

# 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 2022** **Erstantrag**  **Folgeantrag**   
auf Grundlage der Anzahl der

Ehrenamtlichen und Sterbebegleitungen  **2019**  **2020**  **2021** (bitte ankreuzen)

**Erläuterung:** Wurde im Förderjahr 2021 als Basisjahr 2019 gewählt, besteht im Förderverfahren 2022 die Wahl zwischen Basisjahr 2021 und 2019. Wurde im Förderjahr 2021 als Basisjahr 2020 gewählt, besteht im Förderverfahren 2022 die Wahl zwischen Basisjahr 2021 und 2020.

**Kinder- und Jugendhospizdienst**

**Erwachsenenhospizdienst**

## I. 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 \_\_\_\_\_

## **II. 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 behinderte Menschen, in Krankenhäusern im Auftrag des jeweiligen Krankenträgers 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);*

### III. 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 berufliche Tätigkeit:

(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 Koordinatorensseminar (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 Führungskompetenz) 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 beigelegt (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 Koordinatorensseminar (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 Zeiteile 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*

#### IV. Angaben zur Berechnung der Fördersumme (vgl. § 5 Abs. 7 der RV)

32a Anzahl der am <b>31.12.2021</b> geschulten einsatzbereiten aktiven ehrenamtlichen Personen die Sterbebegleitungen nach Nr. 33 d. Antrages erbracht haben - ohne fachlich verantwortliche Koordinatorenkräfte (Anlage 5)	
32b Anzahl der am <b>31.12. des gewählten Basisjahres auf Seite 1 des Förderantrages</b> geschulten einsatzbereiten aktiven ehrenamtlichen Personen die Sterbebegleitungen nach Nr. 33 d. Antrages erbracht haben - ohne fachlich verantwortliche Koordinatorenkräfte (Anlage 5 aus 2019 und 2020 liegt bereits vor)	

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 Krankenhasträgers (Anlage 7 differenziert nach Kassenarten) – bitte beachten: stationäre Hospize sind nicht abrechenbar  
(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)

33a <u>Anzahl SB GKV Gesamt in 2021</u> (gesetzliche Krankenversicherung)	
33b <u>Anzahl SB PKV Gesamt in 2021</u> (private Krankenversicherung)	
<b><u>Anzahl SB Gesamt in 2021 GKV und PKV - Summe 33a und 33b</u></b> (gesetzliche und private Krankenversicherung)	
33c <u>Anzahl der anerkannten SB GKV Gesamt im gewählten Basisjahr</u> (gesetzliche Krankenversicherung)	
33d <u>Anzahl der anerkannten SB PKV Gesamt im gewählten Basisjahr</u> (private Krankenversicherung)	
<b><u>Anzahl der anerkannten SB Gesamt im gewählten Basisjahr GKV und PKV - Summe 33c und 33d</u></b> (gesetzliche und private Krankenversicherung)	





34b ggf. prospektive Personalkosten für Hauptamtliche (2022)

(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 Änderungszeit punkt	erhöhte Personalkosten für das laufende Förderjahr in EUR

35 Externe Schulungskosten für Ehrenamtliche

(bitte differenzierte Nachweise vorlegen, z.B. Rechnungen – vgl. Anlage 12 und 13)

	Kosten /Jahr in EUR
Externe Supervision (§5 Abs. 3 der RV) (Einzelaufstellung s. Anlage 12)	
Erstqualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiter (§5 Abs. 3 der RV) (Einzelaufstellung s. Anlage 13)	
Fortbildungspauschale – 100,- EUR / einsatzbereitem, qualifizierten Ehrenamtlichen am 31.12. des Vorjahres (§5 Abs. 4 der RV)	
<b>Gesamt in EUR</b>	

36 Sachkosten Gesamt

(Nachweis lt. Anlage 8)

<b>Sachkosten in EUR</b>	
--------------------------	--

37 **Gesamtkosten Hauptamtliche, Ehrenamtliche, Sachkosten**

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

	Kosten / Jahr in EUR
Personal- und Schulungskosten für Hauptamtliche lt. V. 34a)	
prospektive Personalkosten für Hauptamtliche (2022) lt. V. 34b)	
externe Schulungskosten für Ehrenamtliche lt. V. 35)	
Sachkosten lt. V. 36)	
abzüglich <b>erhaltener</b> , aber im Förderjahr 2021 <u>nicht</u> entstandener prospektiver Personalkosten für Hauptamtliche (vgl. §5 Abs. 9 der RV)	
<b>Gesamt in EUR</b> (34a, 34b, 35, 36 abzgl. prospektiver nicht entstandener Personalkosten)	

**V. Sonstige Angaben**

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

ja  nein

wird nachgereicht bis \_\_\_\_\_ (spätestens **30.06.2022**)

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 zugrundeliegende 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.

#### 42 Anlage 9

Antrag eines Erwachsenenospizdienstes auf Förderung der ambulanten Kinderhospizarbeit nach §39a SGB V für das Jahr 2022 im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung mit einem Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienst (ggf. unter dem Dach eines Erwachsenenospizdienstes)

ja  nein

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Beurteilung des Antrags 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](http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte) oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Verantwortlichen des AHD

## Anlage 1 zum Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V

### **Raster für ein Einrichtungskonzept für ambulante Hospizdienste**

Angaben zur genauen Struktur und ggf. auch zum Träger sind unbedingt erforderlich.

#### **1. Geschichte**

- Ursprung, Entwicklung

#### **2. Organisation**

- Organigramm bzw. Struktur des amb. Hospizdienstes
- Vernetzung mit anderen Diensten (z.B. Sozialstation, Ärzte)

#### **3. Lage des Hospizdienstes**

- Standort
- Einzugsgebiet
- räumliche Unterbringung und Ausstattung
- Arbeitsumfeld

#### **4. Ausstattung - personelle Ausstattung**

- Hauptamtliche Mitarbeiter: Zahl, Aufgaben, Qualifikation
- Ehrenamtliche Mitarbeiter: Zahl, Aufgaben, Schulungskonzept

#### **5. Ziele/Zweck des Hospizdienstes**

unter anderem

- ganzheitliche Betreuung
- Verbesserung der Lebensqualität
- Ergänzung der bestehenden Angebote – Aufbau eines Betreuungsnetzes
- Versorgung in Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung, der Kinder- und Jugendhilfe oder in Krankenhäusern
- Bewusstsein schaffen in der Öffentlichkeit für den Umgang mit Sterben, Tod und Trauer

#### **6. Aufgaben**

unter anderem:

- Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit
- psychosoziale Begleitung der Schwerkranken, sterbenden Menschen und deren Angehörigen
- Beratung bezüglich palliativ-pflegerischer Maßnahmen (in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten und Pflegediensten)
- Palliativ-pflegerische Beratung (in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten und Pflegediensten)
- Anleitung der Angehörigen bei palliativ-pflegerischen Maßnahmen
- Vermittlung von weiteren Hilfen
- Schulung und Begleitung der ehrenamtlichen Helfer
- Fort-, Weiterbildung der ehrenamtlichen Helfer
- Trauerbegleitung

#### **7. Dokumentationssystem**

#### **8. Qualitätssicherung**

unter anderem

- regelmäßige Teambesprechungen
- kontinuierliche Begleitung der ehrenamtlichen Mitarbeiter (Supervision etc.)
- ständige Erreichbarkeit
- Schulungskonzept (siehe personelle Ausstattung)

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

### **Voraussetzungen Ambulanter Hospizdienste, die unter dem Dach eines Wohlfahrtsverbandes als eigener Fachbereich ausgewiesen sind**

Nachweis einer Festanstellung der fachlich verantwortlichen Kraft (fvK) gegenüber den Krankenkassen durch den Träger des ambulanten Hospizdienstes, der unter dem Dach eines Wohlfahrtsverbandes als eigener Fachbereich ausgewiesen wurde:

- Ausweisung des Fachbereichs ambulanter Hospizdienst.
- Eindeutige Bezeichnung bzw. Benennung des Fachbereichs als „ambulanter Hospizdienst“.
- Eindeutige buchhalterische, organisatorische, personelle und räumliche Trennung von anderen Fachbereichen.
- Vorlage des Kostenstellenplanes mit Beschreibung wie die kostenmäßige Abgrenzung der Kosten für den Fachbereich ambulanter Hospizdienst zu den anderen Bereichen erfolgt.
- Darstellung des Fachbereichs ambulanter Hospizdienst in einem Organigramm.
- Arbeitsvertragliche Vereinbarungen für die fest angestellte(n), fachlich verantwortliche(n) Kraft/ Kräfte (fvK):
  - schriftlicher Arbeitsvertrag mit vereinbarter Wochenarbeitszeit (mindestens 5 Stunden wöchentlich) für den Fachbereich ambulanter Hospizdienst.
  - Stellenbeschreibung und arbeitsvertragliche Verpflichtung zur Wahrnehmung der Aufgaben gemäß 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 i. d. F. vom 14.03.2016.
- Nachweis, dass die Fachaufsicht dem Fachbereich ambulanter Hospizdienst übertragen ist. Verantwortung und Leitung des ambulanten Hospizdienstes liegen bei der fachlich verantwortlichen Kraft (fvK).
- Geschäftsführer von Verbänden und Verbands-Zentren werden nicht als fachlich verantwortliche Kraft (fvK) anerkannt.

### **Anlage 3 zum Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V**

#### **Anerkennung einer fest angestellten fachlich verantwortlichen Kraft (fvK), die für mehrere ambulante Hospizdienste tätig wird**

- An dem Zusammenschluss (Arge etc.) können nur eigenständige Hospiz-Initiativen und –vereine beteiligt werden, die selbst ehrenamtliche, ambulante Hospizarbeit im häuslichen Bereich erbringen und die zusammen die Voraussetzungen der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 SGB V erfüllen.
- Der Zusammenschluss dient allein dem Zweck, Leistungen gemäß § 2 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung – insbesondere Palliative-Care-Leistungen – im Auftrag seiner Mitglieder zu erbringen.
- Die Mitglieder finanzieren gemeinsam die angestellten Fachkräfte.
- Die anzustellenden Kräfte müssen die Bedingungen der Rahmenvereinbarung erfüllen.
- Der für die einzelnen Mitglieder von den Fachkräften zu erbringende Leistungsumfang und die bereitzustellenden Zeitkontingente sind zumindest jährlich im Voraus festzulegen (erweitertes Tätigkeitsprofil als Voraussetzung für einen Förderantrag).
- Die von den Fachkräften für die einzelnen Mitglieder erbrachten Schulungsleistungen können nicht über den Förderantrag abgerechnet werden.
- Die einzelnen Mitglieder können jedoch Aufwendungen für externe Schulungsleistungen, die von Dritten (außerhalb des Zusammenschlusses) erbracht werden, über den Zusammenschluss abrechnen.

## Anlage 4 zum Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V

### Angaben zur zusätzlich beschäftigten fachlich verantwortlichen Kraft nach § 4 der RV (fvK)

Der ambulante Hospizdienst (AHD) beschäftigt eine weitere fest angestellte fachlich verantwortliche Kraft (fvK) im Sinne der Rahmenvereinbarung, die palliativpflegerische und psychosoziale Beratung erbringt und die Gewinnung, Schulung und Koordination der Ehrenamtlichen gewährleistet:

- weitere fvK**  
(weitere Fachkraft, die bereits angestellt ist)
- Neueinstellung weitere (zusätzliche) fvK**  
(zusätzliche fvK zur Erweiterung des Teams)
- Neubesetzung / Ersatz, für fvK \_\_\_\_\_**  
(fvK zur erstmaligen Besetzung / fvK als Ersatz für ausscheidende bzw. bereits ausgeschiedene fvK)

#### 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)

**Pflegfachkraft 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  
(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

ja  nein

*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  
(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

ja  nein

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  
(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

ja  nein

27 Palliative-Care-Weiterbildung oder entsprechende berufliche Tätigkeit:

(Abschluss einer Palliative-Care-Weiterbildungsmaßnahme für Pflegendes (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  
(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

ja  nein

28 Koordinatorensseminar (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  
(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

ja  nein



29 Seminar Führungskompetenz (80 Stunden)

Änderung zum Vorjahr ja  nein   
(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

---

30 Folgende Voraussetzungen erfüllt die verantwortliche Fachkraft 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 Führungskompetenz) 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 Koordinatorensseminar (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

---

Ort, Datum

Unterschrift des Verantwortlichen des AHD

**Anlage 5 zum Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V** (entspricht der Anlage 1 der Rahmenvereinbarung)

**Förderjahr 2022**

**Bescheinigung über die Einsatzbereitschaft ehrenamtlicher Personen im Sinne von § 5 Abs. 7 Satz 5 der Rahmenvereinbarung**

**Einzelbestätigung**

Hiermit bestätige ich, an einem Befähigungskurs für die ehrenamtliche Sterbebegleitung in einem ambulanten Hospizdienst im Sinne 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 i.d.F. vom 14.03.2016 teilgenommen und am **31.12.2021** für den nachfolgend genannten ambulanten Hospizdienst (AHD) einsatzbereit gewesen zu sein.

---

---

---

Name der/des Ehrenamtlichen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/des Ehrenamtlichen:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verantwortlichen des AHD

## Förderjahr 2022

### Bescheinigung über die Einsatzbereitschaft ehrenamtlicher Personen im Sinne von § 5 Abs. 7 Satz 5 der Rahmenvereinbarung

#### Gesamtliste

Hiermit bestätigen wir, an einem Befähigungskurs für die ehrenamtliche Sterbebegleitung in einem ambulanten Hospizdienst im Sinne 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 i. d. F. vom 14.03.2016 teilgenommen und am **31.12.2021** für den nachfolgend genannten ambulanten Hospizdienst (AHD) einsatzbereit gewesen zu sein.

---

---

---

Nr.	Datum	Name, Vorname	Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

	Datum	Name, Vorname	Unterschrift
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			

Nr.	Datum	Name, Vorname	Unterschrift
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			

---

Ort, Datum

Unterschrift des Verantwortlichen des AHD





## **Anlage 6a**

### **Übersichtsliste der Krankenkassen für die Übersendung der Anlage 6 (versichertenbezogener Nachweis) in Bayern**

#### **AOK Bayern – Zentrale**

Frau Ingeborg Kollmer  
Jahnstraße 6  
83646 Bad Tölz

#### **Betriebskrankenkassen**

Link zur Homepage des BKK-Landesverbandes Bayern. Dort findet man die Liste der Bayerischen Betriebskrankenkassen:

<https://www.bkk-bayern.de/versicherte/bkk-uebersicht/>

Weitere BKK –Anschriften als PDF-Datei sh. Link zur Homepage des BKK Dachverbands, unter „Weitere Informationen“:

<https://www.bkk-dachverband.de/ueber-uns/bkk-dachverband-ev/>

#### **Ersatzkassen**

##### **Techniker Krankenkasse**

Landesvertretung Bayern  
Postanschrift:  
Postfach 80 18 28, 81618 München  
Tel.: 0 89 / 4 90 69 - 6 00  
Fax: 0 89 / 4 90 69 - 6 24  
E-Mail: [lv-bayern@tk.de](mailto:lv-bayern@tk.de)

##### **BARMER**

73524 Schwäbisch Gmünd

##### **DAK-Gesundheit**

Landesvertretung Bayern  
Haidenauplatz 3  
81667 München  
Tel.: 089 / 904 755 011 47  
Fax: [service424100@dak.de](mailto:service424100@dak.de)



## **KKH Kaufmännische Krankenkasse**

Cornelia Winkel  
Hauptverwaltung  
Karl-Wiechert-Allee 61  
30625 Hannover  
Tel.: 0511 / 28 02 3703  
Fax: 0511 / 2802 3799  
E-Mail: [cornelia.winkel@kkh.de](mailto:cornelia.winkel@kkh.de)

## **HEK**

HEK - Pflegezentrum  
Wandsbeker Zollstraße 86-90  
22041 Hamburg  
Tel.: 040 65696 8799  
Fax: 040 65696 2120  
E-Mail: [lv-pflege@hek.de](mailto:lv-pflege@hek.de)

## **Handelskrankenkasse (hkk)**

Martinstraße 24  
28195 Bremen  
Tel.: 04 21 / 36 55-0  
E-Mail: [info@hkk.de](mailto:info@hkk.de)

## **IKK classic**

Michael Itzelsberger  
Postfach 710524  
81477 München

## **KNAPPSCHAFT**

KNAPPSCHAFT  
Regionaldirektion München  
Herr Andreas Kaiser  
Putzbrunner Str. 73  
81739 München

## **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)**

SVLFG  
Frau Birgit Sojer  
Weißensteinstr. 70 - 72  
34131 Kassel





**Anlage 8 Nachweis der Sachkosten 2021 nach § 5 Abs. 6 Satz 2 der Rahmenvereinbarung / Förderfähige Sachkosten (\*)**

**Förderjahr 2022**

<b>I. <u>Fahrtkosten</u></b>		
erstattete Fahrtkosten der Ehrenamtlichen (eigenes Fahrzeug oder ÖPNV)		EUR
erstattete Fahrtkosten der Fachkraft (eigenes Fahrzeug oder ÖPNV – öffentliche Verkehrsmittel)		EUR
Betriebskosten PKW des Hospizvereins (inkl. Versicherungen)		EUR
<b>GESAMT Fahrtkosten</b>		<b>EUR</b>
<b>II. <u>Kosten für Personal- und Lohnbuchhaltung / Verwaltungsgemeinkosten (im Verhältnis zur Größe des Hospizvereins)</u></b>		
<b>Gesamt Kosten für Personal- und Lohnbuchhaltung/ Verwaltungsgemeinkosten (ohne Verbandsbeiträge)</b>		<b>EUR</b>
<b>III. <u>Sachkosten für die Räumlichkeiten des Hospizdienstes, Schutzmaterialien</u></b>		
Raum- und Raumnutzungskosten		EUR
Reinigungskosten		EUR
Energiekosten		EUR
Büromaterial		EUR
Fachliteratur		EUR
Büromöbel (nur geringwertige Wirtschaftsgüter)		EUR
Post- und Telekommunikationsgebühren		EUR
Schutzmaterialien Covid-19 (bitte Belege beifügen)		EUR
<b>GESAMT Sachkosten für die Räumlichkeiten des Hospizdienstes</b>		<b>EUR</b>
<b>IV. <u>Sachkosten für notwendige Versicherungen</u></b>		
Haftpflichtversicherung für die Ehrenamtlichen		EUR
Dienstreisekostenversicherung		EUR
Inventarversicherung		EUR
Sonstige Versicherungen (welche / Betrag bitte einzeln auflisten)		EUR
Sonstige Versicherungen (welche / Betrag bitte einzeln auflisten)		EUR
<b>GESAMT Sachkosten für notwendige Versicherungen</b>		<b>EUR</b>
<b>Förderfähige Sachkosten gesamt (I., II, III, IV.)</b>		<b>EUR</b>

.....  
 Ort, Datum Stempel und Unterschrift des ambulanten Hospizdienstes

\*) Nachgewiesene Sachkosten werden innerhalb des Förderbetrages maximal bis zu dem Betrag gefördert, der sich aus der Multiplikation der Anzahl der Leistungseinheiten mit 2,2 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV ergibt. Einzelnachweise sind auf Anforderung nachzureichen.

**Anlage 9 zum Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V**  
(entspricht der Anlage 1 der Rahmenvereinbarung)

**Förderjahr 2022**

**Antrag eines Erwachsenenospizdienstes auf Förderung der ambulanten Kinderhospizarbeit nach § 39a SGB V für das Jahr 2022 im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung mit einem Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienst (ggf. unter dem Dach eines Erwachsenenospizdienstes)**

Name und Anschrift des Ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienstes  
(Kinderhospizdienst)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stellen wir für die ambulante Kinder- und Jugendhospizarbeit unseres ambulanten Erwachsenenospizdienstes einen Förderantrag nach § 39 a Abs. 2 SGB V.

Name und Anschrift des ambulanten Erwachsenenospizdienstes

Die Kooperationsvereinbarung\* mit dem ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienst für die ambulante Kinderhospizarbeit besteht seit:

(bitte bei Änderungen bzw. Erstantragstellung ausfüllen)

Änderung zum Vorjahr

Ja                       Nein

\*Die Kooperationsvereinbarung wird auf Verlangen einer Krankenkasse vorgelegt

Anzahl der qualifizierten, einsatzbereiten, ehrenamtlichen oder hauptamtlichen Personen (für Kinder):

(Stichtag: 31.12.2021)

Anzahl der im Vorjahr geleisteten Begleitungen einer Familie mit einem oder mehreren lebensbedrohlich oder / und lebensverkürzend erkrankten Kindern oder Jugendlichen in Haushalt, in der Familie, in allen stationären Einrichtungen:

Im Vorjahr 2021 wurden bis zum 01.11.2021 die nachfolgenden Begleitungen von Kindern / Jugendlichen im Sinne 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, i.d.F. vom 14.03.2016 durchgeführt:

Name der Krankenkasse	Anzahl der bis zum 01.11.2021 begonnenen Sterbebegleitungen

Nachweis der am 31.12. des Vorjahres einsatzbereiten aktiven ehrenamtlichen Personen des o.a. Erwachsenenhospizdienstes – bitte ausfüllen, auch wenn keine Sterbebegleitung übernommen worden ist:

Nr.	Datum	Name, Vorname	Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift des AHD-Verantwortlichen

## Anlage 10 zum Antrag auf Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V

### Förderjahr 2022

#### Liste der Kooperationsvereinbarungen mit Erwachsenenospizdiensten

(die Kooperationsvereinbarungen können von den Krankenkassen bei Bedarf eingesehen werden)

Name des Kinder- und Jugendospizdienstes (Vernetzungsdienst):
---

Im Vorjahr **2021** wurden bei den nachfolgend aufgeführten Versicherten Sterbebegleitungen im Sinne 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, i.d.F. vom 14.03.2016 durchgeführt:

Nr.	Hospizverein	Kooperationsvereinbarung ab:	Anlage 9 liegt dem Antrag ausgefüllt bei:	Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift des AHD-Verantwortlichen

**Anlage 11 Kostenaufstellung für Fort- und Weiterbildung (vgl. Antrag Nr. 34a) \***  
**Förderjahr 2022**

<b>Fortbildungskosten für _____</b> <b>Name der hauptamtlichen Kraft</b>			
<b>lfd. Nr.</b>	<b>Beleg / Rechnung vom</b>	<b>Betrag</b>	
1			EUR
2			EUR
3			EUR
4			EUR
5			EUR
6			EUR
7			EUR
8			EUR
9			EUR
10			EUR
11			EUR
12			EUR
13			EUR
14			EUR
15			EUR
16			EUR
17			EUR
18			EUR
<b>GESAMT</b>			<b>EUR</b>

(\* ) Belege / Rechnungen / Nachweise bitte mit der lfd. Nr. lt. Anlage 11 beifügen



**Anlage 12 Kostenaufstellung „Externe Supervision für Ehrenamtliche“ gem. § 5 Abs. 3 der RV (vgl. Antrag Nr. 35) \***  
**Förderjahr 2022**

<b>Externe Supervision</b>			
<b>lfd. Nr.</b>	<b>Beleg / Rechnung vom</b>	<b>Betrag</b>	
1			EUR
2			EUR
3			EUR
4			EUR
5			EUR
6			EUR
7			EUR
8			EUR
9			EUR
10			EUR
11			EUR
12			EUR
13			EUR
14			EUR
15			EUR
16			EUR
17			EUR
18			EUR
<b>GESAMT Externe Supervision</b>			<b>EUR</b>

(\* ) Belege / Rechnungen / Nachweise bitte mit der lfd. Nr. lt. Anlage 12 beifügen

**Anlage 13 Kostenaufstellung „Erstqualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiter“ gem. § 5 Abs. 3 der RV (vgl. Antrag Nr. 35) \***  
**Förderjahr 2022**

<b>Erstqualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiter</b>			
<b>lfd. Nr.</b>	<b>Beleg / Rechnung vom</b>	<b>Betrag</b>	
1			EUR
2			EUR
3			EUR
4			EUR
5			EUR
6			EUR
7			EUR
8			EUR
9			EUR
10			EUR
11			EUR
12			EUR
13			EUR
14			EUR
15			EUR
16			EUR
17			EUR
18			EUR
<b>GESAMT Erstqualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiter</b>			<b>EUR</b>

.....  
 Ort, Datum Stempel und Unterschrift des ambulanten Hospizdienstes

*(\*) Belege / Rechnungen / Nachweise bitte mit der lfd. Nr. lt. Anlage 13 beifügen*

## **Hinweise zum Antrag auf Förderung Ambulanter Hospizdienste nach § 39a Abs. 2 SGB V - Förderjahr 2022**

Um eine einheitliche Antragsbearbeitung in Bayern zu gewährleisten haben sich die Krankenkassen in Bayern als Kostenträger mit den Vertretern der ambulanten Hospizdienste in Bayern auf die folgenden Hinweise zum Antrag verständigt

(§ 5 Abs. 13 der Rahmenvereinbarung: Den Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospize im Land maßgeblichen Spitzenorganisationen bleibt es unbenommen, auf Landesebene ergänzende Vereinbarungen zu dieser Rahmenvereinbarung zu treffen.)

### **Allgemeines**

Bei der in den Erläuterungen genannten "Rahmenvereinbarung" handelt es sich um die 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.

Gefördert werden ambulante Hospizdienste, die die Regelungen der Rahmenvereinbarung erfüllen und für Versicherte qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen oder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung, der Kinder- und Jugendhilfe oder in Krankenhäusern im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers erbringen (vgl. § 1 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 SGB V Satz 8 in der ab März 2016 geltenden Fassung).

Mit der Förderung leisten die Krankenkassen einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personal- und Sachkosten des ambulanten Hospizdienstes für die palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte, für die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen. Ein Anspruch auf Förderung besteht auch, wenn ambulante Hospizdienste für Versicherte in Krankenhäusern Sterbebegleitungen im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers erbringen (§ 39a Abs. 2 S. 2 SGB V).

### **Ausschlussfrist zur Einreichung des Antrages**

(vgl. § 6 Satz 1 der Rahmenvereinbarung i.V.m. der Protokollnotiz zur Rahmenvereinbarung)

Der Antrag auf Förderung des ambulanten Hospizdienstes nach § 39a Abs. 2 SGB V kann bei einer der folgenden Stellen eingereicht werden:

- Bayerischer Hospiz- und Palliativverband, Postfach 13 23, 84002 Landshut (BHPV)
- Freie Wohlfahrtspflege Bayern, Landesarbeitsgemeinschaft Bayern, Lessingstr. 1, 80336 München (FW Bayern)
- LV Bayern BVKH, c/o Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München – AKM, Blütenburgstraße 64, 80636 München,
- Krankenkassenverbände in Bayern bei der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, Frau Ingeborg Kollmer, Jahnstraße 6, 83646 Bad Tölz

***Wir bitten bei der Einreichung der Unterlagen beim BHPV bzw. der FW Bayern zeitlich zu berücksichtigen, dass der Antrag spätestens am 31.03.2022 bei den Krankenkassenverbänden eingegangen sein muss (vgl. § 6 der Rahmenvereinbarung).***

Mit dem Antrag sind von den antragstellenden ambulanten Hospizdiensten folgende Unterlagen und Nachweise vorzulegen:

- Personalkosten der verantwortlichen Fachkraft bzw. der verantwortlichen Fachkräfte (siehe Nr. 34a, 34b im Förderantrag)
- abgeschlossene Sterbebegleitungen im Sinne des §5 Abs. 7 der Rahmenvereinbarung
- Nachweise zu Fortbildungskosten (siehe Nr. 34a und 34b im Förderantrag)
- Qualifikationsnachweise für die Fachkraft, sofern nicht bereits vorgelegt (vgl. §4 der Rahmenvereinbarung)
- Unterschriftenlisten der einsatzbereiten Ehrenamtlichen (Anlage 5)
- Liste mit der Gesamtzahl der abgeschlossenen Sterbebegleitungen, differenziert nach Kassen (Anlage 7)

Differenzierte Nachweise zu den im Förderantrag angegebenen Sachkosten (Anlage 8) sind vorzuhalten.

Der versichertenbezogene Nachweis über die abgeschlossenen Sterbebegleitungen (Anlage 6) ist aus Gründen des Datenschutzes an die zuständige Krankenkasse der Versicherten einzureichen.

Antragstellende ambulante Hospizdienste, die im Jahr 2022 erstmals einen Antrag auf Förderung nach § 39a Abs. 2 SGB V stellen, haben darüber hinaus die in dem Förderantrag beigefügten Anlagen 1 bis 3 zu beachten bzw. die darin erbetenen Nachweise / Unterlagen mit einzureichen.