Einzelaufstellung pro Kasse im verschlossenen Umschlag und zusätzlich eine anonymisierte Gesamtaufstellung aller Sterbebegleitungen jeweils für AOK PLUS und vdek)

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 führen,
- über eigene Räumlichkeiten verfügen

sowie, dass in den

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

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

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

Kenntnisnahme und Bestätigung der Plausibilität

Ort, Datum	Unterschrift THPV e. V.

Anlage 1 b (Stand 10.02.2021)

Förderfähige Kosten für einsatzbereite qualifizierte Ehrenamtliche

Befähigungskurse und Supervisionen ¹⁰

	Anzahl der Teilnehmer	Kosten
Supervisionen ¹¹		
Erstbefähigungskurse		
Ehrenamtliche = Summe 1		0,00 €

Pauschale Förderung für Fortbildung der Ehrenamtlichen

Anzahl der einsatzbereiten, qualifizierten ehrenamtlichen Personen (am 31.12. des Vorjahres)		x 100,00 €
Ehrenamtliche = Summe 2		0,00 €

Gesamt Ehrenamtliche

Ehrenamtliche = Summe 1 + 2		0,00 €
------------------------------------	--	---------------

¹⁰ Bitte jeweils die Rechnungen für die angegebenen Supervisionskosten und für die angegebenen Kosten der Erstbefähigung der Ehrenamtlichen

sowie die Teilnehmernachweise zum abgeschlossenen Erstbefähigungskurs beifügen. Fahrt-, Übernachtungs- und Bewirtungskosten sind in der

¹¹ Ausschließlich Kostenangabe für extern beauftragte Supervisoren.

Nachweis der förderfähigen Sachkosten nach § 5 der Rahmenvereinbarung ^{12, 13, 14}

1. Fahrkosten	0,00 €
▪ Erstattete Fahrkosten der Ehrenamtlichen	
▪ Erstattete Fahrkosten der Fachkräfte	
▪ Betriebskosten PKW	0,00 €
<i>Kraftstoff</i>	
<i>Instandhaltung/Wartung</i>	
<i>Leasingkosten</i>	
<i>KFZ-Steuer/Versicherung</i>	
▪ Fahrt- und Übernachtungs-/ Bewirtungskosten (z. B. Befähigungskurse bzw. Supervision der Ehrenamtlichen)	
2. Kosten für Personal- und Lohnbuchhaltung/ Verwaltung	0,00 €
▪ Kosten für eigenes Verwaltungspersonal / Geschäftsführung ¹⁵	
▪ Kosten für zentrale Lohnbuchhaltung / Finanzbuchhaltung	
▪ Büromaterial (Verbrauchsmaterial, Mieten für Kopierer, aufgabenbezogene Druckkosten)	
▪ Fachliteratur	
▪ Post- und Telekommunikationsgebühr	
3. Kosten für die Räumlichkeiten des ambulanten Hospizdienstes	0,00 €
▪ Raum- und Raumnutzungskosten (ink. Mietnebenkosten) ¹⁵	
▪ Reinigungskosten	
▪ Energiekosten	
▪ Büromöbel, Bürotechnik (nur geringfügige Wirtschaftsgüter) ¹⁶	

Anlage 1 c (Stand 10.02.2021)

4. Kosten für notwendige Versicherungen	0,00 €
▪ Haftpflichtversicherung für Ehrenamtliche	
▪ Dienstreisekostenversicherung/Unfallversicherung	
▪ Inventarversicherung	
▪ Rechtsschutzversicherung	
▪ sonstige Versicherungen (bitte einzeln benennen)	0,00 €
Sachkosten gesamt	0,00 €

Kosten für erforderliche und nachgewiesene Schutzbekleidung* (insbesondere im HD in absehbarer Zeit verwendete Masken, Schutzkleidung und Desinfektionsmittel für ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter) * die Rechnung ist dem Antrag beizufügen	
--	--

_____ Datum

_____ Unterschrift des ambulanten Hospizdienstes

12 Einzelnachweise sind auf Anforderung nachzureichen.

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

14 Wesentliche Kostensteigerung im Vergleich zum Vorjahr sind entsprechend zu begründen.

15 Für die Kosten eigenes Verwaltungspersonal sowie die Raum- und Raumnutzungskosten sind die Nachweise einmalig bzw. bei Änderungen mit dem jährlichen Antrag einzureichen.

16 Für die Kosten Büromöbel/-Technik (nur geringfügige Wirtschaftsgüter, sonst Investitionskosten und damit nicht Gegenstand der Förderung) sind die Nachweise mit der jährlichen Antragstellung einzureichen.

Zusammenfassung (Stand 10.02.2021)

Summe Personal- und Fortbildungskosten der Fachkräfte (Anlage 1 a)	0,00 €
Summe der Kosten für Ehrenamtliche (Anlage 1 b)	0,00 €
Summe der Sachkosten (Anlage 1 c)	0,00 €
Gesamt (ohne Schutzbekleidung)	0,00 €
Summe Schutzbekleidung (Anlage 1 c)	0,00 €
Gesamt (mit Schutzbekleidung)	0,00 €
Sind in den Gesamtkosten, Kosten für die Trauerarbeit nach abgeschlossener Sterbebegleitung enthalten? Wenn ja, sind die jeweiligen Kosten auszuweisen, sonst ist der Wert "0" zu erfassen.	
Anzahl der festangestellten, hauptamtlichen Fachkräfte (Vorjahr)	
Anzahl der einsatzbereiten, qualifizierten ehrenamtlichen Personen (am 31.12. des Vorjahr)	0
Gesamtzahl der durch Ehrenamtliche geleisteten Sterbebegleitungen (Vorjahr)	0
davon GKV*	
davon PKV*	
Gesamtzahl der durch Ehrenamtliche abgeschlossenen Sterbebegleitungen (Vorjahr)	0
davon GKV*	
davon PKV*	
Anzahl der durch Ehrenamtliche im Krankenhaus begonnene sowie abgeschlossene Sterbebegleitungen (Vorjahr)*	
bei Kindern Anzahl der durch Ehrenamtliche geleisteten Begleitungen mit Beginn vor dem 01.11. des Vorjahres**	
davon GKV**	
davon PKV**	
bei den Kindern Anzahl der geleisteten Begleitungen im Krankenhaus (Vorjahr)**	
bei Kindern abgeschlossene Sterbebegleitungen**	

Datum

Unterschrift des ambulanten Hospizdienstes

* Pflichtfelder für Erwachsenen hospizdienste (auch mit der Zahl "0" zu belegen)

** Pflichtfelder für Kinder hospizdienste (auch mit der Zahl "0" zu belegen)

Anlage 3 (Stand 10.02.2021)

Nachweis über die geleisteten Sterbebegleitungen im Sinne von § 5 Abs. 7 Satz 7 und 9 der Rahmenvereinbarung

Ambulanter Hospizdienst:	
Straße:	
PLZ Ort:	

Im **Förderjahr** wurden bei den nachfolgend aufgeführten Versicherten Sterbebegleitungen im Sinne der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalten, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.03.2016, durchgeführt:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse ggf. Versicherungsnummer	Beginn der Sterbebegleitung	Ende der Sterbebegleitung	Krankenhausbegleitung (x)	andere Beendigungsgründe (z. B. Verlegung Hospiz; Wegzug ect.)

Datum

Unterschrift des ambulanten Hospizdienstes

Bei der Berechnung der Förderung fließen alle bis 31.12. des VJ abgeschlossenen Sterbebegleitungen (Ausnahme: Kinderbegleitungen auch nicht abgeschlossene Sterbebegleitungen, wenn der Beginn vor dem 01.11. des VJ liegt) ein.

Die Gesamtübersicht ist anonymisiert an die federführenden Krankenkassen (AOK und vdek) und einmal nicht anonymisiert (geschlossener Umschlag) getrennt je Kasse zu übermitteln.

Dieser Nachweis kann auch in anderer geeigneter Form erfolgen.

