

## Krankenkassenindividuelle Projektförderung gemäß § 20h SGB V

### Antragsunterlagen für die Förderung der Selbsthilfekontaktstellen

Damit die gesetzliche Krankenkasse über eine Förderung entscheiden kann, ist die Mitwirkung der Antragstellenden erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Mitwirkung sind § 60 SGB I „Angabe von Tatsachen“ und § 66 SGB I „Folgen fehlender Mitwirkung“. Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung gemäß § 20h SGB V benötigt. Verstößt die antragstellende Person 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.**

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen **nur vollständig ausgefüllt, unterschrieben und vor Projektbeginn** ein. Änderungen im Antragsvordruck durch den/die Antragsteller/in sind nicht zulässig.

**Zu den Antragsunterlagen gehören:**

- |                  |   |
|------------------|---|
| <b>Anlage 1:</b> | <b>Antragsformular Projektförderung</b> |
| <b>Anlage 2:</b> | <b>Datenverwendungserklärung</b>        |
| <b>Anlage 3:</b> | <b>Strukturerhebungsbogen</b>           |
| <b>Anlage 4:</b> | <b>Verwendungsnachweis</b>              |
| <b>Anlage 5:</b> | <b>Allgemeine Nebenbestimmungen</b>     |

## Antragsformular auf krankenkassenindividuelle Projektförderung von Selbsthilfekontaktstellen in Baden-Württemberg nach § 20h SGB V für das Förderjahr \_\_\_\_\_ (Bitte Jahr eintragen)

Name der antragstellenden Person der Selbsthilfekontaktstelle:

  

Anschrift:

  

Telefon:

E-Mail:

Fax:

Internet:

Bankverbindung:

Kontoinhaber/in:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

Ansprechpartner/in der Selbsthilfekontaktstelle bei eventuellen Rückfragen zum Antrag:

Name:

Telefon:

E-Mail:

Kontakt Daten des/der Ansprechpartner/in der Selbsthilfekontaktstelle für den Datenschutz

Name:

Telefon:

E-Mail:

**1. Projektbeschreibung**

a) Name des Projektes

Bitte beschreiben Sie Ihr Projekt/Vorhaben ausführlich eventuell auf einem separaten Blatt. Bitte 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/innen
- Laufzeit des Projektes
- Ausführungen zur Weiterführung nach Auslaufen der Finanzierung

b) Darstellung des Projektes:

c) Ziel des Projektes:

d) Zielgruppen des Projektes:

e) Projektaufbau, -durchführung, -umsetzung:

f) Kooperationspartner/innen bzw. Beteiligte:

g) Zeitlicher Rahmen des Projektes:

h) Sonstiges/Anmerkungen:

**Anlage 1 - Antrag auf Projektförderung (3)**

**2. Wurden ggf. bei anderen Krankenkassen Anträge auf Förderung dieses Projektes gestellt? Wenn ja, bei welcher?**

- |   |                      |         |                      |      |
|---|----------------------|---------|----------------------|------|
| <input type="checkbox"/> AOK, welche?   | <input type="text"/> | Betrag: | <input type="text"/> | Euro |
| <input type="checkbox"/> BKK, welche?   | <input type="text"/> | Betrag: | <input type="text"/> | Euro |
| <input type="checkbox"/> Ersatzkassen, welche?  | <input type="text"/> | Betrag: | <input type="text"/> | Euro |
| <input type="checkbox"/> IKK, welche?   | <input type="text"/> | Betrag: | <input type="text"/> | Euro |
| <input type="checkbox"/> Knappschaft  |                      | Betrag: | <input type="text"/> | Euro |
| <input type="checkbox"/> Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) |                      | Betrag: | <input type="text"/> | Euro |
| <input type="checkbox"/> Es wurde bei keiner weiteren Krankenkasse ein Antrag gestellt.       |                      |         |                      |      |

**3. Bei welchen Institutionen/Unternehmen wurden hierfür ebenfalls Fördermittel beantragt? Zutreffendes bitte ankreuzen (X).**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegeversicherung  | <input type="checkbox"/> Eigenmittel/Mitgliedsbeiträge   |
| <input type="checkbox"/> Rentenversicherung  | <input type="checkbox"/> Zinserträge                     |
| <input type="checkbox"/> Unfallversicherung  | <input type="checkbox"/> Spenden / Geldbußen             |
| <input type="checkbox"/> öffentliche Hand (Land)   | <input type="checkbox"/> Lotterien (z. B. Aktion Mensch) |
| <input type="checkbox"/> öffentliche Hand (Kommunen/Landkreise)  | <input type="checkbox"/> Sonstiges                       |
| <input type="checkbox"/> öffentliche Hand (Bundesmittel)   | <input type="checkbox"/> sonstige Wirtschaftsunternehmen |
| <input type="checkbox"/> Mittel des Dachverbandes / Bundesverbandes / Träger                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen (z. B. Pharma, Medizinprodukthersteller) |  |
| <input type="checkbox"/> Es wurden bei keiner dieser Institutionen/Einrichtungen Anträge gestellt.           |  |

**4. Finanzielle Darstellung des Projekts**

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

- |  |                      |      |
|--|----------------------|------|
| <b>Gesamtkosten des beantragten Projektes:</b>   | <input type="text"/> | Euro |
| a) davon Eigenmittel   | <input type="text"/> | Euro |
| b) davon beantragte Projekt-Mittel bei anderen Krankenkassen und/oder Institutionen (siehe Punkt 2/3): | <input type="text"/> | Euro |
| c) davon sonstige Einnahmen  | <input type="text"/> | Euro |
| d) <b>Der/Die Antragsteller/in beantragt hiermit eine Projektförderung in Höhe von:</b>                | <input type="text"/> | Euro |

**5. Ist die Finanzierung dieses Projektes im Haushaltsplan enthalten?**

- ja  nein

Anlage 1 – Antrag auf Projektförderung (4)

6. **Hat Ihre Selbsthilfekontaktstelle pauschale Fördermittel beantragt?**

ja

nein

Wenn ja, in welcher Höhe wurden pauschale Fördermittel beantragt?

Euro

## Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 20h SGB V zum Zwecke der Projektförderung erhoben und verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung, zu Ihren Rechten und die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit unserer/unserem Datenschutzbeauftragten finden Sie unter [www.aok.de/bw/Datenschutzrechte](http://www.aok.de/bw/Datenschutzrechte) oder wenden Sie sich bitte an die AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart.

## Erklärung

Wir erklären, dass wir stellvertretend für die Selbsthilfekontaktstelle die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehmen. Wir sind verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel gem. § 20h SGB V sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

Der Datenschutzhinweis sowie die allgemeinen Nebenbestimmungen haben wir zur Kenntnis genommen und stimmen der Datenverarbeitung zu.

## Richtigkeit der Angaben

Hiermit werden die Richtigkeit der Angaben und die Vollständigkeit der antragsrelevanten Unterlagen von **zwei legitimierten Vertretungen** des Antragsstellers durch **Unterschrift im Original** bestätigt.

Ort, Datum

Stempel

### 1. Vertretungsbefugte/r (lt. Satzung)<sup>1</sup>

Name in Druckbuchstaben

1. Unterschrift

Ort, Datum

Stempel

### 2. Vertretungsbefugte/r (lt. Satzung)

Name in Druckbuchstaben

2. Unterschrift

<sup>1</sup> Sofern laut Satzung nur ein Vertretungsbefugter benannt ist, ist dies als ausreichend anzusehen.

Anlage 1 – Antrag auf Projektförderung (5)

**Bitte beachten Sie:**

Nur **vollständige** Antragsunterlagen gewährleisten die abschließende Prüfung Ihres Förderantrages.

**Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt und auszufüllen:** (bitte ankreuzen)

	liegt vor	ist beigelegt	wird nachgereicht
1) Strukturhebungsbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Datenverwendungserklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vom Antragssteller/der Antragstellerin sind zusätzlich beigelegen:</b> (bitte ankreuzen)			
	liegt vor	ist beigelegt	wird nachgereicht
3) aktuelle Satzung/Einrichtungskonzept*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes	gültig bis: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Verwendungsnachweis des Vorjahres: a) Tätigkeitsbericht des Vorjahres b) zahlenmäßiger Nachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Haushaltsplan (geplante Einnahmen und Ausgaben) für das Antragsjahr (ggf. Entwurf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Erläuterung von Rücklagen (sofern diese bestehen und nicht als eigene Mittel eingesetzt werden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Letzter genehmigter Jahresabschluss (i. d. R. Vorjahr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Einrichtungskonzept, Selbstdarstellung, Programmheft, Sach-/Jahresbericht o. ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Unterlagen sind bei Änderungen einzureichen.

## Datenverwendungserklärung

### Noch ein paar Hinweise und eine Bitte in eigener Sache:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben gemäß § 20h SGB V zur Antragsbearbeitung im Rahmen der Selbsthilfeförderung erhoben und verarbeitet. Die Antragsbearbeitung beinhaltet auch die Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke. Ihre Daten dürfen wir im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse an Dritte oder an Dienstleister weiterleiten, die von uns beauftragt wurden. Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten, Ihre Rechte und die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit unserer/unserem Datenschutzbeauftragten finden Sie unter [www.aok.de/bw/Datenschutzrechte](http://www.aok.de/bw/Datenschutzrechte) oder wenden Sie sich bitte an die AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart. Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Informationen auch in Papierform zur Verfügung.

Ihre im Rahmen der genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) verarbeitet. Bitte beachten Sie: Wenn Sie Ihre Privatadresse bzw. privaten Kontaktdaten im Antrag angegeben haben, werden wir diese Daten ebenfalls im Rahmen der Antragsbearbeitung bei uns speichern.

Menschen, die an der Selbsthilfe interessiert sind, sollten über die Ansprechpartner/innen der Krankenkasse und ihrer Selbsthilfekontaktstellen Informationen erhalten. Damit dies umgesetzt werden kann, benötigen wir Ihre Einverständniserklärung zur weitergehenden Verwendung der entsprechenden Informationen.

**Diese Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf der Einverständniserklärung ist jederzeit für die Zukunft möglich, allerdings nicht rückwirkend. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Informationen aus bereits abgeschlossenen Antragsunterlagen oder aus gedruckten Broschüren nicht entnommen werden können.**

Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag zusätzlich für folgende Zwecke verwendet werden dürfen: (bitte ankreuzen)

- 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.
- Die Veröffentlichung der Selbsthilfedaten (inkl. Kontaktdaten des/der Ansprechpartners/Ansprechpartnerin) im Internet oder in Broschüren.
- Wir willigen in diese weitergehende Datenverarbeitung ein.

---

Datum

---

Unterschrift



## Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfekontaktstellen

Stand der nachstehenden Angaben:  (Datum)

### 1. Name der Selbsthilfekontaktstelle:

Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle:



Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet:

Ansprechpartner/in in der Selbsthilfekontaktstelle:

### 2. Träger der Selbsthilfekontaktstelle (Falls abweichend von Punkt 1.):

Anschrift des Trägers:



Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet:

Rechtverbindliche/r Ansprechpartner/in des Trägers (Name und 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).

Anlage 3 – Strukturerhebungsbogen (2)

3.3 Bietet die Selbsthilfekontaktstelle besonders herausgehobene Aktivitäten an oder gibt sie sich ein zusätzliches besonderes Tätigkeitsprofil (z. B. Kliniksprechstunde, Angebote für Migrantinnen und Migranten, 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   
  1-2   
  2-3   
  3-4   
  5 und mehr

Fachliche Qualifikation der Mitarbeiter/innen der Selbsthilfekontaktstelle? (Bitte genau benennen).

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?

Nehmen die Mitarbeiter/innen regelmäßig an Fortbildungen teil?

Anlage 3- Strukturerhebungsbogen (3)

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:

\_\_\_\_\_

3.7 Zuständigkeitsbereich der Selbsthilfekontaktstelle?

(Bitte nennen Sie Region, Bezirk, Kreis, Stadt)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner im Zuständigkeitsbereich?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.8 Anzahl der Selbsthilfegruppen im Zuständigkeitsbereich der Selbsthilfekontaktstelle:

\_\_\_\_\_

Anzahl der gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anlage 3 - Strukturerhebungsbogen (4)**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Selbsthilfeförderung gemäß § 20h SGB V

Nachweis über die Verwendung der Projektfördermittel für das Förderjahr \_\_\_\_\_  
(Bitte Jahr eintragen)

Empfänger/in der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in bei eventuellen Rückfragen (Name):

Telefon:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bewilligungsschreiben vom:

Geschäftszeichen:

Betrag:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Euro

Die Fördermittel wurden ausschließlich für folgendes Projekt verwendet:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ein kurzer Tätigkeitsbericht und die Belegliste wurde diesem Nachweis hinzugefügt.  
Die Krankenkasse behält sich vor, eventuell Originalbelege einzusehen.**

Bitte zurück an:

AOK Baden-Württemberg  
Carolin Hopfe  
Presselstraße 19  
70191 Stuttgart

┌

┐

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

└

\_\_\_\_\_

rechtsverbindliche Unterschrift

\_\_\_\_\_

rechtsverbindliche Unterschrift

## Musterbelegliste

	Datum des Beleges	Empfänger der Zahlung	Kostenart (entsprechend der Kostenart des Finanzierungsplans)	Grund der Auszahlung / Projektbezug	Betrag (Euro)	Bemerkung
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
SUMME:						

## **Allgemeine Nebenbestimmungen für die Beantragung und Gewährung von Fördermitteln gemäß § 20h SGB V**

Fördermittelempfänger/innen sind verpflichtet, neben den Anforderungen des Leitfadens zur Selbsthilfeförderung (Fassung vom 27. August 2020) auch die Allgemeinen Nebenbestimmungen zu beachten. Diese sind Bestandteil des Antrages auf krankenkassenindividuelle Projektförderung.

### **Anforderung und Verwendung der Fördermittel**

1. Die Fördermittel gemäß § 20h SGB V sind zweckgebunden, wirtschaftlich und sparsam zu verwenden.
2. Der/die Fördermittelempfänger/in hat alle mit dem Förderzweck zusammenhängenden Einnahmen (insbesondere Zuwendungen, Leistungen Dritter, Einnahmen aus Sponsoring, etc.) und seinen/ihren Eigenanteil (z. B. aus Mitgliedsbeiträgen, Rücklagen) als Deckungsmittel für alle mit dem Projekt zusammenhängenden Ausgaben einzusetzen.
3. Die Bildung von Rückstellungen ist zulässig, soweit sie gesetzlich (z. B. durch das Handelsgesetzbuch) vorgeschrieben sind.
4. Der/die Fördermittelempfänger/in darf keine vorrangig wirtschaftlichen/kommerziellen Zwecke verfolgen.

### **Nachträgliche Ermäßigung der Ausgaben oder Änderung der Finanzierung**

5. Ermäßigen sich nach der Bewilligung die im Haushaltsplan/Finanzierungsplan angegebenen Gesamtausgaben, erhöhen sich die Deckungsmittel oder treten neue Deckungsmittel hinzu, so ermäßigen sich die Fördermittel. Diese sind auf Anforderung des Fördermittelgebers hin ganz oder teilweise zurückzuerstatten.<sup>2</sup>

### **Zur Erfüllung des Förderzwecks beschaffte Gegenstände**

6. Der/die Fördermittelempfänger/in hat Gegenstände, deren Anschaffungswert 800,00 Euro (ohne Umsatzsteuer) übersteigt, zu inventarisieren.

### **Informations- und Mitteilungspflichten**

7. Der/die Fördermittelempfänger/in ist zu einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und ihren Verbänden unter Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit verpflichtet.
8. Für die Veröffentlichung bzw. den öffentlichen Hinweis zur erhaltenen Förderung ist das aktuelle Logo des Fördermittelgebers zu verwenden. Der/die Fördermittelgeber stellt das Logo auf Anfrage zur Verfügung. Die Veröffentlichung darf erst nach Freigabe durch den Fördermittelgeber erfolgen.
9. Der redaktionelle und öffentliche Hinweis auf die Förderung ist vor Veröffentlichung des geförderten Produktes oder vor Stattfinden der geförderten Veranstaltung mit dem Fördermittelgeber abzustimmen.

<sup>2</sup> Nr. 5 gilt, soweit die Fördermittel laut Bewilligungsschreiben als Anteilsfinanzierung oder Fehlbedarfsfinanzierung gewährt werden.  
Antragsformular – Krankenkassenindividuelle Projektförderung von Selbsthilfekontaktstellen in Baden-Württemberg –  
Stand 11/2021

**Anlage 5 – Allgemeine Nebenbestimmungen (2)**

10. Der/die Fördermittelempfänger/in ist verpflichtet, dem/der Fördermittelgeber/in mitzuteilen, wenn
- a. er/sie nach Vorlage des Haushaltsplans/Finanzierungsplans weitere Fördermittel bei anderen Stellen beantragt oder von ihnen erhält,
  - b. sich maßgebliche, für die Förderung wichtige Umstände ändern oder wegfallen. Hierzu zählt die Information über maßgebliche Veränderungen des Vorhabens hinsichtlich Finanzierung, Verwendungszweck, Erfüllung der Auflagen sowie bei Eröffnung oder Beantragung eines Insolvenzverfahrens.

**Nachweis der Mittelverwendung**

11. Die Kassen- und Buchführung ist sorgfältig und für den/die Fördermittelgeber/in nachvollziehbar zu führen.
12. Die Verwendung der Fördermittel ist nachzuweisen. Hierbei ist die im Bewilligungsschreiben/im Bewilligungsbescheid festgelegte Frist zu beachten. Der Verwendungsnachweis besteht aus einem zahlenmäßigen Nachweis sowie einem Tätigkeitsbericht. Im zahlenmäßigen Nachweis sind alle tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben in der Gliederung des Haushaltsplans/Finanzierungsplans auszuweisen.
13. Der Fördermittelempfänger bestätigt mit den Unterschriften von zwei legitimierten Vertretungen im Original unter dem Nachweis die Verwendung der Projektfördermittel ausschließlich für die bewilligten Projektausgaben.
14. Mit dem Verwendungsnachweis sind nicht verausgabte Fördermittel anzugeben. Mit dem Fördermittelgeber ist abzustimmen, wie mit diesen Mitteln zu verfahren ist.
15. Der/die Fördermittelempfänger/in bestätigt, dass die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam, zweckentsprechend und entsprechend der Satzung verwendet wurden.
16. Der/die Fördermittelnehmer/in hat auf Anforderung Bücher, Belege und sonstige Geschäftsunterlagen vorzulegen, sowie eventuell eine örtliche Erhebung zu ermöglichen.
17. Der/die Fördermittelempfänger/in hat alle mit der Förderung zusammenhängenden Unterlagen (Einzelbelege, Verträge etc.) in der Regel sechs Jahre nach Beendigung der Förderung aufzubewahren, sofern nicht aus Rechtsgründen oder aufgrund steuerlicher Vorschriften eine längere Aufbewahrungsfrist besteht. Er/sie hat sicherzustellen, dass die Unterlagen insbesondere nach einem Ämterwechsel oder Auflösung der Selbsthilfestruktur für eine Prüfung zur Verfügung stehen.



## Rückforderung der Fördermittel

18. Erforderliche Auskünfte sind gegenüber dem/der Fördermittelgeber/in zu erteilen.
19. Die Fördermittel sind ganz oder teilweise zu erstatten, soweit das Bewilligungsschreiben/der Bewilligungsbescheid nach den Vorschriften des SGB X (§ 44 ff.) oder anderen Rechtsvorschriften mit Wirkungen für die Vergangenheit zurückgenommen oder widerrufen wird oder sonstig unwirksam ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn
- die Fördermittel durch unrichtige oder unvollständige Angaben erwirkt wurden,
  - die Fördermittel nicht für den vorgesehenen Zweck verwendet werden,
  - eine auflösende Bedingung eingetreten ist (z. B. nachträgliche Ermäßigung der Ausgaben oder Änderung der Finanzierung durch zusätzliche Einnahmen)<sup>3</sup>
20. Ein Widerruf mit Wirkung für die Vergangenheit kann auch in Betracht kommen, wenn die Auflagen nicht erfüllt werden, insbesondere der Verwendungsnachweis nicht fristgerecht vorgelegt, sowie Mitteilungspflichten nicht rechtzeitig nachgekommen wird.

## Neutralität und Unabhängigkeit

21. Der/die Fördermittelempfänger/in hat die Unabhängigkeit seiner Selbsthilfeaktivitäten von wirtschaftlichen Interessen zu wahren und seine fachliche und politische Arbeit ausschließlich an den Bedürfnissen und Interessen von chronisch kranken und Menschen mit Behinderung und deren Angehörigen auszurichten. In allen Fällen von Zusammenarbeit und Kooperationen, auch ideeller Art, hat er/sie die vollständige Kontrolle über die Inhalte seiner/ihrer Arbeit, deren Umsetzungen sowie die Verwendung der Fördermittel zu behalten. Jegliche Kooperation mit und Unterstützung durch Wirtschaftsunternehmen (wie z. B. Pharmaunternehmen und Medizinproduktehersteller sowie (E-) Tabakprodukt-, Alkohol- und Glücksspielindustrie) wird transparent gestaltet. Bei der Weitergabe von Information hat er/sie auf inhaltliche Neutralität und eine ausgewogene Darstellung zu achten. Informationen und Empfehlungen der Selbsthilfe einerseits und Werbung andererseits sind zu trennen. Werbung von vorgenannten Wirtschaftsunternehmen in schriftlichen Publikationen oder auf dem Internetauftritt des Antragsstellers ist zu kennzeichnen. Interessenskonflikte müssen kenntlich gemacht werden.

## Datenschutz

22. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bzw. der Landesdatenschutzgesetze sowie der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) sind zu beachten. Dies gilt insbesondere auch bei der Nutzung von digitalen Anwendungen.

## Sonstiges

23. Die Förderung erfolgt ohne rechtliche Verpflichtung für Zahlungen in den Folgejahren.

<sup>3</sup> Vgl. Leitfaden zur Selbsthilfeförderung, Abschnitt B.8.5  
Antragsformular – Krankenkassenindividuelle Projektförderung von Selbsthilfekontaktstellen in Baden-Württemberg –  
Stand 11/2021