

## Antrag zur Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V von Erwachsenenospizdiensten für das Jahr 2025

**Der Antrag ist** bis spätestens 28.02.2025 (spätester Posteingang) an „Die Verbände der Krankenkassen in Hessen“, bitte direkt an Ihren jeweiligen Ansprechpartner bei der Knappschaft bzw. bei der SVLFG, zu senden.  
**Nur Erstanträge** sind an „Die Verbände der Krankenkassen in Hessen c/o Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Hr. Schnegelsberg – persönlich - Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel“, einzusenden.

 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

E-Mail

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 (TT.MM.JJJJ):

Kooperierender Pflegedienst mit palliativ-pflegerischen Erfahrungen

Kooperierender Arzt mit palliativ-medizinischen Erfahrungen

Maßnahmen zur Sicherung der zuverlässigen 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 erbring/ 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)  Von bis	Im ambulanten Hospizdienst beschäftigt seit (Monat und Jahr)
Weiterbildung Palliative Care nach § 4c der RV Erw (bitte Jahr des Abschlusses angeben)	Koordinatorensseminar nach § 4d RV Erw - bitte Jahr angeben -, oder 3 Jahre Koordinatorentätigkeit - bitte Zeitraum angeben		Seminar Führungskompetenz nach § 4e RV Erw (bitte Jahr angeben)
Ist die verantwortliche Kraft für weitere ambulante Hospizdienste tätig?			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Namen und Anschrift des AHD angeben)			
Bitte die Anzahl der am 31.12.2024 einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen <u>des anderen</u> 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)  Von bis	Im ambulanten Hospizdienst beschäftigt seit (Monat und Jahr)
Weiterbildung Palliative Care nach § 4c der RV Erw (bitte Jahr des Abschlusses angeben)	Koordinatorensseminar nach § 4d RV Erw - bitte Jahr angeben -, oder 3 Jahre Koordinatorentätigkeit - bitte Zeitraum angeben		Seminar Führungskompetenz nach § 4e RV Erw (bitte Jahr angeben)
Ist die verantwortliche Kraft für weitere ambulante Hospizdienste tätig?			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Namen und Anschrift des AHD angeben)			
Bitte die Anzahl der am 31.12.2024 einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen des anderen AHD angeben			
<b>Für evtl. weitere verantwortliche Kräfte bitte separates Blatt verwenden.</b>			

<b>D Angaben zur Berechnung der Fördersumme</b>				
Anzahl der <b>am 31.12.2024</b> qualifizierten, einsatzbereiten <b>ehrenamtlichen Personen</b> (Nachweis - siehe <b>Anlage 1</b> )				
Anzahl aller im Kalenderjahr 2024 <b>abgeschlossenen für die Berechnung relevanten Sterbebegleitungen</b> (bei Kindern- und Jugendlichen werden zusätzlich die am 31.12.2024 noch laufenden Begleitungen berücksichtigt, sofern diese vor dem 01.11.2024 begonnen wurden)				<b>Gesamtsumme (GKV &amp; PKV)</b>
<b><u>Sterbebegleitungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2024</u></b>				
Gesamt				
davon Sterbebegleitungen bei <b>Erwachsenen</b>	im eigenen Haushalt oder Familie	im Krankenhaus	in Pflegeeinrichtung	in Einrichtung der Eingliederungs-/Kinder- und Jugendhilfe
davon Sterbebegleitungen bei <b>Kindern</b> (nach § 1 Abs. 5, die vom AHD für Erwachsene erbrachten Sterbebegleitungen bei Kindern hier angeben)	im eigenen Haushalt oder Familie	im Krankenhaus	in Pflegeeinrichtung	in Einrichtung der Eingliederungs-/Kinder- und Jugendhilfe
<b><u>Sterbebegleitungen für Versicherte der privaten Krankenversicherungen (PKV) 2024</u></b>				
Gesamt				
davon Sterbebegleitungen bei <b>Erwachsenen</b>	im eigenen Haushalt oder Familie	im Krankenhaus	in Pflegeeinrichtung	in Einrichtung der Eingliederungs-/Kinder- und Jugendhilfe
davon Sterbebegleitungen bei <b>Kindern</b> (nach § 1 Abs. 5, die vom AHD für Erwachsene erbrachten Sterbebegleitungen bei Kindern hier angeben)	im eigenen Haushalt oder Familie	im Krankenhaus	in Pflegeeinrichtung	in Einrichtung der Eingliederungs-/Kinder- und Jugendhilfe
<b>Bitte die Anzahl der Sterbebegleitungen 2024 <u>nach gesetzlichen Krankenkassen</u> unterteilen:</b>				
<u>Gesetzliche Krankenversicherung</u>				
AOK Hessen	Barmer	DAK	hkk	KKH
				Techniker KK
				HEK
SVLFG (LKK)	Knappschaft			
BKKen	<b>bitte gesonderte Liste der <u>einzelnen</u> BKKen beifügen</b>			
IKKen	<b>bitte gesonderte Liste der <u>einzelnen</u> IKKen beifügen</b>			

## E Angaben zu den Personal-, Schulungs- und Sachkosten im Jahr 2024

(Bitte die entsprechenden Nachweise in Kopie beifügen)

**Bitte beachten Sie die Hinweise zu den erstattungsfähigen Kosten in der beiliegenden Übersicht zur Antragstellung!**

<p>Personalkosten Fachkraft/Fachkräfte im Jahr 2024 (Nachweis der Personalkosten <u>nur</u> durch Gehaltsabrechnung für <u>Dezember 2024</u>, inkl. Jahressummen oder Ausdruck Lohnjournal möglich, Aufstellung s. <b>Anlage 2</b>)</p> <p>Personalkosten Fachkraft, die im Jahr 2025 eingestellt wird (§ 6 Abs. 7 Rahmenvereinbarung/Arbeitsvertrag ist in Kopie beizufügen)</p> <p>Kosten für Arbeitszeiterhöhung im Jahr 2025 (§ 6 Abs. 7 Rahmenvereinbarung/Änderungsvertrag zum Arbeitsvertrag ist in Kopie beizufügen)</p> <p>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 2024 (RV § 5 Abs. 2) <b>(Anlage 3)</b></p> <p>Externe Supervisionskosten der Ehrenamtlichen im Jahr 2024 (RV § 5 Abs. 3+4) <b>(Anlage 4)</b></p> <p>Kosten für Erstqualifizierung der Ehrenamtlichen im Jahr 2024 (RV § 5 Abs. 3+4) <b>(Anlage 5)</b></p>	
<p>Sachkosten im Jahr 2024 <b>(Anlage 6)</b> Belege sind <u>NICHT</u> einzureichen jedoch für eine spätere Prüfung vorzuhalten</p>	
<p>Wenn im Jahr 2024 prospektiv Personalkosten wegen Einstellung einer weiteren Fachkraft bzw. Aufstockung der Arbeitszeit der bisher angestellten Fachkraft (§ 6 Abs. 7 der Rahmenvereinbarung) gefördert wurden, wurde dann die neu geschaffene Stelle oder die zusätzlichen Stunden, wie beantragt, umgesetzt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein (wenn „Nein“, welche Änderungen gab es?)</p>
<p>Wurden im Jahr 2024 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?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja (wenn „Ja“, welche?)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Folgender Tarifvertrag kommt zur Anwendung:</p>	
<p>Wir sind damit einverstanden / nicht einverstanden, dass bei der Bearbeitung des Antrags bei Bedarf die KASA, der HPVH oder der Wohlfahrtsverband hinzugezogen werden können. (<u>Nicht Zutreffendes bitte streichen</u>)</p>	

<b>Wir bestätigen die Richtigkeit aller Angaben.</b>	
<p>Ort, Datum</p>	<p>rechtsverbindliche Unterschrift</p>