

## Krankenkassenindividuelle Projektförderung nach § 20h SGB V

### Antragsunterlagen für die Förderung der Landesverbände/-organisationen der Selbsthilfe

Damit wir über eine Förderung nach § 20h SGB V entscheiden können, brauchen wir Ihre Unterstützung.

Rechtsgrundlagen für die Mitwirkung sind § 60 SGB I „Angabe von Tatsachen“ und § 66 SGB I „Folgen fehlender Mitwirkung“. Berücksichtigen Sie diese Paragraphen nicht, lehnen wir den Antrag ab.

**Wichtig: Einen Rechtsanspruch auf Förderung und auf eine bestimmte Fördersumme haben Sie nicht.**

Bitte schicken Sie uns den Antrag **vollständig ausgefüllt, unterschrieben und vor Projektbeginn**. Denken Sie dabei auch an die Anlagen. Bitte verändern Sie den Vordruck nicht.

**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 Landesorganisationen der Selbsthilfe in Baden-Württemberg gemäß § 20h SGB V**  
**für das Förderjahr \_\_\_\_\_ (Bitte Jahr eintreten)**

**Name der antragstellenden Person der Selbsthilfeorganisation auf Landesebene:**

\_\_\_\_\_

**Anschrift:**

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

**Bankverbindung:**

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN:

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Ansprechperson des Selbsthilfe-Landesverbandes für den Antrag:**

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Ansprechperson des Selbsthilfe-Landesverbandes für den Datenschutz:**

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Anlage 1 – Antrag auf Projektförderung (2)

**1. Projektbeschreibung**

Bitte beschreiben Sie hier Ihr Projekt. Reicht der Platz nicht aus? Dann ergänzen Sie Ihre Informationen gerne auf einem weiteren Blatt. Bitte halten Sie sich dabei an die folgende Gliederung (Punkte a bis h).

a) Projekttitle:

---

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) Ausführungen zur Weiterführung/Verstetigung nach Ende des Projektes:

Anlage 1 – Antrag auf Projektförderung (3)

**2. Haben Sie bei anderen Institutionen/Unternehmen Anträge auf Förderung dieses Projektes gestellt?**

	<b>Name Mittelgeber</b>	<b>Betrag in Euro</b>
<input type="checkbox"/> Krankenkasse		
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung		
<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung		
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung		
<input type="checkbox"/> Öffentliche Hand (Länder)		
<input type="checkbox"/> Stiftungen, Lotterien, Aktion Mensch		
<input type="checkbox"/> Wirtschaftsunternehmen (z. B. Pharma, Medizinprodukthersteller)		
<input type="checkbox"/> Nein, wir haben keine Fördermittel bei anderen Institutionen/Unternehmen beantragt.		

**3. Finanzübersicht des Projekts**

Bitte legen Sie noch den Projektfinanzierungsplan dazu.

	<b>Betrag in Euro</b>
<b>Gesamtkosten des beantragten Projektes:</b>	
a) davon Eigenmittel (i. d. R. 10 %):	
b) davon beantragte Projekt-Mittel bei anderen Institutionen und/oder Unternehmen (siehe Punkt 2):	
c) davon sonstige Einnahmen:	
<b>d) Wir beantragen eine Projektförderung in Höhe von:</b>	

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

☐ Ja ☐ Nein

**5. Haben Sie pauschale Fördermittel beantragt?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, in welcher Höhe? \_\_\_\_\_

Anlage 1 – Antrag auf Projektförderung (4)

**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** oder wenden Sie sich bitte an die AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart.

**Erklärung**

Stellvertretend für die Selbsthilfeorganisation nehmen wir die Fördermittel durch die Krankenkassen/Krankenkassenverbände in Empfang. Wir sind verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel nach § 20h SGB V. Auch stellen wir einen Verwendungsnachweis aus.

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

**Richtigkeit der Angaben**

Wir bestätigen, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Dies durch **zwei legitimierte Vertretungen** des Antragsstellers durch **Unterschrift im Original**.

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

Ort	Datum	Name, Vorname in Druckbuchstaben
-----	-------	----------------------------------

Stempel	1. Unterschrift
---------	-----------------

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

Ort	Datum	Name, Vorname in Druckbuchstaben
-----	-------	----------------------------------

Stempel	2. Unterschrift
---------	-----------------

<sup>1</sup> Ist laut Satzung nur eine vertretungsberechtigte Person benannt, reicht eine Unterschrift.

Anlage 1 – Antrag auf Projektförderung (5)

**Wichtig für Sie: Nur, wenn alle Unterlagen vollständig sind, können wir über eine Förderung entscheiden.**

**Folgende Anlagen legen wir dazu:** (bitte ankreuzen)

	liegt vor	ist beigelegt	wird nachgereicht
1) Strukturerhebungsbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Datenverwendungserklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zusätzlich legen wir dazu:</b> (bitte ankreuzen)			
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"/>	<input type="checkbox"/>
5) Geschäfts-/Tätigkeitsbericht des Vorjahres	<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) Mitteilung über die Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung (Auszug aus dem Protokoll der Mitgliederversammlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Letzter genehmigter Jahresabschluss (satzungsgemäß geprüft i. d. R. vom Vorjahr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Aktueller Vereinsregisterauszug (bei der ersten Antragsstellung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Hat sich etwas geändert? Dann senden Sie uns bitte die aktuellen Unterlagen.

## Datenverwendungserklärung

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

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 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.

**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. Das bedeutet: Der Widerruf ist nicht möglich bei abgeschlossenen Antragsverfahren oder gedruckten Broschüren.**

### Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

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

- ☐ Information und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art der Organisation, Krankheitsbild, Name und Kontaktdaten der Selbsthilfekontaktstelle.
- ☐ Die Veröffentlichung der Selbsthilfedaten im Internet oder in Broschüren. Dazu gehören auch die Kontaktdaten der Ansprechperson.
- ☐ Wir willigen in diese weitergehende Datenverarbeitung ein.

Datum

Unterschrift

## Strukturhebungsbogen für Landesorganisationen der Selbsthilfe

1. a) Gründungsjahr des Landesverbandes: \_\_\_\_\_
- b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister: \_\_\_\_\_
- c) Falls noch kein e.V.: Wann ist die Eintragung vorgesehen? \_\_\_\_\_
  
2. a) Anzahl der Einzelmitglieder: \_\_\_\_\_
- b) Anzahl der regionalen/örtlichen förderfähigen Selbsthilfegruppen: \_\_\_\_\_
- c) In welchen Regionen/Kreisen sind die Gruppen vertreten? \_\_\_\_\_
- d) Gehören Ihrem Landesverband rechtlich selbstständige Ortsvereine an?  
Wenn ja, wie viele in Baden-Württemberg? \_\_\_\_\_
- ☐ Andere Strukturen (z. B. länderübergreifende Zusammenschlüsse o. ä. Bitte benennen Sie diese): \_\_\_\_\_
  
3. a) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge? ☐ Ja ☐ Nein
- b) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages (Euro pro Mitglied /Jahr): \_\_\_\_\_
- c) Wenn nein, erhält Ihr Landesverband Mitgliederbeiträge durch den Bundesverband? ☐ Ja ☐ Nein
  
4. In welchen übergeordneten Organisationen ist der Landesverband Mitglied? Jahresbeitrag in Euro
- ☐ Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e. V. (BAG SELBSTHILFE) \_\_\_\_\_
- ☐ Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e. V. (LAG SELBSTHILFE) in: \_\_\_\_\_
- ☐ Der PARITÄTISCHE Gesamtverband e. V. \_\_\_\_\_
- ☐ Der PARITÄTISCHE Baden-Württemberg e. V. \_\_\_\_\_
- ☐ Kindernetzwerk e. V. \_\_\_\_\_
- ☐ Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG) \_\_\_\_\_
- ☐ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) \_\_\_\_\_
- ☐ Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände: \_\_\_\_\_
- ☐ Andere Verbände/Organisationen auf nationaler oder internationaler Ebene (z. B. Fachgesellschaften): \_\_\_\_\_



Anlage 3 – Strukturhebungsbogen (2)

**5. Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband, die dem Bereich gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zuzurechnen sind:**

☐ keine    ☐ unter 0,5    ☐ mind. 0,5    ☐ 1 bis 2    ☐ mind. 3

**Erbringt Ihr Landesverband Dienstleistungen, die von Sozialversicherungsträgern oder der öffentlichen Hand finanziert oder bezuschusst werden?**

☐ Ja    ☐ Nein

Wenn ja, welche?

---

Wer kann diese Leistungen in Anspruch nehmen?

---

**6. a) Name der Erkrankung/Behinderung:**

---

**b) Kurzbeschreibung der Erkrankung/Behinderung** (evtl. Flyer/Selbstdarstellung ergänzen):

---

**c) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung/Behinderung, soweit bekannt**

---

**d) Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20h SGB V**

(nur eine Hauptdiagnose den Krankheits- bzw. Diagnosegruppen zuordnen)

- |  |   |
|--|---|
| <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 Stoffwechselkrankheiten                |
| <input type="checkbox"/> Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/ Immundefekte           |
| <input type="checkbox"/> Allergische und asthmatische Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystems             | <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 der Haut 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   |

**e) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung/Behinderung**

☐ Seltene Erkrankungen (nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen) sind betroffen.

Anlage 3 – Strukturhebungsbogen (3)

**7. Selbstdarstellung des Landesverbandes/Öffentlichkeitsarbeit:**

Homepage: \_\_\_\_\_

- ☐ Eine Broschüre/Einen Flyer des Landes-/Bundesverbandes legen wir dazu.
- ☐ Mitgliederzeitschrift    Auflagenhöhe: \_\_\_\_\_
- ☐ Newsletter
- ☐ Sonstige Medien/Veröffentlichungen (eventuell Veröffentlichungsverzeichnis beifügen):
- \_\_\_\_\_

**8. Hat Ihr Landesverband Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen formuliert?**

- ☐ Ja    ☐ Nein, weil

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

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift (und evtl. Stempel)

## Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V

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

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

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Name der Ansprechperson: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Bewilligungsschreiben vom: \_\_\_\_\_ Geschäftszeichen: \_\_\_\_\_ Betrag in Euro: \_\_\_\_\_

Die Fördermittel wurden ausschließlich für folgendes Projekt verwendet:

**Die AOK Baden-Württemberg behält sich vor, ggf. Originalbelege einzusehen.**

**Einen kurzen Tätigkeitsbericht und die Belegliste legen wir dazu.**

### Bitte zurück an:

AOK Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich Ganzheitliche  
Gesundheitsberatung  
„Krankenkassenindividuelle  
Projektförderung“  
Presselstraße 19  
70191 Stuttgart

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

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift

Anlage 4 – Verwendungsnachweis (2)

**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						
9						
10						
Summe:						

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

Fördermittelempfänger/innen sind verpflichtet, Folgendes zu beachten:

- Anforderungen des Leitfadens zur Selbsthilfeförderung.
- Allgemeine Nebenbestimmungen.

Diese sind Bestandteil des Antrages.

### **1. Anforderung und Verwendung der Fördermittel**

- a. Die Fördermittel nach § 20h SGB V verwenden Sie zweckgebunden, wirtschaftlich und sparsam.
- b. Sie setzen alle mit dem Förderzweck zusammenhängenden Einnahmen als Deckungsmittel für alle Projektausgaben ein. Dies sind insbesondere Zuwendungen, Leistungen Dritter, Einnahmen aus Sponsoring und der Eigenanteil, z. B. aus Mitgliedsbeiträgen und Rücklagen.
- c. Die Bildung von Rückstellung ist zulässig, soweit sie gesetzlich (z. B. durch das Handelsgesetzbuch) vorgeschrieben sind.
- d. Sie verfolgen keine vorrangig wirtschaftlichen/kommerziellen Zwecke.

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

- e. Verringern sich nach der Bewilligung die im Haushaltsplan/Finanzierungsplan angegebenen Gesamtausgaben? Erhöhen sich die Eigenmittel oder kommen neue Einnahmen hinzu? Dann passen wir den Förderbetrag an. Möglicherweise fordern wir unseren finanziellen Zuschuss teilweise oder ganz zurück.<sup>1</sup>

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

- f. Übersteigt der Wert 800,00 Euro ohne Umsatzsteuer, dann inventarisieren Sie den Gegenstand/die Anschaffung.

### **4. Informations- und Mitteilungspflichten**

- g. Sie verpflichten sich zu einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und ihren Verbänden unter Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit.
- h. Für die Veröffentlichung bzw. den öffentlichen Hinweis zur erhaltenen Förderung verwenden Sie das aktuelle Logo der AOK Baden-Württemberg. Die AOK stellt das Logo auf Anfrage zur Verfügung. Erst nach Freigabe durch die AOK dürfen Sie redaktionelle und öffentliche Hinweise auf die Förderung veröffentlichen.
- i. Bitte informieren Sie uns, wenn
  - Sie weitere Fördermittel bei anderen Stellen beantragen oder erhalten,
  - sich maßgebliche, für die Förderung wichtige Umstände ändern oder wegfallen. Hierzu zählen: Information über maßgebliche Veränderungen des Vorhabens, z. B. bei der Finanzierung, beim Verwendungszweck, bei der Erfüllung der Auflagen und bei Eröffnung oder Beantragung eines Insolvenzverfahrens.

<sup>1</sup> Nr. 5 gilt, soweit die Fördermittel laut Bewilligungsschreiben als Anteilsfinanzierung oder Fehlbedarfsfinanzierung gewährt werden.

## Anlage 5 – Allgemeine Nebenbestimmungen (2)

### 5. Nachweis der Mittelverwendung

- j. Bitte weisen Sie die Verwendung der Fördermittel innerhalb der festgelegten Frist nach.  
Der Verwendungsnachweis besteht aus

- dem Formular „Verwendungsnachweis“ und ggf. Rechnungsbelegen,
- einem Projektbericht bzw. Druckerzeugnissen (Belegexemplar).

Mit dem Formular „Verwendungsnachweis“ erbringen Sie den zahlenmäßigen Nachweis über alle Projekteinnahmen und -ausgaben auf Grundlage des Projektfinanzierungsplans. Es werden nur zweckgebundene Belege (z. B. für Sach- und Personalkosten) anerkannt.

- k. Mit den Unterschriften von zwei legitimierten Vertretungen im Original unter dem Nachweis bestätigen Sie: Die Projektfördermittel wurden ausschließlich für die bewilligten Projektausgaben verwendet.
- l. Im Verwendungsnachweis geben Sie nicht ausgegebene Fördermittel an. Was mit den restlichen Mitteln passiert, stimmen wir gemeinsam ab.
- m. Auf Anfrage geben Sie uns Einsicht vor Ort in Ihre Bücher, Belege und sonstige Geschäftsunterlagen.
- n. Sie bewahren alle mit der Förderung zusammenhängenden Unterlagen (Einzelbelege, Verträge etc.) in der Regel sechs Jahre nach Ende der Förderung auf. Es sei denn, aus Rechtsgründen oder auf-grund steuerlicher Vorschriften gilt eine längere Aufbewahrungsfrist. Sie stellen sicher, dass die Unterlagen, insbesondere nach einem Ämterwechsel oder Auflösung der Selbsthilfestruktur, für eine Prüfung greifbar sind.

### 6. Rückforderung der Fördermittel

- o. Wann zahlen Sie die Fördermittel ganz oder teilweise zurück? Das ist der Fall, wenn der Bewilligungsbescheid nach den Vorschriften des SGB X (§ 44 ff.) oder anderen Rechtsvorschriften mit Wirkungen für die Vergangenheit zurückgenommen oder widerrufen wird oder 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>2</sup>

- p. Ein Widerruf mit Wirkung für die Vergangenheit kann auch eintreten, wenn die Auflagen nicht erfüllt werden. Das gilt dann, wenn Sie den Verwendungsnachweis nicht fristgerecht vorgelegt oder Mitteilungspflichten nicht erfüllt haben.

### 7. Neutralität und Unabhängigkeit

- q. Sie wahren die Unabhängigkeit von wirtschaftlichen Interessen. Die fachliche und politische Arbeit ist ausschließlich an den Bedürfnissen und Interessen von chronisch Kranken und Menschen mit Behinderung und deren Angehörigen ausgerichtet.

In allen Fällen von Zusammenarbeit und Kooperationen, auch ideeller Art, behalten Sie die vollständige Kontrolle über die Inhalte Ihrer Arbeit, deren Umsetzungen sowie die Verwendung der Fördermittel. Jegliche Kooperation mit und Unterstützung durch Wirtschaftsunternehmen, wie z. B. Pharmaunternehmen und Medizinproduktehersteller sowie (E-) Tabakprodukt-, Alkohol- und Glücksspielindustrie, gestalten Sie transparent.

<sup>2</sup> Vgl. Leitfaden zur Selbsthilfeförderung, Abschnitt B.8.5

Anlage 5 – Allgemeine Nebenbestimmungen (3)

Bei der Weitergabe von Information achten Sie auf inhaltliche Neutralität und eine ausgewogene Darstellung. Informationen und Empfehlungen der Selbsthilfe einerseits und Werbung trennen Sie klar. Werbung von Wirtschaftsunternehmen in schriftlichen Publikationen oder auf Ihrer Internetseite kennzeichnen Sie deutlich.

**8. Datenschutz**

- r. Es gelten die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bzw. der Landesdatenschutzgesetze sowie der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO). Insbesondere auch bei der Nutzung von di-gitalen Anwendungen

**9. Sonstiges**

- s. Die Förderung gilt für dieses Jahr. Sie haben keinen Rechtsanspruch auf Förderung in den Folgejahren.