

Antrag zur Förderung ambulanter Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V für Kinder, Jugendliche und junge 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 RV KiJu (bitte Jahr des Abschlusses angeben)	Koordinatorensseminar nach § 4d RV KiJu - bitte Jahr angeben -, oder 3 Jahre Koordinatorentätigkeit - bitte Zeitraum angeben		Seminar Führungskompetenz nach § 4e RV KiJu (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 RV KiJu (bitte Jahr des Abschlusses angeben)	Koordinatorensseminar nach § 4d RV KiJu - bitte Jahr angeben -, oder 3 Jahre Koordinatorentätigkeit - bitte Zeitraum angeben		Seminar Führungskompetenz nach § 4e RV KiJu (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)
<u>Sterbebegleitungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2025</u>				
Gesamt				
davon Sterbebegleitungen bei Kindern	im eigenen Haushalt oder Familie	im Krankenhaus	in Pflegeeinrichtung	in Einrichtung der Eingliederungs-/Kinder- und Jugendhilfe
davon Anzahl der Begleitungen einer Familie mit einem sterbenden Elternteil (§ 6 Abs. 8 der Rahmenvereinbarung für Kinder- und Jugendhospizdienste)	im eigenen Haushalt oder Familie	im Krankenhaus	in Pflegeeinrichtung	in Einrichtung der Eingliederungs-/Kinder- und Jugendhilfe
<u>Sterbebegleitungen für Versicherte der privaten Krankenversicherungen (PKV) 2025</u>				
Gesamt				
davon Sterbebegleitungen bei Kindern	im eigenen Haushalt oder Familie	im Krankenhaus	in Pflegeeinrichtung	in Einrichtung der Eingliederungs-/Kinder- und Jugendhilfe
davon Anzahl der Begleitungen einer Familie mit einem sterbenden Elternteil (§ 6 Abs. 8 der Rahmenvereinbarung für Kinder- und Jugendhospizdienste)	im eigenen Haushalt oder Familie	im Krankenhaus	in Pflegeeinrichtung	in Einrichtung der Eingliederungs-/Kinder- und Jugendhilfe

Bitte die Anzahl der Sterbebegleitungen 2025 <u>nach gesetzlichen Krankenkassen</u> 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 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