

KASSENARTENÜBERGREIFENDE  
PAUSCHALFÖRDERUNG RHEINLAND-PFALZ

# ANTRAG GRUPPEN NEU ÖRTLICHE/REGIONALE SELBSTHILFEGRUPPEN 2024 GRÜNDUNG

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 § 20h SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen. Ein Rechtsanspruch auf Pauschalförderung und auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen **nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben im Original ein** (siehe Seiten 5 & 6). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

## 1. ANTRAG GRUPPENNEUGRÜNDUNG FÜR DAS FÖRDERJAHR 2024

---

### 1.1 Kontaktdaten

---

Name des Antragstellers/Name der Selbsthilfegruppe

---

Anschrift für den Schriftverkehr (Adresse der Kontaktperson unter 1.3)

---

Telefon

---

E-Mail

---

Fax

---

Webseite

### 1.2 Bankverbindung

---

Kontoinhaber/-inhaberin

---

Kreditinstitut

---

IBAN

### 1.3 Ansprechpartner/-in für Rückfragen

---

Name

---

Telefon

---

E-Mail

---

Fax

## 1.4 Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)

---

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift)

---

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Selbsthilfegruppe?

---

---

Gründungsdatum

Mitgliederanzahl

Anzahl der regelmäßigen  
Teilnehmer/-innen

---

Wie häufig finden Treffen der Gesprächsgruppen/-kreise zum krankheitsbezogenen Austausch statt?

Ist die Gruppe offen für neue Mitglieder ?

ja

nein

Ist die Gruppe bundeslandübergreifend tätig

ja

nein

---

Wenn ja, wo ist der Sitz der Gruppe?

---

Krankheitsbezogene Selbsthilfe der Gruppe findet in diesen Bundesländern statt

Ist die SHG Mitglied in einem Landes-/ Bundes-/Fachverband  
oder einer Dachorganisation?

ja

nein

---

Wenn ja, in welchen?

Muss die SHG Raummiete und/oder Nebenkosten bezahlen?

ja

nein

---

Wenn ja, an wen?

€

---

Höhe der Miete/Nebenkosten

Anlass der Raumnutzung

Wird die Gruppe ehrenamtlich geleitet?

ja

nein

Wird die Gruppe durch Betroffene und/oder Angehörige geleitet?

ja

nein

Wird die Gruppe professionell geleitet (von einer professionellen Fachkraft angeleitet)?

ja

nein

Wenn ja, erfolgt die Leitung im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit?

ja

nein

Die Gruppe steht ausschließlich unter professioneller Leitung und wird nicht ehrenamtlich geführt.

ja

nein

---

#### Erläuterungen

Wurde oder wird für das aktuelle Kalenderjahr ein Antrag auf Selbsthilfeförderung betreffend Pflegebedürftige/Pflegende Angehörige nach SGB XI gestellt?

ja

nein

Hat die Gruppe Fördergelder nach SGB XI erhalten?

ja

nein

€

---

Wenn ja, in der Höhe von

für das Jahr

Insofern über den Antrag nach SGB XI später entschieden wird, werden wir die GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe unverzüglich entsprechend informieren.

#### 1.5 Angaben zur beantragten pauschalen Förderung

---

Bitte beschreiben Sie, wofür der pauschale Zuschuss verwendet werden soll

---

**Höhe der beantragten Fördermittel**

**600 €**

---

## 1.6 Abschließende Erklärung

Der Antragsteller erklärt, dass ...

- die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind,
- er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt,
- die Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit eingehalten werden,
- die im aktuellen GKV-Leitfaden (A.5.3 a und b) genannten Fördervoraussetzungen zur Kontoführung eingehalten werden,
- die Bestimmungen der Datenschutzgesetze und der EU-Datenschutz-Grundverordnung beachtet werden,
- für digitale Angebote und Anwendungen die geltenden Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit gewährleistet werden (gemäß Selbsthilfe-Leitfaden A.5.1 – A.5.4).

Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass bei einem positiven Bescheid kein Anspruch auf Förderung in gleicher Höhe in den folgenden Haushaltsjahren besteht.

Der Antragsteller wird auf Anforderung des Fördermittelgebers ggf. weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen. Er nimmt zur Kenntnis, dass der Fördermittelgeber bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben berechtigt ist, die Fördermittel ganz oder teilweise zurückzufordern.

### 1. Vertretungsbefugte/-r \*

Ort, Datum

(Vor-und Nachname in Druckbuchstaben)

### 2. Vertretungsbefugte/-r \*

Ort, Datum

(Vor-und Nachname in Druckbuchstaben)

Stempel / Name der Gruppe  
 (ggf. auch von Selbsthilfekontakt-  
 stelle oder Landesverband):



1. Vertretungsbefugte/-r – Unterschrift



2. Vertretungsbefugte/-r – Unterschrift

**\* Der Antrag muss von zwei Vertretungsbefugten unterschrieben werden.**  
 Ansonsten kann dieser nicht abschließend bearbeitet werden. Bei **Gruppenneugründungen** kann eine der Unterschriften von einer Selbsthilfekontaktstelle oder dem zuständigen Landesverband geleistet werden.

## 2. DATENVERWENDUNGSERKLÄRUNG

## ANLAGE 1

### Noch eine Bitte im eigenen Interesse der Antragsteller

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V ist größtmögliche 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 Antragsbearbeitung und eventuellen Abstimmung Ihres Antrags innerhalb der GKV, mit weiteren Fördermittelgebern und/oder mit zuständigen Selbsthilfeorganisationen/Selbsthilfekontaktstellen ist die folgende Einverständniserklärung **zwingend erforderlich**.

### Einwilligung

**Die Angaben aus dem Antrag dürfen für folgende Zwecke verwendet werden:**

- Antragsbearbeitung,
- 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 unserer Selbsthilfeeinrichtung durch die gesetzlichen Krankenkassen zu den gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfeförderung,
- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
- Information und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art der Selbsthilfeeinrichtung, betroffenes Krankheitsbild, Name der Selbsthilfeeinrichtung sowie die für die Erreichbarkeit erforderlichen Daten,
- Aufnahme in Adressverteiler für die Weitergabe von Informationen für die Selbsthilfe, Einladungen zu Selbsthilfetagungen und für die Zusendung von kasseninternen Selbsthilfeinformationen.

Ort, Datum



Unterschrift eines/einer Vertretungsbefugten

### 3. KONTAKTADRESSE FÜR DIE ANTRAGSTELLUNG

### ANLAGE 2

Anträge auf Pauschalförderung bitte nur bei folgendem Federführer abgeben

#### FEDERFÜHRER 2024

**AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse**  
**Markt und Service**  
**Rizzastr. 11, 56068 Koblenz**  
**Telefon 0261 3904-240**  
**E-Mail: gisela.stichler@rps.aok.de**



Die kassenartenübergreifende Pauschalförderung nach § 20h SGB V im Land Rheinland-Pfalz wird durch die „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz“ gewährleistet.

#### Mitglieder der GKV-Gemeinschaftsförderung in Rheinland-Pfalz



#### **AOK Rheinland-Pfalz/Saarland Die Gesundheitskasse**

Stefanie Lind  
Rizzastraße 11 in 56068 Koblenz  
Telefon 0261/3904-101  
stefanie.lind@rps.aok.de

#### **IKK Südwest**

Kirsten Beck  
Hoevelstraße 19-23 in 56073 Koblenz  
Telefon 0261/8996-7102, Fax 0261/8996-7195  
kirsten.beck@ikk-sw.de

#### **SVLFG - Landwirtschaftliche Krankenkasse**

Elmar Reuter  
Theodor-Heuss-Straße 1 in 67346 Speyer  
Telefon 0561/785-12061, Fax 0561/785-219009  
elmar.reuter@svlfg.de

#### **BKK Landesverband Mitte**

Andrea May  
Wallstraße 88 in 55122 Mainz  
Telefon 06131/3305-18, Fax 06131/3305-72  
andrea.may@bkkmitte.de

#### **KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Saarbrücken**

Iris Neuhardt  
St. Johanner Straße 46-48 in 66111 Saarbrücken  
Telefon 0681/4002-1314, Fax 0234/97838-13588  
iris.neuhardt@kbs.de

#### **vdek Landesvertretung Rheinland-Pfalz**

Sarah Dreis  
Wilhelm-Theodor-Römheld Straße 22  
in 55130 Mainz  
Telefon 06131/98255-11  
sarah.dreis@vdek.com

„GKV-Gemeinschaftsförderung  
Selbsthilfe Rheinland-Pfalz“  
c/o AOK Rheinland-Pfalz/Saarland –  
Die Gesundheitskasse.  
z. Hd. Gisela Stichter  
Rizzastraße 11  
56068 Koblenz

BITTE UNAUFGEFORDERT  
BIS SPÄTESTENS  
31. DEZEMBER 2024  
ZURÜCKSCHICKEN.

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe)

Telefon	Bewilligung vom	Bewilligter Betrag
		€

Verwendungszweck „Gruppenneugründung“

Der Empfänger der Fördermittel bestätigt, dass

- die Mitteilungspflichten gem. Leitfaden Selbsthilfeförderung erfüllt sind,
- die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und zweckgebunden verwendet wurden,
- Gegenstände, deren Anschaffungswert 800 € (ohne Mehrwertsteuer) übersteigt, inventarisiert sind,
- die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfemaßnahmen der Selbsthilfegruppe verwendet wurden.

1. Vertretungsbefugte/-r \*

Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben	→
		rechtsverbindliche Unterschrift

2. Vertretungsbefugte/-r \*

Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben	→
		rechtsverbindliche Unterschrift

\* Bitte beachten: Das Nachweisblatt muss von zwei Vertretungsbefugten unterschrieben werden. Ansonsten kann der Verwendungsnachweis nicht abschließend bearbeitet werden.