



Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung

nach § 20c SGB V

Antragsunterlagen für die Förderung der

Landesorganisationen der Selbsthilfe

Ende der Antragsfrist: 31. Januar des Antragsjahres

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 1: Antragsformular für die Pauschalförderung
- Anlage 2: Strukturhebungsbogen
- Anlage 3: Datenverwendungserklärung
- Anlage 4: Erklärung zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit
- Anlage 5: Aufstellung des Förderbedarfs
- Anlage 6: Verwendungsnachweis
- Anlage 7: Kontaktadresse für die Antragstellung

**Antragsvordruck für die Beantragung pauschaler Fördermittel
auf Landesebene gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr _____**

Name des Förderempfängers / des Landesverbandes:	
[Redacted]	
[Redacted]	
Anschrift:	
[Redacted]	
[Redacted]	
Telefon:	[Redacted]
Fax:	[Redacted]
Email:	[Redacted]
Internet:	[Redacted]
Bankverbindung:	
Kontoinhaber:	[Redacted]
Kreditinstitut:	[Redacted]
Bankleitzahl:	[Redacted]
Kontonummer:	[Redacted]

AnsprechpartnerIn des Landesverbandes bei eventuellen Rückfragen zum Antrag:

Name:	[Redacted]
Telefon:	[Redacted]
Fax:	[Redacted]
Email:	[Redacted]

Kontaktadresse des Landesverbandes für den Schriftverkehr

Name:	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
Straße:	[Redacted]
PLZ und Ort:	[Redacted]

Antrag auf pauschale Förderung

(1) **Welche wiederkehrenden Aufgaben werden auf Landesebene in diesem Förderjahr wahrgenommen? Welche gesundheitsbezogenen Arbeitsschwerpunkte und Maßnahmen sollen mit den beantragten pauschalen Mitteln realisiert werden?** (ggf. auf separatem Blatt ausführen)

[Empty text area for question 1]

(2) **Welche Institutionen/Unternehmen unterstützen Ihren Landesverband finanziell?**

- Keine der nachstehenden Institutionen/Unternehmen
- Unfallversicherung
- Rentenversicherung
- Öffentliche Hand (z.B. Länder, Kommunen)
- Wirtschaftsunternehmen (Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller etc.)
- Weitere: [Empty text area]
- Es wurden Fördermittel nach SGB XI beantragt.

(3) **Benötigte Fördermittel**

Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von: [Empty text area] €

Mit der Unterschrift bestätigt die Selbsthilfeorganisation sowohl ihre Antragstellung auf Pauschalmittel gemäß § 20c SGB V als auch die Einhaltung der Grundsätze der **Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit** (vgl. Anlage 4). 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, die ordnungsgemäße Verwendung der pauschalen Fördermittel zu prüfen. Bei vorsätzlich falschen Angaben ist die Krankenkasse/-verband berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern]

[Empty text area for signature]

Ort, Datum

[Empty text area for signature]

rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Bitte beachten:

Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten eine zeitnahe Prüfung Ihres Förderantrages. Bei der Beantragung pauschaler Fördermittel im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung sind alle nachstehend aufgeführten Antragsunterlagen einzureichen.

Diesem Antrag sind folgende Anlagen beigelegt:

- Strukturhebungsbogen (Anlage 2)
- Satzung des Landesverbandes
- Körperschaftssteuer Freistellungsbescheid des Finanzamtes
- Datenverwendungserklärung (Anlage 3)
- Haushaltsplan für das Antragsjahr (ggf. Entwurf)
- letzter genehmigter Jahresabschluss
- Mitteilung über die Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung

- Die noch fehlenden Unterlagen reichen wir bis zum _____ nach.

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:

[Redacted area 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):

[Redacted area for short description of illness/disability]

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

[Redacted area for distribution information]

(7) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

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

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

- Ja Nein

[Redacted area for location and date]

Ort, Datum

[Redacted area 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.

Zur Bearbeitung Ihres Antrags innerhalb der GKV benötigen wir folgende Einverständniserklärung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag für folgenden Zweck verwendet werden dürfen:

- 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.

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit einer erweiterten Datenverwendung zuzustimmen. Diese nachfolgende Einverständniserklärung zur weiter gehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

Wenn Sie mit einer weitergehenden Verwendung der entsprechenden Informationen einverstanden sind, bitte wir Sie, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären.

- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
- 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 o.g. Datenverwendung ein:

Datum

Unterschrift

Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit^{*)}

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 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.

^{*)} 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.

**Aufstellung des Förderbedarfs zum Antrag auf
kassenartenübergreifende Förderung von Selbsthilfeorganisationen
gemäß § 20c SGB V für das Jahr _____**

Organisation: _____
Ansprechpartner/in: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.: _____

Aufschlüsselung der beantragten Förderung

1.	Regelmäßige Kosten		
	Raumkosten, Miete		Euro
	Regelmäßig erscheinende Verbandsmedien		Euro
	Gremiensitzungen		Euro
2.	Verwaltungskosten		
	Büromaterial		Euro
	Porto		Euro
	Telefon/Fax/Internet		Euro
	Fachliteratur		Euro
3.	Sonstiges (bitte einzeln auflühren)		
			Euro
			Euro
			Euro
			Euro
			Euro
4.	Gesamt		Euro

Bemerkung:

Datum, Ort

Unterschrift des Ansprechpartners/der Ansprechpartnerin

**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 Selbsthilfemaßnahmen des Landesverbandes verwendet.

Bitte folgende Nachweise beifügen bzw. nachreichen:

- Jahres- oder Tätigkeitsbericht
- Jahresabschlussrechnung
- Nachweis über die ordnungsgemäße Buchführung

Zurück an:

"GKV-Gemeinschaftsförderung
Selbsthilfe Rheinland-Pfalz"
c/o AOK - Die Gesundheitskasse
in Rheinland-Pfalz
Referat Gesundheitsförderung
Virchowstr. 30
67304 Eisenberg

┌

└

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Kontaktadresse für die Antragstellung

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung im Land Rheinland-Pfalz wird durch die "GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe Rheinland-Pfalz" gewährleistet. Mitglieder der GKV-Gemeinschaftsförderung in Rheinland-Pfalz sind:

Federführer in den Jahren 2012 und 2013:

AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz

Referat Gesundheitsförderung
Virchowstr. 30
67304 Eisenberg
Tel.: 0 63 51 / 403-478/-407/-477
Fax: 0 63 51 / 403-710
E-Mail: petra.sandmann-gilles@rp.aok.de

IKK Südwest

Herr Wilfried Both
Wilhelm-Stöppler-Platz 2
56070 Koblenz
Tel.: 02 61/ 80 81-62
Fax: 02 61/ 80 51-84
E-Mail: wilfried.both@ikk-sw.de

BKK Landesverband Mitte

Herr Robert Miedreich
Essenheimer Str. 126
55128 Mainz-Bretzenheim
Tel.: 0 61 31/ 33 05 39
Fax: 0 61 31/ 33 05 71
E-Mail: robert.miedreich@bkkmitte.de

vdek Landesvertretung Rheinland-Pfalz

Frau Christine Urban
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 22
55130 Mainz
Tel.: 0 61 31/ 9 82 55-20
Fax: 0 61 31/ 83 20 15
E-Mail: christine.urban@vdek.com

Knappschaft

Regionaldirektion Saarbrücken

Frau Iris Neuhardt
St. Johanner Str. 46-48, 66111 Saarbrücken
Tel.: 0 68 1/ 40 02-13 14
Fax: 0 68 1/ 40 02-12 97
E-Mail: iris.neuhardt@kbs.de

Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland

Herr Volker Klais
Theodor-Heuss-Str. 1, 67346 Speyer
Tel.: 0 62 32/ 911-32 40
Fax: 0 62 32/ 911-34 94
E-Mail: Volker.Klais@hrs.lsv.de

Krankenkasse für den Gartenbau

Frau Andrea Otto
Frankfurter Str. 126, 34121 Kassel
Tel.: 0 56 1/ 92 82-863
Fax: 0 56 1/ 92 82-305
E-Mail: andrea.otto@gartenbau.lsv.de