

**Antragsunterlagen für Selbsthilfekontaktstellen  
zur Beantragung eines pauschalen Zuschusses für das  
Förderjahr 2018  
gemäß § 20h SGB V bei der  
„GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Berlin“**

**Antragsfrist: 31.01.2018 (Poststempel)**

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. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

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

Wurden Sie bereits durch die GKV Gemeinschaftsförderung  
Selbsthilfe im Land Berlin gefördert?  
Wenn ja, bitte Förderjahr angeben:

**Registriernummer:**

**Anlagen zum Antragsformular:**

- |           |  |
|-----------|--|
| Anlage 1: | Strukturerhebungsbogen                                   |
| Anlage 2: | Datenverwendungserklärung                                |
| Anlage 3: | Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit |
| Anlage 4: | Verwendungsnachweis                                      |
| Anlage 5: | Erläuterungen Selbsthilfekontaktstelle                   |

**Antrag bitte senden an:**

BIG direkt gesund  
Charlotten-Carree  
Markgrafenstr. 62  
10969 Berlin

**Antrag auf Förderung der Selbsthilfekontaktstelle nach § 20h SGB V**

**für das Förderjahr 2018**

**Name des Förderempfängers:**

**Anschrift:**

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:**

**Internet:**

**Bankverbindung:**

**Kontoinhaber:**

**IBAN:**

**BIC:**

**Kreditinstitut:**

**AnsprechpartnerIn der Selbsthilfekontaktstelle bei evtl. Rückfragen zum Antrag**

Name:		Fax:	
Telefon:		E-Mail:	

**Antrag auf Mittel aus der Gemeinschaftsförderung (Pauschalförderung)**

1. Die Selbsthilfekontaktstelle beantragt eine **pauschale Förderung** zur Erfüllung folgender Aufgaben:

- Information, Aufklärung und Beratung der Betroffenen, ihrer Angehörigen oder anderer Interessierter
- Qualifizierungsmaßnahmen, die im Zusammenhang mit der originären gesundheitsbezogenen Selbsthilfe- bzw. Kontaktstellenarbeit stehen
- Öffentlichkeitsarbeit und Durchführung von Veranstaltungen und Aktionen (z.B. Broschüren, Informationsmedien, Kongresse, Workshops, Seminare, Selbsthilfetage)
- Weitere gesundheitsbezogene Aufgaben:

Sind außergewöhnliche Veränderungen für das Antragsjahr 2018 zu erwarten, z.B. Einnahmen (Erbschaften o.a.) oder Einnahmeausfälle?

- Nein
- Ja (bitte erläutern)

Bitte Tragen Sie hier ein, in welcher Höhe Fördermittel beantragt werden:

<b>Höhe der beantragten Fördermittel (in EUR)</b>	
---	--

<b>Folgende Anlagen sind von der Selbsthilfekontaktstelle diesem Antrag beizufügen:</b>			
	liegt bereits vor	ist beigefügt	wird nachgereicht**
1. aktuelle Satzung*	Satzung vom [ ] in der zuletzt geänderten Fassung vom [ ]		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verwendungsnachweis des Vorjahres (Anlage 4)			
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"/>
3. aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes*	Gültig bis [ ]		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mitteilung über die letzte Entlastung des Vorstands/Geschäftsführung durch die Mitglieder-/ Delegierten- bzw. Gesellschafterversammlung (Auszug aus dem Protokoll der Mitglieder-/ Delegierten- bzw. Gesellschafterversammlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haushaltsplan (geplante Einnahmen und geplante Ausgaben) für das Antragsjahr (Anlage 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. letzter genehmigter Jahresabschluss (ggf. zunächst als Entwurf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leitbild und/oder Selbstdarstellung/Einrichtungskonzept*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* **Unterlagen sind nur beim Erstantrag oder bei Änderungen gegenüber dem Vorjahresantrag einzureichen.**

\*\* **wird bis spätestens 30. April 2018 nachgereicht**

## Gesamtausgaben lt. Haushaltsplan

Plan

2018

		EUR
<b>I. Personalausgaben</b>		
1.	Vergütungen	[LG1]
2.	Honorarmittel	
3.	Berufsgenossenschaft /sonstige Personalausgaben (z.B. arbeitsmed. Betreuung, Fortbildungen)	
<b>Summe Personalausgaben</b>		
<b>II. Sachausgaben</b>		
<b>1. Miete</b>		
1.1	Miete einschließlich Betriebskosten	
1.2	sonstige Raumnutzungsgebühren	
<b>2. Bewirtschaftungsausgaben</b>		
2.1	Strom/Gas	
2.2	Reinigungsausgaben	
<b>3. Büroausgaben (einschl. Mobiliar unter 410 EUR)</b>		
3.1	Einrichtung, Ersatzbeschaffungen	
3.2	Reparaturen, EDV, Wartung	
3.3	lfd. Kosten f. Telefon u. Kopierer (Leasing, Gebühren)	
3.4	Büromaterial / Porto	
3.5	Fachliteratur	
3.6	sonstige Ausgaben	
<b>4. Dienstleistungen</b>		
4.1	Gehaltsservice	
4.2	Sonstige Dienstleistungen	
<b>5. Öffentlichkeitsarbeit</b>		
	Flyer, Annoncen, Plakate etc.	
<b>Übertrag</b>		

	EUR
<b>Übertrag</b>	
<b>6. Sonstige Sachausgaben</b>	
6.1 Kontoführungsgebühren	
6.2 projektbezogene Materialien / Ausgaben für geplante Projekte	
6.3 Gruppenaktivitäten	
6.4 Kfz-Ausgaben / Fahrgelder / Reisekosten	
6.5 Versicherungen	
6.6 Verpflegung, Hygiene	
6.7 Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Mitarbeiter/innen	
6.8 sonstige Ausgaben (z.B. GEZ, Gema, Mitgliedsbeiträge)	
<b>7. Beschaffungen über 410 EUR</b>	
<b>8. Mitgliedsbeiträge für Selbsthilfe-Dachorganisationen</b>	
<b>Summe Sachausgaben</b>	
<b>Summe der Gesamtausgaben</b>	

Anmerkungen

## Zu erwartende Gesamteinnahmen

Plan

2018

		EUR
<b>I. Eigene Mittel</b>		
1.	Mitgliedsbeiträge, Förderverein	
2.	Entnahme aus Rücklagen <sup>1</sup>	
3.	Einnahmen aus Zweckbetrieb (z.B. Verkauf von Produkten)	
4.	Zinserträge	
<b>Summe Eigene Mittel</b>		
<b>II. Fremde Mittel</b>		
<b>1. Öffentliche Hand</b> (institutionell/pauschal und Projektförderung)		
1.1	Bundesmittel	
1.2	Landesmittel	
1.3	Kommunale Mittel	
<b>2. Sozialversicherungen</b>		
<b>2.1 Gesetzlichen Krankenversicherung GKV</b> (§ 20h SGB V)		
2.1.1	Pauschalförderung	
2.1.2	Projektförderung	
<b>2.2 sonstiger Sozialversicherungsträgern</b> (institutionell/pauschal und Projektförderung)		
2.2.1	Rentenversicherung	
2.2.2	Unfallversicherung	
2.2.3	Pflegeversicherung	
<b>Übertrag</b>		

<sup>1</sup> Sofern Rücklagen bestehen und diese im Antrag nicht als Eigenmittel ausgewiesen werden, ist dies zu begründen. Bitte hierzu eine gesonderte Anlage beifügen. Bei Selbsthilfekontaktstellen, die neben den Aufgaben der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe soziale Dienstleistungen erbringen und aus diesen Betätigungen über freie Rücklagen verfügen, reicht bei der Antragstellung der Hinweis, dass diese Rücklagen aufgrund der Komplexität und des Umfangs dieser Aufgaben nicht für die Finanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfeeingebracht werden können.

		EUR
<b>Übertrag</b>		
<b>3. Sonstige Einnahmen</b>		
3.1	Stiftungen	
3.2	Lotterien	
3.3	Erbschaften	
3.4	Bußgelder	
3.5	Sponsoring (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinprodukte-Hersteller)	
3.6	Spenden	
3.7	Leistungen Dritter (geldwerte Dienstleistungen)	
<b>Summe Fremde Mittel</b>		
<b>Gesamteinnahmen</b>		

Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht. Die Höhe der Förderung richtet sich nach der im jeweiligen Förderjahr vorhandenen Gesamtfördersumme, der Anzahl und dem Förderbedarf aller Antragsteller.

#### Anmerkungen

Die Selbsthilfekontaktstelle verpflichtet sich, die finanzielle Förderung zweckgebunden – nach § 20h SGB V – zu verwenden.<sup>2</sup>

Der Antragsteller erklärt, dass

- die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind
- er über eine ordnungsmäÙe 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 Antrages 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

**1. Vertretungsberechtigter (lt. Satzung<sup>3</sup>)<sup>4</sup>**

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Ort, Datum

**2. Vertretungsberechtigter (lt. Satzung)<sup>5</sup>**

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

---

<sup>2</sup> Die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Berlin behält sich im Einzelfall vor, detaillierte Nachweise über die Mittelverwendung beim Förderempfänger anzufordern. Bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben ist die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Berlin berechtigt, finanzielle Zuwendungen zurückzufordern.

<sup>3</sup> Sofern lt. Satzung nur ein Vertretungsbefugter benannt ist, ist dies als ausreichend anzusehen

<sup>4</sup> oder die mit Vollmachten legitimierten Zeichnungsberechtigten

<sup>5</sup> oder die mit Vollmachten legitimierten Zeichnungsberechtigten

**Antrag auf Pauschalförderung der Selbsthilfekontaktstellen gemäß § 20h SGB V  
für das Förderjahr 2018**

**Angaben zum Antragsteller:**

**1. Name der Selbsthilfekontaktstelle:**

Anschrift:

Telefon:

Fax:

Email:

Internet:

AnsprechpartnerIn in der Selbsthilfekontaktstelle

**2. Träger der Selbsthilfekontaktstelle (falls abweichend von obigen Angaben):**

Anschrift des Trägers:

Telefon:

Fax:

Email:

Internet:

AnsprechpartnerIn des Trägers

### 3. Strukturangaben zur Selbsthilfekontaktstelle

3.1 Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle

#### **ACHTUNG:**

**Bitte bei den nachfolgenden Angaben nur jeweils die Daten/Angaben eintragen, die sich ausschließlich auf die gesundheitsbezogene Selbsthilfe beziehen (nicht auf sonstige Leistungen 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)

3.3 Öffnungs- bzw. Sprechzeiten der Selbsthilfekontaktstelle (Tag/Zeit):

3.4 Anzahl der Beratungs- und Büroräume der Selbsthilfekontaktstelle:

3.5 Anzahl der hauptberuflichen dauerhaften Stellen der Selbsthilfekontaktstelle (Beschäftigungsverhältnis mind. 1 Jahr)

keine     unter 1     1 bis 2     2 bis 5     mehr als 5

3.5.1 Gesamtanzahl der regelmäßig für die Tätigkeit in der Selbsthilfekontaktstelle zur Verfügung stehenden Arbeitsstunden pro Woche:

3.5.2 Fachliche Qualifikation der MitarbeiterInnen der Selbsthilfekontaktstelle (bitte genau benennen)

3.5.3 Ist für die MitarbeiterInnen der Selbsthilfekontaktstelle die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen vorgesehen?

ja       nein

Wenn ja, bitte geplante Maßnahmen im aktuellen Förderjahr benennen:

3.6 Erfolgt im aktuellen Förderjahr voraussichtlich eine Förderung der Selbsthilfekontaktstellen durch die öffentliche Hand?

Ja       nein

Wenn ja, bitte im beigefügten Gesamtfinanzierungsplan angeben.

3.7 Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle  
(Bitte nennen Sie die/den Region, Bezirk, Kreis, Stadt)

3.7.1 Anzahl der EinwohnerInnen im Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle

3.8 Anzahl der gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen im Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle:

3.8.1 Anzahl der gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen und -mitglieder, die die Angebote der Selbsthilfekontaktstellen regelmäßig nutzen:

3.9 Ist die Selbsthilfekontaktstelle grundsätzlich für alle Interessenten/Bürger offen?

Ja

Nein

Nur für Mitglieder des Trägers

Wenn nein, bitte Begründung angeben:

3.10 Ist die Selbsthilfekontaktstelle neutral ausgerichtet (z.B. keine parteipolitische Ausrichtung, keine Verfolgung kommerzieller Interessen)

Ja

Nein

Wenn nein, bitte erläutern:

3.11 Arbeitet die Selbsthilfekontaktstelle themen-, bereichs- und indikationsübergreifend?

Ja

Nein

Wenn nein, bitte Spezialisierung erläutern:

- 3.12 Dokumentiert die Selbsthilfekontaktstelle die regionalen Selbsthilfegruppen, die Anliegen der Ratsuchenden und die übrigen alltäglichen sowie einmaligen Aktivitäten?

Ja                       Nein

Wenn ja, in welcher Form?

Wenn nein, bitte Begründung angeben:

- 3.13 Wie wird das fachliche, eigenständige institutionelle Profil der Selbsthilfekontaktstelle in der Öffentlichkeit dokumentiert (z.B. durch ein Leitbild, Jahresbericht)?

- 3.14 Erfolgt eine aktive Mitarbeit der Selbsthilfekontaktstellen in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen? (Zur Mitarbeit zählt nicht die Teilnahme an Veranstaltungen z.B. Selbsthilfetagungen oder Fachtagungen)

Ja                       Nein

Wenn ja, in welcher Form?

Wenn nein, bitte Begründung angeben:

3.15 Hat sich der Träger der Selbsthilfekontaktstelle eine Selbstverpflichtung zum Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben? (z.B. zur Zusammenarbeit bzw. zum Sponsoring)

Ja                       Nein

Wenn nein, bitte Begründung angeben:

Ort, Datum

**1. Vertretungsberechtigter (lt. Satzung)<sup>6,7</sup>**

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Ort, Datum

**2. Vertretungsberechtigter (lt. Satzung)<sup>8</sup>**

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

---

<sup>6</sup> Sofern lt. Satzung nur ein Vertretungsbefugter benannt ist, ist dies als ausreichend anzusehen.

<sup>7</sup> oder die mit Vollmachten legitimierten Zeichnungsberechtigten.

<sup>8</sup> oder die mit Vollmachten legitimierten Zeichnungsberechtigten.

## **Datenverwendungserklärung**

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 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 GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Berlin 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 beteiligten 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 und Name der Organisation, die für die Erreichbarkeit der Organisation erforderlichen Daten sowie die bearbeiteten Krankheitsbilder.

Die Daten werden für keinen anderen Zweck verwendet. Wir willigen in diese weitergehende Datenverwendung ein:

<div style="background-color: #cccccc; height: 25px; width: 100%;"></div> <p>Ort, Datum</p>	<p><b>1. Vertretungsberechtigter (lt. Satzung<sup>9</sup>)<sup>10</sup></b></p> <div style="background-color: #cccccc; height: 25px; width: 100%;"></div> <p>Name in Druckbuchstaben</p> <div style="background-color: #cccccc; height: 25px; width: 100%;"></div> <p>Unterschrift</p>
<div style="background-color: #cccccc; height: 25px; width: 100%;"></div> <p>Ort, Datum</p>	<p><b>2. Vertretungsberechtigter (lt. Satzung)<sup>11</sup></b></p> <div style="background-color: #cccccc; height: 25px; width: 100%;"></div> <p>Name in Druckbuchstaben</p> <div style="background-color: #cccccc; height: 25px; width: 100%;"></div> <p>Unterschrift</p>

<sup>9</sup> Sofern lt. Satzung nur ein Vertretungsbefugter benannt ist, ist dies als ausreichend anzusehen.

<sup>10</sup> oder die mit Vollmachten legitimierten Zeichnungsberechtigten.

<sup>11</sup> oder die mit Vollmachten legitimierten Zeichnungsberechtigten.

## **Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit<sup>\*)</sup>** **der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zum Umgang mit Wirtschaftsunternehmen bei gleichzeitiger Förderung durch die Krankenkassen und/oder ihre Verbände nach § 20h SGB V**

### **Präambel**

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen richten ihre fachliche und politische Arbeit an den Bedürfnissen und den 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.

---

<sup>\*)</sup> Diese Erklärung ist Bestandteil des Förderantrages. Per Unterschrift 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. Informationen

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.

Ort, Datum

#### 1. Vertretungsberechtigter (lt. Satzung<sup>12</sup>)<sup>13</sup>

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

#### 2. Vertretungsberechtigter (lt. Satzung)<sup>14</sup>

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

---

<sup>12</sup> Sofern lt. Satzung nur ein Vertretungsbefugter benannt ist, ist dies als ausreichend anzusehen.

<sup>13</sup> oder die mit Vollmachten legitimierten Zeichnungsberechtigten.

<sup>14</sup> oder die mit Vollmachten legitimierten Zeichnungsberechtigten.

**Verwendungsnachweis gemäß § 20h SGB V**

**für das Förderjahr<sup>15</sup> 2017**

**Registriernummer:**

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfekontaktstelle):

AnsprechpartnerIn bei Rückfragen (Name):

Telefon:

Bewilligungsschreiben vom:

Betrag (in EUR):

Verwendungszweck:

---

<sup>15</sup> Bitte den Verwendungsnachweis des Vorjahres zusammen mit dem Antrag für die Pauschalförderung einreichen.

## Zahlenmäßiger Nachweis

### I. Gesamtausgaben im Förderjahr 2017

		EUR
<b>I. Personalausgaben</b>		
1.	Vergütungen	
2.	Honorarmittel	
3.	Berufsgenossenschaft /sonstige Personalausgaben (z.B. arbeitsmed. Betreuung, Fortbildungen)	
<b>Summe Personalausgaben</b>		
<b>II. Sachausgaben</b>		
<b>1. Miete</b>		
1.1	Miete einschließlich Betriebskosten	
1.2	sonstige Raumnutzungsgebühren	
<b>2. Bewirtschaftungsausgaben</b>		
2.1	Strom/Gas	
2.2	Reinigungsausgaben	
<b>3. Büroausgaben (einschl. Mobiliar unter 410 EUR)</b>		
3.1	Einrichtung, Ersatzbeschaffungen	
3.2	Reparaturen, EDV, Wartung	
3.3	lfd. Kosten f. Telefon u. Kopierer (Leasing, Gebühren)	
3.4	Büromaterial / Porto	
3.5	Fachliteratur	
3.6	sonstige Ausgaben	
<b>4. Dienstleistungen</b>		
4.1	Gehaltsservice	
4.2	Sonstige Dienstleistungen	
<b>5. Öffentlichkeitsarbeit</b>		
	Flyer, Annoncen, Plakate etc.	
<b>Übertrag</b>		

	EUR
<b>Übertrag</b>	
<b>6. Sonstige Sachausgaben</b>	
6.1 Kontoführungsgebühren	
6.2 projektbezogene Materialien / Ausgaben für geplante Projekte	
6.3 Gruppenaktivitäten	
6.4 Kfz-Ausgaben / Fahrgelder / Reisekosten	
6.5 Versicherungen	
6.6 Verpflegung, Hygiene	
6.7 Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Mitarbeiter/innen	
6.8 sonstige Ausgaben (z.B. GEZ, Gema, Mitgliedsbeiträge)	
<b>7. Beschaffungen über 410 EUR</b>	
<b>8. Mitgliedsbeiträge für Selbsthilfe-Dachorganisationen</b>	
<b>Summe Sachausgaben</b>	
<b>Summe der Gesamtausgaben</b>	

Anmerkungen

**II. Gesamteinnahmen im Förderjahr 2017**

		EUR
<b>I. Eigene Mittel</b>		
1.	Mitgliedsbeiträge, Förderverein	
2.	Entnahme aus Rücklagen <sup>16</sup>	
3.	Einnahmen aus Zweckbetrieb (z.B. Verkauf von Produkten)	
4.	Zinserträge	
<b>Summe Eigene Mittel</b>		
<b>II. Fremde Mittel</b>		
<b>1. Öffentliche Hand (institutionell/pauschal und Projektförderung)</b>		
1.1	Bundesmittel	
1.2	Landesmittel	
1.3	Kommunale Mittel	
<b>2. Sozialversicherungen</b>		
<b>2.1 Gesetzlichen Krankenversicherung GKV (§ 20h SGB V)</b>		
2.1.1	Pauschalförderung	
2.1.2	Projektförderung	
<b>2.2 sonstiger Sozialversicherungsträgern (institutionell/pauschal und Projektförderung)</b>		
2.2.1	Rentenversicherung	
2.2.2	Unfallversicherung	
2.2.3	Pflegeversicherung	
<b>Übertrag</b>		

<sup>16</sup> Sofern Rücklagen bestehen und diese im Antrag nicht als Eigenmittel ausgewiesen werden, ist dies zu begründen. Bitte hierzu eine gesonderte Anlage beifügen. Bei Selbsthilfekontaktstellen, die neben den Aufgaben der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe soziale Dienstleistungen erbringen und aus diesen Betätigungen über freie Rücklagen verfügen, reicht bei der Antragstellung der Hinweis, dass diese Rücklagen aufgrund der Komplexität und des Umfangs dieser Aufgaben nicht für die Finanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfeeingebracht werden können.

		EUR
<b>Übertrag</b>		
<b>3. Sonstige Einnahmen</b>		
3.1	Stiftungen	
3.2	Lotterien	
3.3	Erbschaften	
3.4	Bußgelder	
3.5	Sponsoring (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinprodukte-Hersteller)	
3.6	Spenden	
3.7	Leistungen Dritter (geldwerte Dienstleistungen)	
<b>Summe Fremde Mittel</b>		
<b>Gesamteinnahmen</b>		

**Anmerkungen**

**III. Tätigkeitsbericht/Sachbericht:**

Bitte stellen Sie hier die antragsgemäße Verwendung der Zuwendung dar.  
Bitte erläutern Sie, welche Maßnahmen und Aktivitäten durchgeführt wurden, um die gesundheitsbezogenen Kompetenzen und Ressourcen Betroffener zu stärken und welche Ergebnisse im Vergleich zu den Zielen erreicht wurden.

	Art der Maßnahme	Effekt, Ergebnis	Förderbetrag GKV (in EUR)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			

**Anlagen:**

Jahres- bzw. Geschäftsbericht, Flyer, Broschüren usw.

**Mit diesem Nachweis erklärt der Fördermittelempfänger, dass**

- die Fördermittel ausschließlich für unsere satzungsgemäßen gesundheitsbezogenen Aufgaben entsprechend dem Leitfaden zu Selbsthilfeförderung des GKV Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20c SGB V vom 10. März 2000 i.d.F. vom 17. Juni 2013 verwendet wurden,
- die Ausgaben nicht Stiftungen oder assoziierten Einrichtungen (Förderverein/Förderkreis) zugeführt wurden,
- die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit beachtet worden sind,
- die Angaben in diesem Verwendungsnachweis mit den Büchern, Belegen und Unterlagen übereinstimmen (ein zahlenmäßiger Nachweis wird geführt),
- alle mit den Fördermitteln beschafften Anlagegüter inventarisiert worden sind.

Die Einnahme- und Ausgabebelege sind fünf Jahre aufzubewahren. Es wird versichert, dass die in diesem Verwendungsnachweis gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Der GKV wird das Recht eingeräumt, die zweckentsprechende Verwendung der Mittel an Ort und Stelle zu prüfen.

Ort, Datum

**1. Vertretungsberechtigter (lt. Satzung<sup>17</sup>)<sup>18</sup>**

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

**2. Vertretungsberechtigter (lt. Satzung)<sup>19</sup>**

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

---

<sup>17</sup> Sofern lt. Satzung nur ein Vertretungsbefugter benannt ist, ist dies als ausreichend anzusehen.

<sup>18</sup> oder die mit Vollmachten legitimierten Zeichnungsberechtigten.

<sup>19</sup> oder die mit Vollmachten legitimierten Zeichnungsberechtigten.

**Erläuterungen zum Antrag auf Pauschalförderung von Selbsthilfekontaktstellen gemäß § 20h SGB V durch die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Berlin**

**(1) Die rechtlichen Grundlagen für die Pauschalförderung**

Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen seit dem 01. Januar 2008 auf der Grundlage des § 20h Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V). Die Umsetzung des § 20h SGB V und die Konkretisierung des Förderverfahrens ist im

**Leitfaden zur Selbsthilfeförderung – Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20c SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 17. Juni 2013**

verbindlich geregelt.

Die Selbsthilfeförderung erfolgt über zwei Förderstränge: die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung und die krankenkassenindividuelle Förderung. Der hier vorliegende Antrag betrifft ausschließlich die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung, d.h. die gemeinsame Förderung durch alle Krankenkassenverbände<sup>20</sup>.

**(2) Der Ablauf des Verfahrens**

Die nachstehenden Erläuterungen sollen Ihnen den Verfahrensablauf der Antragstellung etwas verdeutlichen:

In dem Antragsformular wird die Gesamtsumme der beantragten Pauschalförderung ausgewiesen und begründet. Eine Aufschlüsselung nach Kassen(arten) ist nicht erforderlich.

Der Antrag wird bis spätestens 31.01. des Antragsjahres eingereicht (als Eingangsdatum gilt der Frankierstempel der Post). Die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Berlin verständigt sich nach Ablauf der Antragsfrist über die eingegangenen Förderanträge, um eine sachgerechte, wirtschaftliche und bedarfsgerechte Verteilung der Fördermittel zu gewährleisten. Die von den maßgeblichen Landesvertretungen der Selbsthilfe benannten Vertreterinnen wirken daran mit. Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass nur vollständige Anträge bearbeitet werden können.

Alle Antragsteller erhalten nach der gemeinsamen und einvernehmlichen Entscheidung der GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Berlin über die Verteilung der Fördermittel für das Antragsjahr einen schriftlichen Förderbescheid.

---

<sup>20</sup> Anträge auf kassenindividuelle Förderung müssen weiterhin bei den einzelnen Krankenkassen gestellt werden.