

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

### Erwachsene

Sehr geehrte Damen und Herren,

Name und Ort des ambulanten Hospizdienstes:

--

hiermit stellen wir für unseren ambulanten Hospizdienst einen Förderantrag \*) nach  
1 § 39 a Abs. 2 SGB V.

Jahr der Förderung:

2011

--

2 Der ambulante Hospizdienst ist ein eigener eingetragener Verein:

ja

nein

3 Falls nein, unter welcher Trägerschaft wird der ambulante Hospizdienst betrieben?\*)

--

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

4 Folgende fest angestellte fachlich verantwortliche Kräfte des ambulanten Hospizdienstes nehmen - neben den in der Rahmenvereinbarung aufgezählten - für den Träger des ambulanten Hospizdienstes noch folgende Tätigkeiten wahr bzw. sind tätig als Teil einer anderen Einrichtung desselben Trägers mit folgenden Aufgaben:

--

5 Der ambulante Hospizdienst/der Träger des ambulanten Hospizdienstes hat für die verantwortliche Fachkraft/Fachkräfte und/oder für Schulungsmaßnahmen der Ehrenamtlichen einen Antrag auf eine öffentliche Förderung für das beantragte Jahr bei einer anderen Stelle gestellt oder erhält bereits eine öffentliche Förderung:

ja

nein

6 Falls ja, bitte eine Kopie des Förderbescheides beifügen.

### I. Angaben zu den Fördervoraussetzungen entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 SGB V

7 Der ambulante Hospizdienst besteht seit \*)

--

8 Anzahl der qualifizierten, einsatzbereiten, ehrenamtlichen Personen \*)

--

9 Zugelassene(r) kooperierende(r) Pflegedienst(e), der/ die über palliativ-pflegerische Erfahrungen verfügen\*):

Name(n) und Adresse(n):

--

10 Kooperierende(r) approbierte(r) Arzt/Ärzte, der/die über palliativ-medizinische Erfahrungen verfügen \*)

Name und Adresse:

--

11 Maßnahmen zur Sicherstellung der ständigen Erreichbarkeit \*):

--

- 12 Der ambulante Hospizdienst ist Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem und arbeitet im lokalen und kommunalen Verbund mit Initiativen des sozialen Engagements eng zusammen; \*)

ja

nein

Wenn ja, mit welchen:

--

Der ambulante Hospizdienst hat seine lokale und kommunale Vernetzung schriftlich darzulegen.

Wir versichern, dass der antragstellende ambulante Hospizdienst (*bitte ankreuzen*):

- 13  - bereits Sterbebegleitungen \*) in Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe geleistet hat (siehe auch III.);
- 14  - unter ständiger fachlicher Verantwortung mindestens einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft steht; \*)
- 15  - eine kontinuierliche Praxisbegleitung/Supervision der Ehrenamtlichen gewährleistet. \*)
- 16  - Maßnahmen zur Sicherung der Qualität festlegt und diese durchführt; \*)
- 17a  - eine sachgerechte und kontinuierliche Dokumentation beim Sterbenskranken führt. \*)
- 17b  - ausschließlich Ehrenamtliche in der ambulanten Hospizarbeit einsetzt, die vor Antritt ihrer Tätigkeit einen Befähigungskurs abgeschlossen haben (siehe **Anlage 5**).

## **II. Angaben zur verantwortlichen Kraft \*)**

(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)

- 18 Der ambulante Hospizdienst beschäftigt eine / mehrere fest angestellte fachlich verantwortliche Kraft/Kräfte im Sinne der Rahmenvereinbarung, die palliativpflegerische und psychosoziale Beratung erbringt/erbringen und die Gewinnung, Schulung und Koordination der Ehrenamtlichen gewährleistet / gewährleisten:

19 Name + Vorname der verantwortlichen Kraft *):	
--	--

20 Beschäftigungsumfang (Anzahl der Wochenarbeitsstunden) *):	
---	--

- 21 Bei der verantwortlichen Kraft handelt es sich um eine \*): (*Bitte ankreuzen!*)
- Pflegefachkraft im Sinne des § 5 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung  
oder
- Andere Person im Sinne § 5 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung

- 22 Darüber hinaus ist die verantwortliche Kraft bei einem anderen Träger (z. B. bei einem ambulanten Pflegedienst) tätig:  ja  nein

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

--

- 23 Darüber hinaus ist die verantwortliche Kraft für mehrere ambulante Hospizdienste tätig \*):  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!

- 24 Berufsbezeichnung / Hochschulausbildung \*):

--	--

- 25 Hauptberufliche Tätigkeit (mindestens 3 Jahre \*):

--	--

- 26 Palliative-Care-Weiterbildung oder entsprechende berufliche Tätigkeit \*):

--	--

- 27 Koordinatorensseminar (40 Stunden) oder 3 Jahre Koordinatorentätigkeit \*):

--	--

- 28 Seminar Führungskompetenz (80 Stunden \*):

--	--

- 29 Folgende Voraussetzungen erfüllt die verantwortliche Fachkraft noch nicht:

--

Der Nachweis erfolgt für das

- |  |                 |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Koordinatorensseminar         | bis spätestens: |
| <input type="checkbox"/> Seminar zur Führungskompetenz | bis spätestens: |
| <input type="checkbox"/> Palliative-Care-Weiterbildung | bis spätestens: |

- 30 Das Tätigkeitsprofil \*) der verantwortlichen Fachkraft liegt als Anlage bei.

### **III. Angaben zur Berechnung der Fördersumme**

- 31 Anzahl der am 31.12. des Vorjahres geschulten ein-satzbereiten aktiven ehrenamtlichen Personen \*) (siehe Anlage 5):

--	--

- 32 Anzahl d. im Vorjahr abgeschlossenen Sterbebegleitungen in Haushalt, in der Familie, in stat. Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe \*): (siehe Anlage 6)

--	--

**IV. Angaben zu den Personal- und Schulungskosten der ehrenamtlichen Personen  
i.S.d. § 6 Abs. 1 Rahmenvereinbarung \*)**

33	a) Personalkosten *) in €:	
	b) Kosten für die Fort- und Weiterbildung der bereits tätigen anerkannten Fachkräfte *) in €:	
34	Externe Schulungskosten für Ehrenamtliche *):	
	a) Externe Fort- und Weiterbildungen in €	
	b) Externe Kosten für Supervisionen in €	
<b>Gesamtkosten (Summe Nrn. 33a + b, 34a + b):</b>		

**V. Sonstige Angaben**

- 35 Tätigkeits- bzw. Sachbericht und Jahresbericht aus dem Vorjahr:  
soweit vorhanden, ist dem Antrag beigelegt:  
 ja  nein
- 36 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:  
 ja  nein
- (Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden von den Krankenkassen beachtet.)
- 37 Die der Förderung zugrunde liegende Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002 in der Fassung vom 14.04.2010 ist uns in vollem Wortlaut bekannt:  
 ja  nein
- 38 Ebenso sind uns die zu diesem Antragsformular gehörenden Erläuterungen samt zugehöriger Anlagen bekannt:  
 ja  nein
- 39 Wir bitten um Überweisung des Förderbetrages auf folgende Bankverbindung des ambulanten Hospizdienstes:
- |               |  |
|---------------|--|
| Kontoinhaber: |  |
| Bankinstitut: |  |
| BLZ:          |  |
| Konto-Nr.:    |  |
- 40 Für den Fall einer Förderung des Antragstellers nach § 39a Abs. 2 SGB V im Vorjahr:  
Die Bankverbindung hat sich geändert:  
 ja  nein

41 Der ambulante Hospizdienst verfügt über eine E-Mail-Adresse:

ja

nein

42 Die E-Mail-Adresse lautet wie folgt:

.....  
Ort, Datum

.....  
Amb. Hospizdienst/Träger des amb. Hospizdienstes (Stempel und Unterschrift)