

**Landesverbände der
Krankenkassen
in Nordrhein**

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
BKK-Landesverband NORTHWEST
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

**Gemeinsamer
Erhebungsbogen**

der nordrheinischen Krankenkassen(-Verbände) für **ambulante Hospizdienste**

A. Allgemeine Angaben

1. **Name des ambulanten
Hospizdienstes**

Straße

PLZ/Ort

Institutionskennzeichen (IK)

**Nur angeben, wenn noch kein IK
vorhanden ist:**

Das IK wurde bei der Arbeitsge-
meinschaft Institutionskennzei-
chen (SVI) im Hause der Deut-
schen Gesetzlichen Unfallversi-
cherung (DGUV)

Alte Heerstraße 111,
53757 St. Augustin beantragt am

2. Der Hospizdienst besteht seit _____

3. Sterbebegleitungen werden geleistet seit _____

4. Der ambulante Hospizdienst arbeitet im lokalen und kommunalen Verbund mit folgenden Initiativen des sozialen Engagements eng zusammen:

5. Der ambulante Hospizdienst arbeitet mit dem zugelassenen Pflegedienst zusammen, der über palliativ-pflegerische Erfahrung verfügt:

Name

Anschrift

6. Der ambulante Hospizdienst arbeitet mit dem approbierten Arzt zusammen, der über palliativ-medizinische Erfahrung verfügt:

Name

Anschrift

7. Eine kontinuierliche Praxisbegleitung/Supervision der Ehrenamtlichen wird gewährleistet durch:

Name

Anschrift

B. Personelle Ausstattung des ambulanten Hospizdienstes

(Bitte für jede(n) fest angestellte fachlich verantwortliche Kraft/Koordinator(in) einen gesonderten Nachweis ausfüllen)

1. Angaben zur fest angestellten fachlich verantwortlichen Kraft/Koordinator(in)

Name: _____

Vorname: _____

Koordinator(in) des Hospizdienstes seit: _____

Die o. g. Kraft erfüllt mindestens folgende Voraussetzung:

a) Die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankenschwester/Krankenpfleger | <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger(in) |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrankenschwester/
Kinderkrankenpfleger | <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkranken-
Pfleger(in) |
| <input type="checkbox"/> Altenpfleger(in) | |

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.
(Bitte eine Kopie der entsprechenden Berufsurkunde beifügen)

Abgeschlossene Universitäts- bzw. Fachhochschulausbildung oder Berufsausbildung aus dem Bereich

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pflege | <input type="checkbox"/> Theologie | <input type="checkbox"/> Sozialwissenschaft |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädagogik | <input type="checkbox"/> Medizin | <input type="checkbox"/> Pädagogik |
| <input type="checkbox"/> Sozialarbeit | <input type="checkbox"/> Erziehung | <input type="checkbox"/> Heilpädagogik |
| <input type="checkbox"/> andere abgeschlossene Studiengänge oder Berufsausbildungen (sind im Einzelfall zu prüfen) | | |

(Bitte eine Kopie des Nachweises über den Abschluss des Studienganges oder der Berufsausbildung beifügen)

b) Die o. g. Kraft hat eine hauptberufliche Tätigkeit in dem genannten Beruf mindestens drei Jahre ausgeübt:

von _____ bis _____

von _____ bis _____

von _____ bis _____

von _____ bis _____

(Bitte eine Kopie des Nachweises z. B. in Form des Arbeitszeugnisses beifügen)

- c) Abschluss einer Palliative Care-Weiterbildungsmaßnahme¹ (Curriculum Palliative Care; Kern, Müller, Aurnhammer, Bonn oder andere nach Stundenzahl und Inhalten gleichwertige Curricula). ja nein
- Abschluss einer Pädiatrischen Palliative Care-Weiterbildung² (Curriculum Pädiatrische Palliative Care, oder andere nach Stundenzahl und Inhalt gleichwertige Curricula) für ambulante Kinderhospize. ja nein
- Zusatzmodul Pädiatrische Palliativ Care (40 Stunden) für Fachkräfte, die bereits eine Palliative Care-Weiterbildung absolviert haben, liegt vor². ja nein
- d) Nachweis eines Koordinatoren-Seminars (40 Stunden)³ ja nein
- e) Nachweis eines Seminars zur Führungskompetenz (80 Stunden) ja nein

(Bitte stets eine Kopie der Nachweise beifügen)

2. Die o.g. Kraft ist für mehrere ambulante Hospizdienste tätig

nein ja, nähere Angaben

Name, Anschrift der Hospizdienste sowie wöchentlicher Stundenumfang der Beschäftigung

3. Die wöchentliche Arbeitszeit der o. g. Kraft beträgt _____ Stunden.

1. Eine dreijährige Tätigkeit auf einer Palliativstation, in einem stationären Hospiz oder in einem Palliativpflegedienst entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt.
2. Eine dreijährige Tätigkeit auf einer Kinderpalliativstation, in einem stationären Kinderhospiz oder in einem Kinderpalliativdienst entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt.
3. Eine dreijährige Tätigkeit als Koordinator in einem Hospizdienst unter regelmäßiger Supervision entspricht diesem Nachweis und wird anerkannt. Andere Anerkennungen müssen im Einzelfall geprüft werden.

4. Die fachlich verantwortliche Kraft/Koordinator(in) ist insbesondere für folgende Aufgaben zuständig, die auch von ihr durchgeführt werden:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Koordination der Aktivitäten des ambulanten Hospizdienstes (Patientenerstbesuch, Einsatzplanung/ Einsatzsteuerung Ehrenamtlicher) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b) Gewinnung Ehrenamtlicher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c) Herstellung des Kontaktes zwischen den sterbenden Menschen und Ehrenamtlichen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| d) Begleitung der Ehrenamtlichen (Praxisbegleitung zur Unterstützung/Supervision) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| e) Gewährleistung der Schulung/Qualifizierung Ehrenamtlicher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| f) Sicherstellung der ständigen Erreichbarkeit des Hospizdienstes, auch unter Einbindung der Ehrenamtlichen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

C. Ehrenamtliche

1. Im vorangegangenen Kalenderjahr wurden folgende Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen durchgeführt:

(ggf. separates Blatt nutzen)

2. Im vorangegangenen Kalenderjahr wurden Maßnahmen zur Gewinnung von Ehrenamtlichen durchgeführt:

(ggf. separates Blatt nutzen)

D. Erklärung

Der ambulante Hospizdienst erklärt, dass die in der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu den Inhalten, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Freien Wohlfahrtspflege sowie dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband e. V. geforderten Voraussetzungen erfüllt werden, insbesondere, dass ein geeignetes Dokumentationssystem (§ 3 Abs. 4 der Rahmenvereinbarung) vorgehalten wird.

Der ambulante Hospizdienst verpflichtet sich, jegliche Änderungen zum Punkt B unverzüglich mitzuteilen.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel des Hospizdienstes

Institutionskennzeichen (IK)

Unterschrift (Vorstand/Geschäftsführer)