

# Kassenindividuelle Förderung nach § 20c SGB V

## Antragsunterlagen für die Förderung der Selbsthilfekontaktstellen

### (Projektförderung)

Damit die gesetzlichen Krankenkassen über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20c SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Die **Projektförderung** erfolgt kassenindividuell. Wenden Sie sich daher bei Beratungs- und Förderbedarf an eine /-n Krankenkasse/ Kassenverband Ihrer Wahl.

- Anlage 1:** Mantelbogen zum Antragsformular
- Anlage 2:** Antragsformular Projektförderung
- Anlage 3:** Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit
- Anlage 4:** Datenschutzhinweis
- Anlage 5:** Strukturhebungsbogen
- Anlage 6:** Verwendungsnachweis

Über die Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung entscheiden die Krankenkassen und Verbände in der ARGE GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Baden-Württemberg gemeinschaftlich dem Grunde und der Höhe nach (**Pauschalförderung**).

# Antrag auf kassenindividuelle Förderung (Projektförderung) der Selbsthilfekontaktstellen nach § 20c SGB V

Förderjahr

Name des Förderempfängers:

Anschrift :

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internet:

Bankverbindung:

Kontoinhaber

Kontonummer

Bankleitzahl

Bank / Kreditinstitut

Ansprechpartner/in der Selbsthilfekontaktstelle bei evtl. Rückfragen zum Antrag

Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internet:

**Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigefügt:**

- Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit (Anl. 3)
- Datenverwendungserklärung (Anl.4)
- Strukturhebungsbogen (Anl. 5)
- Nachweis über die Verwendung der Fördermittel (Anl. 6)
- Jahresabschluss 2009
- Haushaltsplan für das Antragsjahr 2010 (ggf. Entwurf)
- Einrichtungskonzept/Satzung
- Einrichtungsprospekt, Selbstdarstellung, Programmheft, Sach-/Jahresbericht o. ä.

Fehlende Unterlagen reichen wir bis zum  nach.

# Antrag auf Projektförderung

(Förderung gezielter, zeitlich begrenzter einzelner, abgegrenzter Vorhaben und Aktionen; z.B. Tagungen, Seminare)

## Bitte für jedes Projekt getrennt erstellen!

(1) Welches Projekt soll gefördert werden?

a) Name des Projektes:

b) Darstellung des Projektes:

(2) Ziel des Projektes:

(3) Zielgruppen des Projektes:

(4) Zeitlicher Rahmen des Projektes:

(5) Wurden ebenfalls bei anderen Krankenkassen Anträge auf Förderung dieses Projektes gestellt?  
Wenn ja, bei welcher?

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AOK (welche?)  | Betrag: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ersatzkassen (welche?)   | Betrag: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Betriebskrankenkassen (welche?)                                | Betrag: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> IKK (welche?)  | Betrag: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Landwirtschaftliche Krankenkasse                               | Betrag: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Knappschaft  | Betrag: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Es wurde bei keiner weiteren Krankenkasse ein Antrag gestellt. |                              |

(6) Finanzielle Ressourcen werden / wurden erschlossen durch:

Zutreffendes bitte **X** ankreuzen.

- Pflegeversicherung
- Unfallversicherung
- Rentenversicherung
- Spenden / Geldbußen
- Eigenmittel / Mitgliedsbeiträge
- Zinserträge
- öffentliche Hand (Land Baden-Württemberg)
- öffentliche Hand (Kommunen/Landkreise)
- Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen (z.B. Pharma, Medizinprodukthersteller)
- sonstige Wirtschaftsunternehmen
- Lotterien (z.B. Aktion Mensch)
- Mittel des Dachverbandes / Bundesverbandes / Träger
- Sonstiges
- Es wurde bei keiner der o.a. Institution und/oder Einrichtung Anträge gestellt.

(7) Beabsichtigte Finanzierung des Projektes

**(Hinweis: Bitte fügen Sie zusätzlich einen Projektfinanzierungsplan bei)**

- a) Gesamtkosten des beantragten Projektes:  €
- b) davon Eigenmittel:  €
- c) davon beantragte Mittel bei anderen Krankenkassen bzw. Institutionen (siehe Punkt 5/6):  €
- d) davon sonstige Einnahmen:  €
- e) Der Antragsteller beantragt hiermit eine Projektförderung in Höhe von:  €

(8) Ist die Finanzierung dieses Projektes im Haushaltsplan enthalten?

- Ja
- Nein

Mit der Unterschrift bestätigt die Selbsthilfekontaktstelle sowohl ihre Antragstellung auf Mittel aus der kassenindividuellen Projektförderung gemäß § 20c SGB V als auch die **Einhaltung der Grundsätze der Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit** (vgl. Anlage 3). Der Antragsteller verpflichtet sich weiter, die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen/-verbände zweckgebunden gem. § 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 sind die Krankenkassen/-verbände berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. Stempel)

## 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 ab dem Förderjahr 2007. Sie basiert auf den bereits existierenden Leitsätzen der organisierten Selbsthilfe.

### **Erklärung**

#### **1. 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.

#### **2. 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.

#### **3. Datenschutz**

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

#### **4. 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.

#### **5. 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.

---

<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.

### 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 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 möchten Sie bitten, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären:

Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Strukturbogen 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

Diese Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. - Ein Widerruf ist jederzeit bei der/ dem für Sie zuständigen Krankenkassen/ Verband möglich.

Wir willigen in diese weitergehende Datenverwendung ein:

.....

Datum

.....

Unterschrift

# Strukturhebungsbogen für Selbsthilfekontaktstellen

Stand der nachstehenden Angaben:

(Datum)

**1.) Name der Selbsthilfekontaktstelle:**

**Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle:**

**Telefon:**

**Fax:**

**E-Mail:**

**Internet:**

**Ansprechpartner/in in der Selbsthilfekontaktstelle**

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

**Anschrift des Trägers:**

**Telefon:**

**Fax:**

**E-Mail:**

**Internet:**

**rechtsverbindliche/r Ansprechpartner/in des Trägers**

**Name**

(Funktion)

**3.) Strukturangaben zur Selbsthilfekontaktstelle**

3.1) Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle:

3.2) Über welche Angebote verfügt die Selbsthilfekontaktstelle und welche Aktivitäten führt die Selbsthilfekontaktstelle regelmäßig im Interesse von krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen durch? (z.B. Durchführung von Selbsthilfetagen)

3.3) Bietet die Selbsthilfekontaktstelle besonders herausgehobene Aktivitäten an bzw. gibt sie sich ein zusätzliches besonderes Tätigkeitsprofil (z. B. Kliniksprechstunde, Angebote für MigrantInnen, Koordination der Initiativen im Rahmen der Gesunden Stadt)? Wenn ja, bitte benennen Sie diese.

3.4) Öffnungs- bzw. Sprechzeiten der Selbsthilfekontaktstelle (Tage/Stunden pro Tag):

Anzahl der Beratungs- und Büroräume der Selbsthilfekontaktstelle:

Verfügt die Selbsthilfekontaktstelle über eigene Gruppenräume? Wenn ja, wie viele?

Unterhält die Selbsthilfekontaktstelle eine Zweigstelle? Wenn ja, mit welchen Öffnungs- bzw. Sprechzeiten (Tage/Stunden pro Tag)?

3.5) Anzahl der hauptberuflichen Stellen in der Selbsthilfekontaktstelle (Beschäftigungszeit mindestens ein Jahr):

- keine     unter 1     1 bis 2     2 bis 3     3 bis 4     mehr als 5

Fachliche Qualifikation der MitarbeiterInnen der Selbsthilfekontaktstelle? (bitte genau benennen)

[Redacted area]

Gesamtzahl der regelmäßig für die Tätigkeit in der Selbsthilfekontaktstelle zur Verfügung stehenden Arbeitsstunden pro Woche? Wie viele Stunden entfallen auf den Bereich Fachkraft, wie viele auf den Bereich Verwaltungskraft?

[Redacted area]

Nehmen die MitarbeiterInnen regelmäßig an Fortbildungen teil?

[Redacted area]

3.6) Erfolgt eine Förderung der Selbsthilfekontaktstelle durch die öffentliche Hand?

Ja       Nein

Wenn ja, in welcher Form (z.B. kommunale Mittel, Landesmittel) und Höhe:

[Redacted area]

3.7) Zuständigkeitsbereich der Selbsthilfekontaktstelle?

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

[Redacted area]

Anzahl der EinwohnerInnen im Zuständigkeitsbereich?

[Redacted area]

3.8) Anzahl der Selbsthilfegruppen im Zuständigkeitsbereich der Selbsthilfekontaktstelle:

[Redacted area]

Anzahl der gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen:

[Redacted area]

Ist der Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle größer als der Zuständigkeitsbereich? Wenn ja, bitte benennen Sie die Regionen.

[Redacted area]

3.9) Ist die Selbsthilfekontaktstelle grundsätzlich für alle Interessenten/Bürger offen?

Ja                       Nein                       Nur für Mitglieder des Trägers

Wenn nein, bitte Begründung angeben:

\_\_\_\_\_

3.10) Ist die Selbsthilfekontaktstelle neutral ausgerichtet (z.B. keine parteipolitische, religiöse oder weltanschauliche Ausrichtung, keine Verfolgung kommerzieller Interessen)

Ja                       Nein

Wenn nein, bitte erläutern:

\_\_\_\_\_

3.11) Arbeitet die Selbsthilfekontaktstelle fach- und indikationsübergreifend?

Ja                       Nein

Wenn nein, bitte Spezialisierung erläutern:

\_\_\_\_\_

3.12) Gibt es eine thematische Schwerpunktsetzung?

Ja                       Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

3.13) Dokumentiert die Selbsthilfekontaktstelle die regionalen Selbsthilfegruppen?

Ja                       Nein

Dokumentiert die Selbsthilfekontaktstelle ihre Aktivitäten?

Ja                       Nein

Wenn ja, in welcher Form?

\_\_\_\_\_

Wenn nein, bitte Begründung angeben, warum nicht:

\_\_\_\_\_

3.14) Erfolgt eine aktive Mitarbeit der Selbsthilfekontaktstelle in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen?

- Ja LAG KISS, AK Kontaktstellen
- Ja LAG KISS, AK SHU
- Nein

Wenn nein, bitte Begründung angeben, warum nicht:

---

Ort, Datum

---

Rechtsverbindliche Unterschrift / Stempel

**Nachweis über die Verwendung der Fördermittel  
gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr [REDACTED]**

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift des Antragstellers / der Selbsthilfekontaktstelle)		
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]		
Ansprechpartner/-in für evtl. Rückfragen (Name, Tel.)		
[REDACTED]		
<u>Bewilligungsschreiben vom:</u>	<u>Geschäftszeichen:</u>	<u>Betrag:</u>
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED] €
Verwendungszweck lt. Bewilligungsschreiben:		
[REDACTED]		
Projektbericht liegt bei.		
Zurück an		
[	]	[REDACTED] Ort, Datum
[	]	_____ rechtsverbindliche Unterschrift
Ggf. beigefügte Anlagen hier aufführen:		