|  |  |
| --- | --- |
| Die Verbände der Krankenkassen in Hessen | Az.: 2.42.66  |
|  |
| **Antrag zur Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V für das Jahr 2020** |
| **Der Antrag ist** bis spätestens 29.02.2020 (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 31.12.2019 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 31.12.2019 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 31.12.2019** qualifizierten, einsatzbereiten **ehrenamtlichen Personen**(Nachweis - siehe Anlage 1) |  |
| Anzahl aller im Kalenderjahr 2019 **abgeschlossenen** **für die Berechnung relevanten** **Sterbebegleitungen** (in Kinderhospizdiensten werden zusätzlich die am 31.12.2019 noch laufenden Begleitungen berücksichtigt,sofern diese vor dem 01.11.2019 begonnen wurden) | **Gesamtsumme****(GKV & PKV)** |
| **Sterbebegleitungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)**Gesamt |
| davon Sterbebegleitungen bei **Erwachsenen**  | im eigenen Haushalt oder Familie | stationär  |
| davon Sterbebegleitungen bei **Kindern** **(auch die vom AHD für Erwachsene erbrachten Sterbebegleitungen bei Kindern hier angeben)** |  im eigenen Haushalt oder Familie | stationär  |
| davon Anzahl der Begleitungen einer Familie mit einem sterbenden Elternteil (§ 5 Abs. 10 der Rahmenvereinbarung, gilt nur für **Kinderhospizdienste**)  |  im eigenen Haushalt oder Familie | stationär  |
| **Sterbebegleitungen für Versicherte der privaten Krankenversicherungen (PKV)**Gesamt |
| davon Sterbebegleitungen bei **Erwachsenen**  | im eigenen Haushalt oder Familie | stationär  |
| davon Sterbebegleitungen bei **Kindern** **(auch die vom AHD für Erwachsene erbrachten Sterbebegleitungen bei Kindern hier angeben)** |  im eigenen Haushalt oder Familie | stationär  |
| davon Anzahl der Begleitungen einer Familie mit einem sterbenden Elternteil (§ 5 Abs. 10 der Rahmenvereinbarung, gilt nur für **Kinderhospizdienste**)  |  im eigenen Haushalt oder Familie | stationär  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Bitte die Anzahl der Sterbebegleitungen nach gesetzlichen Krankenkassen unterteilen:**  |
| Gesetzliche Krankenversicherung AOK Hessen Barmer  | DAK | hkk | KKH | Techniker KK HEK |  |
|       |       |       |       |       |             |  |
| 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 2019**(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 2019(Nachweis der Personalkosten **nur** durch Gehaltsabrechnung für Dezember 2019 inkl. Jahressummen oder Ausdruck Lohnjournal möglich, Aufstellung nach Anlage 2, für jede Fachkraft bitte eine gesonderte Anlage einreichen) | Gesamtbetrag      |
| Personalkosten Fachkraft, die im Jahr 2020 eingestellt wird (§ 5 Abs. 9 Rahmenvereinbarung/Arbeitsvertrag ist in Kopie beizufügen) |       |
| Kosten für Arbeitszeiterhöhung im Jahr 2020 (§ 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 2019 (Anlage 3) |       |
| Externe Supervisionskosten der Ehrenamtlichen im Jahr 2019 (Anlage 4) |       |
| Kosten für Erstqualifizierung der Ehrenamtlichen im Jahr 2019 (Anlage 5) |       |
| Sachkosten im Jahr 2019 (Anlage 6)Belege sind NICHT einzureichen jedoch für eine spätere Prüfung vorzuhalten  | Gesamtbetrag      |
| Wurden im Jahr 2019 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 2019 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 |
|  |  |