

ServicePoint Hospiz Nord

c/o Hospiz- und PalliativVerband Baden-Württemberg

Frau Sabine Horn

Geschäftsstelle: Gartenstraße 40

74321 Bietigheim-Bissingen

**Antrag auf Förderung nach § 39 a Abs. 2 Satz 8 SGB V – 2018 –
an die Landesarbeitsgemeinschaft ambulante Hospizförderung Baden-Württemberg**

Absender:

Name des Hospizdienstes

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon:

Für Rückfragen zur Förderung erreichbar:

von: _____

bis: _____

ServicePoint Hospiz Nord:

- Erstantrag**
- Folgeantrag**

Wir empfehlen die Förderung

- Ja**
- Nein**, da folgende Voraussetzungen fehlen

Anmerkungen:

Ort / Datum

Unterschrift

1. Allgemeine Angaben zu den Fördervoraussetzungen

Der ambulante Hospizdienst erbringt qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung für Versicherte in deren Haushalt oder Familie und ist Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem und arbeitet im lokalen und kommunalen Verbund mit Initiativen des sozialen Engagements eng zusammen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Der ambulante Hospizdienst besteht seit dem Jahr :	_____	
Bitte Jahreszahl angeben. (mindestens jedoch seit einem Jahr).		
Der ambulante Hospizdienst steht das ganze Jahr unter ständiger fachlicher Verantwortung einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Der ambulante Hospizdienst arbeitet unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit mit einem zugelassenen		
Pflegedienst und	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
approbierten Arzt ¹	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
zusammen, welche über palliativ-pflegerische oder palliativ-medizinische Erfahrungen verfügen.		
Der ambulante Hospizdienst kooperiert in stationären Einrichtungen (der Pflege, der Eingliederungshilfe, der Kinder- und Jugendhilfe) mit den Verantwortlichen (Pflege)Kräften	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2. Ausschlusskriterien für die Förderung

Erläuterung: Der Dienst darf Leistungen, die nach anderen Leistungsvorschriften des Sozialgesetzbuchs (SGB V / SGB XI) abgerechnet werden können, nicht erbringen. Dies wird hiermit ausdrücklich bestätigt.		
Der ambulante Hospizdienst erbringt professionelle häusliche Pflegeleistungen, um eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen; um das Ziel der ärztlichen Behandlung zu sichern.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Der ambulante Hospizdienst erbringt abrechenbare Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

3. Grundsätze und Qualität der ambulanten Hospizarbeit

Der ambulante Hospizdienst bestätigt, die in den §§ 1, 2 und 3 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 v. 14.03.2016, Aufgaben und Qualitätsmerkmale zu erfüllen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Eine regelmäßige Dokumentation wird durchgeführt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird auf die Unterscheidung zwischen männlicher und weiblicher Form verzichtet.

4.1 Personelle Mindestvoraussetzungen für Erwachsenenospizdienste

(Diese Seite kopieren/duplizieren, wenn ein Wechsel und/oder zeitl. Überschneidung der Leitung vorliegt, z.B. wenn mehr als eine Fachkraft im Förderjahr tätig ist. Nachweise über berufliche Qualifikation, Tätigkeit der Berufserfahrung, Abschluss der Pall.care Weiterbildungsmaßnahme, Nachweis über Koordinatoren Seminar, Nachweise über Führungskompetenz sind einmalig pro Fachkraft beizufügen, wenn diese neu seit 01.01.2015 in der fachl. Verantwortung hinzugekommen sind).

Den ambulanten Hospizdienst verantwortet folgende Fachkraft

Die verantwortliche Fachkraft war 2017 von bistätig.

Name, Vorname

Berufsbezeichnung

Der Arbeitsanteil dieser Fachkraft betrug durchschnittl. _____Std./Woche/Monat (ggf. streichen).

Wer ist Arbeitgeber der verantwortl. Fachkraft? _____

Ist die Fachkraft noch in anderen Bereichen beschäftigt: ja nein

Wenn ja, zu welchen Anteilen (in %) ? _____

Liegt eine Stellenbeschreibung i.S. der Rahmenvereinbarung vor? ja nein

Wie hoch sind die Personalkosten im Amb. Hospizdienst einschließlich der Kosten für

Weiterbildung für diese Fachkraft: _____

(siehe Punkt 7.1. Personalkosten für die verantwortliche Fachkraft auf Seite 6)

Die verantwortliche Fachkraft verfügt

- a. über eine Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ entsprechend den Bestimmungen des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege in der jeweils gültigen Fassung oder „Altenpflegerin/Altenpfleger“ entsprechend den Bestimmungen des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege vom 25.08.2003. ja nein
oder ja nein
über eine abgeschlossene Universitäts- bzw. Fachhochschulausbildung aus dem Bereich Pflege, Sozialpädagogik oder Sozialarbeit; Heilpädagogik oder ja nein
über einen anderen abgeschlossenen Studiengang oder über eine andere Berufsausbildung. ja nein
- b. über eine mindestens dreijährige hauptberufliche Tätigkeit in ihrem Beruf ja nein
- c. über eine abgeschlossene Palliativ-Care-Weiterbildungsmaßnahme oder kann eine dreijährige Tätigkeit auf einer Palliativstation, in einem stationären Hospiz oder in einem Palliativpflegedienst nachweisen. ja nein
- d. Die Fachkraft kann die Teilnahme an einem Koordinatoren-Seminar im Umfang von mindestens 40 Stunden oder eine mindestens dreijährige Tätigkeit als Koordinator in einem Hospizdienst unter regelmäßiger Supervision nachweisen. ja nein
- e. Die Fachkraft kann ein Seminar zur Führungskompetenz im Umfang von mindestens 80 Stunden nachweisen. ja nein

Die Voraussetzungen nach Ziffer 4 liegen bei Antragstellung vor : ja nein

Falls nein: die fehlenden Voraussetzungen liegen vor am:

4. 2 Personelle Mindestvoraussetzungen für Kinderhospizdienste

nur auszufüllen von spezialisierten Kinderhospizdiensten bzw. von Hospizdiensten, die auch Kinderhospizbegleitungen gesondert abrechnen. Diese Seite kopieren/duplizieren, wenn ein Wechsel und/oder zeitl. Überschneidung der Leitung vorliegt, z.B. wenn mehr als eine Fachkraft im Förderjahr tätig ist. Nachweise über berufliche Qualifikation, Tätigkeit der Berufserfahrung, Abschluss der Pall.care Weiterbildungsmaßnahme, Nachweis über Koordinatoren Seminar, Nachweise über Führungskompetenz sind einmalig pro Fachkraft beizufügen, wenn diese neu seit 01.01.2015 in der fachl. Verantwortung hinzugekommen sind.

Den ambulanten Hospizdienst verantwortet folgende Fachkraft

Die verantwortliche Fachkraft war 2017 von bistätig.

Name, Vorname

Berufsbezeichnung

Der Arbeitsanteil dieser Fachkraft betrug durchschnittl. ____Std./Woche/Monat (ggf. streichen).

Wer ist Arbeitgeber der verantwortl. Fachkraft? _____

Ist die Fachkraft noch in anderen Bereichen beschäftigt: ja nein

Wenn ja, zu welchen Anteilen (in %) ? _____

Liegt eine Stellenbeschreibung i.S. der Rahmenvereinbarung vor? ja nein

Wie hoch sind die Personalkosten im Amb. Hospizdienst einschließlich der Kosten für Weiterbildung für diese Fachkraft: _____

(siehe Punkt 7.1. Personalkosten für die verantwortliche Fachkraft auf Seite 6)

Die verantwortliche Fachkraft verfügt

- a. über eine Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ entsprechend den Bestimmungen des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege in der jeweils gültigen Fassung oder „Altenpflegerin/Altenpfleger“ entsprechend den Bestimmungen des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege vom 25.08.2003. ja nein
- oder ja nein
- über eine abgeschlossene Universitäts- bzw. Fachhochschulausbildung aus dem Bereich Pflege, Sozialpädagogik oder Sozialarbeit, Heilpädagogik oder ja nein
- über einen anderen abgeschlossenen Studiengang oder über eine andere Berufsausbildung. ja nein
- b. über eine mindestens dreijährige hauptberufliche Tätigkeit in ihrem Beruf ja nein
- c. über eine abgeschlossene pädiatrische Palliativ-Care-Weiterbildungsmaßnahme oder ja nein
- über einen Nachweis einer dreijährigen Tätigkeit auf einer Kinderpalliativstation, in einem stationären Kinderhospiz oder in einem Kinderpalliativpflegedienst
- d. Die Fachkraft kann die Teilnahme an einem Koordinatoren-Seminar im Umfang von mindestens 40 Stunden oder eine mindestens dreijährige Tätigkeit als Koordinator in einem Hospizdienst unter regelmäßiger Supervision nachweisen. ja nein
- e. Die Fachkraft kann ein Seminar zur Führungskompetenz im Umfang von mindestens 80 Stunden nachweisen. ja nein

Die Voraussetzungen nach Ziffer 4 liegen bei Antragstellung vor : ja nein

Falls nein: die fehlenden Voraussetzungen liegen vor am:

5. Angaben zur Berechnung der Fördersumme

5.1 Angaben zur Berechnung der Fördersumme bei Erwachsenenospizbegleitungen

Anzahl der im Kalenderjahr 2017 abgeschlossenen Sterbebegleitungen (Erwachsene)

(Gesamtsumme GKV und PKV, Nachweise siehe Anlage 3) _____

Hiervon bei einer **gesetzlichen Krankenkasse** versichert: _____

Bitte die Anzahl der Sterbebegleitungen nach gesetzlicher Krankenkassenart angeben:

AOK _____ Ersatzkassen _____ BKK _____

IKK _____ Knappschaft _____ LKK (SVLFG) _____

Abgeschlossene Sterbebegleitungen von Erwachsenen bei einer privaten Krankenkasse versichert. _____

Anzahl der am 31.12.2017 qualifizierten, einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen (mind. jedoch 15 Personen²) _____

(Die Einsatzbereitschaft ist nachzuweisen - siehe Anlage 1)

5.2 Angaben zur Berechnung der Fördersumme bei Kinderospizbegleitungen

(nur auszufüllen von spezialisierten Kinderospizdiensten bzw. von Hospizdiensten, die auch Kinderospizbegleitungen erbringen)

Anzahl Sterbebegleitungen (Kinder) im Kalenderjahr 2017³

(Gesamtsumme GKV und PKV, Nachweise siehe Anlage 3) _____

Hiervon bei einer **gesetzlichen Krankenkasse** versichert: _____

Bitte die Anzahl der Sterbebegleitungen nach gesetzlicher Krankenkassenart angeben:

AOK _____ Ersatzkassen _____ BKK _____

IKK _____ Knappschaft _____ LKK (SVLFG) _____

Sterbebegleitungen von Kindern³, bei einer privaten Krankenkasse versichert. _____

Anzahl der am 31.12.2017 qualifizierten, einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen _____

(mind. jedoch 10 Personen, wenn unter dem Dach des Erwachsenenospizdienstes, ansonsten 15 Personen)⁴

6. Der ambulante Hospizdienst / Kinderospizdienst gewährleistet eine kontinuierliche Praxisbegleitung/Supervision der Ehrenamtlichen.

ja nein

² Im Jahr der Neugründung müssen mindestens 12 einsatzbereite Ehrenamtliche nachgewiesen werden (Rahmenvertrag gem. § 39 a Abs. 2 Satz 8 SGB V, § 1 Abs. 4 i.d.F.v.14.03.2016).

³ Es zählen abgeschlossene Sterbebegleitungen und die am 31.12. noch nicht abgeschlossenen Sterbebegleitungen, die vor dem 01.11. begonnen wurden (Rahmenvertrag gem. § 39 a Abs.2 Satz 8 SGB V, § 5 Abs.7 Satz 4).

⁴ siehe Fußnote 2

7. Gesamtkosten i. S. d. § 5 Abs. 1 Rahmenvereinbarung im Jahr 2017

7.1 Personalkosten für die verantwortliche/n Fachkraft / Fachkräfte 2017 (einschließlich Kosten für Fort- und Weiterbildung und Übernachtung und Bewirtungskosten entsprechend der für den Hospizdienst maßgeblichen Bestimmungen des Bundesreisekostengesetzes oder des Landesreisekostengesetzes)	
7.2 Fortbildungspauschale (§ 5 Abs. 4 Rahmenvereinbarung, 100,00 € pro einsatzbereitem Ehrenamtlichen)	
7.3 Kosten für die Erstqualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiter (§ 5 Abs. 3 Rahmenvereinbarung)	
7.4 Kosten/Honorare für Praxisbegleitung/Supervision (§ 5 Abs. 4 Rahmenvereinbarung)	
7.5 Personalkosten Fachkraft, die im Jahre 2018 neu eingestellt wird oder Kosten für eine Arbeitszeiterhöhung im Jahr 2018 (§ 5 Abs. 9 Rahmenvereinbarung, Arbeitsverträge in Kopie beifügen)	
7.6 Personalkosten andere Kräfte (siehe Anlage 5)	
7.7 Sachkosten im Jahre 2017 (Einzelaufstellung siehe Anlage 4) (§ 5 Abs. 5 Rahmenvereinbarung)	
Gesamtkosten	

8. Bankverbindung

Liegen unterschiedliche Kontoverbindungen für den Erwachsenen – und Kinderhospizdienst vor, ist diese Seite mit der Bankverbindung getrennt anzugeben.

Wir bitten um Überweisung des Förderbetrags auf das folgende Konto: Kontoinhaber:
Bankinstitut:
IBAN-Nummer:

9. Bestätigung des ambulanten Hospizdienstes

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt. Über Änderungen werden wir unverzüglich unterrichten. Eine ordnungsgemäße Buchführung und Rechnungslegung wird gewährleistet.
--

Ort, Datum

Unterschrift des Vorstands/Trägerverantwortlichen