

# ARGE Selbsthilfeförderung Mecklenburg-Vorpommern

## Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung

nach § 20c SGB V

### Antragsunterlagen für die Förderung der

### Landesorganisationen der Selbsthilfe

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung gesetzlich vorgeschrieben (vgl. § 60 SGB I). Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20c SGB V benötigt (vgl. Antragsunterlagen). Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

#### **Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:**

- |           |  |
|-----------|--|
| Anlage 1: | Antragsformular für die Pauschalförderung                |
| Anlage 2: | Strukturerhebungsbogen                                   |
| Anlage 3: | Datenverwendungserklärung                                |
| Anlage 4: | Erklärung zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit |
| Anlage 5: | Verwendungsnachweis                                      |
| Anlage 6: | Kontaktadresse für die Antragstellung                    |

## **Antragsvordruck für die Beantragung pauschaler Fördermittel auf Landesebene gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr 2012**

<b>Name des Förderempfängers / des Landesverbandes:</b>	
[Redacted]	
[Redacted]	
<b>Anschrift:</b>	
[Redacted]	
[Redacted]	
<b>Telefon:</b>	[Redacted]
<b>Fax:</b>	[Redacted]
<b>Email:</b>	[Redacted]
<b>Internet:</b>	[Redacted]
<b>Bankverbindung:</b>	
Kontoinhaber:	[Redacted]
Kreditinstitut:	[Redacted]
Bankleitzahl:	[Redacted]
Kontonummer:	[Redacted]

### **AnsprechpartnerIn des Landesverbandes bei eventuellen Rückfragen zum Antrag:**

Name:	[Redacted]
Telefon:	[Redacted]
Fax:	[Redacted]
Email:	[Redacted]

## Antrag auf pauschale Förderung

(1) Bitte geben Sie an, wofür und in welcher Höhe der beantragte Zuschuss verwendet werden soll:  
(Ergänzende Informationen oder Erläuterungen können auf einem separaten Blatt vorgenommen werden.)

**Miete/Betriebskosten**

- für Landesgeschäftsstelle:

- für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern): EUR

**Verwaltungskosten**

- Personalkosten:

EUR

- Kommunikationsmedien (Telefon/Fax/Internet):

EUR

- Porto:

EUR

- Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten:

EUR

- Weitere Sachkosten:

EUR

**Fahrt-/Reisekosten** (bitte erläutern)

EUR

**Öffentlichkeitsarbeit** (z.B. Mitgliederzeitung/Medien/PR/Kongress-/Messebeteiligung)

EUR

**Qualifizierung / Fortbildung** (bitte erläutern, für welche Maßnahmen)

EUR

**Andere** (z.B. Mitgliedsbeiträge in Organisationen - bitte erläutern)

EUR

(2) **Voraussichtliche Einnahmen des Landesverbandes?**

Mitgliedsbeiträge

EUR

Öffentliche Zuschüsse (Bundes-, Landesmittel)

EUR

Zuschüsse Renten-/Unfallversicherung/Pflegeversicherung

EUR

Sponsoring (Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller etc.)

EUR

Eigenmittel (z.B. aus Zweckbetrieb)

EUR

Stiftungen

EUR

Andere Einnahmen (Lotterien, Bußgelder etc.)

EUR

Hat der Landesverband Fördermittel nach den §§ 45d i.V.m. 45c SGB XI für niederschwellige Betreuungsangebote beim Land oder einer Kommune beantragt?

Ja       Nein

Wenn ja, für welchen

Zweck:

EUR

(3) **Benötigte Fördermittel**

Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von:

EUR

Mit der Unterschrift bestätigt die Selbsthilfeorganisation sowohl ihre Antragstellung auf Pauschalmittel gemäß § 20c SGB V als auch die Einhaltung der Grundsätze der **Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit** (vgl. Anlage 4). Der Antragsteller verpflichtet sich weiter, die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen/-verbände zweckgebunden gemäß § 20c SGB V zu verwenden. [Anmerkung: Die Krankenkassen/-verbände behalten sich im Einzelfall vor, die ordnungsgemäße Verwendung der pauschalen Fördermittel zu prüfen. Bei vorsätzlich falschen Angaben ist die Krankenkasse/-verband berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern]

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

**Bitte beachten:**

**Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten eine zeitnahe Prüfung Ihres Förderantrages. Bei der Beantragung pauschaler Fördermittel im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung sind alle nachstehend aufgeführten Antragsunterlagen einzureichen.**

**Diesem Antrag sind folgende Anlagen beigelegt:**

- Strukturhebungsbogen (Anlage 2)
- Satzung des Landesverbandes
- Körperschaftssteuer Freistellungsbescheid des Finanzamtes
- Datenverwendungserklärung (Anlage 3)
- Haushaltsplan für das Antragsjahr (ggf. Entwurf)
- letzter genehmigter Jahresabschluss
- Mitteilung über die Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung
- Nachweis über die Mittelverwendung aus dem Vorjahr (Anlage 5)  
(sofern der Antragsteller im Vorjahr Pauschalmittel nach § 20c SGB V erhalten hat, ist die Verwendung dieser Mittel bis spätestens 31. März des Folgejahres nachzuweisen.)
  
- Die noch fehlenden Unterlagen reichen wir bis zum \_\_\_\_\_ nach.

## Strukturerhebungsbogen für die Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben: \_\_\_\_\_ (Datum)

Name des Landesverbandes:			
Anschrift:			
Vorsitzende(r)/Präsident(in):			
ggf. Geschäftsführer(in):			
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:		Internet:	

- (1) a) Gründungsjahr des Landesverbandes: \_\_\_\_\_
- b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister: \_\_\_\_\_
- c) Falls noch kein e.V., wann ist die Eintragung vorgesehen? \_\_\_\_\_
- d) Gründe für die Nichteintragung in das Vereinsregister: \_\_\_\_\_
- 

- (2) a) Gesamtzahl der Einzelmitglieder: \_\_\_\_\_
- b) Anzahl der zugehörigen örtlichen Selbsthilfegruppen im Land: \_\_\_\_\_

- (3) a) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge ?  Ja  Nein
- b) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages: \_\_\_\_\_ €

- (4) In welchen übergeordneten Organisationen ist Ihr Landesverband Mitglied?
- Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (LAG SELBSTHILFE)
- Landesverband des PARITÄTISCHEN e.V. (DPWV)
- Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände: \_\_\_\_\_
- Sonstige (z.B. Fachgesellschaften): \_\_\_\_\_
-

(5) Gibt es hauptberufliche Stellen im Landesverband:

nein, nur Ehrenamt  ja, Anzahl Stellen: [ ] mit Wochen-Gesamtarbeitszeit: [ ] Std.

(6) a) Name der Erkrankung/Behinderung:

[ ]

b) Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20c SGB V (Krankheitsobergruppen):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Kreislaufsystems   | <input type="checkbox"/> Hirnbeschädigungen   |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Muskel-Skelettsystems, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes | <input type="checkbox"/> Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten                |
| <input type="checkbox"/> Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/ Immundefekte           |
| <input type="checkbox"/> Allergische und asthmatische Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystem             | <input type="checkbox"/> Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes                          | <input type="checkbox"/> Infektiöse Krankheiten   |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen  | <input type="checkbox"/> Psychische und Verhaltensstörungen, Psychische Erkrankungen      |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen , chronische Krankheiten des Hautanhanggebildes und der Unterhaut   | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien  |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen  | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen   |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems  | <input type="checkbox"/> Organtransplantationen   |

c) Kurzbeschreibung der Erkrankung / Behinderung (ggf. Flyer/Selbstdarstellung beifügen):

[ ]  
[ ]  
[ ]

d) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung / Behinderung (soweit bekannt):

[ ]  
[ ]

(7) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

Broschüre, Faltblatt o.ä. zur Selbstdarstellung des Landesverbandes, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist beigelegt

(8) Hat sich Ihr Landesverband Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben?

Ja  Nein

[ ]

Ort, Datum

[ ]

rechtsverbindliche Unterschrift ( und ggf. Stempel)

## **Datenverwendungserklärung**

### **Noch eine Bitte in eigener Sache:**

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V ist eine größere Transparenz der Förderung. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es eines verbesserten Informationsaustausches und einer gesicherten Datengrundlage zum Förderverfahren. Außerdem ist es wünschenswert, dass Menschen, die an der Selbsthilfe interessiert sind, auch über die Ansprechpartner der Krankenkassen und ihrer Verbände Informationen zu Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen erhalten können.

Damit die weitergehende Verwendung der entsprechenden Informationen auf rechtlich abgesicherter Basis erfolgen kann, benötigen wir eine entsprechende Einverständniserklärung. Wir bitten Sie deshalb, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären:

**Diese Einverständniserklärung zur weiter gehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.**

Einverständniserklärung zur weiter gehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Strukturhebungsbogen und dem Antrag zusätzlich für folgende Zwecke verwendet werden dürfen:

- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
- Beratungen im Rahmen des gesetzlichen Förderverfahrens innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände sowie mit den Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen,
- Information und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art der Organisation, betroffenes Krankheitsbild, Name der Organisation, sowie die für die Erreichbarkeit der Organisation erforderlichen Daten.

Wir willigen in diese weiter gehende Datenverwendung ein.

Zur Information: Die ARGE Selbsthilfeförderung Mecklenburg-Vorpommern wird zu Zwecken der Transparenz den Namen des Fördermittelempfängers und die Förderhöhe veröffentlichen (vgl. „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“ vom 06.10.2009).

Datum

Unterschrift

## **Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit<sup>\*)</sup>**

### **der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zum Umgang mit Wirtschaftsunternehmen bei gleichzeitiger Förderung durch die Krankenkassen und/oder ihre Verbände nach § 20c SGB V**

#### **Präambel**

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen richten ihre fachliche und politische Arbeit an den Bedürfnissen und der Interessen von behinderten und chronisch kranken Menschen und deren Angehörigen aus. Sie fördern die Selbstbestimmung behinderter und chronisch kranker Menschen.

Der Umgang mit Wirtschaftsunternehmen darf die Unabhängigkeit der Selbsthilfe nicht einschränken und muss transparent sein. Damit die Neutralität und Unabhängigkeit der Selbsthilfe auch künftig gewahrt wird, haben die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe bereits seit längerer Zeit eigene ausführliche Leitsätze veröffentlicht. Diese stehen allen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen zur Verfügung. Darüber hinaus beraten die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen über die Zielsetzung und den Regelungsgehalt dieser Leitsätze in der Praxis.

Mit der nachfolgenden Erklärung verpflichtet sich der Antragsteller zur Wahrung seiner Neutralität und Unabhängigkeit. Diese Erklärung wurde einvernehmlich mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe und den Spitzenverbänden der Krankenkassen erarbeitet und gilt seit dem Förderjahr 2007. Sie basiert auf den bereits existierenden Leitsätzen der organisierten Selbsthilfe.

#### **Erklärung**

##### **I. Autonomie der Selbsthilfe**

Die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen können finanzielle Zuwendungen von Personen des privaten und öffentlichen Rechts, von Organisationen und von Wirtschaftsunternehmen entgegennehmen, sofern dadurch keine Abhängigkeit begründet wird. Dazu ist Voraussetzung, dass keine überwiegende Finanzierung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Wirtschaftsunternehmen erfolgt (z.B. Pharma-, Medizinprodukteindustrie, Hilfsmittelhersteller). In allen Bereichen der Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen muss die Autonomie über die Inhalte ihrer Arbeit, deren Umsetzung sowie die Verwendung der Mittel bei der Selbsthilfe verbleiben.

##### **II. Transparenz**

Unterstützung durch und Kooperationen mit Wirtschaftsunternehmen sind transparent zu behandeln. Werbung von Wirtschaftsunternehmen ist grundsätzlich zu kennzeichnen. Informationen von Wirtschaftsunternehmen werden kenntlich gemacht und nicht unkommentiert weitergegeben. Aussagen und Empfehlungen ohne Angabe von Quellen, insbesondere von Dritten, gehören nicht zur Informationspraxis von Selbsthilfeorganisationen. Eingenommene Mittel aus Sponsoring und Förderung werden mindestens einmal jährlich den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber veröffentlicht, getrennt nach Sponsoren und Förderern.

---

<sup>\*)</sup> Diese Erklärung ist Bestandteil des Förderantrags. Per Unterschrift unter den Förderantrag nimmt der Antragsteller die Erklärung zur Kenntnis und verpflichtet sich zur Einhaltung dieser Grundsätze.

### **III. Datenschutz**

Sollten Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen personenbezogene Daten weitergeben, werden die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten.

### **IV. Information**

Sofern Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen Wirtschaftsunternehmen Kommunikationsrechte wie z.B. das Recht auf die Verwendung des Vereinsnamens oder des Logos in Publikationen, Produktinformationen, Internet, Werbung oder bei Veranstaltungen gewähren, sind hierüber schriftliche Vereinbarungen zu treffen. Sie sind auf Aufforderung zu veröffentlichen. Ausgeschlossen ist die unmittelbare oder mittelbare Bewerbung von Produkten, Produktgruppen oder Dienstleistungen zur Diagnose und Therapie von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen.

### **V. Veranstaltungen**

Die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen tragen dafür Sorge, dass bei von ihnen organisierten und durchgeführten Veranstaltungen stets die Neutralität und Unabhängigkeit gewahrt bleiben. Dieser Anspruch gilt auch für organisatorische Fragen. Die Auswahl des Tagungsortes, der Rahmen, der Ablauf und die Inhalte der Veranstaltung werden von der Selbsthilfe bestimmt. Reisekosten sollen sich grundsätzlich an Bundes- bzw. den Landesreisekostengesetzen orientieren. Sofern Honorare gezahlt werden, sind diese maßvoll zu bemessen. Daten von Teilnehmern an Veranstaltungen werden nicht an Wirtschaftsunternehmen weitergegeben.

  
Datum

  
Unterschrift

**Nachweis über die Mittelverwendung  
gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr 2011 (bitte Jahr auswählen)**

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeorganisation):	
Ansprechpartner bei eventuellen Rückfragen (Name):	Telefon:

Bewilligungsschreiben vom:	Geschäftszeichen:	Betrag:
		€

Die Fördermittel wurden gemäß nachstehender Kostenaufstellung verwendet:

<input type="checkbox"/>	Miete / Betriebskosten	EUR
<input type="checkbox"/>	Verwaltungskosten	EUR
<input type="checkbox"/>	Fahrt- / Reisekosten	EUR
<input type="checkbox"/>	Öffentlichkeitsarbeit	EUR
<input type="checkbox"/>	Qualifizierung / Fortbildung	EUR
<input type="checkbox"/>	Andere	EUR

Mit diesem Nachweis über die Mittelverwendung bestätigt der Fördermittelempfänger, dass die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfemaßnahmen des Landesverbandes verwendet wurden. Als Nachweis der ordnungsgemäßen Buchführung liegt der Bericht der Kassenprüfer bzw. eines Wirtschaftsprüfers als Anlage bei bzw. wird nachgereicht.  
Der Jahres- oder Tätigkeitsbericht liegt ebenfalls bei bzw. wird zeitnah nachgereicht.

Zurück an:

]

Ort, Datum

[

]

rechtsverbindliche Unterschrift

## **Kontaktadresse für die Antragstellung**

---

**Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung im Land Mecklenburg-Vorpommern wird durch folgende Krankenkassen/-verbände gewährleistet:**

AOK Nordost, Potsdamer Str. 20, 14513 Teltow

BKK-Landesverband NORDWEST, Süderstr. 24, 20097 Hamburg

IKK Nord, Greifstr. 107, 17034 Neubrandenburg

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Werderstraße 74 a, 19053 Schwerin

- Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland, Hoppegartener Str. 100, 15366 Hoppegarten

Knappschaft – die neue See-Krankenversicherung, Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg

**Federführer 2012:**

**Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Werderstraße 74 a, 19053 Schwerin**

**- Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern**

**Telefon: 0385 5216-114**