**Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V**

**(i.V. m. der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen**

**der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit**

**vom 03.09.2002 in der Fassung vom 14.03.2016)**

**Förderjahr 2019 Erstantrag  Folgeantrag**

***Kinder- und Jugendhospizdienst*  *Erwachsenenhospizdienst***

1. **Allgemeine Angaben zum ambulanten Hospizdienst (AHD)**

1 Name des AHD

2 Straße

3 PLZ / Ort

4 Telefonnr. / Telefaxnr. /

5 AHD besteht seit

(bitte bei Erstantrag ausfüllen)

6 E-Mail-Adresse

(sofern vorhanden)

7 Ansprechpartner

8 Internet-Homepage

(sofern vorhanden)

9 Der AHD ist ein eigener eingetragener Verein Ja  Nein

falls nein, unter welcher Trägerschaft wird der AHD betrieben

***Achtung:*** *eine Förderung ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen der Anlage 2 erfüllt sind*

10 Der AHD / der Träger des AHD hat für die verantwortliche(n) Fachkraft / Fachkräfte

und/oder für Schulungsmaßnahmen der Ehrenamtlichen einen Antrag auf öffentliche

Förderung für das beantragte Jahr bei einer anderen Stelle gestellt oder erhält bereits eine

öffentliche Förderung (falls ja, bitte eine Kopie des Förderbescheides beifügen):

Ja  Nein

11 Bankverbindung für die Überweisung des Förderbetrages

*Kontoinhaber*

*Bankinstitut*

*IBAN*

*BIC*

1. **Angaben zu den Fördervoraussetzungen entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 SGB V (RV)**

12 Der AHD wird unter ständiger Verantwortung einer verantwortlichen Kraft (fvK) nach

§ 4 der RV geführt, seit

13 Der AHD verfügt über eigene Räumlichkeiten (vgl. § 1 Abs. 4 der RV)

Ja  Nein

(bei nein, bitte Begründung / Erläuterung)

14 Anzahl der qualifizierten einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen

(vgl. § 1 Abs. 4 der RV - der ambulante Hospizdienst muss mindestens 15 qualifizierte, einsatzbereite, ehrenamtliche

Personen einsetzen können - im Jahr der Neugründung mindestens 12 -; die Kinderhospizarbeit kann auch

durch entsprechend qualifizierte Ehrenamtliche unter dem Dach von ambulanten Erwachsenenhospizdiensten

erfolgen; dabei muss die Mindestzahl von 10 für die Kinderhospizarbeit qualifizierten, einsatzbereiten

Ehrenamtlichen und deren fachliche Koordination und Begleitung - ggf. durch die Zusammenarbeit mehrerer

Dienste - gewährleistet werden)

(am Tag der Antragstellung)

15 Zugelassene(r) kooperierende(r) Pflegedienst(e), der / die über palliative-pflegerische

Erfahrungen verfügen

(vgl. § 1 Abs. 4 und § 2 Abs. 3 der RV - AHD müssen unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit mit mindestens einem

zugelassenen Pflegedienst zusammenarbeiten, der über palliativ-pflegerische Erfahrungen verfügt)

Änderung zum Vorjahr Ja  Nein

Name(n) und Adresse(n)

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

16 Kooperierende(r) approbierte(r) Arzt/Ärzte, der/die über palliativ-medizinische

Erfahrungen verfügen

(vgl. § 1 Abs. 4 und § 2 Abs. 3 der RV - AHD müssen unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit mit mindestens einem approbierten Arzt zusammenarbeiten, der über palliativ-medizinische Erfahrungen verfügt)

Änderung zum Vorjahr Ja  Nein

Name(n) und Adresse(n):

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

17 Maßnahmen zur Sicherstellung der ständigen Erreichbarkeit

(vgl. § 2 Abs. 3 der RV - die Fachkraft hat die ständige Erreichbarkeit des Hospizdienstes, auch unter Einbindung der Ehrenamtlichen, sicherzustellen)

Änderung zum Vorjahr Ja  Nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

(in welcher Form wird die Erreichbarkeit sichergestellt)

18 Der AHD ist Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und

Sozialsystem und arbeitet im lokalen und kommunalen Verbund mit Initiativen des

sozialen Engagements eng zusammen

(vgl. § 1 Abs. 4 der Rahmenvereinbarung - der ambulante Hospizdienst hat sich in die Vernetzungsarbeit der

Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem einzubringen; falls hierzu bereits ein aussagefähiges

Konzept vorhanden ist genügt es, dies beizufügen)

Änderung zum Vorjahr Ja  Nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

wenn ja, mit welchen

19 Wir versichern, dass der antragstellende AHD Ja  Nein

(vgl. § 1 Abs. 4 / § 3 der Rahmenvereinbarung)

* *bereits Sterbebegleitungen in Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behindere Menschen, in Krankenhäusern im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers oder der Kinder- und Jugendhilfe geleistet hat (siehe auch IV.);*
* *unter ständiger Verantwortung mindestens einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft steht;*
* *eine kontinuierliche Praxisbegleitung / Supervision der Ehrenamtlichen gewährleistet;*
* *Maßnahmen zur Sicherung der Qualität festlegt und diese durchführt;*
* *die Selbsthilfepotenziale der Betroffenen unterstützt und fördert sowie dabei die Angehörigen und Bezugspersonen einbezieht*
* *eine sachgerechte und kontinuierliche Dokumentation bei sterbenden Menschen führt;*
* *ausschließlich Ehrenamtliche in der ambulanten Hospizarbeit einsetzt, die vor Antritt ihrer Tätigkeit einen Befähigungskurs abgeschlossen haben (siehe Anlage 5);*

1. **Angaben zur fachlich verantwortlichen Kraft nach § 4 der RV (fvK)**

(wird mehr als eine verantwortliche Kraft beschäftigt, für die eine Förderung beantragt wird, füllen Sie bitte für jede weitere verantwortliche Kraft die **Anlage 4** aus)

Der AHD beschäftigt eine / mehrere fest angestellte fachlich verantwortliche Kraft / Kräfte im Sinne der Rahmenvereinbarung (fvK) , die palliativpflegerische und psychosoziale Beratung erbringt / erbringen und die Gewinnung, Schulung und Koordination der Ehrenamtlichen gewährleistet / gewährleisten (§ 4 Abs. 1 Halbsatz 1 Rahmenvereinbarung):

20 Name, Vorname der fvK

(Für den Fall, dass auf Grund der Größe des ambulanten Hospizdienstes mehrere Fachkräfte fest angestellt sind, sind für

jede verantwortliche Kraft die Fragen 20-31 zu beantworten. Bitte fügen Sie dem Antrag für jede weitere verantwortliche

Kraft ein entsprechend ausgefülltes Blatt bei (siehe Anlage 4))

21 Beschäftigungsumfang (Anzahl der Wochenarbeitsstunden)

(vgl. § 4 Abs. 1, 1. Halbsatz der Rahmenvereinbarung - Festanstellung beim amb. Hospizdienst; bitte den jeweils

abgeschlossenen Arbeitsvertrag beifügen. Die verantwortliche Kraft muss beim ambulanten Hospizdienst fest angestellt sein.

Anerkannt wird auch eine Festanstellung im Rahmen eines geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses. In diesen Fällen

muss jedoch eine Mindeststundenzahl von in der Regel 5 Stunden wöchentlich vereinbart sein.)

22 Bei der fachlich verantwortlichen Kraft (fvK) handelt es sich um eine:

(bitte bei Änderungen; Neubesetzung bzw. Erstantragstellung ankreuzen)

*Pflegefachkraft im Sinne des § 4 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung*

(Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Gesundheits- und Krankenpfleger/-in" oder "Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in" sowie "Altenpfleger/-in")

*Andere Person im Sinne des § 4 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung*

(Eine abgeschlossene Universitäts- bzw. Fachhochschulausbildung aus dem Bereich Pflege, Sozialpädagogik, Sozialarbeit oder Heilpädagogik)

23 Darüber hinaus ist die fachlich verantwortliche Kraft (fvK) bei einem anderen Träger (z. B.

bei einem ambulanten Pflegedienst) tätig:

ja nein

Änderung zum Vorjahr ja nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

*Wenn ja, für welchen Arbeitgeber, in welcher Funktion und in welchem Umfang?*

24 Darüber hinaus ist die fachlich verantwortliche Kraft (fvK) für mehrere ambulante

Hospizdienste tätig:

ja nein

Änderung zum Vorjahr ja nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

*Wenn ja, für welche ambulante Hospizdienste, in welcher Funktion und in welchem Umfang?*

(**Achtung**: eine Förderung ist nur möglich, wenn die Voraussetzungen der Anlage 3 erfüllt sind)

25 Berufsbezeichnung / Hochschulausbildung:

Änderung zum Vorjahr ja nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

26 Hauptberufliche Tätigkeit (mindestens 3 Jahre):

(mindestens dreijährige hauptberufliche Tätigkeit nach Nr. 22 in ihrem Beruf nach erteilter Erlaubnis; Nachweis über eine

hauptberufliche berufspraktische Erfahrungszeit durch Beilage von Arbeitszeugnissen oder anderen geeigneten

Nachweisen.)

Änderung zum Vorjahr ja nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

27 Palliative-Care-Weiterbildung oder entsprechende beruflicheTätigkeit:

(Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme für Pflegende (Curriculum Palliative Care; Kern, Müller,

Aurnhammer, Bonn oder andere nach Stundenzahl und Inhalten gleichwertige Curricula / Eine dreijährige Tätigkeit auf einer

Palliativstation, in einem stationären Hospiz oder in einem Palliativpflegedienst entspricht diesem Nachweis und wird

anerkannt. Für ambulante Kinderhospizdienste ist der Abschluss einer Pädiatrischen Palliative Care-Weiterbildung

(Curriculum Pädiatrische Palliative Care, oder andere nach Stundenzahl und Inhalt gleichwertige Curricula) nachzuweisen.

Fachkräfte, die bereits eine Palliative Care-Weiterbildung absolviert haben, müssen das Zusatzmodul Pädiatrische Palliative

Care -40 Stunden- nachweisen)

Änderung zum Vorjahr ja nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

28 Koordinatorenseminar (40 Stunden) oder 3 Jahre Koordinatorentätigkeit:

(Eine dreijährige Tätigkeit als Koordinatorin/Koordinator in einem ambulanten Hospizdienst unter regelmäßiger Supervision

entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt.)

Änderung zum Vorjahr ja nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

29 Seminar Führungskompetenz (80 Stunden)

Änderung zum Vorjahr ja nein

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

30 Folgende Voraussetzungen erfüllt die verantwortliche Fachkraft (fvK) noch nicht:

(Scheidet eine verantwortliche Fachkraft des ambulanten Hospizdienstes aus und wird diese Stelle mit einer Fachkraft neu

besetzt bzw. wird bei Neugründung eines ambulanten Hospizdienstes eine Fachkraft eingestellt, die den Nachweis eines

Koordinatoren-Seminars -40 Stunden- und / oder den Nachweis eines Seminars zur Führungskompetenz -80 Stunden- nicht

erfüllt, ist die Erfüllung der fehlenden Voraussetzung(en) (Koordinatoren-Seminar und / oder Seminar zur Führungs-

kompetenz) spätestens zum Ablauf des 12. Monats nach dem Ausscheiden bzw. bei Neugründung nachzuweisen.

Kann der ambulante Hospizdienst diesen Nachweis nicht führen, endet die Förderung – vgl. RV §4 Abs. 2)

31 Folgende - zur Prüfung - erforderliche Unterlagen / Nachweise sind dem Antrag beigefügt

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung einreichen - wurden die Unterlagen bereits in einem der Vorjahre eingereicht,

genügt der Verweis auf deren erfolgte Einreichung.)

*Pflegefachkraft im Sinne des § 4 Abs. 1 RV*

*andere Person im Sinne des § 4 Abs. 2 RV*

*Nachweis der 3-jährigen hauptberuflichen Berufserfahrung z.B. anhand*

*von Arbeitszeugnissen*

*Zeugnis (Päd.) Palliative-Care-Weiterbildung Abschluss*

*am*

*Nachweis Koordinatorenseminar (40 Std.) Abschluss / 3 Jahre Koordinatorentätigkeit*

*am*

*Nachweis Seminar Führungskompetenz (80 Std.) Abschluss*

*am*

*Arbeitsvertrag (bei Änderungen im Beschäftigungsumfang bitte den aktualisierten Arbeitsvertrag mit beifügen)*

*Tätigkeitsprofil / Stellenbeschreibung*

*(es sind die der Fachkraft übertragenen Aufgaben stichpunktartig zu beschreiben und zu quantifizieren -durchschnittliche Stundenzahl je Monat- / die Kosten der Zeitanteile für andere Tätigkeiten als die im Sinne des § 2 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung können bei der Berechnung der Förderung nicht berücksichtigt werden.*

*die o.a. Unterlagen liegen den Krankenkassen aus dem (n) Vorjahr(en) bereits*

*vollständig vor*

1. **Angaben zur Berechnung der Fördersumme** (vgl. § 5 Abs. 7 der RV)

|  |  |
| --- | --- |
| 32 Anzahl der am 31.12. des Vorjahres geschulten einsatzbereiten aktiven ehrenamtlichen Personen - ohne fachlich verantwortliche Koordinatorenkräfte  (Anlage 5) |  |

33 Anzahl d. im Vorjahr abgeschlossenen Sterbebegleitungen (SB) in Haushalt, in der Familie, in stat. Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, der Kinder- und Jugendhilfe oder in Krankenhäusern im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers (Anlage 7 differenziert nach Kassenarten)

*(als geleistete SB gilt die in dem jeweiligen Kalenderjahr abgeschlossene SB, die von ehrenamtlich Tätigen erbracht wurden, unabhängig von deren Dauer; je Versichertem und ambulanten Hospizdienst kann nur eine SB in die Förderung einfließen)*

|  |  |
| --- | --- |
| 33aAnzahl SB GKV Gesamt  (gesetzliche Krankenversicherung) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 33bAnzahl SB PKV Gesamt  (inkl. KVB 2018 / PBeaKK 2018)  (private Krankenversicherung) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 33cAnzahl SB KVB 2017  (private Krankenversicherung)  ***Ausnahmeregelung für das Förderjahr 2019*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anzahl SB Gesamt**  **GKV und PKV - Summe 33a, 33b, 33c**  (inkl. KVB 2018 / PBeaKK 2018 und KVB 2017)  (gesetzliche und private Krankenversicherung) |  |

1. **Angaben zu den Personal-, Schulungs- und Sachkosten**

(vgl. § 5 Abs. 1/Abs. 9 der RV)

34a Personal- und Schulungskosten für Hauptamtliche

(bitte differenzierte Nachweise vorlegen, z.B. Auszug aus dem Jahresgehaltskonto / Rechnungen)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname der bereits tätigen anerkannten Fachkräfte | wchtl. Arbeitszeit | Personalkosten / Jahr in EUR | Kosten für die Fort- und Weiterbildung / Jahr in EUR |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Sofern die Tabelle nicht ausreicht, bitten wir die Daten in einer zusätzlichen Anlage nach dem Muster dieser Tabelle*

*einzureichen.*

34b ggf. prospektive Personalkosten für Hauptamtliche (2019)

(bitte differenzierte Nachweise vorlegen: Arbeitsvertrag oder Änderungsvertrag zum bestehenden Arbeitsvertrag /

Hochrechnung prospektive Personalkosten z.B. durch Steuerberater)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname einer weiteren Fachkraft und/oder einer bereits angestellten anerkannten Fachkräfte | Neueinstellung ab | Änderung Arbeitszeit ab | (neue) wchtl. Arbeitszeit ab dem Änderungszeitpunkt | erhöhte Personalkosten für das laufende Förderjahr in EUR |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

35 Externe Schulungskosten für Ehrenamtliche

(bitte differenzierte Nachweise vorlegen, z.B. Rechnungen)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Kosten /Jahr in EUR** |
| Externe Supervision (§5 Abs. 3 der RV) |  |
| Erstqualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiter (§5 Abs. 3 der RV) |  |
| Fortbildungspauschale –  100,- EUR / einsatzbereitem, qualifizierten Ehrenamtlichen am 31.12. des Vorjahres  (§5 Abs. 4 der RV) |  |
| ***Gesamt in EUR*** |  |

36 Sachkosten Gesamt

(Nachweis lt. Anlage 8)

|  |  |
| --- | --- |
| Sachkosten in EUR |  |

37 Gesamtkosten Hauptamtliche, Ehrenamtliche, Sachkosten

(lt. V. Nr. 34a, 34b, 35, 36 des Antragsformular)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Kosten / Jahr in EUR** |
| Personal- und Schulungskosten für Hauptamtliche lt. V. 34a) |  |
| prospektive Personalkosten für Hauptamtliche (2019) lt. V. 34b) |  |
| externe Schulungskosten für Ehrenamtliche lt. V. 35) |  |
| Sachkosten lt. V. 36) |  |
| abzüglich beantragter, aber im Förderjahr 2018 nicht entstandener prospektiver Personalkosten für Hauptamtliche  (vgl. §5 Abs. 9 der RV) |  |
| ***Gesamt in EUR***  *(*34a, 34b, 35, 36 abzgl. prospektiver nicht entstandener Personalkosten) |  |

**V. Sonstige Angaben**

38 Tätigkeits- bzw. Sachbericht und Jahresbericht aus dem Vorjahr ist dem Antrag

beigefügt

ja nein , wird nachgereicht bis

39 Der Antragsteller erklärt sich bereit, bei Unklarheiten dem Kostenträger die gesamten der

Förderung zugrunde gelegten Daten oder einzelne Daten auch durch Einsichtnahme vor

Ort zur Überprüfung zur Verfügung zu stellen:

(die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden von den Krankenkassen beachtet)

ja nein

40 Die der Förderung zugrunde liegende Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8

SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der

ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002 in der Fassung vom 14.03.2016 ist uns in

vollem Wortlaut bekannt:

ja nein

41 Ebenso sind uns die zu diesem Antragsformular gehörenden Informationen sowie die

zugehörigen Anlagen bekannt:

ja nein

Der Antragsteller versichert, dass alle Voraussetzungen und Anforderungen der jeweils aktuell gültigen Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V umgesetzt werden. Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben (inkl. der Angaben auf den Anlagen 1 – 8) wird bestätigt.

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Beurteilung des Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der notwendigen Prüfung führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle.

Ort, Datum Unterschrift des Verantwortlichen des AHD