

Kooperationsgemeinschaft Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt

Antragsformular für Selbsthilfekontaktstellen für das Förderjahr 2026

Kooperationsgemeinschaft Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt

AOK Sachsen-Anhalt
19.6 Fachteam Prävention
Ralf Kitzing
39084 Magdeburg

AOK Sachsen-Anhalt

BKK Landesverband Mitte

KNAPPSCHAFT

IKK gesund plus

Sozialversicherung der Landwirte, Forsten
und Gartenbau (SVLFG) als LKK

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

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.

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein. Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Bitte beachten Sie, dass der Antrag bis **31. Dezember 2025** vorliegen muss.

Bitte beachten Sie, dass sich die Angaben auf den folgenden Seiten nur auf die Einnahmen und Ausgaben beziehen, die im Sinne der gesundheitsbezogenen Selbsthilfefarbeit getätigt werden!

Angaben zur Selbsthilfekontaktstelle und zum Träger

- (1) Name der Selbsthilfekontaktstelle:
- (2) Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle:
- (3) Telefon: (4) Fax:
- (5) E-Mail: (6) Internet:
- (7) Ansprechpartner:
- (8) Trägerorganisation:
- (9) Anschrift des Trägers:
- (10) Telefon: (11) Fax:
- (12) E-Mail: (13) Internet:
- (14) Ansprechpartner:

Beantragte Förderung und Bankverbindung

- (15) Die Selbsthilfekontaktstelle beantragt eine Förderung von Euro.
- (16) Kontoinhaber:
- (17) Name der Bank:
- (18) IBAN:

Anlagen zum Antrag

- (19) Folgende Anlagen sind dem Antrag beigelegt:
- ☐ Haushaltsplan ☐ Gruppenverzeichnis
- ☐ Tätigkeitsbericht ☐ Strukturerhebungsbogen
- ☐ Anlage 1- Datenverwendungserklärung
- ☐ weitere:

Geplante Verwendung der Fördermittel

Bitte geben Sie an, wie Sie die beantragte Förderung verwenden möchten. Tragen Sie hier aus-schließlich den Anteil ein, der auf die Kooperationsgemeinschaft der Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt entfällt und nicht (wie etwa bei Personalkosten oder Miete) den Gesamtetat, der durch andere Zuschüsse ergänzt wird.

- | | | |
|------|--|------|
| (20) | ☐ anteilige Personalkosten: | Euro |
| (21) | ☐ Mietkosten der Geschäftsstelle: | Euro |
| (22) | ☐ Mietkosten für externe Gruppenräume: | Euro |
| (23) | ☐ Büromaterialien: | Euro |
| (24) | ☐ Porto- und Fernmeldekosten (außer Internet): | Euro |
| (25) | ☐ Pflege des Internetauftritts: | Euro |
| (26) | ☐ Büroausstattung Technik und Mobiliar: | Euro |
| (27) | ☐ Schulungsmaßnahmen und Weiterbildung des Personals*: | Euro |
| (28) | ☐ Schulungsangebote für die Selbsthilfegruppen*: | Euro |
| (29) | ☐ Selbsthilfeverzeichnis, Faltblätter, Informationsmaterialien: _____ | Euro |
| (30) | ☐ eigene Veranstaltungen*: | Euro |
| (31) | ☐ Mitgliedsbeiträge für Dachorganisationen: | Euro |
| (32) | ☐ Fahrt- und Reisekosten: | Euro |
| (33) | ☐ weitere Ausgaben*: | Euro |
| (34) | Summe der Gesamtausgaben: | Euro |

Fördermittel der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach § 45d SGB XI

- (35) Wurden bei der Gesetzlichen Pflegeversicherung Mittel beantragt? ☐ Ja ☐ Nein
- (36) Falls Ja: Für welche Aktivitäten soll diese Förderung verwendet werden?

*Bitte detaillierte Aufstellung zu den Schulungsmaßnahmen, Veranstaltungen und weiteren Ausgaben als Anlage beifügen

Voraussichtliche Einnahmen/Restmittel aus voran gegangenen Pauschalförderungen

Bitte geben Sie an, welche zusätzlichen Einnahmen der Selbsthilfekontaktstelle voraussichtlich zur Verfügung stehen werden oder beantragt sind. Sie können mehrere Punkte angeben oder Positionen überspringen.

- (37) ☐ Keine weiteren Einnahmen
- (38) ☐ Kommunale Mittel (Stadt, Gemeinde oder Landkreis)
- (39) ☐ Rentenversicherung
- (40) ☐ Unfallversicherung oder Berufsgenossenschaften
- (41) ☐ Spenden oder Sponsorengelder (auch
- (42) ☐ Pharmaindustrie) Mittel des Landes Sachsen-Anhalt
- (43) ☐ Fördermittel nach § 45d SGB XI (siehe Frage 37)
- (44) ☐ Betriebsmittel
- (45) ☐ Sonstige Zuschüsse: _____ Euro

Transparenz

- (46) Die Fördermittelempfänger sind verpflichtet, Transparenz über die von den Krankenkassen/-verbänden erhaltenen Mittel herzustellen. Aus diesem Grund müssen sie die erhaltenen Förderbeträge auf der Homepage der Landesorganisation veröffentlichen.
- Die Veröffentlichung erfolgte unter folgendem Link:

Mit der Unterschrift bestätigen die Antragsteller, dass alle Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind und dass die Grundsätze der Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit gemäß § 20h SGB V eingehalten werden. Weiterhin wird die Einwilligung zur Erfassung der Daten zur Abwicklung des Förderverfahrens erteilt. Die Antragsteller verpflichten sich, die Vorgaben des Leitfadens Selbsthilfeförderung sowie die Allgemeinen Nebenbestimmungen zu befolgen. Den Antragstellern ist bekannt, dass die Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt bei Verstößen die Förderung ganz oder teilweise zurückfordern kann.

Die Antragsteller bestätigt weiterhin, dass die Antragstellung bei der Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfeförderung zur Sicherung der selbsthilfebezogenen Arbeit notwendig ist und die beantragte Summe nicht aus anderen Titeln, wie etwa laufende Einnahmen, Rückstellungen, Rücklagen oder sonstigen Eigenmitteln oder Zuwendungen, bereit gestellt werden kann.

Ort, Datum

1. rechtsverbindliche
Unterschrift _____

2. rechtsverbindliche
Unterschrift _____

Anlage 1 - Datenverwendungserklärung

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. 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 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
- Aufnahme in Adressverteiler für die Weitergabe von Informationen für die Selbsthilfe, Einladungen zu Selbsthilfetagungen und der Zusendung von kasseninternen Selbsthilfeinformationen.
- Mit der Veröffentlichung auf den Internetseiten der beteiligten Krankenkassenverbände bin ich einverstanden (Angaben sind freiwillig und keine Fördervoraussetzung):
Ja ☐ Nein ☐

Wir willigen in diese weitergehende Datenverwendung ein:

Ort, Datum

_ rechtsverbindliche

Unterschrift