

# **Krankenkassenindividuelle Förderung**

**nach § 20c SGB V**

**Antragsunterlagen für die Projektförderung 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 I:   | Antragsformulare für die Projektförderung                |
| Anlage II:  | Strukturerhebungsbogen                                   |
| Anlage III: | Datenverwendungserklärung                                |
| Anlage IV:  | Erklärung zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit |
| Anlage V:   | Verwendungsnachweis                                      |

**Antragsvordruck für die Beantragung von Projektmitteln  
auf Landesebene gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr 2012**

bei  (Bitte Krankenkasse benennen)

<b>Name des Förderempfängers / des Landesverbandes</b>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<b>Anschrift:</b>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<b>Telefon:</b>	<input type="text"/>
<b>Fax:</b>	<input type="text"/>
<b>Email:</b>	<input type="text"/>
<b>Internet:</b>	<input type="text"/>
<b>Bankverbindung</b>	
Kontoinhaber:	<input type="text"/>
Kreditinstitut:	<input type="text"/>
Bankleitzahl:	<input type="text"/>
Kontonummer:	<input type="text"/>

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

Name:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>

## Antrag auf Projektförderung

### (1) Welches Projekt soll gefördert werden?

a) **Name des Projektes:**

Bitte beschreiben Sie Ihr Projekt/Vorhaben ausführlich auf einem separaten Blatt. Achten Sie darauf, dass in Ihren Ausführungen nähere Angaben zu folgenden Aspekten erfolgen:

- Zielsetzung des Projektes
- Erfolgsindikatoren des Projektes
- angesprochene Zielgruppe
- Projektaufbau, Projektdurchführung und Projektumsetzung
- Projektbeteiligte und Kooperationspartner
- Laufzeit des Projektes
- Ausführungen zur Weiterführung nach Auslaufen der Finanzierung

### (2) Bei welchen Krankenkassen auf Landesebene wurden ebenfalls Anträge zur Förderung dieses Projektvorhabens und in welcher Höhe gestellt?

- |   |                            |   |
|---|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> AOK  | Höhe: <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> BKK  | Höhe: <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> BARMER GEK   | Höhe: <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> DAK  | Höhe: <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> TK   | Höhe: <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> KKH Allianz  | Höhe: <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> HEK  | Höhe: <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> hkk  | Höhe: <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> IKK  | Höhe: <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> LKK  | Höhe: <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> Knappschaft  | Höhe: <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> Es wurde bei keiner der o.a. Krankenkassen/-verbände Anträge gestellt. |                            |   |

### (3) Bei welchen Institutionen/Unternehmen wurden ebenfalls Projektfördermittel beantragt?

- Bei keiner der nachstehenden Institutionen
- Unfallversicherung
- Rentenversicherung
- öffentliche Hand (z.B. Länder, Kommunen)
- Wirtschaftsunternehmen (Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller etc.)
- Weitere:

Wurden für das Projekt Fördermittel nach den §§ 45d i.V.m. 45c SGB XI für niederschwellige Betreuungsangebote beim Land oder einer Kommune beantragt?

Ja       Nein

Wenn ja, in

Höhe:  €

**(4) Kosten des Projektes / Finanzierung (Bitte detaillierten Finanzplan beifügen)**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| a) Gesamtkosten:   |  | € |
| b) Höhe des Eigenanteils:  |  | € |
| c) Beantragte Mittel bei anderen Partnern (z.B. andere Krankenkassen/-verbände, Institutionen/Unternehmen):                  |  | € |
| d) Nach Abzug des Eigenanteils und der von anderen Förderern erwartbaren Mittel werden hiermit Mittel beantragt in Höhe von: |  | € |

**(5) In welcher Höhe hat Ihr Landesverband pauschale Fördermittel im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung beantragt?**

Es wurden pauschale Fördermittel beantragt in Höhe von:  €

Mit der Unterschrift bestätigt die Selbsthilfeorganisation ihre Antragstellung auf Projektmittel gemäß § 20c SGB V als auch die Einhaltung der Grundsätze der **Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit** (vgl. Anlage IV). 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, detaillierte Nachweise über die Mittelverwendung beim Förderempfänger anzufordern. 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. Bitte reichen Sie deshalb alle nachstehenden Antragsunterlagen ein.**

**Diesem Antrag sind folgende Anlagen beigefügt:**

- Projektbeschreibung
- Projektfinanzierungsplan
- Strukturhebungsbogen (Anlage II)
- Satzung
- Körperschaftssteuer Freistellungsbescheid des Finanzamtes
- Datenverwendungserklärung (Anlage III)
- Haushaltsplan für das Antragsjahr (ggf. Entwurf)
- letzter genehmigter Jahresabschluss
- Mitteilung über die Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung

## Strukturerhebungsbogen für die Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben:  (Datum)

Name des Landesverbandes:			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
Anschrift:			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
Vorsitzende(r)/Präsident(in):		<input type="text"/>	
ggf. Geschäftsführer(in):		<input type="text"/>	
Telefon:	<input type="text"/>	Telefax:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	Internet:	<input type="text"/>

(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 Ihr Landesverband Mitglied?

Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (LAG SELBSTHILFE)

Landesverband des PARITÄTISCHEN e.V. (DPWV)

Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände:

Sonstige (z.B. Fachgesellschaften):

(5) Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband:

- keine     unter 1     1 bis 2     3 bis 5     6 bis 10     mehr als 10

(6) a) Name der Erkrankung/Behinderung:

[Empty text box for name of illness/disability]

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-Skelett-Systems, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes | <input type="checkbox"/> Endokrine Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten               |
| <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):

[Empty text box for short description of illness/disability]

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

[Empty text box for distribution of illness/disability]

(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

[Empty box for location and date]

Ort, Datum

[Empty box for signature and stamp]

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.

  
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 \_\_\_\_\_** (bitte Jahr ergänzen)

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

Bewilligungsschreiben vom:	Geschäftszeichen:	Betrag:
		€

Verwendungszweck (Projekt):

<p>Die Fördermittel wurden gemäß Bewilligungsschreiben ausschließlich für das o.g. Projekt verwandt.</p> <p>Bitte fügen Sie diesem Verwendungsnachweis folgende <b>Anlagen</b> bei:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ kurzer Sachbericht zum Verlauf des Projektes und zu den erzielten Ergebnissen bzw. bei Veröffentlichungen ein Belegexemplar,</li><li>▪ Aufstellung der tatsächlich angefallenen Kostenpositionen für dieses Projekt. Der Zuwendungsgeber behält sich vor, die Originalbelege einzusehen.</li></ul>
--

Zurück an:

]

Ort, Datum

[

]

rechtsverbindliche Unterschrift