



## Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung

### nach § 20c SGB V

## Antragsunterlagen für die Förderung der

## Landesorganisationen der Selbsthilfe

**Ende der Antragsfrist: 31. Januar des Antragsjahres**

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: Aufstellung des Förderbedarfs
- Anlage 6: Verwendungsnachweis
- Anlage 7: Kontaktadresse für die Antragstellung

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

<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]

**Kontaktadresse des Landesverbandes für den Schriftverkehr**

Name: [Redacted]

[Redacted]

Straße: [Redacted]

PLZ und Ort: [Redacted]

**Antrag auf pauschale Förderung**

**(1) Welche wiederkehrende Aufgaben werden auf Landesebene in diesem Förderjahr wahrgenommen? Welche gesundheitsbezogenen Arbeitsschwerpunkte und Maßnahmen sollen mit den beantragten pauschalen Mitteln realisiert werden? (ggf. auf separatem Blatt ausführen)**

[Empty text area for question 1]

**(2) Welche Institutionen/Unternehmen unterstützen Ihren Landesverband finanziell?**

- Keine der nachstehenden Institutionen/Unternehmen
- Unfallversicherung
- Rentenversicherung
- Öffentliche Hand (z.B. Länder, Kommunen)
- Wirtschaftsunternehmen (Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller etc.)
- Weitere: [Empty text area]
- Es wurden Fördermittel nach SGB XI beantragt.

**(3) Benötigte Fördermittel**

Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von: [Empty text area] €

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]

[Empty text area for signature]

Ort, Datum

[Empty text area for signature]

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 beigefügt:**

- 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

- Die noch fehlenden Unterlagen reichen wir bis zum \_\_\_\_\_ nach.

## 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 ist 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 disease/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 disease/disability]

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

[Empty text box for distribution information]

(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.

Zur Bearbeitung Ihres Antrags innerhalb der GKV benötigen wir folgende Einverständniserklärung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag für folgenden Zweck verwendet werden dürfen:

- 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.

**Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit einer erweiterten Datenverwendung zuzustimmen. Diese nachfolgende Einverständniserklärung zur weiter gehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.**

Wenn Sie mit einer weitergehenden Verwendung der entsprechenden Informationen einverstanden sind, bitte wir Sie, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären.

- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
- 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 o.g. 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 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.

**Aufstellung des Förderbedarfs zum Antrag auf  
kassenartenübergreifende Förderung von Selbsthilfeorganisationen  
gemäß § 20c SGB V für das Jahr \_\_\_\_\_**

Organisation: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner/in \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

**Aufschlüsselung der beantragten Förderung**

<b>1. Regelmäßige Kosten</b>		
Raumkosten, Miete	_____	Euro
Regelmäßig erscheinende Verbandsmedien	_____	Euro
Gremiensitzungen	_____	Euro
<b>2. Verwaltungskosten</b>		
Büromaterial	_____	Euro
Porto	_____	Euro
Telefon/Fax/Internet	_____	Euro
Fachliteratur	_____	Euro
<b>3. Sonstiges (bitte einzeln auflühren)</b>		
_____	_____	Euro
_____	_____	Euro
_____	_____	Euro
_____	_____	Euro
_____	_____	Euro
<b>Gesamtsumme:</b>	=====	Euro

**Bemerkung:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Ansprechpartners/ der Ansprechpartnerin

**Nachweis über die Mittelverwendung  
gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr \_\_\_\_\_** (bitte Jahr eintragen)

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeorganisation):


AnsprechpartnerIn bei eventuellen Rückfragen (Name):

Telefon:

--

--

Bewilligungsschreiben vom:

Geschäftszeichen:

Betrag:

--

--

--

 €

Verwendungszweck:


Die Fördermittel wurden ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfearbeiten des Landesverbandes verwendet.

**Bitte folgende Nachweise beifügen bzw. nachreichen:**

- Jahres- oder Tätigkeitsbericht
- Jahresabschlussrechnung
- Nachweis über die ordnungsgemäße Buchführung

Zurück an:

"GKV-Gemeinschaftsförderung  
Selbsthilfe Saarland"  
c/o IKK Südwest  
Selbsthilfeförderung  
Hafenstraße 16 a  
66111 Saarbrücken

]

]

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

## **Kontaktadresse für die Antragstellung**

---

**Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung im Saarland wird durch folgende Krankenkasse gewährleistet:**

### **IKK Südwest**

Frau Sabrina Michler  
Hafenstr. 16 a  
66111 Saarbrücken  
Tel.: 06 81/ 9 36 96-3040  
Fax: 06 81/ 9 36 96-3014  
E-Mail: sabrina.michler@ikk-sw.de

---

**Auskunft und Beratung im Rahmen der kassenübergreifenden Gemeinschaftsförderung im Saarland erteilen auch:**

### **AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland**

Frau Eva-Maria Elberskirch  
Halbergstr. 1  
66121 Saarbrücken  
Tel.: 06 81/ 60 01-413  
Fax: 06 81/ 60 01-440  
Email: eva.elberskirch@sl.aok.de

### **BKK Landesverband Mitte**

Herr Robert Miedreich  
Essenheimer Str. 126  
55128 Mainz-Bretzenheim  
Tel.: 0 61 31/ 33 05 39  
Fax: 0 61 31/ 33 05 71  
E-Mail: robert.miedreich@bkkmitte.de

### **vdek Landesvertretung Saarland**

Herr Axel Mittelbach  
Talstr. 30  
66119 Saarbrücken  
Tel.: 06 81/ 92 671-17  
Fax: 06 81/ 92 671-19  
E-Mail: axel.mittelbach@vdek.com

### **Knappschaft**

#### **Regionaldirektion Saarbrücken**

Frau Iris Neuhardt  
St. Johanner Str. 46-48, 66111 Saarbrücken  
Tel.: 0 68 1/ 40 02-13 14  
Fax: 0 68 1/ 40 02-12 97  
E-Mail: iris.neuhardt@kbs.de

### **Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland**

Herr Klaus Münzel  
Heinestr. 2-4, 66121 Saarbrücken  
Tel.: 06 81/ 66 500-44 63  
Fax: 06 81/ 66 500-44 58  
E-Mail: klaus.muenzel@hrs.lsv.de

### **KISS – Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe im Saarland**

Frau Petra Otto und Beate Ufer  
Futterstr. 27, 66111 Saarbrücken  
Tel.: 06 81/ 96 02 13-0  
Fax: 06 81/ 96 02 13-29  
E-Mail: kontakt@selbsthilfe-saar.de