An den

**Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)**

**Geschäftsbereich Leistung**

**Postfach 51 10 40**

**50946 Köln**

**Antrag gemäß § 4 Abs. 1 des Vertrags zwischen den Spitzenorganisationen Hospiz sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung auf Auszahlung des Förderbetrages an ambulante Hospizdienste durch den PKV-Verband**

Auf der Grundlage des **Vertrages** über die Förderung der ambulanten Hospizarbeit zwischen den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., jeweils in der am Tag der Antragstellung gültigen Fassung, sowie gemäß der **Ergänzungsvereinbarung** zur Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit beantragt der nachfolgend genannte ambulante Hospizdienst die Auszahlung des Förderbetrages im Kalenderjahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

auf der Grundlage der im Vorjahr geleisteten Sterbebegleitungen beim PKV-Verband.

1. Höhe des im Förderbescheid der Krankenkassen

ausgewiesenen nach § 5 der Rahmenvereinbarung

ermittelten Förderbetrages, unter Berücksichtigung

ggf. im Vorjahr erfolgter Überzahlungen[[1]](#footnote-1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

2. Davon 10%: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

3. Im Vorjahr hat der nachfolgend genannte ambulante

Hospizdienst von den Beihilfestellen in Trägerschaft

des Bundes bzw. den Beihilfestellen, die dieser

Regelung beigetreten sind, insgesamt erhalten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

Daraus errechnet sich ein Förderanspruch

gegenüber dem PKV-Verband in Höhe von

(unter 2. genannter Anteil in Höhe von 10%

abzüglich der unter 3. genannten Leistungen der Beihilfe): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €**

Höhe der insgesamt beantragten

Personal- und Sachkosten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

Anzahl der Leistungseinheiten

des ambulanten Hospizdienstes insgesamt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben zu dem beantragenden und durch die gesetzlichen Krankenkassen gem.**

**§ 39a Abs. 2 SGB V geförderten Hospizdienst:**

**Name des ambulanten Hospizdienstes (AHD):**

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon / Telefax:

Ansprechpartner/in:

E-Mail-Adresse:

Weitere Zweigstellen:

**Träger des Dienstes:**

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon / Telefax:

**Bitte überweisen Sie den o. g. Förderbetrag auf folgendes Konto[[2]](#footnote-2):**

Kontoinhaber:

Bankinstitut:

IBAN:

BIC:

Institutionskennzeichen:

Die Richtigkeit, auch der in den Anlagen, gemachten Angaben wird bestätigt.

**Anlagen:**

1. **Förderbescheid der Krankenkassen** gemäß § 39a Abs. 2 SGB V
2. Angaben zur **Anzahl** der geleisteten Sterbebegleitungen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift und Stempel des ambulanten Hospizdienstes

**Anlage 2:**

**Angaben zur Anzahl der Sterbebegleitungen**

**1. Anzahl der insgesamt erbrachten Sterbebegleitungen (einschl. der für gesetzlich Versicherte erbrachten Sterbebegleitungen):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

davon

Anzahl der bei Erwachsenen erbrachten Sterbebegleitungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anzahl der bei Kindern[[3]](#footnote-3) erbrachten Sterbebegleitungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Anzahl der bei substitutiv privat krankenversicherten Personen**[[4]](#footnote-4) **(PKV-Versicherte) erbrachten Sterbebegleitungen:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name der Privaten Krankenversicherung:**  | **bei Erwachsenen erbrachte Sterbebegleitungen**  | **bei Kindern erbrachte Sterbebegleitungen[[5]](#footnote-5)**  | **davon mit Beihilfeberechtigung[[6]](#footnote-6)**  |
| Allianz PrivateKrankenversicherungs-AG |  |  |  |
| ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG |  |  |  |
| ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. |  |  |  |
| ARAG Krankenversicherungs-AG |  |  |  |
| AXA Krankenversicherung AG |  |  |  |
| Barmenia Krankenversicherung a.G. |  |  |  |
| Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft |  |  |  |
| Central Krankenversicherung AG |  |  |  |
| Concordia Krankenversicherungs-AG |  |  |  |
| Continentale Krankenversicherung a.G. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name der Privaten Krankenversicherung:**  | **bei Erwachsenen erbrachte Sterbebegleitungen**  | **bei Kindern erbrachte Sterbebegleitungen**  | **davon mit Beihilfeberechtigung**  |
| Debeka Krankenversicherungsverein a.G. |  |  |  |
| Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. |  |  |  |
| DEVK Krankenversicherungs- Aktiengesellschaft |  |  |  |
| DKV Deutsche Krankenversicherung AG |  |  |  |
| ENVIVAS Krankenversicherung AG |  |  |  |
| ERGO Direkt Krankenversicherung AG |  |  |  |
| FREIE ARZT- UND MEDIZINKASSE der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG |  |  |  |
| Gothaer Krankenversicherung AG |  |  |  |
| HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit |  |  |  |
| HanseMerkur Krankenversicherung AG |  |  |  |
| HanseMerkur Speziale Krankenversicherung AG |  |  |  |
| HUK-COBURG- Krankenversicherung AG |  |  |  |
| INTER Krankenversicherung aG |  |  |  |
| Krankenunterstützungskasse der Berufsfeuerwehr Hannover (KUK) |  |  |  |
| Landeskrankenhilfe V.V.a.G. |  |  |  |
| LIGA Krankenversicherung katholischer Priester VVaG |  |  |  |
| LVM Krankenversicherungs-AG |  |  |  |
| Mannheimer Krankenversicherung AG |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name der Privaten Krankenversicherung:**  | **bei Erwachsenen erbrachte Sterbebegleitungen**  | **bei Kindern erbrachte Sterbebegleitungen**  | **davon mit Beihilfeberechtigung**  |
| Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG  |  |  |  |
| MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. |  |  |  |
| NÜRNBERGER Krankenversicherung AG |  |  |  |
| Pax-Familienfürsorge Krankenversicherung AG im Raum der Kirchen |  |  |  |
| Provinzial Krankenversicherung Hannover AG |  |  |  |
| R+V Krankenversicherung AG |  |  |  |
| SIGNAL Krankenversicherung a.G. |  |  |  |
| SONO Krankenversicherung a.G. |  |  |  |
| ST. MARTINUS Priesterverein der Diözese Rottenburg-Stuttgart – Krankenund Sterbekasse (KSK) – V.V.a.G. |  |  |  |
| Süddeutsche Krankenversicherung a.G. |  |  |  |
| Union Krankenversicherung AG |  |  |  |
| uniVersa Krankenversicherung a.G. |  |  |  |
| vigo Krankenversicherung VVaG |  |  |  |
| Württembergische Krankenversicherung AG |  |  |  |
| **Gesamt:**  |  |  |  |

1. S. § 3 Abs. 2 des Vertrages über die Förderung der ambulanten Hospizarbeit zwischen den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mit Datum vom 7.07.2016. [↑](#footnote-ref-1)
2. Bitte geben Sie die Bankverbindung an, die im Zusammenhang mit Ihrem Institutionskennzeichen (IK) gespeichert ist. [↑](#footnote-ref-2)
3. Einschl. der von ambulanten Hospizdiensten für Erwachsene, die die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 2, sechster Spiegelstrich der Rahmenvereinbarung gem. § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V (Kinderhospizarbeit unter dem Dach von Hospizdiensten für Erwachsene) erfüllen, für Kinder erbrachten Sterbebegleitungen. [↑](#footnote-ref-3)
4. Die „substitutive Krankenversicherung“ ist der einschlägige Gesetzesbegriff nach § 195 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Er bezeichnet Versicherte mit einer privaten Vollversicherung als Substitut einer gesetzlichen Krankenversicherung. Nicht gemeint sind damit Personen mit einer privaten Zusatzversicherung. [↑](#footnote-ref-4)
5. Siehe Fußnote 2. [↑](#footnote-ref-5)
6. Unabhängig davon, ob seitens der Beihilfestellen Beträge gezahlt worden sind. [↑](#footnote-ref-6)