

**Musterantrag**  
**Förderung der Koordination von Aktivitäten in regionalen Hospiz-  
und Palliativnetzwerken durch eine Netzwerkkoordinatorin/einen  
Netzwerkkoordinator**  
**gemäß § 39 d SGB V**  
**für das Förderjahr 2025**

Anschrift zuständige Stelle

**Antragsfrist:**

**bis 30. September des Vorjahres**

Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 39 d SGB V benötigt.

Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte, unterschriebene und fristgerecht eingereichte Anträge für die Förderung berücksichtigt werden können. Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

**I. Angaben zum Antragsteller**

Name des Hospiz- und Palliativnetzwerkes (HPNW):

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ Ort):

Telefon: ..... Fax:  
E-Mail: ..... Internetseite:

Zugehörigkeit zu dem Landkreis/ Regionalverband:

beantragter Förderzeitraum: ..... von ..... bis

**Bankverbindung**

Für die Überweisung der Fördermittel ist die Angabe eines eigens für das Netzwerk eingerichteten Kontos bzw. zumindest einer eigenen Kostenstelle notwendig.

Name des Kontoinhabers:  
Anschrift des Kontoinhabers:  
Name der Bank:  
IBAN (22-stellig):  
Kostenstelle des HPNW:

**II. Angaben der Netzwerkkoordinatorin/des Netzwerkkoordinators:**

Name:  
Telefon: ..... Fax:  
E-Mail:

Ist die Netzwerkkoordinatorin/der Netzwerkkoordinators beim HPNW beschäftigt?  
 ja  nein

Welche Aufgaben übernimmt die Netzwerkkoordinatorin/ der Netzwerkkoordinator im Rahmen der übergreifenden Koordinierungstätigkeiten?

1. Unterstützung der Kooperation der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes und Abstimmung und Koordination ihrer Aktivitäten im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
---	--

2. Information der Öffentlichkeit über die Tätigkeiten und Versorgungsangebote der Mitglieder des regionalen Hospiz— und Palliativnetzwerkes in enger Abstimmung mit weiteren informierenden Stellen auf Kommunal— und Landesebene	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
3 Initiierung, Koordinierung und Vermittlung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Hospiz- und Palliativversorgung sowie Organisation und Durchführung von Schulungen zur Netzwerktätigkeit, soweit dies zur Erreichung eines gemeinsamen Verständnisses für die Zusammenarbeit im Netzwerk erforderlich ist	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
4 Organisation regelmäßiger Treffen der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes zur stetigen bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen und zur gezielten Weiterentwicklung der Versorgungsangebote entsprechend dem regionalen Bedarf	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
5. Unterstützung von Kooperationen der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes mit anderen Beratungs- und Betreuungsangeboten wie Pflegestützpunkten, lokalen Demenznetzwerken, Einrichtungen der Altenhilfe sowie kommunalen Behörden und kirchlichen Einrichtungen	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
6. Ermöglichung eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches mit anderen koordinierenden Personen und Einrichtungen auf Kommunal- und Landesebene	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein

Werden von der Netzwerkkoordinatorin /dem Netzwerkkoordinator zusätzliche Aufgaben für einen Netzwerkpartner wahrgenommen?

ja             nein

Wenn ja, in welchem Umfang?

Nimmt die Netzwerkkoordinatorin/ der Netzwerkkoordinator eine neutrale Rolle ein?

ja             nein

### III. Angaben zum HPNW:

Seit wann besteht das HPNW?

Förderbestätigung des Landkreises /des Regionalverbandes

Liegt für die beantragte Förderlaufzeit vor (**Anlage 1**)

ja             nein

Wurde im Vorjahr ein Förderantrag gestellt?

ja             nein

### IV. Projekt-Finanzierungsplan für die Netzwerkkoordination durch die Netzwerkkoordinatorin/ den Netzwerkkoordinator für das Förderjahr 2025

### 1. Personalausgaben

1.1 Stellenanteil der Netzwerkkoordinatorin/des Netzwerkkoordinators für die Netzwerkkoordination im Förderjahr	VZÄ
1.2 Tarifliche Eingruppierung (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
1.3 Wenn ja, bitte angeben welches Tarifwerk Entgeltgruppe /Erfahrungsstufe	
1.4 Sozialabgaben	€
<b>Personalausgaben (gesamt)</b>	€

### 2. Sachausgaben (Einzelpositionen sind inhaltlich in einer Anlage weiter auszuführen)

2.1 Reisekosten der Netzwerkkoordinatorin	€
2.2. Aufwendung zur Fortbildung des Netzwerkkoordinators	€
2.3 (anteilige) Mietkosten	€
2.4. (anteilige) Mietnebenkosten, inkl. Energie- und Reinigungskosten	€
2.5 Aufwendungen für Büro- und Geschäftsbedarf	€
2.6 Post- und Telekommunikationsgebühren	€
2.7. Sonstige Aufwendungen:	€
•	€
•	€
•	€
<b>Sachausgaben (gesamt)</b>	€
<b>Personal- und Sachausgaben (gesamt)</b>	€

### 3. Finanzierung des Netzwerkes bezogen auf die Gesamtausgaben

Finanzielle Mittel anderer Stellen (z.B. kommunale Fördermittel/ Spenden)	€
• Eigenmittel	€
• Förderbetrag des Landkreises/Regionalverband (beantragt)	€
• Zuwendungen Dritter (z.B. aus Stiftungen, Spenden etc.)	€
• Sonstige Mittel (ggf. Übertrag aus Vorjahr)	€
<b>Gesamteinnahmen des Netzwerkes: (ohne beantragte GKV-Fördermittel)</b>	€

Es wird eine Förderung beantragt in Höhe von

€

Dem Antrag sind folgende Anlagen beigefügt:

- Förderbestätigung des Kreises/ der kreisfreien Stadt mit Angabe des zugesagten Förderbetrages und des Förderzeitraumes (gem. § 3 Abs. 10 der Förderrichtlinie § 39d SGB V) **(Anlage 1)**
- Schriftliche Kooperationsvereinbarung der am Netzwerk beteiligten Akteurinnen und Akteure (gem. § 3 Abs. 6 der Förderrichtlinie § 39d SGB V) **(Anlage 2)**
- Konzept für das Netzwerk (gem. § 3 Abs. 7 der Förderrichtlinie § 39d SGB V) **(Anlage 3)**
- Ergänzende Angaben zum Ausgaben- und Finanzierungsplan  
oder besser: Finanzierungsplan für die Netzwerkkoordination (gem. § 3 Abs. 9 der Förderrichtlinie § 39d SGB V) **(Anlage 4)**
- Arbeitsvertrag der Netzwerkkoordinatorin/ des Netzwerkkoordinators (vgl. § 3 Abs. 8 der Förderrichtlinie § 39d SGB V)  
oder: Falls die Netzwerkkoordinatorin/ der Netzwerkkoordinator nicht beim HPNW beschäftigt ist, fügen Sie bitte eine Begründung bei, warum eine Beschäftigung nicht gegeben ist.

#### 4. Erklärung

Der Antragstellende erklärt, dass:

- bei Erhalt der Förderung die Gesamtfinanzierung des Vorhabens für das beantragte Haushaltsjahr gesichert ist.
- die Netzwerkkoordination nicht mit kommerziellen Interessen wie der Vermarktung von Fort- und Weiterbildung oder der Bewerbung von Leistungen und Produkten verknüpft werden soll
- die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit eingehalten werden.
- keine Doppelförderung/ -finanzierung der beantragten Kostenpositionen stattfindet
- mit dem Netzwerk keine Doppelstrukturen geschaffen werden sollen,
- die Fördermittel nur zur Deckung der Kosten verwendet werden, die im Bewilligungszeitraum entstehen.
- er sich bereit erklärt, nicht verwendete oder nicht zulässig verwendete Mittel an die fördernde Stelle zurückzuzahlen, sofern diese nicht in das nächste Jahr übertragen werden. Dazu ist der fördernden Stelle – bei vorliegender Bewilligung- bis zum im Bewilligungsschreiben genannten Termin ein entsprechender Verwendungsnachweis für das vorangegangene Kalenderjahr vorzulegen.
- dass ihm bekannt ist, dass bei einer Förderung kein Anspruch auf Anschlussförderung im Folgejahr bzw. auf Dauerförderung besteht
- dass ihm bekannt ist, dass die gesetzlichen Regelungen des § 39d SGB V sowie die „Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Koordination der Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine Netzwerkkordinatorin oder einen Netzwerkkordinator nach § 39d Abs. 3 SGB V“ gelten.

Weiterhin erklären wir, dass die Angaben im Förderantrag richtig und vollständig sind und wir stellvertretend für das Hospiz- und Palliativnetzwerk die Fördermittel in Empfang nehmen. Wir sind für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes sowie die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises verantwortlich.

Ort, Datum

Unterschrift  
1. Vertretungsberechtigter

Unterschrift  
ggf. 2. Vertretungsberechtigter

Hinweis zum Datenschutz:

Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgt ausschließlich im Rahmen des gesetzlich notwendigen Verfahrens zur Förderung nach § 39 d Abs. 3 SGB V in Verbindung mit der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Koordination der Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine Netzwerkkoordinatorin oder einen Netzwerkkoordinator nach § 39 d Abs. 3 SGB V in der Fassung vom 31.03.2022 i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit.e DSGVO.

Im Rahmen des Antragsverfahrens geben wir die Daten zusammen mit dem kompletten Antrag an die am Verfahren beteiligten Akteure weiter.

Wir verwenden die erhobenen Daten ausschließlich, um mit Ihnen zu kommunizieren und um das Antragsverfahren durchzuführen. Die Erfassung der Daten ist zur Durchführung des Antragsverfahrens zwingend erforderlich. Ein Widerspruch dagegen ist daher nicht möglich.