Antragsunterlagen zur Förderung der Landesorganisationen der Selbsthilfe gemäß § 20 h SGB V

Kassenindividuelle Förderung der AOK Sachsen-Anhalt

Anlage 1: **Antragsformular**

Anlage 2: **Strukturerhebungsbogen**

Anlage 3: **Datenschutzhinweis**

Anlage 4: **Erklärung zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit**

Anlage 5: **Verwendungsnachweis**

Anlage 6: **Kontaktadresse für die Antragstellung**

Damit die gesetzlichen Krankenkassen über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 und § 66 SGB I erforderlich. Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20 h SGB V benötigt.

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein! Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragssteller sind nicht zulässig.

Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Antragsfrist für die Einreichung von Förderanträgen ist der **31. Januar** des Jahres, für das die Förderung beantragt wird.

Anlage 1

Antrag Projektförderung gemäß § 20 h SGB V für das Jahr ___2027__

AOK Sachsen-Anhalt
16.9 Fachteam Prävention
Ralf Kitzing
39084 Magdeburg

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Förderempfänger/Landesverband	
Name	
Anschrift	
Telefon/Telefax	
E-Mail/Internet	
Ansprechpartner/in	
Name	
Anschrift	
Tel.-Nr.	

Bankverbindung	
Kontoinhaber/in:	
Anschrift des Kontoinhabers:	
Kreditinstitut:	
Die folgenden Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.	
BIC = Bank Identifier Code, international standardisierter Bankcode	
IBAN = International Bank Account Number, internationale, standardisierte Notation für Bankkontonummern	

Welches Projekt soll gefördert werden?	
Name des Projektes:	
Darstellung des Projektes: (bitte auf separatem Blatt vornehmen)	
Ziele:	
Zielgruppen:	
Projektbeteiligte/Kooperationspartner:	
Bei welchen Krankenkassen auf Landesebene wurden ebenfalls Anträge zur Förderung dieses Projektvorhabens und in welcher Höhe gestellt?	
☐ IKK - Innungskrankenkasse	Höhe:
☐ Ersatzkasse (BARMER, DAK, etc.) Name:	Höhe:
☐ Betriebskrankenkassen – BKK Name:	Höhe:
☐ See-Krankenkasse	Höhe:
☐ Bundesknappschaft	Höhe:
☐ keiner anderen Krankenkasse	
Bei welchen Institutionen/Unternehmen wurden ebenfalls Fördermittel für das Projekt beantragt?	
☐ Unfallversicherung	
☐ Rentenversicherung	
☐ öffentliche Hand	
☐ Wirtschaftsunternehmen	
☐ weitere:	
☐ bei keiner der genannten Institutionen	

Kosten des Projektes (Bei Anträgen über 500 EUR ist ein Finanzierungsplan einzureichen)	
Gesamtkosten:	
davon Eigenmittel:	
Beantragte Mittel bei anderen Partnern: (Krankenkassen, Unternehmen)	
Hiermit beantragter Zuschuss:	
In welcher Höhe hat Ihre Selbsthilfekontaktstelle pauschale Fördermittel im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung beantragt?	
Es wurden pauschale Fördermittel beantragt in Höhe von	
Bearbeitungsvermerk der AOK genehmigter Zuschuss:	

Mit der Unterschrift bestätigt die Selbsthilfekontaktstelle ihre Antragstellung auf Projektmittel gemäß § 20 h SGB V sowie 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 § 20 h SGB V zu verwenden. Die Krankenkassen/ -verbände behalten sich im Einzelfall vor, detaillierte Nachweise über die Mittelverwendung beim Förderempfänger anzufordern. Bei vorsätzlich falschen Angaben ist die Krankenkasse berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern.

Ort

Datum/Unterschrift

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

Diesem Antrag sind folgende Anlagen beigefügt:

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

Anlage 2

Strukturerhebungsbogen für die Selbsthilfekontaktstelle auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben:

Name des Landesverbandes:	
Anschrift:	
PLZ/Ort:	
Vorsitzende(r)/Präsident(in):	
ggf. Geschäftsführer(in):	
Telefon/Telefax:	
E-Mail/Internet:	
Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle:	
Jahr der Eintragung in das Vereinsregister	
Falls noch keine Eintragung erfolgt ist, bis wann ist die Eintragung vorgesehen:	
Gründe für Nichteintragung in das Vereinsregister:	
Mitglieder	
Gesamtzahl der Einzelmitglieder	
Gesamtzahl der regionalen/örtlichen Selbsthilfegruppen	
Werden Mitgliedsbeiträge erhoben?	
Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages:	

In welchen übergeordneten Organisationen ist Ihr Landesverbande Mitglied?
☐ Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e. V. (LAG Selbsthilfe)
☐ Landesverband des PARITÄTISCHEN e. V. (DPWV)
☐ Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände:
☐ Sonstige (z. B. Fachgesellschaften):

Anzahl der hauptberuflichen Stellen des Landesverbandes?

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

Name der Erkrankung/Behinderung:

Zuordnung der Erkrankung gem. Krankheitsverzeichnis (§ 20 Abs. 4 SGB V)
(Mehrfach-Nennungen möglich):

☐	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐	Hirnbeschädigungen
☐	Krankheiten des Skeletts, der Gelenke der Muskeln und des Bindegewebes	☐	Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/Immundefekte
☐	Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	☐	Krankheiten der Sinnesorgane/Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen
☐	Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes	☐	Allergische und asthmatische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen
☐	Tumorerkrankungen	☐	Infektiöse Krankheiten
☐	Lebererkrankungen	☐	Krankheiten des Nervensystems
☐	Hauterkrankungen	☐	Chronische Schmerzen
☐	Suchterkrankungen	☐	Organtransplantationen
☐	Angeborene Fehlbildungen/Deformitäten und Behinderungen	☐	Psychische und Verhaltensstörungen/Psychische Erkrankungen

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

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

Selbstdarstellung des Landesverbandes:
☐ Broschüre, Faltblatt, o.ä. zur Selbstdarstellung der Selbsthilfekontaktstelle, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist beigefügt
Hat sich Ihr Landesverband Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben?
☐ ja ☐ nein

Ort

Datum/Unterschrift

Anlage 3

Noch eine Bitte in eigener Sache:

Eine wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 h 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 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:

Diese Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit bei der AOK Sachsen-Anhalt möglich.

Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung:

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

- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der AOK Sachsen-Anhalt.
- 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.
- Aufnahme in Adressverteiler für die Weitergabe von Informationen für die Selbsthilfe, Einladungen zu Selbsthilfetagungen und der Zusendung von kasseninternen Selbsthilfeinformationen.
- Die AOK Sachsen-Anhalt wird zu Zwecken der Transparenz den Namen der Fördermittelempfänger und die Förderhöhe veröffentlichen (vgl.“Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“ in der Fassung vom 17.Juni 2013)

Wir willigen in diese weitergehende Datenverwendung ein:

Datum

Unterschrift

Anlage 4

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

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.

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-, Medizinproduktindustrie, 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. Aus- sagen und Empfehlungen ohne Angabe von Quellen, insbesondere von Dritten, gehören nicht zur Informationspraxis von Selbsthilfekontaktstellen. 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 nach der EU-DSGVO 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.

Anlage 5

Nachweis über die Verwendung der kassenindividuellen Fördermittel gemäß § 20 h SGB V

Der Verwendungsnachweis ist grundsätzlich auszufüllen und bis zum 31. März des Folgejahres zurückzusenden.

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift):		
Ansprechpartner/in für evtl. Rückfragen (Name, Tel.):		
Bewilligungsschreiben vom:	**Geschäftszeichen:**	**Betrag:**
Verwendungszweck lt. Bewilligungsschreiben:		
Die Fördermittel wurden ausschließlich für satzungsmäßige gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben der Selbsthilfekontaktstelle verwendet. Als Nachweis der ordnungsgemäßen Buchführung liegt der Bericht der Kassenprüfer bzw. eines Wirtschaftsprüfers als Anlage bei bzw. wird nachgereicht. **Bitte Jahres- oder Tätigkeitsbericht beifügen bzw. nachreichen.**		
Bis zum 31.03. des Folgejahres zurück an:		
AOK Sachsen-Anhalt 19.6 FB Prävention Ralf Kitzing 39084 Magdeburg	Ort, Datum Unterschrift	

Detaillierter Verwendungsnachweis für Förderung über 200 Euro						
Lfd Nr. Be-lege	**Datum Des Beleges**	**Empfänger der Zahlung**	**Kostenart (entsprechend der Kostenart des Finanzplanes**	**Grund der Aus-zahlung/ Projektbezug**	**Betrag in Euro**	**Bemerkung**
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Anlage 6

Kontaktadressen für die Antragstellung

(Kontaktadressen, Ansprechpartner, Telefonnummern usw. der einzelnen Krankenkassen/-verbände aufführen, die krankenkassenindividuell auf Landesebene fördern)

