**ServicePoint Hospiz**

### Antrag auf Förderung nach § 39 a Abs. 2 Satz 8 SGB V – 2020 –

**an die Landesarbeitsgemeinschaft ambulante Hospizförderung Baden-Württemberg**

|  |  |
| --- | --- |
| Absender:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name des ambulanten Hospizdienstes (AHD)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Straße, Nr.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PLZ, Ort  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail | Telefon:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Für Rückfragen zur Förderung erreichbar:  von:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  bis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

AHD besteht seit dem Jahr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Erstantrag 🞏 Folgeantrag

**Wird vom ServicePoint ausgefüllt:**

**Wir empfehlen die Förderung**

**🞎 Ja**

**🞎 Nein**, da folgende Voraussetzungen fehlen

|  |
| --- |
|  |
|  |

Anmerkungen:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Ort / Datum **Unterschrift ServicePoint**

**1.1 Personelle Mindestvoraussetzungen für Erwachsenenhospizdienste**

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 2019 von ……….……..… bis ……………...…………tätig. | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name, Vorname  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Berufsbezeichnung  Der Arbeitsanteil dieser Fachkraft betrug durchschnittlich \_\_\_\_\_Std. 🞏 Woche 🞏 Monat  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 4.1. Personalkosten für die verantwortliche Fachkraft auf Seite 6) | |
| Die verantwortliche Fachkraft verfügt   1. 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  oder   über eine abgeschlossene Universitäts- bzw. Fachhochschulausbildung  aus dem Bereich Pflege, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Heilpädagogik …… oder  über einen anderen abgeschlossenen Studiengang oder über eine   andere Berufsausbildung | 🞏 ja 🞏 nein  🞏 ja 🞏 nein  🞏 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 oder  hat entsprechende Qualifikationen (mit mind. demselben Umfang) | 🞏 ja 🞏 nein  🞏 ja 🞏 nein |
| Die Voraussetzungen nach Ziffer 4 liegen bei Antragstellung vor : | 🞏 ja 🞏 nein |
| Falls nein: die fehlenden Voraussetzungen liegen vor am: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1**.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 2019 von ……….…… bis ……….…tätig. | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name, Vorname  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Berufsbezeichnung  Der Arbeitsanteil dieser Fachkraft betrug durchschnittlich \_\_\_\_\_Std 🞏 Woche 🞏 Monat 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 4.1. Personalkosten für die verantwortliche Fachkraft auf Seite 6) | |
| Die verantwortliche Fachkraft verfügt   1. 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  oder   über eine abgeschlossene Universitäts- bzw. Fachhochschulausbildung  aus dem Bereich Pflege, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Heilpädagogik  oder  über einen anderen abgeschlossenen Studiengang oder über eine   andere Berufsausbildung | 🞏 ja 🞏 nein  🞏 ja 🞏 nein  🞏 ja 🞏 nein |
| b. über eine mindestens dreijährige hauptberufliche Tätigkeit in ihrem Beruf | 🞏 ja 🞏 nein |
| c. über eine abgeschlossene pädiatrische Palliativ-Care-   Weiterbildungsmaßnahme oder   über einen Nachweis einer dreijährigen Tätigkeit auf einer   Kinderpalliativstation, in einem stationären Kinderhospiz oder in einem  Kinderpalliativpflegedienst | 🞏 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 oder  hat entsprechende Qualifikationen (mit mind. demselben Umfang) | 🞏 ja 🞏 nein  🞏 ja 🞏 nein |
| Die Voraussetzungen nach Ziffer 4 liegen bei Antragstellung vor : | 🞏 ja 🞏 nein |
| Falls nein: die fehlenden Voraussetzungen liegen vor am: |  |

**2. Hospizdienste Erwachsene: Angaben zur Berechnung der Fördersumme**

**2.1 Anzahl der am 31.12.2019 qualifizierten, einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen**

**(mind. jedoch 15 Personen[[1]](#footnote-1)): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Die Einsatzbereitschaft ist nachzuweisen - siehe Anlage „Ehrenamtliche: Hospizdienste Erwachsene“)

**2.2 Anzahl aller im Kalenderjahr 2019 abgeschlossenen Sterbebegleitungen von Erwachsenen (Gesamtsumme GKV, PKV, KVB und PBeaKK): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2.3 Gesamtzahlen abgeschlossener Begleitungen differenziert nach Kassenarten:**

|  |  |
| --- | --- |
| Gesetzliche Krankenversicherungen (GKVen):  siehe Anlage(n) „Sterbebegleitungen Erwachsene“ (in verschlossenen Umschlägen) |  |
| Gesamtzahl **AOKen** |  |
| Gesamtzahl **Ersatzkassen (Barmer, DAK, hkk, HEK, KKH, TK)** |  |
| Gesamtzahl **BKKen** |  |
| Gesamtzahl **IKKen** |  |
| Gesamtzahl **Knappschaft** |  |
| Gesamtzahl **LKKen (SVLFG)** |  |
| **Gesamtzahl der Begleitungen bei GKVen:** |  |
|  |  |
| **Gesamtzahl der Begleitungen bei PKVen, KVB und PBeaKK:** |  |
|  |  |
| **GESAMTSUMME aller Begleitungen (siehe Pkt. 2.2):** |  |

**3. Kinder- und Jugendhospizdienste: Angaben zur Berechnung der Fördersumme**

(nur auszufüllen von spezialisierten Kinderhospizdiensten bzw. von Hospizdiensten, die auch Kinderhospizbegleitungen erbringen)

**3.1 Anzahl der am 31.12.2019 qualifizierten, einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen**

**(mind. jedoch 15 Personen[[2]](#footnote-2)): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Die Einsatzbereitschaft ist nachzuweisen - siehe Anlage „Ehrenamtliche: Kinder- und Jugend-hospizdienste“)

**3.2.1 Anzahl Sterbebegleitungen von Kindern im Kalenderjahr 2019[[3]](#footnote-3): \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3.2.2 Anzahl Begleitungen von Kindern mit sterbendem Elternteil in 2019[[4]](#footnote-4): \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3.2.3 Gesamtsumme (GKV, PKV, KVB und PBeaKK): \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3.3 Gesamtzahlen der Begleitungen von Kindern differenziert nach Kassenarten:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gesetzliche Krankenversicherungen (GKVen):  siehe Anlage(n) „Sterbebegleitungen Kinder“ (in verschlossenen Umschlägen) | **Kinder** | **verstor-bener Elternteil** |
| Gesamtzahl **AOKen** |  |  |
| Gesamtzahl **Ersatzkassen (Barmer, DAK, hkk, HEK, KKH, TK)** |  |  |
| Gesamtzahl **BKKen** |  |  |
| Gesamtzahl **IKKen** |  |  |
| Gesamtzahl **Knappschaft** |  |  |
| Gesamtzahl **LKKen (SVLFG)** |  |  |
| **Gesamtzahl der Begleitungen bei GKVen:** |  |  |
|  |  |  |
| **Gesamtzahl der Begleitungen bei PKVen, KVB und PBeaKK:** |  |  |
|  |  |  |
| **GESAMTSUMME aller Begleitungen (siehe Pkt. 3.2.3):** |  |  |

**4. Gesamtkosten i. S. d. § 5 Abs. 1 Rahmenvereinbarung im Jahr 2019**

|  |  |
| --- | --- |
| 4.1 Personalkosten für die verantwortliche/n Fachkraft / Fachkräfte 2019  (einschließlich Kosten für Fort- und Weiterbildung, Übernachtung  und Bewirtungskosten entsprechend der für den Hospizdienst   maßgeblichen Bestimmungen des Bundesreisekostengesetzes oder   des Landesreisekostengesetzes) |  |
| 4.2 Fortbildungspauschale   (§ 5 Abs. 4 Rahmenvereinbarung,  100,00 € pro einsatzbereitem Ehrenamtlichen) |  |
| 4.3 Kosten für die Erstqualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiter/-innen   (§ 5 Abs. 3 Rahmenvereinbarung) |  |
| 4.4 Kosten/Honorare für Praxisbegleitung/Supervision Ehrenamtlicher  (§ 5 Abs. 4 Rahmenvereinbarung) |  |
| 4.5 Personalkosten Fachkraft, die im Jahre 2020 neu eingestellt wird  oder Kosten für eine Arbeitszeiterhöhung im Jahr 2020  (§ 5 Abs. 9 Rahmenvereinbarung: Arbeitsverträge in Kopie beifügen) |  |
| 4.6 Personalkosten andere Kräfte (siehe Anlage/n „Andere Kraft“) |  |
| 4.7 Sachkosten im Jahre 2019 (Einzelaufstellung siehe Anlage  „Sachkosten“) (§ 5 Abs. 5 Rahmenvereinbarung) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesamtkosten** |  |

**5. 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: |

**6.** **Bestätigung des ambulanten Hospizdienstes**

|  |
| --- |
| Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt.  Eine ordnungsgemäße Buchführung und Rechnungslegung wird gewährleistet. Die Bezahlung und Höhe der Personalkosten entspricht tarifrechtlich vereinbarten Gehältern. |
| Ort, Datum **Unterschrift des Vorstands/Trägerverantwortlichen** |

1. ) Im Jahr der Neugründung müssen mindestens 12 einsatzbereite Ehrenamtliche nachgewiesen werden (Rahmenvereinbarung gem. § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V, § 1 Abs. 4 i.d.F.v.14.03.2016) [↑](#footnote-ref-1)
2. ) Im Jahr der Neugründung müssen mindestens 12 einsatzbereite Ehrenamtliche nachgewiesen werden. Bei Kinderhospizarbeit, die unter dem Dach von Erwachsenhospizdiensten organisiert ist, sind mind. 10 einsatzbereite Ehrenamtliche nachzuweisen (Rahmenvertrag gem. § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V, § 1 Abs. 4 i.d.F.v.14.03.2016) [↑](#footnote-ref-2)
3. ) Es zählen abgeschlossene Sterbebegleitungen und die am 31.12. noch nicht abgeschlossenen Sterbe-begleitungen, die vor dem 01.11. begonnen wurden (Rahmenvereinbarung gem. § 39a Abs.2 Satz 8 SGB V,   
   § 5 Abs.7 Satz 4) [↑](#footnote-ref-3)
4. ) Diese Begleitungen können nur einmal, d. h. nach Ende der Begleitung (aufgrund des Todes des Elternteils oder aus anderen Gründen) gezählt werden [↑](#footnote-ref-4)