|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Die Verbände der Krankenkassen in Hessen | | Az.: 2.42.66. | | | | |
|  | | | | | | |
| **Antrag zur Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V für das Jahr 2021** | | | | | | |
| **Der Antrag ist** bis spätestens 28.02.2021 (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 31.12.2020 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 31.12.2020 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 31.12.2020** qualifizierten, einsatzbereiten **ehrenamtlichen Personen**  (Nachweis - siehe Anlage 1) | | | | | | | |  | |
| Anzahl aller im Kalenderjahr 2020 **abgeschlossenen** **für die Berechnung relevanten** **Sterbebegleitungen**  (in Kinderhospizdiensten werden zusätzlich die am 31.12.2020 noch laufenden Begleitungen berücksichtigt,  sofern diese vor dem 01.11.2020 begonnen wurden) | | | | | | | | **Gesamtsumme**  **(GKV & PKV)** | |
| **Sterbebegleitungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2020**  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) 2020**  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 2020 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** | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
| Wir beantragen, abweichend von § 5 Abs. 7 Satz 2 der Rahmenvereinbarung im Rahmen des Förderverfahrens im Jahr 2021 die Möglichkeit, anstelle der zum Ende des Vorjahres (31.12.2020) einsatzbereiten Ehrenamtlichen sowie der im Vorjahr (2020) abgeschlossenen Sterbebegleitungen die im letzten Antragsverfahren 2020 bestätigten und berechneten abgeschlossenen Sterbebegleitungen und die am 31.12.2019 einsatzbereiten Ehrenamtlichen als Grundlage für die Berechnung der Leistungseinheiten anzunehmen. Die Punkte 1.4 und 2 der Ergänzungsvereinbarung sind zu beachten. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **E Angaben zu den Personal-, Schulungs- und Sachkosten im Jahr 2020**  (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 2020  (Nachweis der Personalkosten **nur** durch Gehaltsabrechnung für Dezember 2020 inkl. Jahressummen oder Ausdruck Lohnjournal möglich, Aufstellung nach Anlage 2, für jede Fachkraft bitte eine gesonderte Anlage einreichen) | |  |
| Personalkosten Fachkraft, die im Jahr 2021 eingestellt wird (§ 5 Abs. 9 Rahmenvereinbarung/Arbeitsvertrag ist in Kopie beizufügen) | |  |
| Kosten für Arbeitszeiterhöhung im Jahr 2021 (§ 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 2020 (Anlage 3) | |  |
| Externe Supervisionskosten der Ehrenamtlichen im Jahr 2020 (Anlage 4) | |  |
| Kosten für Erstqualifizierung der Ehrenamtlichen im Jahr 2020 (Anlage 5) | |  |
| Sachkosten im Jahr 2020 (Anlage 6)  Belege sind NICHT einzureichen jedoch für eine spätere Prüfung vorzuhalten | |  |
| **Sachkosten für Corona bedingte „Schutzmaterialien“** im Jahre 2020  (Einzelaufstellung siehe Anlage CORONA) nach Pkt. 1.3 der Ergänzungsvereinbarung zu  § 5 Abs. 5 der Rahmenvereinbarung) Bitte Belege beifügen. | |  |
| Wurden im Jahr 2020 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 2020 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 | |
|  |  | |