

Beantragung von Projektfördermitteln für das Jahr 2025 für Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene gemäß § 20h SGB V

Krankenkasse/Krankenkassenverband, bei der/dem Fördermittel beantragt werden

Damit die Krankenkassen / der Krankenkassenverband über eine Förderung entscheiden kann, ist die Mitwirkung der Antragsteller erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Mitwirkung sind § 60 SGB I „Angabe von Tatsachen“ und § 66 SGB I „Folgen fehlender Mitwirkung“. Verstößt der Antragsteller gegen § 60 SGB I und/oder § 66 SGB I, führt dies zur Ablehnung des Antrags.

Ein Rechtsanspruch auf Förderung und auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

*Das Formular ist digital auszufüllen. Um die korrekte Ausführung der hinterlegten Rechenfunktion sicherzustellen, beachten Sie bitte die **Hinweise zum Download** in der Ausfüllhilfe.*

Bitte drucken Sie die ausgefüllten Formulareseiten aus und übersenden diese unterzeichnet inkl. aller Anlagen postalisch an die o. g. Krankenkasse / den o. g. Krankenkassenverband. Das Formular darf nicht verändert werden.

1. Antragsteller

Name der Organisation	
Straße, Hausnummer <i>Bitte bei Postfachanschrift Auszug aus dem Vereinsregister in Kopie beifügen</i>	
PLZ, Ort	
Homepage/Link zur Internetseite, unter der die Satzung eingestellt ist	
E-Mail	Telefon
Vorstandsvorsitz	
Geschäftsführung	
Gründungsjahr	Jahr der Eintragung ins Vereinsregister
Ansprechpartner:in für den Antrag	
E-Mail	Telefon
Institutionskennzeichen (IK) der Organisation (sofern vorhanden)	Geschäftszeichen der Krankenkasse (sofern vorhanden)

2. Bankverbindung des Antragstellers

Kontoinhaber
Bankinstitut
IBAN DE

3. Mitgliedschaften

Der Antragsteller ist Mitglied in ...		Jahresbeitrag in EUR
<input type="checkbox"/>	BAG SELBSTHILFE e. V.	
<input type="checkbox"/>	LAG SELBSTHILFE e. V. in (Bundesland)	
<input type="checkbox"/>	Der Paritätische Gesamtverband e. V.	
<input type="checkbox"/>	Der Paritätische Landesverband e. V. in (Bundesland)	
<input type="checkbox"/>	Kindernetzwerk e. V.	
<input type="checkbox"/>	ACHSE e. V.	
<input type="checkbox"/>	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)	
<input type="checkbox"/>	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)	
<input type="checkbox"/>	Weitere Wohlfahrtsverbände	<i>Bitte hier unten oder auf gesondertem Blatt benennen</i> 
<input type="checkbox"/>	Fachgesellschaften	
<input type="checkbox"/>	Verbände auf europäischer/internationaler Ebene	
<input type="checkbox"/>	Sonstige	
Summe		
<input type="checkbox"/>	Keine Mitgliedschaft	

4. Geschäftsstelle und hauptamtliches Personal

Der Antragsteller hat:	
<input type="checkbox"/>	eine eigene Geschäftsstelle zur Miete
<input type="checkbox"/>	eine eigene Geschäftsstelle im Eigentum
<input type="checkbox"/>	keine eigene Geschäftsstelle
Anzahl Vollbeschäftigte	
Anzahl Teilzeitbeschäftigte	
Anzahl geringfügig Beschäftigte	

5. Mitglieder des Antragstellers

Anzahl der beitragspflichtigen Mitglieder (natürliche Personen)	
Existieren Sondermitgliedschaften? <i>Bitte ankreuzen, sofern zutreffend</i>	
<input type="checkbox"/>	Familien
<input type="checkbox"/>	Partner:in
<input type="checkbox"/>	Weitere <i>Bitte benennen:</i>
Anzahl der juristischen Personen, die Mitglied der Organisation sind (z. B. Landesverbände, indikationsbezogene Sonderstrukturen etc.)	
Anzahl der zugehörigen Selbsthilfegruppen	

6. Mitgliedsbeitrag

je Mitgliedschaft/Jahr		EUR
Einzelmitglieder		
Sondermitgliedschaften	Familienmitgliedschaft	
	Mitgliedschaft für Partner:in	
	Weitere:	
Sonstige Staffelungen <i>Bitte erläutern</i>		

7. Stiftung

Hat der Antragsteller eine Stiftung gegründet?

<input type="checkbox"/>	Ja, Gründungsjahr	
<input type="checkbox"/>	Name, Anschrift, Kontaktdaten	
<input type="checkbox"/>	Nein	

8. Landesverbände, Landesuntergliederungen

Der Antragsteller hat in folgenden Ländern Landesverbände (LV) und/oder Landesuntergliederungen (LU):

Bundesland	LV	LU	Bundesland	LV	LU
Bayern			Niedersachsen		
Baden-Württemberg			Nordrhein-Westfalen		
Berlin			Rheinland-Pfalz		
Brandenburg			Saarland		
Bremen			Sachsen		
Hamburg			Sachsen-Anhalt		
Hessen			Schleswig-Holstein		
Mecklenburg-Vorpommern			Thüringen		
<input type="checkbox"/>	Andere Verbandsstrukturen <i>Bitte benennen bzw. kurz erläutern, gegebenenfalls auf gesondertem Blatt</i>				
<input type="checkbox"/>	Der Antragsteller hat keine Landesverbände, Landesuntergliederungen oder andere Verbandsstrukturen.				

9. Krankheit

Name der Krankheit/Behinderung

Handelt es sich um eine „Seltene Erkrankung“? <i>In der Europäischen Union wird eine Erkrankung als „selten“ definiert, wenn von ihr maximal 5 von 10.000 Menschen betroffen sind.</i>	Ja	Nein

Zuordnung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20h SGB V

<p>Hinweis <i>In Spalte HD ist nur eine Hauptdiagnose anzukreuzen. In Spalte ND dürfen höchstens drei Nebendiagnosen angekreuzt werden.</i></p>
--

HD	ND		HD	ND	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankheiten des Kreislaufsystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suchterkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankheiten des Nervensystems
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe, des Immunsystems; Immundefekte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergische und asthmatische Erkrankungen; Krankheiten des Atmungssystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hirnbeschädigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Krankheiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endokrine Ernährungs- und Stoffwechsellkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische und Verhaltensstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Schmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankungen, chronische Krankheiten der Haut und der Unterhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organtransplantationen

Verbreitung der Krankheit (HD) / Anzahl der Betroffenen im Bundesgebiet	
---	--

10. Medien

Veröffentlicht der Antragsteller eigene Medien?

Mitgliederzeitschrift	
Broschüren	
Newsletter	
Homepage	
Online-Forum/Chat <i>Bitte Link angeben</i>	
Sonstige Medien/Veröffentlichungen	
Keine Medien	

11. Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit

Hat der Antragsteller Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit Wirtschaftsunternehmen?

Ja, Anerkennung der Leitsätze von <i>Bitte hier eintragen</i>	
Ja, eigene Leitsätze <i>Bitte als Anlage beifügen</i> <i>oder Link zu der Internetseite angeben</i>	
Nein	

12. Projektbeschreibung

Hinweis

Bitte stichpunktartig Projektbeschreibung darstellen.

a) Projekttitlel

b) Zielsetzung

c) Erfolgsindikatoren

d) Angesprochene Zielgruppe

e) Projektaufbau, Projektdurchführung und Projektumsetzung

f) Projektbeteiligte, Kooperationspartner und Dienstleister

g) Laufzeit, Projektbeginn/-ende (Datum)

h) Ausführungen zur Weiterführung/Verstetigung nach Ende des Projekts

Hinweis

Weiterführende Ergänzungen können auf einem separaten Blatt vorgenommen werden. Bitte halten Sie sich dabei an die Gliederung (Punkte a bis h).

13. Finanzielle Darstellung des Projekts

13.1 Kosten des Projekts

Bitte einen detaillierten Finanzierungsplan dem Antrag beifügen (vgl. GR 2025, Anlage 6 (Muster)).

	EUR
Kalkulierte Ausgaben des Projektes (nur förderfähige Ausgaben)	
abzüglich beantragter Mittel für dieses Vorhaben bei anderen Fördermittelgebern <i>Die Angabe ist in Ziffer 13.2 zu konkretisieren</i>	
abzüglich weiterer Mittel (z. B. Bußgelder, Spenden, Erbschaften, Teilnahmegebühren)	
Zwischensumme	
abzüglich Eigenanteil (i. d. R. mind. 10 %)	
Höhe der beantragten Projektfördermittel	

13.2 Beantragte Mittel bei anderen (Förder-)Mittelgebern

Hinweis

Grundsätzlich kann dieses Projekt nur bei einem (Förder-)Mittelgeber beantragt werden. Wird dieses Projekt dennoch bei mehreren (Förder-)Mittelgebern beantragt, sind diese nachfolgend zu benennen und deren Mittel werden bei der Berechnung der bei der/dem Krankenkasse(n)/-verband beantragten Fördermittelsumme berücksichtigt (automatische Berechnung des Formulars).

Wurden weitere (Förder-)Mittel für die förderfähigen Ausgaben dieses Projektes bei anderen (Förder-)Mittelgebern beantragt?

<input type="checkbox"/>	Nein, es wurden keine Mittel bei anderen (Förder-)Mittelgebern beantragt.
--------------------------	---

	EUR
Ja, es wurden Mittel für dieses Projekt beantragt, und zwar	
Krankenkasse/Krankenkassenverband <i>Bitte hier benennen</i> in Höhe von	
Rentenversicherungsträger in Höhe von	
Unfallversicherungsträger in Höhe von	
Pflegeversicherungsträger in Höhe von	
Öffentliche Hand (Bund, Länder, Kommunen) in Höhe von	
Stiftungen, Lotterien, Aktion Mensch in Höhe von	
Wirtschaftsunternehmen (z. B. Pharma, Medizinproduktehersteller) in Höhe von	
sonstige Mittelgeber <i>Bitte hier benennen</i> in Höhe von	
Summe	

13.3 Bisherige Förderungen gleichnamiger und/oder gleichartiger Projekte

Wurde ein gleichnamiges und/oder gleichartiges Projekt bisher durch einen anderen (Förder-)Mittelgeber gefördert?

<input type="checkbox"/>	Nein, ein gleichnamiges bzw. gleichartiges Projekt wurde bisher nicht durch einen anderen (Förder-)Mittelgeber gefördert.
--------------------------	---

Ja, ein gleichnamiges bzw. gleichartiges Projekt wurde bisher von (einem) anderen (Förder-)Mittelgeber(n) gefördert, und zwar <i>Bitte benennen Sie die fördernden Stellen und die Förderjahre</i>	
(Förder-)Mittelgeber	Jahr

14. Gesamtfinanzierung

Hinweis

Die Spalte IST bezieht sich auf die voraussichtlichen Gesamtwerte für das ablaufende Jahr.

Die Spalte PLAN bezieht sich auf die geplanten Gesamtwerte des Jahres, für das dieser Antrag gestellt wird.

Der beantragte Förderbedarf ist zahlenmäßig plausibel darzustellen.

Es muss jede Zeile ausgefüllt werden (keine Leerfelder). Trifft eine Position nicht zu, ist sie mit 0,00 zu beziffern.

Gesamteinnahmen in EUR – für das ablaufende Jahr (IST 2024) und – die für das Förderjahr geplant sind (PLAN 2025)	IST 2024	PLAN 2025
Eigene Mittel		
Mitgliedsbeiträge		
Entnahme aus Rücklagen/Finanzmitteln (<i>Freie Rücklagen/freie Finanzmittel sind in die Finanzierung einzubringen</i>)		
Einnahmen von Dachverbänden		
Einnahmen aus Zweckbetrieb (z. B. Anzeigen, Verkauf von Produkten)		
Einnahmen über eigene Förderkreise oder Fördervereine o. Ä.		
Einnahmen aus Veranstaltungen (z. B. Teilnahmegebühren)		
Einnahmen aus Messebetrieb		
Zinserträge		
Erbschaften		
Summe eigene Mittel		
Fremde Mittel		
Gesetzliche Krankenversicherung		
Pauschalförderung		
Überführte Mittel aus der Pauschalförderung aus dem Förderjahr 2023		
(krankenkassenindividuelle) Projektförderung		
Überführte Mittel aus der Projektförderung aus dem Förderjahr 2023		
Öffentliche Hand		
Bundesmittel (z. B. von Bundesministerien)		
Landesmittel (z. B. von Landesministerien)		
Kommunale Mittel (z. B. von Städten und Gemeinden)		
Sonstige Sozialversicherungsträger		
Rentenversicherungsträger		
Unfallversicherungsträger		
Pflegeversicherungsträger		
Dritte		
Wirtschaftsunternehmen (deren Spenden, Beiträge aus Fördermitgliedschaften, Sponsoring etc.)		
Spenden (<i>Spenden von Wirtschaftsunternehmen sind hier nicht auszuweisen</i>)		
Zuwendungen von Stiftungen (z. B. Deutsche Krebshilfe)		
Lotterien (z. B. Aktion Mensch)		
Bußgelder		
Summe fremde Mittel		
Weitere Einnahmen/Zuwendungen		
Summe Gesamteinnahmen		

Rücklagen/sonstiges Vermögen

Der Antragsteller hat:	EUR
freie Rücklagen / freie Finanzmittel in Höhe von	
zweckgebundene Rücklagen in Höhe von <i>Bitte Zweck benennen:</i>	
sonstiges Vermögen in Höhe von <i>Bitte Art benennen:</i>	
Gesamtbetrag	
<input type="checkbox"/> Der Antragsteller hat keine Rücklagen / kein sonstiges Vermögen	

Gesamtausgaben in EUR – für das ablaufende Jahr (IST 2024) und – die für das Förderjahr geplant sind (PLAN 2025)	IST 2024	PLAN 2025
Personalausgaben Personalkosten Löhne/Gehälter/Sozialabgaben Personalsachkosten (inkl. Fahrt-, Übernachtungs- und Verpflegungskosten) Ausgaben für die Teilnahme des hauptamtlichen Personals an Sitzungen, Seminaren, Tagungen etc.		
Sachausgaben Raumkosten/Miete für Bundesgeschäftsstelle, Betriebskosten inklusive für Lager/Archiv für Veranstaltungen <i>Bitte benennen:</i> Geschäftsbedarf Bürobedarf Porto Telefon, Fax, Internet, insb. Homepage (z. B. Unterhalt/Betriebskosten, Lizenzen) Anschaffung von Mobiliar, technischen Geräten und sonstigen Gegenständen Durchführung von Schulungen/Fortbildungen/Veranstaltungen/Treffen für Mitglieder, Mitgliedsvereine und Interessenten Regelmäßige Vorhaben, Maßnahmen, Produkte, die aus Mitteln der Pauschalförderung bezuschusst werden sollen und bisher anderweitig finanziert wurden PR und Öffentlichkeitsarbeit		
Ausgaben für innovative Vorhaben, Maßnahmen, Produkte, die von der Krankenversicherung (z. B. durch die Projektförderung) unterstützt wurden / werden sollen oder die von Dritten (z. B. Ministerien, Stiftungen) unterstützt wurden / werden sollen		
Sonstige Ausgaben Ehrenamtszuschale (<i>nicht förderfähig</i>) Ausgaben für die Teilnahme der ehrenamtlich tätigen Personen an Sitzungen, Seminaren, Tagungen etc. (z. B. Fahrt-, Übernachtungs- und Verpflegungskosten) Mitgliedsbeiträge für Fachverbände, Dachorganisationen etc. institutionelle Ausgabenpositionen (z. B. gesetzlich notwendige Rückstellungen) Stornierungskosten Weitere Ausgaben		
Summe Gesamtausgaben		

15. Folgende Unterlagen liegen diesem Antrag bei

- Finanzierungsplan zum beantragten Projekt (vgl. Muster, Gemeinsames Rundschreiben (GR) 2025, Anlage 6)
- aktuelle Satzung
- aktueller Freistellungsbescheid des Finanzamtes
- Einnahmen/Ausgabenrechnung bzw. Jahresabschluss 2023 (satzungsgemäß geprüft)
- unterzeichnete Bestätigung über die Entlastung des Vorstands (Protokoll der Mitgliederversammlung)
Hinweis: Bitte reichen Sie das aktuellste Protokoll der Mitgliederversammlung ein, welches Ihrer Organisation vorliegt.
- eigene Leitsätze (sofern vorhanden)
- aktueller Vereinsregisterauszug (bei erstmaliger Antragstellung)
- aktuellste Unterschriftsvollmacht bzw. Geschäftsordnung (sofern der Antrag von bevollmächtigten Vereinsvertreter:innen unterzeichnet wird)

16. Erklärung

Mit den Unterschriften bestätigt der Antragsteller

- die Beantragung von krankenkassenindividuellen Projektmitteln gemäß § 20h SGB V,
- die Einhaltung der Allgemeinen Nebenbestimmungen für die Beantragung und Gewährung von Projektfördermitteln (vgl. Gemeinsames Rundschreiben (GR) 2025, Anlage 2),
- die Einhaltung der Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit (vgl. GR 2025, Anlage 3),
- die Berücksichtigung der Hinweise zur Selbsthilfe in der digitalen Welt (vgl. GR 2025, Anlage 4),
- die Kenntnisnahme der Information zur Datenverwendung (vgl. GR 2025, Anlage 5),
- die Einhaltung des Datenschutzes (vgl. GR 2025, Anlage 7).

Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen/-verbände zweckgebunden gem. § 20h SGB V 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.

17. Transparenz

Der Antragsteller ist verpflichtet, Transparenz über eingenommene Mittel aus Spenden, Sponsoring und Förderung auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen (getrennt nach Spenden, Sponsoring und Förderung).

Die Veröffentlichung erfolgt unter folgendem Link:

18. Richtigkeit der Angaben/Legitimation

Mit der Unterzeichnung (**im Original**) bestätigen die **zwei** Vertreter:innen des Antragstellers zur Beantragung von Fördermitteln legitimiert zu sein sowie die Richtigkeit der Angaben im Antrag und die Vollständigkeit der antragsrelevanten Unterlagen.

Ort, Datum	<i>Bitte in Druckbuchstaben:</i> Name Unterzeichner:in, Position im Verein	Unterschrift
Ort, Datum	<i>Bitte in Druckbuchstaben:</i> Name Unterzeichner:in, Position im Verein	Unterschrift