

Stand: August 2019

Kassenindividuelle Projektförderung für das Jahr 2020

nach § 20h SGB V

Antragsunterlagen für die

Landesorganisationen der Selbsthilfe

Antragsfrist: 31. Dezember des Vorjahres

Anträge, die nach dieser Frist eingehen, werden nicht mehr berücksichtigt.

Datenschutzhinweis (§ 67a SGB X): 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 § 20h SGB V benötigt (vgl. Antragsunterlagen). Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen. Ihre Antragsunterlagen werden für sechs Jahre nach Beendigung der Förderung aufbewahrt.

Für eine ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Förderantrages sind die Antragsunterlagen vollständig einzureichen und durch rechtsfähige Unterschrift zu bestätigen. Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragssteller sind nicht zulässig

Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:

- Anlage 1: Antragsformular für die Projektförderung
- Anlage 2: Strukturhebungsbogen
- Anlage 3: Datenverwendungserklärung
- Anlage 4: Erklärung zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit

**Antragsvordruck für die Beantragung von Projektmitteln
auf Landesebene gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2020
bei [] (Bitte Krankenkasse benennen)**

Name des Förderempfängers / des Landesverbandes	
[]	
[]	
Anschrift:	
[]	
[]	
Telefon:	[]
Fax:	[]
Email:	[]
Internet:	[]
Bankverbindung	
Kontoinhaber:	[]
Kreditinstitut:	[]
IBAN:	[XXXX XXXX XXXX XXXX XXXX XX]
BIC:	[]
Bankleitzahl:	[]
Kontonummer:	[]

AnsprechpartnerIn des Landesverbandes bei eventuellen Rückfragen zum Antrag:

Name: []

Telefon: []

Fax: []

Email: []

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?

- | | | | |
|--|-------|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> AOK | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> BKK | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> Fördergemeinschaft der Ersatzkassen, c/o vdek | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> BARMER | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> DAK-Gesundheit | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> Techniker Krankenkasse | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> Kaufmännische Krankenkasse - KKH | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> IKK | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> Knappschaft | Höhe: | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> Es wurden 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
- Pflegeversicherung (§ 45 d SGB XI) – bitte ggf. auf separatem Blatt ausführen
- öffentliche Hand (z.B. Länder, Kommunen)
- Wirtschaftsunternehmen (Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller etc.)
- Weitere:

Anlage 1
Kassenindividuelle Projektförderung
- Landesorganisationen der Selbsthilfe -

(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 Pauschalförderung beantragt?

Es wurden pauschale Fördermittel beantragt in Höhe von: €

Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen/-verbände zweckgebunden gemäß § 20h SGB V zu verwenden. Zum Ende des Förderzeitraums ist ein Verwendungsnachweis vorzulegen, siehe Anlage 5. Belege sind 6 Jahre aufzubewahren.

[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

1. Vertretungsbefugter (lt. Satzung*) und ggf. Stempel

Ort, Datum

2. Vertretungsbefugter (lt. Satzung*) und ggf. Stempel

* Sofern lt. Satzung nur ein Vertretungsbefugter benannt ist, ist dies ausreichend.

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:

Projektfinanzierungsplan

-> Soweit nicht bereits bei Pauschalantrag beigelegt:

- Strukturhebungsbogen (Anlage 2)
- Satzung
- Körperschaftssteuer Freistellungsbescheid des Finanzamtes
- Datenverwendungserklärung (Anlage 3)
- Erklärung zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit (Anlage 4)
- Gesamtfinanzierungsplan für das Antragsjahr 2020 (ggf. Entwurf)
(entsprechend MUSTER Haushaltsplan/Jahresrechnung)
- Vorläufige Jahresrechnung des abgelaufenen Förderjahres (2019)
(entsprechend MUSTER Haushaltsplan/Jahresrechnung)
- Mitteilung über die Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung

Strukturerhebungsbogen für die Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben: (Datum)

Name des Landesverbandes:	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Anschrift:	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Vorsitzende(r)/Präsident(in):	<input type="text"/>
ggf. Geschäftsführer(in):	<input type="text"/>
Telefon: <input type="text"/>	Telefax: <input type="text"/>
E-Mail: <input type="text"/>	Internet: <input type="text"/>

- (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 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:

b) Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20 h 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):

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

- (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

Ort, Datum

1. Vertretungsbefugter (lt. Satzung*) und ggf. Stempel

Ort, Datum

2. Vertretungsbefugter (lt. Satzung*) und ggf. Stempel

* Sofern lt. Satzung nur ein Vertretungsbefugter benannt ist, ist dies ausreichend.

Datenverwendungserklärung

Noch eine Bitte in eigener Sache:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 hSGB 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:

Ort, Datum

1. Vertretungsbefugter (lt. Satzung*) und ggf. Stempel

Ort, Datum

2. Vertretungsbefugter (lt. Satzung*) und ggf. Stempel

* Sofern lt. Satzung nur ein Vertretungsbefugter benannt ist, ist dies ausreichend.

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 § 20 h 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.

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.

Wir verpflichten uns zur Einhaltung dieser Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit:

[Redacted signature area]

Ort, Datum

[Redacted signature area]

1. Vertretungsbefugter (lt. Satzung*) und ggf. Stempel

[Redacted signature area]

Ort, Datum

[Redacted signature area]

2. Vertretungsbefugter (lt. Satzung*) und ggf. Stempel

* Sofern lt. Satzung nur ein Vertretungsbefugter benannt ist, ist dies ausreichend.