

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 Sterbegleitungen 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 Sterbegleitungen 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)	Im ambulanten Hospizdienst beschäftigt seit (Monat und Jahr)
		Von	bis	
Weiterbildung Palliative Care nach § 4c der RV Erw (bitte Jahr des Abschlusses angeben)	Koordinatorenseminar 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)	Im ambulanten Hospizdienst beschäftigt seit (Monat und Jahr)
Weiterbildung Palliative Care nach § 4c der RV Erw (bitte Jahr des Abschlusses angeben)		Von bis		
Koordinatorenskript nach § 4d RV Erw - bitte Jahr angeben -, oder 3 Jahre Koordinatorenaktivität - 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				
Für evtl. weitere verantwortliche Kräfte bitte separates Blatt verwenden.				

D Angaben zur Berechnung der Fördersumme

Anzahl der **am 31.12.2025** qualifizierten, einsatzbereiten **ehrenamtlichen Personen**
(Nachweis - siehe **Anlage 1**)

Anzahl aller im Kalenderjahr 2025 **abgeschlossenen** 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)

**Gesamtsumme
(GKV & PKV)**

Sterbebegleitungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2025

Gesamt

davon Sterbebegleitungen bei Erwachsenen	im eigenen Haushalt oder Familie	im Krankenhaus	in Pflegeeinrichtung	in Einrichtung der Eingliederungs-/Kinder- und Jugendhilfe
davon Sterbebegleitungen bei Kindern (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

Sterbebegleitungen für Versicherte der privaten Krankenversicherungen (PKV) 2025

Gesamt

davon Sterbebegleitungen bei Erwachsenen	im eigenen Haushalt oder Familie	im Krankenhaus	in Pflegeeinrichtung	in Einrichtung der Eingliederungs-/Kinder- und Jugendhilfe
davon Sterbebegleitungen bei Kindern (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

Bitte die Anzahl der Sterbebegleitungen 2025 nach gesetzlichen Krankenkassen unterteilen:

<u>Gesetzliche Krankenversicherung</u>	AOK Hessen	Barmer	DAK	hkk	KKH	Techniker KK	HEK	
SVLFG (LKK)	Knappschaft							
BKKen	bitte gesonderte Liste der <u>einzelnen</u> BKKen beifügen							
IKKen	bitte gesonderte Liste der <u>einzelnen</u> IKKen beifügen							

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 <u>nur</u> durch Gehaltsabrechnung für <u>Dezember 2025</u> , 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 <u>NICHT</u> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja (wenn „Ja“, welche? Bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> 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. <u>(Nicht Zutreffendes bitte streichen)</u>	

Wir bestätigen die Richtigkeit aller Angaben.

Ort, Datum	rechtsverbindliche Unterschrift
------------	---------------------------------