

# Landesverbände der Krankenkassen in Nordrhein

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse  
BKK-Landesverband NORDWEST  
IKK classic  
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten  
und Gartenbau  
KNAPPSCHAFT  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

## Bitte zurücksenden an:

Landesverbände der Krankenkassen  
in Nordrhein  
c/o AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse  
Geschäftsbereich Pflege  
Postfach 10 03 63  
45003 Essen

**Wichtig!**  
Eingang bei der AOK Rheinland/  
Hamburg spätestens **am**  
**31.03.2019**

## Antrag auf Förderung nach § 39 a Abs. 2 SGB V für das Jahr 2019

Beantragt wird der Zuschuss zu den nicht  
refinanzierten **Gesamtkosten im Jahre 2018**  
(beantragte Fördersumme)

**EUR**

(gleicher Betrag wie Angabe unter B g.)

### A. Allgemeine Angaben, die den Landesverbänden der Krankenkassen in Nordrhein zur Veröffentlichung zur Verfügung stehen

Name des ambulanten Hospiz-  
dienstes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Institutionskennzeichen (IK)**

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ/Ort

\_\_\_\_\_

Tel.-Nr.

\_\_\_\_\_

Mobil-Nr.

\_\_\_\_\_

Telefax-Nr.

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_

Bankverbindung (nur angeben, wenn kein IK vorhanden ist)

BIC:

\_\_\_\_\_

IBAN:

\_\_\_\_\_

Träger des ambulanten Hospizdienstes bzw. beratender Verband/Organisation

\_\_\_\_\_

Der ambulante Hospizdienst besteht seit

\_\_\_\_\_

Sterbebegleitungen werden geleistet seit

\_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen zum Förderantrag (inkl. Tel.-Nr.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Namen und Beschäftigungsumfang der fest angestellten fachlich verantwortlichen Kräfte/Koordinator(inn)en

Name, Vorname	Beschäftigungsumfang (Vollzeitbeschäftigung = 1 oder 100% bzw. Angabe der Wochenstunden)

## B. Angaben zur Berechnung des Förderbetrages

1. Anzahl der am 31.12.2018 qualifizierten, einsatzbereiten Ehrenamtlichen:

Die Koordinationskraft hat geprüft, dass die Ehrenamtlichen am 31.12.2018 tatsächlich zur Verfügung standen.

\_\_\_\_\_

**Nach § 5 Abs. 7 der Rahmenvereinbarung ist die Anzahl der einsatzbereiten Ehrenamtlichen und deren Teilnahme an einer Erstqualifizierung nachzuweisen. Hierfür kann das Muster nach Anlage 2 der Rahmenvereinbarung genutzt werden. Auf Anforderung ist der Nachweis über die Teilnahme an der Erstqualifizierung vorzulegen.**

## 2. Gesamtanzahl der förderfähigen Sterbebegleitungen im Jahre 2018 für

Erwachsene \_\_\_\_\_  Kinder \_\_\_\_\_  
(Wert wird berechnet) (Wert wird berechnet)

Die Gesamtzahl der geleisteten Sterbebegleitungen ist differenziert nach Kassenarten mit der Anlage 8 anzugeben.

Den einzelnen Krankenkassen ist die Anlage 5 bis zum 31.03.2019 zur Verfügung zu stellen.

Es wurden Sterbebegleitungen erbracht:

- für Versicherte in deren Haushalt oder Familie

Erwachsener	Kind	PKV*	Erwachsener	Kind	GKV
_____	_____	(Versicherte der privaten Krankenversicherung)	_____	_____	(Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung)

- für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen

Erwachsener	Kind	PKV*	Erwachsener	Kind	GKV
_____	_____	(Versicherte der privaten Krankenversicherung)	_____	_____	(Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung)

- für Versicherte in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder der Kinder- und Jugendhilfe

Erwachsener	Kind	PKV*	Erwachsener	Kind	GKV
_____	_____	(Versicherte der privaten Krankenversicherung)	_____	_____	(Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung)

- für Versicherte in Krankenhäusern im Auftrag des jeweiligen Krankenhausträgers; auf Anforderung ist hierüber der Nachweis vorzulegen.

Erwachsener	Kind	PKV*	Erwachsener	Kind	GKV
_____	_____	(Versicherte der privaten Krankenversicherung)	_____	_____	(Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung)

**\*nur am Förderverfahren teilnehmende PKV einschließlich PBeaKK und KVB**

Die festgestellten fachlich verantwortlichen Fachkräfte haben, mit erteilter Ausnahmegenehmigung durch die jeweilige Krankenkasse, somit ausschließlich für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, Sterbebegleitung durchgeführt:

Erwachsener	Kind
_____	_____

3. Dem ambulanten Hospizdienst sind im Jahr 2018 Personal- und Sachkosten entstanden. Erhöhte Personalkosten (nach § 5 Abs. 9 der Rahmenvereinbarung) werden für das laufende Förderjahr 2019 geltend gemacht (Buchstabe b.).

a. Personalkosten der fest angestellten fachlich verantwortlichen Fachkräfte (Anlage 2) \_\_\_\_\_ EUR

inklusive erhöhter Personalkosten gemäß § 5 Abs. 9, die im Förderjahr 2018 geltend gemacht wurden

Bitte für jede Fachkraft die Anlage 2 ausfüllen und entsprechende Nachweise beifügen.

b. Erhöhte Personalkosten nach § 5 Abs. 9 der Rahmenvereinbarung (Anlage 2a) \_\_\_\_\_ EUR

Bitte für jede Fachkraft die Anlage 2a ausfüllen.

c. Fort- und Weiterbildungskosten für Ehrenamtliche (keine Nachweise notwendig) \_\_\_\_\_ EUR  
Multiplikation: Anzahl Ehrenamtliche (B.1) mit Pauschalbetrag in Höhe von 100 EUR.

d. Kosten für Supervisionen und Erstqualifikationen der Ehrenamtlichen (Anlage 3) \_\_\_\_\_ EUR

e. Sachkosten (Anlage 4) (Belege sind auf Anforderung vorzulegen) \_\_\_\_\_ EUR

f. Zuschuss/Aufwandfinanzierung durch Andere: \_\_\_\_\_ EUR

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

g. Bislang **nicht refinanzierte Gesamtkosten im Jahre 2018** (Kosten (a. + b. + c. + d. + e.) abzüglich Zuschuss/Aufwandfinanzierung (f.)) \_\_\_\_\_ **EUR**

4. Der gemeinsame Erhebungsbogen der nordrheinischen Krankenkassen(-Verbände) (Anlage 1) ist beigefügt, weil

die Förderung erstmalig beantragt wird (Neuantragsteller)

Änderungen gegenüber der Förderung für das Jahr 2018 eingetreten sind. Bei Änderungen bitte nur den entsprechenden Auszug des Erhebungsbogen mit der Erklärung (Punkt D) ausgefüllt einreichen.

Liegen keine Änderungen vor, ist der gemeinsame Erhebungsbogen **nicht** beizufügen!

## C. Erklärung

Der Antragsteller bestätigt, dass die Angaben in diesem Antrag auf Förderung mit den Büchern, Belegen und Unterlagen übereinstimmen (ein zahlenmäßiger Nachweis wird geführt), zur Prüfung bereitgehalten und auf Anforderung der Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

Sollten aufgrund von falschen Angaben Förderbeträge unrechtmäßig zur Auszahlung gelangt sein, besteht seitens der auszahlenden Stelle ein unverzüglicher Anspruch auf Rückzahlung bzw. Auf- und Verrechnung des zu viel gezahlten Förderbetrages.

Der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, dass die auszahlende Stelle die angegebenen Daten zum Zwecke der Überprüfung und Abwicklung der Förderung weiter verwenden kann. Darüber hinaus verpflichtet sich der ambulante Hospizdienst, Förderbeträge, die die tatsächlichen Aufwendungen überschreiten, der auszahlenden Stelle unverzüglich mitzuteilen und auf deren Anforderung hin zu erstatten.

## D. Qualität der ambulanten Hospizarbeit

Der ambulante Hospizdienst versichert, dass die in der Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 Satz 8 SGB V geforderten Voraussetzungen zur Förderung sowie Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit erfüllt werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (Vorstand/Geschäftsführer)  
(Stempel des Hospizdienstes)

---

Unterschrift der fest angestellten fachlich verantwortlichen Fachkraft für Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit

---

Unterschrift der fest angestellten fachlich verantwortlichen Fachkraft für Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit