

## Antrag zur Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V für Erwachsene im Jahr 2026

**Der Antrag ist** bis spätestens 28.02.2026 (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 erbringt/ 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 31.12.2025 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 31.12.2025 einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen des anderen AHD angeben			
<b>Für evtl. weitere verantwortliche Kräfte bitte separates Blatt verwenden.</b>			

D Angaben zur Berechnung der Fördersumme				
Anzahl der am <b>31.12.2025</b> qualifizierten, einsatzbereiten <b>ehrenamtlichen Personen</b> (Nachweis - siehe <b>Anlage 1</b> )				
Anzahl aller im Kalenderjahr 2025 <b>abgeschlossenen</b> für die Berechnung relevanten Sterbebegleitungen (bei Kindern- und Jugendlichen werden zusätzlich die am 31.12.2025 noch laufenden Begleitungen berücksichtigt, sofern diese vor dem 01.11.2025 begonnen wurden)				<b>Gesamtsumme (GKV &amp; PKV)</b>
<b><u>Sterbebegleitungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2025</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) 2025</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 2025 <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 2025

(Bitte die entsprechenden Nachweise in Kopie beifügen)

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

Personalkosten Fachkraft/Fachkräfte im Jahr 2025

(Nachweis der Personalkosten nur durch Gehaltsabrechnung für Dezember 2025, inkl. Jahressummen oder Ausdruck Lohnjournal möglich, Aufstellung s. **Anlage 2**)

Personalkosten Fachkraft, die im Jahr 2026 eingestellt wird

(§ 6 Abs. 7 Rahmenvereinbarung/Arbeitsvertrag ist in Kopie beizufügen)

Kosten für Arbeitszeiterhöhung im Jahr 2026

(§ 6 Abs. 7 Rahmenvereinbarung/Änderungsvertrag zum Arbeitsvertrag ist in Kopie beizufügen)

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 2025 (RV § 5 Abs. 2) **(Anlage 3)**

Externe Supervisionskosten der Ehrenamtlichen im Jahr 2025 (RV § 5 Abs. 3+4) **(Anlage 4)**

Kosten für Erstqualifizierung der Ehrenamtlichen im Jahr 2025 (RV § 5 Abs. 3+4) **(Anlage 5)**

Sachkosten im Jahr 2025 **(Anlage 6)**

Belege sind NICHT einzureichen jedoch für eine spätere Prüfung vorzuhalten

Wenn im Jahr 2025 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?

☐ Ja

☐ Nein  
(wenn „Nein“, welche Änderungen gab es?)

Wurden im Jahr 2025 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?

☐ Ja  
(wenn „Ja“, welche? Bitte Nachweis beifügen)

☐ Nein

Folgender Tarifvertrag kommt zur Anwendung:

Wir sind damit einverstanden / nicht einverstanden, dass bei der Bearbeitung des Antrags bei Bedarf die KASA, der HPVH oder der Wohlfahrtsverband hinzugezogen werden können. (Nicht Zutreffendes bitte streichen)

### Wir bestätigen die Richtigkeit aller Angaben.

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift