

# Kassenindividuelle Förderung § 20h SGB V der Selbsthilfekontaktstellen

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.  
Ohne Ihre Mitwirkung kann eine zielgerichtete Bearbeitung Ihres Antrages nicht erfolgen

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein (s. hierzu S. 7 des Antrags)! Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

- Anlage 1:           Antragsformular Projektförderung**
- Anlage 2:           Datenverwendungserklärung**
- Anlage 3:           Strukturerhebungsbogen**
- Anlage 4:           Verwendungsnachweis**
- Anlage 5:           Allgemeine Nebenbestimmungen**

**Antragsformular auf kassenindividuelle Förderung (Projektförderung) von  
Selbsthilfekontaktstellen nach § 20h SGB V für das Förderjahr <sup>1)</sup>  
bei der IKK classic**

**Name des Antragstellers/der Selbsthilfekontaktstelle:**

[Redacted]

**Anschrift:**

[Redacted]

**Telefon:**

[Redacted]

**Email:**

[Redacted]

**Fax:**

[Redacted]

**Internet:**

[Redacted]

**Bankverbindung:**

Kontoinhaber:

[Redacted]

Kreditinstitut

[Redacted]

IBAN:

[Redacted]

BIC:

[Redacted]

**Ansprechpartner/in der Selbsthilfekontaktstelle**

**bei eventuellen Rückfragen zum Antrag:**

Name:

[Redacted]

Telefon:

[Redacted]

Fax:

[Redacted]

E-Mail:

[Redacted]

**Beantragung krankenkassenindividueller Fördermittel auf Landesebene**

**1. Welches Projekt (Vorhaben/Aktivität) soll gefördert werden?**

a) Name des Projektes

Bitte beschreiben Sie Ihr Projekt/Vorhaben ausführlich ggf. auf einem separaten Blatt. Bitte achten Sie darauf, dass in Ihren Ausführungen nähere Angaben zu folgenden Aspekten erfolgen:

- Zielsetzung des Projektes
- Erfolgsindikatoren des Projektes
- angesprochene Zielgruppe
- Projektaufbau, Projektdurchführung und Projektumsetzung
- Projektbeteiligte und Kooperationspartner
- Laufzeit des Projektes
- Ausführungen zur Weiterführung nach Auslaufen der Finanzierung

b) Darstellung des Projektes

  
  
  


c) Ziel des Projektes

d) Zielgruppen des Projektes

e) Projektaufbau, -durchführung, -umsetzung

  
  


f) Kooperationspartner/Beteiligte

g) Zeitlicher Rahmen des Projektes

h) Sonstiges/Anmerkungen:

**2. Wurden ggf. bei anderen Krankenkassen Anträge auf Förderung dieses Projektes gestellt? Wenn ja, bei welcher Krankenkasse und welcher Betrag?**

- |                                                                                         |                                                                                    |         |                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AOK, welche?                                                   | <input style="width: 100%; height: 15px; background-color: #cccccc;" type="text"/> | Betrag: | <input style="width: 100%; height: 15px; background-color: #cccccc;" type="text"/> € |
| <input type="checkbox"/> BKK, welche?                                                   | <input style="width: 100%; height: 15px; background-color: #cccccc;" type="text"/> | Betrag: | <input style="width: 100%; height: 15px; background-color: #cccccc;" type="text"/> € |
| <input type="checkbox"/> Ersatzkassen, welche?                                          | <input style="width: 100%; height: 15px; background-color: #cccccc;" type="text"/> | Betrag: | <input style="width: 100%; height: 15px; background-color: #cccccc;" type="text"/> € |
| <input type="checkbox"/> weitere Krankenkasse, welche?                                  | <input style="width: 100%; height: 15px; background-color: #cccccc;" type="text"/> | Betrag: | <input style="width: 100%; height: 15px; background-color: #cccccc;" type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Es wurde bei keiner weiteren Krankenkasse ein Antrag gestellt. |                                                                                    |         |                                                                                      |

**3. Bei welchen Institutionen/Unternehmen wurde für dieses Projekt ebenfalls Fördermittel beantragt? Wenn zutreffend, welcher Betrag?**

<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung	Betrag:	€
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung	Betrag:	€
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	Betrag:	€
<input type="checkbox"/> öffentliche Hand (Land)	Betrag:	€
<input type="checkbox"/> öffentliche Hand (Kommunen/Landkreise)	Betrag:	€
<input type="checkbox"/> Eigenmittel/Mitgliedsbeiträge	Betrag:	€
<input type="checkbox"/> Zinserträge	Betrag:	€
<input type="checkbox"/> Spenden / Geldbußen	Betrag:	€
<input type="checkbox"/> Lotterien (z.B. Aktion Mensch)	Betrag:	€
<input type="checkbox"/> Sonstiges	Betrag:	€
<input type="checkbox"/> öffentliche Hand (Bundesmittel)	Betrag:	€
<input type="checkbox"/> Mittel des Dachverbandes / Bundesverbandes / Träger	Betrag:	€
<input type="checkbox"/> Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen (z.B. Pharma, Medizinproduktehersteller)	Betrag:	€
<input type="checkbox"/> sonstige Wirtschaftsunternehmen	Betrag:	€
<input type="checkbox"/> Es wurde bei keiner der o.a. Institution / Einrichtung Anträge gestellt.		

**4. Beabsichtigte Finanzierung des Projektes**

(Hinweis: Bitte fügen Sie zusätzlich einen Projektfinanzierungsplan bei!)

<b>Gesamtkosten des beantragten Projektes:</b>	€
a) - davon Eigenmittel	€
b) - davon beantragte Projekt-Mittel bei anderen Krankenkassen und/oder Institutionen (siehe Punkt 2/3):	€
c) - davon sonstige Einnahmen	€
d) Der Antragsteller beantragt hiermit eine Projektförderung in Höhe von:	€

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

ja  nein

**6. Hat Ihre Selbsthilfekontaktstelle pauschale Fördermittel beantragt?**

ja  nein

Wenn ja, in welcher Höhe wurden pauschale Fördermittel beantragt? €

Der Antragssteller erklärt, dass

- die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind.
- er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt.

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.

Ort, Datum	<b>1. Vertretungsbefugter (lt. Satzung)<sup>1</sup></b>
	Name in Druckbuchstaben
Ort, Datum	<b>2. Vertretungsbefugter (lt. Satzung)</b>
	Name in Druckbuchstaben
Stempel	rechtsverbindliche Unterschrift
	rechtsverbindliche Unterschrift

**Bitte beachten Sie:**

Nur **vollständige** Antragsunterlagen gewährleisten die abschließende Prüfung Ihres Förderantrages.

**Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt und auszufüllen:** (bitte ankreuzen)

- |                              | liegt vor                | ist beigelegt            | wird nachgereicht        |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Strukturhebungsbogen      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Datenverwendungserklärung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Vom Antragssteller sind zusätzlich beigelegen:** (bitte ankreuzen)

- |                                                                                                     | liegt vor                | ist beigelegt            | wird nachgereicht        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3) aktuelle Satzung/Einrichtungskonzept*                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) aktueller Körperschaftsteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gültig bis:                                                                                         |                          |                          |                          |
| 5) Verwendungsnachweis des Vorjahres:                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) Tätigkeitsbericht des Vorjahres                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) zahlenmäßiger Nachweis                                                                           | <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) Erläuterung von Rücklagen (sofern diese bestehen und nicht als eigene Mittel eingesetzt werden). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Letzter genehmigter Jahresabschluss (i.d.R. Vorjahr)                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Einrichtungskonzept, Selbstdarstellung, Programmheft, Sach-/Jahresbericht o.ä.                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- \* Unterlagen sind bei Änderungen einzureichen.

<sup>1</sup> Sofern laut Satzung nur ein Vertretungsbefugter benannt ist, ist dies als ausreichend anzusehen.

## Datenverwendungserklärung

### Noch eine Bitte in eigener Sache:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h 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 AnsprechpartnerInnen der Krankenkassen 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 möchten Sie bitten, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären.

### Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Strukturbogen 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

**Diese Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. - Ein Widerruf ist jederzeit bei der/ dem für Sie zuständigen Krankenkassen/ Verband mit Wirkung für die Zukunft möglich.**

Wir willigen in diese weiter gehende Datenverwendung ein.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## Strukturhebungsbogen für Selbsthilfekontaktstellen

Stand der nachstehenden Angaben:  (Datum)

1.) **Name der Selbsthilfekontaktstelle:**

Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet:

Ansprechpartner/in in der Selbsthilfekontaktstelle:

2.) **Träger der Selbsthilfekontaktstelle (Falls abweichend von Punkt 1.):**

Anschrift des Trägers:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet:

Rechtverbindlicher Ansprechpartner des Trägers (Name und Funktion)

3. **Strukturangaben zur Selbsthilfekontaktstelle**

3.1 Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle:

3.2 Über welche Angebote verfügt die Selbsthilfekontaktstelle und welche Aktivitäten führt die Selbsthilfekontaktstelle regelmäßig im Interesse von krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen durch? (z.B. Durchführung von Selbsthilfetagen)







3.13 Dokumentiert die Selbsthilfekontaktstelle die regionalen Selbsthilfegruppen?

Ja

Nein

Dokumentiert die Selbsthilfekontaktstelle ihre Aktivitäten?

Ja

Nein

Wenn ja, in welcher Form?

.....

.....

Wenn nein, bitte Begründung angeben, warum nicht:

.....

.....

3.14 Erfolgt eine aktive Mitarbeit der Selbsthilfekontaktstelle in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen?

Ja, LAG KISS, AK Kontaktstellen

Ja, LAG KISS, AK SHU

Nein

Wenn nein, bitte Begründung angeben, warum nicht:

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift

## Selbsthilfeförderung gemäß § 20h SGB V

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

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AnsprechpartnerIn bei eventuellen Rückfragen

Telefon:

(Name):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bewilligungsschreiben vom:

Geschäftszeichen:

Betrag:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ €

Die Fördermittel wurden ausschließlich für folgendes Projekt verwendet:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Kurzer Tätigkeitsbericht und Belegliste wurde diesem Nachweis hinzugefügt.  
Die Krankenkasse behält sich vor ggf. Originalbelege einzusehen.**

Zurück an:

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

L

rechtsverbindliche Unterschrift

rechtsverbindliche Unterschrift

## Musterbelegliste

	Datum des Beleges	Empfänger der Zahlung	Kostenart (entsprechend der Kostenart des Finanzierungsplans)	Grund der Auszahlung / Projektbezug	Betrag (€)	Bemerkung
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
					SUMME:	

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

Fördermittelpfänger sind verpflichtet, die Allgemeinen Nebenbestimmungen zu beachten. Diese sind Bestandteil des Bewilligungsschreibens/-bescheides, soweit dort nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.

### **Anforderung und Verwendung der Fördermittel**

1. Die Fördermittel sind zweckgebunden, wirtschaftlich und sparsam zu verwenden.
2. **für Projektförderung:**  
Der Fördermittelpfänger hat alle mit dem Förderzweck zusammenhängenden Einnahmen (insbesondere Zuwendungen, Leistungen Dritter, Einnahmen aus Sponsoring, etc.) und seinen Eigenanteil (z.B. aus Mitgliedsbeiträgen, Rücklagen) als Deckungsmittel für alle mit dem Projekt zusammenhängenden Ausgaben einzusetzen.
3. Die Bildung von Rückstellungen ist zulässig, soweit sie gesetzlich (z.B. durch das Handelsgesetzbuch) vorgeschrieben sind.
4. Der Fördermittelpfänger darf keine vorrangig wirtschaftlichen/kommerziellen Zwecke verfolgen.

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

5. Ermäßigen sich nach der Bewilligung die im Haushaltsplan/Finanzierungsplan angegebenen Gesamtausgaben, erhöhen sich die Deckungsmittel oder treten neue Deckungsmittel hinzu, so ermäßigen sich die Fördermittel. Der Fördermittelgeber wird die im Bewilligungsbescheid genannte Fördersumme dann entsprechend bei Vorlage der Einnahmen – und Ausgabenübersicht, sowie der Rechnungskopien die Auszahlung entsprechend verringern.<sup>1</sup>

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

6. Der Fördermittelpfänger hat Gegenstände, deren Anschaffungswert 410 Euro (ohne Umsatzsteuer) übersteigt, zu inventarisieren.<sup>2</sup>

### **Informations- und Mitteilungspflichten**

7. Der Fördermittelpfänger ist zu einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und ihren Verbänden unter Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit verpflichtet.
8. Der Fördermittelpfänger soll auf die Förderung der GKV hinweisen.

---

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

<sup>2</sup> Die Höhe des Betrags kann vom Fördermittelgeber angepasst werden.

9. Der Fördermittelempfänger ist verpflichtet, dem Fördermittelgeber mitzuteilen, wenn
  - a. er nach Vorlage des Haushaltsplans/Finanzierungsplans weitere Fördermittel bei anderen Stellen beantragt oder von ihnen erhält,
  - b. sich maßgebliche, für die Förderung wichtige Umstände ändern oder wegfallen. Hierzu zählt die Information über maßgebliche Veränderungen des Vorhabens hinsichtlich Finanzierung, Verwendungszweck, Erfüllung der Auflagen sowie bei Eröffnung oder Beantragung eines Insolvenzverfahrens.

## **Nachweis der Mittelverwendung**

10. Die Kassen- und Buchführung sind sorgfältig und für den Fördermittelgeber nachvollziehbar zu führen.
11. Die Verwendung der Fördermittel ist nachzuweisen. Hierbei ist die im Bewilligungsschreiben festgelegte Frist zu beachten.

### Regelmäßiger Verwendungsnachweis:

Der Verwendungsnachweis besteht aus einem zahlenmäßigen Nachweis sowie einem Tätigkeitsbericht. Im zahlenmäßigen Nachweis sind alle tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben in der Gliederung des Haushaltsplans/Finanzierungsplans auszuweisen.

12. Der Fördermittelempfänger bestätigt, dass die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam, zweckentsprechend und ggf. entsprechend der Satzung verwendet wurden.
13. Der Fördermittelnehmer hat auf Anforderung Bücher, Belege und sonstige Geschäftsunterlagen vorzulegen sowie ggf. eine örtliche Erhebung zu ermöglichen.
14. Der Fördermittelempfänger hat alle mit der Förderung zusammenhängenden Unterlagen (Einzelbelege, Verträge etc.) in der Regel sechs Jahre nach Beendigung der Förderung aufzubewahren, sofern nicht aus Rechtsgründen oder aufgrund steuerlicher Vorschriften eine längere Aufbewahrungsfrist notwendig ist. Er hat sicherzustellen, dass die Unterlagen insbesondere nach einem Ämterwechsel oder Auflösung der Selbsthilfestruktur für eine Prüfung zur Verfügung stehen.

## **Erstattung (Rückforderung) der Fördermittel**

15. Erforderliche Auskünfte sind gegenüber dem Fördermittelgeber zu erteilen.
16. Die Fördermittel sind ganz oder teilweise zu erstatten, soweit das Bewilligungsschreiben/der Bewilligungsbescheid nach den Vorschriften des SGB X (§ 44 ff.) oder anderen Rechtsvorschriften mit Wirkungen für die Vergangenheit zurückgenommen oder widerrufen wird oder sonstig unwirksam sind.

## Sonstiges

### 17. Neutralität und Unabhängigkeit:

Der Fördermittelempfänger hat die Unabhängigkeit seiner Selbsthilfeaktivitäten von wirtschaftlichen Interessen zu wahren und seine fachliche und politische Arbeit ausschließlich an den Bedürfnissen und Interessen von chronisch kranken und behinderten Menschen und deren Angehörigen auszurichten. In allen Fällen von Zusammenarbeit und Kooperationen, auch ideeller Art, hat er die vollständige Kontrolle über die Inhalte seiner Arbeit, deren Umsetzungen sowie die Verwendung der Fördermittel zu behalten. Jegliche Kooperation mit und Unterstützung durch Wirtschaftsunternehmen ist transparent zu gestalten. Bei der Weitergabe von Information hat er auf inhaltliche Neutralität und eine ausgewogene Darstellung zu achten. Informationen und Empfehlungen der Selbsthilfe einerseits und Werbung des jeweiligen Unternehmens andererseits sind zu trennen. Werbung von Wirtschaftsunternehmen insbesondere in schriftlichen Publikationen ist zu kennzeichnen.

18. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bzw. der Landesdatenschutzgesetze insbesondere im Hinblick auf die Weitergabe personenbezogener Daten sind zu beachten.

19. Die Förderung erfolgt ohne rechtliche Verpflichtung für Zahlungen in den Folgejahren.