

## Krankenkassenindividuelle Förderung nach § 20h SGB V

### Antragsunterlagen für die Projektförderung 2020

#### der Selbsthilfekontaktstellen

Damit die gesetzlichen Krankenkassen/ -verbände über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I „Angabe von Tatsachen“ i. V. m. § 66 SGB I „Folgen fehlender Mitwirkung“ erforderlich. Verstößt der Antragsteller gegen § 60 SGB I und/oder § 66 SGB I, führt dies zur Ablehnung des Antrags.

Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20h SGB V benötigt.

Bitte reichen Sie den Antrag mit den erforderlichen Anlagen nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein. Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

Ein Rechtsanspruch auf Förderung und eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

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

- Anlage I: Antragsformular für die Projektförderung, einschl. Strukturdaten
- Anlage II: Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit (zum Verbleib beim Antragsteller)
- Anlage III: Neutralitäts- und Datenverwendungserklärung
- Anlage IV: (Muster-)Projektfinanzierungsplan

#### **Achtung!**

*Für die Bearbeitung des Antrags ist zwingende Voraussetzung, dass dieser vollständig ausgefüllt ist und die erforderlichen Anlagen beigelegt sind. Näheres zu diesem Förder- und Antragsverfahren entnehmen Sie bitte dem Merkblatt zur kassenindividuellen Projektförderung. Bitte lesen Sie das Merkblatt sehr aufmerksam vor dem Ausfüllen dieses Antrags.*

#### **Rücksendung dieses Antrages bitte an folgende Adresse:**

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse  
Prävention  
Detlef Fronhöfer  
14456 Potsdam

**Antrag auf krankenkassenindividuelle Förderung  
- Projektantrag Selbsthilfekontaktstellen-  
im Förderjahr 2020**

**Name des Antragstellers:**

.....  
.....

**Anschrift:**

.....  
.....

Telefon:

.....

E-Mail:

.....

Internetadresse:

.....

**Nennung des/der vertretungsberechtigten Ansprechpartners/in für Rückfragen zum Antrag (nur wenn abweichend von den o. g. Angaben):**

Name:

.....  
.....

Telefon, *falls abweichend:*

.....

E-Mail, *falls abweichend:*

.....

**Bankverbindung:**

Kontoinhaber/in:

.....

Bankinstitut:

.....

IBAN:

DE

BIC:

.....

1. Projekt/Vorhaben*	
a) Benennung des Projekts/Vorhabens:	  
b) Zielsetzung des Projekts:	    
c) Erfolgsindikatoren des Projekts:	    
d) Angesprochene Zielgruppe:	   
e) Projektaufbau, Projektdurchführung und Projektumsetzung:	   
f) Projektbeteiligte und Kooperationspartner:	   
g) Laufzeit des Projekts:	  
h) Ausführungen zur Weiterführung nach Auslauf der Finanzierung:	  

^

\* Ergänzungen zu den nachstehenden Punkten können aus Platzgründen auf einem separaten Blatt erfolgen.

2. Kosten des Projekts/Vorhabens (Bitte detaillierten Finanzierungsplan (siehe Anlage IV) beifügen)			
Gesamtkosten		.....	EUR
abzüglich Höhe des Eigenanteils	./.	.....	EUR
abzüglich beantragte Mittel für dieses Vorhaben bei anderen Förderern	./.	.....	EUR
abzüglich weiterer Mittel (z. B. Bußgelder, Spenden)	./.	.....	EUR
<b>Hiermit wird eine Projektförderung beantragt in Höhe von</b>	<b>=</b>	<b>.....</b>	<b>EUR</b>

3. Grundsätzlich ist ein Projekt nur bei <u>einer</u> Stelle (Krankenkasse, Krankenkassenverband, sonstige Institutionen) zu beantragen. Wird ein Projekt dennoch bei mehreren Stellen beantragt, sind diese nachfolgend anzugeben.			
<input type="checkbox"/>	Nein, bei keiner anderen Stelle wurden Mittel für dieses Projekt beantragt.		
<input type="checkbox"/>	Ja, es wurden Mittel für dieses Projekt beantragt und zwar bei:		
<b>a) Krankenkassen/Krankenkassenverbände (Bitte nennen!)</b>			
.....	in Höhe von	.....	EUR
.....	in Höhe von	.....	EUR
.....	in Höhe von	.....	EUR
.....	in Höhe von	.....	EUR
.....	in Höhe von	.....	EUR
<b>b) Andere Institutionen</b>			
<input type="checkbox"/>	Rentenversicherung	in Höhe von	..... EUR
<input type="checkbox"/>	Unfallversicherung	in Höhe von	..... EUR
<input type="checkbox"/>	Pflegeversicherung	in Höhe von	..... EUR
<input type="checkbox"/>	Öffentliche Hand (Bund, Länder, Kommunen)	in Höhe von	..... EUR
<input type="checkbox"/>	Wirtschaftsunternehmen (Pharma, Medizinproduktehersteller)	in Höhe von	..... EUR
<input type="checkbox"/>	.....	in Höhe von	..... EUR

4. Hat Ihre Selbsthilfekontaktstelle bei der „GKV-Gemeinschaftsförderung“ pauschale Fördermittel beantragt?			
<input type="checkbox"/>	Nein		
<input type="checkbox"/>	Ja, bei der „GKV-Gemeinschaftsförderung“ in		
.....	in Höhe von	.....	EUR
<i>(Bitte Land, Ort angeben)</i>			

Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten die abschließende Prüfung Ihres Förderantrags. Deshalb sind alle nachstehend aufgeführten Antragsunterlagen einzureichen.

**5. Folgende Unterlagen liegen diesem Antrag bei (bitte ankreuzen):**

Projektbeschreibung	<input type="checkbox"/>
Finanzierungsplan zum beantragten Projekt (Anlage IV)	<input type="checkbox"/>
Strukturerhebungsbogen (Anlage I)	<input type="checkbox"/>
Leitbild oder Selbstdarstellung	<input type="checkbox"/>
Tätigkeitsbericht des Vorjahres	<input type="checkbox"/>
Neutralitäts- und Datenverwendungserklärung (Anlage III)	<input type="checkbox"/>
Satzung	<input type="checkbox"/>
Aktueller Freistellungsbescheid des Finanzamtes	<input type="checkbox"/>
Letzter genehmigter Jahresabschluss	<input type="checkbox"/>
Haushaltsplan (Entwurf) für das Antragsjahr	<input type="checkbox"/>
Mitteilung über die Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung	<input type="checkbox"/>

**6. Erklärung**

Mit den Unterschriften bestätigen die Antragsteller

- die Beantragung von Fördermitteln gemäß § 20 h SGB V
- die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im Antragsformular (Anlage 1)
- die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im Strukturerhebungsbogen (Anlage 1)
- die Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit Wirtschaftsunternehmen (Anlage 2)
- die Kenntnisnahme der Informationen zum Datenschutz (Anlage 3)
- dass die beantragten Fördermittel zur Sicherung der selbsthilfebezogenen Arbeit notwendig sind und diese Ausgaben nicht durch laufende Einnahmen, Rückstellung, Rücklagen oder sonstig Eigenmittel oder Zuwendungen bestritten werden können.

Der Antragsteller verpflichtet sich, die kassenindividuellen Fördermittel zweckgebunden gemäß § 20 h SGB V ausschließlich für die hiermit beantragten Vorhaben zu verwenden.

Auf Anforderung des Fördermittelgebers wird der Antragsteller ggf. weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen. Bei vorsätzlich falschen Angaben ist der Fördermittelgeber berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern.

Für die Antragstellung sind die Unterschriften von **zwei legitimierten Vertretern** der Selbsthilfekontaktstelle notwendig, die die Richtigkeit der Angaben bestätigen.

---

Ort, Datum

in Druckbuchstaben:

Unterschrift

Name Unterzeichner/in, Position im Verein

---

Ort, Datum

in Druckbuchstaben:

Unterschrift

Name Unterzeichner/in, Position im Verein

## Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfekontaktstellen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben: Datum

**1. Name der Selbsthilfekontaktstelle:**

  

**Anschrift:**

  

**Ansprechpartner/in der Selbsthilfekontaktstelle:**

**E-Mail:**

**Tel./Fax:**

**Öffnungs- bzw. Sprechzeiten der Selbsthilfekontaktstelle** (Tag und Zeit):

  

**2. Träger der Selbsthilfekontaktstelle** (falls abweichend von 1.):

**Anschrift des Trägers:**

  

**rechtsverbindliche/r Ansprechpartner/in des Trägers** (Name und Funktion):

**E- Mail:**

**Tel./Fax:**

**Internet:**

3. **Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle:**

4. **Anzahl der Beratungs- und Büroräume der Selbsthilfekontaktstelle:**

5. **Über welche Angebote verfügt die Selbsthilfekontaktstelle und welche Aktivitäten führt sie regelmäßig im Interesse der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen durch?**

(z.B. Selbsthilfetage)

  
  
  
  

6. **Anzahl der hauptberuflichen dauerhaften Stellen in der Selbsthilfekontaktstelle:**

(Beschäftigungsverhältnis mind. 1 Jahr)

keine     unter 1     1 bis 2     3 bis 5     mehr als 5

**Gesamtanzahl der regelmäßig für die Tätigkeit in der Selbsthilfekontaktstelle zur Verfügung stehenden Arbeitsstunden:**

7. **Fachliche Qualifikation der Mitarbeiter/innen der Selbsthilfekontaktstelle:**

(bitte genau benennen)

8. **Ist für die Mitarbeiter/innen der Selbsthilfekontaktstelle die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen vorgesehen?**

Ja     Nein

Wenn ja, bitte geplante Maßnahmen im aktuellen Förderjahr benennen:

9. **Erfolgt im aktuellen Förderjahr voraussichtlich eine Förderung Ihrer Selbsthilfekontaktstelle durch die öffentliche Hand?**

Ja     Nein

Wenn ja, bitte im beigefügten Gesamtfinanzierungsplan angeben.

**10. Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle**

a) Bitte nennen Sie die/den Region, Bezirk, Kreis, Stadt:

b) Anzahl der Einwohner/innen im Einzugsbereich:

c) Anzahl der gesundheitsbezogenen  
Selbsthilfegruppen im Einzugsbereich:a) Anzahl der gesundheitsbezogenen  
Selbsthilfegruppen und –mitglieder, die die Angebote  
der Selbsthilfekontaktstelle regelmäßig nutzen:**11. Ist die Selbsthilfekontaktstelle grundsätzlich für alle Interessenten/Bürger offen?** Ja       Nein       Nur für Mitglieder des Trägers

Wenn nein, bitte Begründung angeben:

**12. Ist die Selbsthilfekontaktstelle neutral ausgerichtet?**

(keine parteipolitische, religiöse oder weltanschauliche Ausrichtung, keine Verfolgung kommerzieller Interessen)

 Ja       Nein

Wenn nein, bitte erläutern:

**13. Arbeitet die Selbsthilfekontaktstelle fach- und indikationsgruppenübergreifend?** Ja       Nein

Wenn nein, bitte Spezialisierung nennen:

**14. Gibt es eine besondere thematische Schwerpunktsetzung, die über die „normalen“ Aufgaben einer Selbsthilfekontaktstelle hinausgeht?** Ja       Nein

Wenn ja, welche?

Wenn nein, warum nicht?

**15. Dokumentiert die Selbsthilfekontaktstelle die regionalen Selbsthilfegruppen, die Anliegen der Ratsuchenden und die übrigen alltäglichen sowie einmaligen Aktivitäten?**

Ja             Nein

Wenn ja, in welcher Form?

[Empty text box for answer]

Wenn nein, warum nicht?

[Empty text box for answer]

**16. Wie wird das fachliche, eigenständige, institutionelle Profil Ihrer Selbsthilfekontaktstelle in der Öffentlichkeit dokumentiert?** (z.B. durch ein Leitbild, Jahresbericht)

[Empty text box for answer]

**17. Erfolgt eine aktive Mitarbeit Ihrer Selbsthilfekontaktstelle in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen?**

(hierzu zählt nicht die Teilnahme an Veranstaltungen der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen)

Ja, in folgender Form:

[Empty text box for answer]

Nein, weil:

[Empty text box for answer]

---

Ort, Datum

in Druckbuchstaben:  
Name Unterzeichner/in, Position im Verein

Unterschrift

---

Ort, Datum

in Druckbuchstaben:  
Name Unterzeichner/in, Position im Verein

Unterschrift

## Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit

### Zum Verbleib beim Antragsteller

#### Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit des Antragstellers zum Umgang mit Wirtschaftsunternehmen bei gleichzeitiger Förderung durch die Krankenkassen und/oder ihre Verbände nach § 20h SGB V

##### Präambel

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen richten ihre fachliche und politische Arbeit an den Bedürfnissen und 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 Anerkennung dieser Grundsätze verpflichtet sich der Antragsteller zur Wahrung seiner Neutralität und Unabhängigkeit. Diese Grundsätze wurde einvernehmlich mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene erarbeitet und gelten seit dem Förderjahr 2007. Sie basieren auf den bereits existierenden Leitsätzen der organisierten Selbsthilfe.

##### Grundsätze

###### **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, (E-)Tabakprodukt-, Alkohol- und Glücksspielindustrie). 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 werden transparent behandelt. Werbung von Wirtschaftsunternehmen ist 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 Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen. Eingenommene Mittel aus Sponsoring und Förderung werden mindestens einmal jährlich veröffentlicht, getrennt nach Sponsoren und Förderern.

**III. Datenschutz**

Sollten Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen personenbezogene Daten weitergeben, werden die Bestimmungen des Datenschutzes verletzt, sofern keine Einwilligung zur Datenweitergabe eingeholt wurde (vgl. DS-GVO).

**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. 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 am Bundes- bzw. den Landesreisekostengesetzen orientieren. Sofern Honorare gezahlt werden, sind diese maßvoll zu bemessen. Personenbezogene Daten von Teilnehmern an Veranstaltungen werden nicht an Dritte weitergegeben.

## Zum Verbleib beim Antragsteller

### Informationen zum Datenschutz

Die Angaben im Antragsformular werden benötigt, um Ihren Antrag auf Bewilligung einer Förderung zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlage dafür ist § 20h SGB V.

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h 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.

Ihre Angaben aus dem Antrag werden für folgende Zwecke verwendet:

- 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.

Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden. Das könnte dazu führen, dass eine Förderung nicht bewilligt wird.

Ihre Angaben werden in elektronischer Form nur solange gespeichert wie sie benötigt werden. Ihre Daten werden daher grundsätzlich sechs Jahre nach Abschluss des Förderverfahrens gelöscht.

Nähere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten nach Art. 13 DSGVO erhalten Sie bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse unter:

[www.aok.de/nordost](http://www.aok.de/nordost)

Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Nordost oder unsere Datenschutzbeauftragten unter AOK Nordost, Datenschutzbeauftragte, Brandenburger Str. 72, 14467 Potsdam oder unter der E-Mail: [Datenschutz-Service@nordost.aok.de](mailto:Datenschutz-Service@nordost.aok.de).

## (Muster-)Projektfinanzierungsplan

### Kalkulierte Ausgaben

Raumkosten oder Miete	EUR
Referentenkosten/Honorar (Empfänger bitte benennen)	EUR
Aufwandsentschädigung Referent (Unterkunft/Reisekosten)	EUR
Anzahl der Teilnehmer (TN)	Pers.
Übernachtung pro TN	EUR
Verpflegung pro TN	EUR
Teilnahmegebühr pro TN	EUR
Reisekosten (Wegstreckenentschädigung in Anlehnung an das Bundesreisekostengesetz 0,20 € pro KM - begrenzt auf einen Höchstbetrag von 130,00 €. Bei öffentlichen Verkehrsmitteln bis zur Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse. Mögliche Fahrpreis- ermäßigungen sind zu berücksichtigen.)	EUR
Portokosten	EUR
Gesamtkosten Material (Kopier-/Druckkosten usw.)	EUR
Weitere Sachkosten (bitte einzeln benennen)	EUR EUR EUR EUR
<b>Kalkulierte Gesamtkosten</b>	<b>EUR</b>

### Kalkulierte Einnahmen

Teilnahmegebühren Mitglieder	EUR
Spenden/Erbschaften/Sponsoren (bitte einzeln benennen)	EUR
Zuschüsse anderer Krankenkassen/-verbände gesamt	EUR
Sonstige Einnahmen (bitte einzeln benennen)	EUR EUR EUR EUR
<b>Kalkulierte Gesamteinnahmen</b>	<b>EUR</b>