|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Die Verbände der Krankenkassen in Hessen | | Az.: 2.42.66 | | | | |
|  | | | | | | |
| **Antrag zur Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V für das Jahr 2019** | | | | | | |
| **Der Antrag ist** bis spätestens 28.02.2019 (spätester Posteingang) **an die Verbände der Krankenkassen in Hessen (c/o Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Hr. Schnegelsberg – persönlich - Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel)** zurück **zu senden**. Wiederholungsanträge richten Sie bitte direkt an Ihren jeweiligen Ansprechpartner bei der Knappschaft bzw. bei der SVLFG (Hr. Schnegelsberg). | | | | | | |
| Erstantrag | | | Folgeantrag  **Sofern keine Veränderungen vorliegen, ist eine erneute Vorlage bereits eingereichter Unterlagen (Qualifikationen der verantwortlichen Fachkraft, Beschreibung des AHD) nicht erforderlich.** | | | |
|  | | | | | | |
| **A Angaben zum Antragsteller** | | | | | | |
| Name des Ambulanten Hospizdienstes (AHD) - eigene Räumlichkeiten - | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Anschrift | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Telefon | Fax | | | | eMail | |
|  |  | | | |  | |
| Rechtsform | | | | Verbandszugehörigkeit, z.B. zu einem Wohlfahrtsverband oder/und zum | | |
|  | | | | Hospiz- und Palliativ Verband Hessen e.V. | | |
| **Bankverbindung**  Kontoinhaber | IBAN | | | | | BIC **(bitte unbedingt vermerken**) |
|  |  | | | | |  |
| Antragsteller / vertretungsberechtigte Person (z.B. Vereinsvorstand) | | | | Ansprechpartner/ in (ggf. Durchwahl / Handynummer) | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | | | | |
| **B Angaben zu den Fördervoraussetzungen** | | | | | | |
| AHD besteht seit | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Kooperierender Pflegedienst mit palliativ-pflegerischen Erfahrungen | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Kooperierender Arzt mit palliativ-medizinischen Erfahrungen | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Maßnahmen zur Sicherung der ständigen Erreichbarkeit | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Es wird versichert, dass der AHD bereits Sterbebegleitungen geleistet hat (siehe auch D), die kontinuierliche Praxisbegleitung / Supervision der Ehrenamtlichen gewährleistet, Maßnahmen zur Sicherung der Qualität festlegt und durchführt sowie eine sachgerechte und kontinuierliche Dokumentation der Sterbebegleitungen führt. | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C Angaben zur verantwortlichen Kraft / zu den verantwortlichen Kräften** | | | | | |
| Es wird eine/ werden mehrere fest angestellte verantwortliche Kraft/ Kräfte, die palliativ-pflegerische Beratung erbringt/ erbringen und die Gewinnung, Schulung und Koordination der Ehrenamtlichen gewährleistet/ gewährleisten, beschäftigt. **Nachweise zur Erfüllung der Fördervoraussetzung gem. § 4 der Rahmenvereinbarung sind für jede Kraft einmalig in Kopie beizufügen.** | | | | | |
|  | | | | | |
| Name der 1. (haupt-) verantwortlichen Kraft | | | | | Beschäftigungsumfang (wöchentliche Stundenzahl) |
|  | | | | |  |
| abgeschlossene Berufsausbildung / Berufsbezeichnung / Hochschulabschluss | | | Abschluss  (bitte Jahr angeben) | Hauptberufliche Tätigkeit im erlernten Beruf (mind. 3 Jahre) | Im ambulanten Hospizdienst beschäftigt seit (Monat und Jahr) |
|  | | |  | Von       bis |  |
| Weiterbildung Palliative Care  (bitte Jahr des Abschlusses abgeben) | | Koordinatorenseminar (40 Stunden) - bitte Jahr angeben -, oder 3 Jahre Koordinatorentätigkeit - bitte Zeitraum angeben | | | Seminar Führungskompetenz (80 Stunden)  (bitte Jahr angeben) |
|  | |  | | |  |
| Ist die verantwortliche Kraft für weitere ambulante Hospizdienste tätig? | | | | | |
| Nein | Ja (Bitte Namen und Anschrift des AHD angeben)        Bitte die Anzahl der am 31.12.2018 einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen des anderen AHD angeben | | | | |
|  | | | | | |
| Name weitere verantwortliche Kraft | | | | | Beschäftigungsumfang (wöchentliche Stundenzahl) |
|  | | | | |  |
| abgeschlossene Berufsausbildung / Berufsbezeichnung / Hochschulabschluss | | | Abschluss  (bitte Jahr angeben) | Hauptberufliche Tätigkeit im erlernten Beruf (mind. 3 Jahre) | Im ambulanten Hospizdienst beschäftigt seit (Monat und Jahr) |
|  | | |  | Von       bis |  |
| Weiterbildung Palliative Care  (bitte Jahr des Abschlusses abgeben) | | Koordinatorenseminar (40 Stunden) - bitte Jahr angeben -, oder 3 Jahre Koordinatorentätigkeit - bitte Zeitraum angeben | | | Seminar Führungskompetenz (80 Stunden)  (bitte Jahr angeben) |
|  | |  | | |  |
| Ist die verantwortliche Kraft für weitere ambulante Hospizdienste tätig? | | | | | |
| Nein | Ja (Bitte Namen und Anschrift des AHD angeben)  Bitte die Anzahl der am 31.12.2018 einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen des anderen AHD angeben | | | | |
| **Für evtl. weitere verantwortliche Kräfte bitte separates Blatt verwenden.** | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D Angaben zur Berechnung der Fördersumme** | | | | | | | | |
| Anzahl der **am 31.12.2018** qualifizierten, einsatzbereiten **ehrenamtlichen Personen**  (Nachweis - siehe Anlage 1) | | | | | | |  | |
| Anzahl aller im Kalenderjahr 2018 **abgeschlossenen** **für die Berechnung relevanten** **Sterbebegleitungen**  (in Kinderhospizdiensten werden zusätzlich die am 31.12.2018 noch laufenden Begleitungen berücksichtigt,  sofern diese vor dem 01.11.2018 begonnen wurden) | | | | | | | **Gesamtsumme**  **(GKV & PKV)** | |
| **Sterbebegleitungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)**  Gesamt | | | | | | | | |
| davon Sterbebegleitungen bei **Erwachsenen** | | | | | | | | |
| davon Sterbebegleitungen bei **Kindern**  **(auch die vom AHD für Erwachsene erbrachten Sterbebegleitungen bei Kindern hier angeben)** | | | | | | | | |
| davon Anzahl der Begleitungen einer Familie mit einem sterbenden Elternteil (§ 5 Abs. 10 der Rahmenvereinbarung, gilt nur für **Kinderhospizdienste**) | | | | | | | | |
| **Sterbebegleitungen für Versicherte der privaten Krankenversicherungen (PKV)**  Gesamt | | | | | | | | |
| davon Sterbebegleitungen bei **Erwachsenen** | | | | | | | | |
| davon Sterbebegleitungen bei **Kindern**  **(auch die vom AHD für Erwachsene erbrachten Sterbebegleitungen bei Kindern hier angeben)** | | | | | | | | |
| davon Anzahl der Begleitungen einer Familie mit einem sterbenden Elternteil (§ 5 Abs. 10 der Rahmenvereinbarung, gilt nur für **Kinderhospizdienste**) | | | | | | | | |
| davon Anzahl der Begleitungen aus der Krankenversorgung der **Bundesbahnbeamten im Jahr 2017** | | | | | | | | |
| **Bitte die Anzahl aller Sterbebegleitungen nach Ort unterteilen:** | | | | | | | | |
| **Sterbebegleitungen bei Erwachsenen:** | | | | | | | | |
| Eigener Haushalt oder Familie | | Stationäre Pflegeeinrichtung | | | Einrichtungen der Eingliederungs-/Kinder- und Jugendhilfe | | | Krankenhaus |
| **Sterbebegleitungen bei Kindern:** | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Eigener Haushalt oder Familie | Stationäre Pflegeeinrichtung | Einrichtungen der Eingliederungs-/Kinder- und Jugendhilfe | Krankenhaus | | | | | | | | | |
| **Bitte die Anzahl der Sterbebegleitungen nach gesetzlichen Krankenkassen unterteilen:** | | | | | | | | |
| Gesetzliche Krankenversicherung    AOK Hessen Barmer GEK | | | DAK | hkk | KKH | Techniker Krankenkasse | |  |
|  |  | |  |  |  |  | |  |
| SVLFG (LKK) Knappschaft | | | |  |  |  | |  |
|  |  | |  |  |  |  | |  |
| BKKen |  | |  |  |  |  | |  |
|  | **bitte gesonderte Liste der einzelnen BKKen beifügen** | | | | | | |  |
| IKKen |  | |  |  |  |  | |  |
|  | **bitte gesonderte Liste der einzelnen IKKen beifügen** | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **E Angaben zu den Personal-, Schulungs- und Sachkosten im Jahr 2018**  (Bitte die entsprechenden Nachweise in Kopie beifügen)  ***Bitte beachten Sie die Hinweise zu den erstattungsfähigen Kosten in der beiliegenden Übersicht zur Antragstellung!*** | | |
| Personalkosten Fachkraft/Fachkräfte im Jahr 2018  (Nachweis der Personalkosten **nur** durch Gehaltsabrechnung für Dezember 2018 inkl. Jahressummen oder Ausdruck Lohnjournal möglich, Aufstellung nach Anlage 2, für jede Fachkraft bitte eine gesonderte Anlage einreichen) | | Gesamtbetrag |
| Personalkosten Fachkraft, die im Jahr 2019 eingestellt wird (§ 5 Abs. 9 Rahmenvereinbarung/Arbeitsvertrag ist in Kopie beizufügen) | |  |
| Kosten für Arbeitszeiterhöhung im Jahr 2019 (§ 5 Abs. 9 Rahmenvereinbarung/Änderungsvertrag zum Arbeitsvertrag ist in Kopie beizufügen) | |  |
| Kosten für Fort- und Weiterbildung der bereits tätigen Fachkraft/Fachkräfte einschließlich der Übernachtungs- und Bewirtungskosten entsprechend der für den Hospizdienst maßgeblichen Bestimmungen des Bundesreisekostengesetzes oder der Landesreisekostengesetze im Jahr 2018 (Anlage 3) | |  |
| Externe Supervisionskosten der Ehrenamtlichen im Jahr 2018 (Anlage 4) | |  |
| Kosten für Erstqualifizierung der Ehrenamtlichen im Jahr 2018 (Anlage 5) | |  |
| Sachkosten im Jahr 2018 (Anlage 6)  Belege sind NICHT einzureichen jedoch für eine spätere Prüfung vorzuhalten | | Gesamtbetrag |
| Wurden im Jahr 2018 prospektiv Personalkosten wegen Einstellung einer weiteren Fachkraft bzw. Aufstockung der Arbeitszeit der bisher angestellten Fachkraft (§ 5 Abs. 9 der Rahmenvereinbarung) gefördert? | | Ja  (wenn „Ja“, welche?)  Nein |
| Wurden im Jahr 2018 Personal-, Schulungs- und Sachkosten durch andere Stellen, die im Rahmen des Förderverfahrens gem. § 39a Abs. 2 SGB V geltend gemacht wurden bzw. werden, gefördert bzw. bezuschusst? | | Ja  (wenn „Ja“, welche?)  NEIN |
|  | |
|  | | |
| Wir sind damit einverstanden / nicht einverstanden, dass bei der Bearbeitung des Antrags bei Bedarf die KASA, der HPVH oder der Wohlfahrtsverband hinzugezogen werden können (nicht Zutreffendes bitte streichen). | | |
|  | | |
| **Wir bestätigen die Richtigkeit aller Angaben.** | | |
| Ort, Datum | rechtsverbindliche Unterschrift | |
|  |  | |