

# Krankenkassenindividuelle Förderung

## nach § 20c SGB V

### AOK- Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz

### Antragsunterlagen für die Projektförderung der

## Landesorganisationen der Selbsthilfe

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung gesetzlich vorgeschrieben (vgl. § 60 SGB I). Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20c SGB V benötigt (vgl. Antragsunterlagen). Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

#### **Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:**

- |             |  |
|-------------|--|
| Anlage I:   | Antragsformular für die Projektförderung                 |
| Anlage II:  | Strukturerhebungsbogen                                   |
| Anlage III: | Datenverwendungserklärung                                |
| Anlage IV:  | Erklärung zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit |
| Anlage V:   | Verwendungsnachweis                                      |
| Anlage VI:  | Kontaktadresse für die Antragstellung                    |

**Antragsvordruck für die Beantragung von Projektfördermitteln  
auf Landesebene gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr \_\_\_\_\_  
bei \_\_\_\_\_ (Bitte Krankenkasse benennen)**

<b>Name des Förderempfängers / des Landesverbandes</b>	
_____	
_____	
<b>Anschrift:</b>	
_____	
_____	
<b>Telefon:</b>	_____
<b>Fax:</b>	_____
<b>Email:</b>	_____
<b>Internet:</b>	_____
<b>Bankverbindung</b>	
Kontoinhaber:	_____
Kreditinstitut:	_____
Bankleitzahl:	_____
Kontonummer:	_____

**AnsprechpartnerIn des Landesverbandes bei eventuellen Rückfragen zum Antrag:**

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

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

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Kontaktadresse des Landesverbandes für den Schriftverkehr**

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

\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Projektförderung**

**(1) Welches Projekt soll gefördert werden?**

a) **Name des Projektes:**

b) **Darstellung des Projektes:**

(Projektbeschreibung - Aufbau und Durchführung - bitte auf separatem Blatt vornehmen)

**(2) Ziele des Projektes und Laufzeit:**

**(3) Zielgruppen des Projektes:**

**(4) Projektbeteiligte / Kooperationspartner:**

**(5) Bei welchen Krankenkassen auf Landesebene wurden ebenfalls Anträge zur Förderung dieses Projektvorhabens und in welcher Höhe gestellt?**

AOK

Höhe:  €

BKK

Höhe:  €

BARMER

Höhe:  €

DAK

Höhe:  €

TK

Höhe:  €

KKH

Höhe:  €

GEK

Höhe:  €

IKK

Höhe:  €

Knappschaft

Höhe:  €

Es wurde bei keiner der o.a. Krankenkassen/-verbände Anträge gestellt.

**(6) Bei welchen Institutionen/Unternehmen wurden ebenfalls Fördermittel für das o.a. Projekt beantragt?**

Bei keiner der nachstehenden Institutionen

Unfallversicherung

Rentenversicherung

öffentliche Hand (z.B. Länder, Kommunen)

Wirtschaftsunternehmen (Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller etc.)

Weitere:

**(7) Kosten des Projektes / Finanzierung (Bitte vollständig ausfüllen)**

- a) Gesamtkosten des beantragten Projektes:  €
- b) Höhe des Eigenanteils:  €
- c) Beantragte Mittel bei anderen Partnern (z.B. andere Krankenkassen/-verbände, Institutionen/Unternehmen):  €
- d) Es wird hiermit eine Projektförderung beantragt in Höhe von:  €

**(8) In welcher Höhe hat Ihr Landesverband pauschale Fördermittel im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung beantragt?**

Es wurden pauschale Fördermittel beantragt in Höhe von:  €

Mit der Unterschrift bestätigt die Selbsthilfeorganisation ihre Antragstellung auf Projektmittel gemäß § 20c SGB V als auch die Einhaltung der Grundsätze der **Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit** (vgl. Anlage IV). Der Antragsteller verpflichtet sich weiter, die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen/-verbände zweckgebunden gemäß § 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 ist die Krankenkasse/-verband berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern.]

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

**Bitte beachten:**

**Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten eine zeitnahe Prüfung Ihres Förderantrages. Bitte reichen Sie deshalb alle nachstehenden Antragsunterlagen ein.**

**Diesem Antrag sind folgende Anlagen beigelegt:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Strukturhebungsbogen (Anlage II)  | <input type="checkbox"/> liegt bereits vor |
| <input type="checkbox"/> Satzung   | <input type="checkbox"/> liegt bereits vor |
| <input type="checkbox"/> Körperschaftssteuer Freistellungsbescheid des Finanzamtes                     | <input type="checkbox"/> liegt bereits vor |
| <input type="checkbox"/> Datenverwendungserklärung (Anlage III)  |  |
| <input type="checkbox"/> Haushaltsplan für das Antragsjahr (ggf. Entwurf)                              |  |
| <input type="checkbox"/> letzter genehmigter Jahresabschluss   |  |
| <input type="checkbox"/> Mitteilung über die Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung |  |
| <input type="checkbox"/> Projektfinanzierungsplan  |  |
| <input type="checkbox"/> Projektbeschreibung   |  |

## Strukturerhebungsbogen für die Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben: \_\_\_\_\_ (Datum)

Name des Landesverbandes:	
Anschrift:	
Vorsitzende(r)/Präsident(in):	
ggf. Geschäftsführer(in):	
Telefon: _____	Telefax: _____
E-Mail: _____	Internet: _____

(1) a) Gründungsjahr des Landesverbandes: \_\_\_\_\_

b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister: \_\_\_\_\_

c) Falls noch kein e.V., wann ist die Eintragung vorgesehen? \_\_\_\_\_

d) Gründe für die Nichteintragung in das Vereinsregister: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(2) a) Gesamtzahl der Einzelmitglieder: \_\_\_\_\_

b) Anzahl der zugehörigen örtlichen Selbsthilfegruppen im Land: \_\_\_\_\_

(3) a) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge ?  Ja  Nein

b) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages: \_\_\_\_\_ €

(4) In welchen übergeordneten Organisationen ist Ihr Landesverband Mitglied?

Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (LAG SELBSTHILFE)

Landesverband des PARITÄTISCHEN e.V. (DPWV)

Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände: \_\_\_\_\_

Sonstige (z.B. Fachgesellschaften): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(5) Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband:

- keine     unter 1     1 bis 2     3 bis 5     6 bis 10     mehr als 10

(6) a) Name der Erkrankung/Behinderung:

[Empty text box for name of illness/disability]

b) Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20c SGB V (Krankheitsobergruppen):

- |  |   |
|--|---|
| <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 Stoffwechsel-Krankheiten               |
| <input type="checkbox"/> Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/ Immundefekte           |
| <input type="checkbox"/> Allergische und asthmatische Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystem              | <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 des Hautanhanggebildes 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   |

c) Kurzbeschreibung der Erkrankung / Behinderung (ggf. Flyer/Selbstdarstellung beifügen):

[Empty text box for short description of illness/disability]

d) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung / Behinderung (soweit bekannt):

[Empty text box for distribution of illness/disability]

(7) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

- Broschüre, Faltblatt o.ä. zur Selbstdarstellung des Landesverbandes, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist beigefügt

(8) Hat sich Ihr Landesverband Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben?

- Ja     Nein

[Empty box for location and date]

Ort, Datum

[Empty box for signature and stamp]

rechtsverbindliche Unterschrift ( und ggf. Stempel)

## Datenverwendungserklärung

### 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 und ihrer Verbände 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 bitten Sie deshalb, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären:

**Diese Einverständniserklärung zur weiter gehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.**

Einverständniserklärung zur weiter gehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Strukturhebungsbogen 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.

Wir willigen in diese weiter gehende Datenverwendung ein:

Datum

Unterschrift

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

### **Erklärung**

#### **I. 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.

#### **II. 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.

---

<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.

### **III. Datenschutz**

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

### **IV. 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.

### **V. 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.

**Nachweis über die Mittelverwendung**  
**gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr \_\_\_\_\_** (bitte Jahr eintragen)

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeorganisation):	
AnsprechpartnerIn bei eventuellen Rückfragen (Name):	Telefon:

Bewilligungsschreiben vom:	Geschäftszeichen:	Betrag:
		€

Verwendungszweck:

Die Fördermittel wurden ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfeforderungen des Landesverbandes verwendet. Als Nachweis der ordnungsgemäßen Buchführung liegt der Bericht der Kassenprüfer bzw. eines Wirtschaftsprüfers sowie die Jahresabschlussrechnung als Anlage bei bzw. wird nachgereicht.

6 ]H' Dfc 'Y \_fbUW k Y]g' fØ ]bbU a Yb! 'i bX'5 i g[ UVYbU zgh'`i b[ ž'6 Y'Y[ YL'VY]Z [ Yb'Vnk "bUW fY]W Yb"'

Zurück an:	}	
AOK – Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz Direktion Selbsthilfeförderung Virchowstr. 30 67304 Eisenberg	}	
		Ort, Datum
		rechtsverbindliche Unterschrift

## **Kontaktadresse für die Antragstellung**

---

AOK – Die Gesundheitskasse  
in Rheinland-Pfalz  
Ansprechpartnerinnen:  
Martina Ebener  
Petra Sandmann-Gilles  
Virchowstraße 30  
67304 Eisenberg

Tel.: 06351 403-407 und 403-478, Fax.: 06351 403-710  
E-Mail: [martina.ebener@rp.aok.de](mailto:martina.ebener@rp.aok.de) und [petra.sandmann-gilles@rp.aok.de](mailto:petra.sandmann-gilles@rp.aok.de)