



Kassenindividuelle Selbsthilfeförderung  
der Knappschaft, Regionaldirektion Saarbrücken

## Antragsunterlagen Projektförderung

### Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

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 § 20 h SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen (s. Seite 7) **nur** vollständig ausgefüllt **und** unterschrieben ein (s. hierzu Seiten 6, 9, 10 u. 12). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

*(Bitte Zutreffendes ankreuzen)*

**Erstantrag**

**Folgeantrag**

# 1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

---

## 1.1. Kontaktdaten

Sitz der Selbsthilfeorganisation bzw. Bundesland

Rheinland-Pfalz

Saarland

Name des Antragstellers (der Selbsthilfeorganisation):

Anschrift bzw. Kontaktadresse für den Schriftverkehr:

Telefon:

E-Mail:

Fax:

Internet:

## 1.2. Bankverbindung:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN\*:

BIC\*:

## 1.3. Ansprechpartner/-in für Rückfragen zum Antrag:

Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

\*Im Zuge der Einführung des SEPA-Zahlungsverkehrs nennen Sie bitte ab sofort Ihre IBAN/BIC anstelle der veralteten Kontonummer/BLZ.

# 1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

## 1.4. Geplante Ausgaben für das Projekt

Ausgaben für das Projekt lt. Finanzierungsplan	
Raummiete	EUR
Honorar für Referenten	EUR
Übernachungskosten	EUR
Verpflegung	EUR
Gebühren (z. B. für Seminare, Messestand ...)	EUR
Fahrt-/Reisekosten	EUR
Materialkosten (Bitte nennen):	EUR
Größere Anschaffungen für das Projekt (Bitte nennen):	EUR
Öffentlichkeitsarbeit	
Broschüre	EUR
Einladungen (Papier, Porto, Telefon)	EUR
Flyer	EUR
Handzettel	EUR
Sonstige Kosten:	
	EUR
	EUR
	EUR
<b>Summe der Gesamtausgaben</b>	<b>EUR</b>

# 1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

## 1.5. Geplante Einnahmen für das Projekt

<b>Einnahmen für das Projekt lt. Finanzierungsplan</b>	
<b>Eigene Mittel</b> (Teilnehmerbeiträge, Rücklagen, Verkauf von Produkten etc.)	EUR
<b>Fremde Mittel</b>	
<b>Öffentliche Hand</b>	
Landesmittel, Bundesmittel	EUR
Kommunale Mittel	EUR
<b>Anträge bei anderen Gesetzlichen Krankenversicherungen für das Projekt</b>	
AOK	EUR
BARMER-GEK	EUR
BKK	EUR
DAK	EUR
HEK	EUR
HKK	EUR
IKK	EUR
KKH	EUR
SVLFG	EUR
TK	EUR
<b>Zuschüsse sonstiger Sozialversicherungsträger</b>	
Pflegeversicherung nach § 45 d i.V. m. § 45 c SGB XI	EUR
Rentenversicherung	EUR
Unfallversicherung	EUR
<b>Sonstige Einnahmen</b>	
Sponsoring (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinprodukte-Hersteller)	EUR
Erhaltene Leistungen Dritter (geldwerte Dienstleistungen)	EUR
Spenden oder Zuwendungen von Stiftungen	EUR
Weitere Einnahmen (z.B. aus Lotterien/ Bußgeldern)	EUR
<b>Summe Fremde Mittel</b>	<b>EUR</b>
<b>Summe der Gesamteinnahmen</b>	<b>EUR</b>

# 1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

---

## 1.6. Angaben zur beantragten Projektförderung:

(1) Welches Projekt soll gefördert werden?

a) Name des Projektes:

(Projektbeschreibung - Aufbau und Durchführung - bitte auf  
separatem Blatt vornehmen)

b) Darstellung des Projektes:

(2) Laufzeit des Projektes (Datum von...bis):

(3) Ziele des Projektes:

(4) Zielgruppen des Projektes:

(5) Projektbeteiligte / Kooperationspartner:

Bitte tragen Sie hier ein, in welcher Höhe Sie Fördermittel beantragen!

**Höhe der beantragten Fördermittel bei  
der Knappschaft**

**EUR** \_\_\_\_\_

# 1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

---

## 1.7. Abschließende Erklärung

<b>Der Antragsteller erklärt, dass</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• die Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit eingehalten werden.</li></ul>

Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass bei einem positiven Bescheid kein Anspruch auf Förderung in gleicher Höhe in den folgenden Haushaltsjahren besteht.

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

### 1. Vertretungsbefugter lt. Satzung\*

Name, Vorname in Druckbuchstaben

### 2. Vertretungsbefugter lt. Satzung\*

Ort, Datum

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Stempel

Unterschrift – 1. Vertretungsbefugter\*

Unterschrift – 2. Vertretungsbefugter\*

\*Sofern laut Satzung nur ein Vertretungsbefugter benannt ist, ist dies als ausreichend anzusehen.

# 1. Antrag PROJEKTFÖRDERUNG

## 1.8. Anlagen

Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt (bitte ankreuzen):			
	liegt bereits vor	ist beigelegt	wird nachgereicht am
1) Strukturhebungsbogen* (Anlage 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
2) Datenverwendungserklärung (Anlage 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
3) Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit* (Anlage 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Vom Antragsteller sind <u>zusätzlich</u> beizufügen:			
	liegt bereits vor	ist beigelegt	wird nachgereicht am
4) Aktuelle Satzung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
5) Aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes*	gültig bis _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
6) Mitteilung über die letzte Entlastung des Vorstandes durch die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
7) Verwendungsnachweis Vorjahr: Formular „Mittelverwendung Projektförderung Vorjahr“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
8) Finanzierungsplan (geplante Einnahmen und Ausgaben für das Projekt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
9) Projektbeschreibung/-skizze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

\*Unterlagen sind nur beim Erstantrag, bei Änderungen gegenüber dem Vorjahresantrag oder wenn diese im Rahmen der Pauschalförderung der Knappschaft nicht vorliegen einzureichen.

## 2. Strukturhebungsbogen für Selbsthilfeorganisationen

(Anlage 1)

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 ist 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:

[Redacted area for name of disease/disability]

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 Atmungssystems             | <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):

[Redacted area for short description of disease/disability]

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

[Redacted area for distribution information]

(7) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

- Broschüre, Faltblatt, Newsletter, Mitgliederzeitschrift, Homepage (Ausdruck) o.ä. zur Selbstdarstellung des Landesverbandes, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist /sind beigefügt.

(8) Hat sich Ihr Landesverband eigene Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben?

- Ja     Nein

[Redacted area for location and date]

Ort, Datum

[Redacted area for signature and stamp]

rechtsverbindliche Unterschrift ( und ggf. Stempel)

### 3. Datenverwendungserklärung

---

(Anlage 2)

#### Noch eine Bitte im eigenen Interesse der Antragsteller:

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 h SGB V ist größtmögliche 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.

Zur Bearbeitung Ihres Antrags innerhalb der GKV benötigen wir **zwingend** folgende Einverständniserklärung.

---

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

- 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 unserer Selbsthilfeorganisation durch die gesetzlichen Krankenkassen zu den gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfeförderung,
- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen Krankenkassen und ihrer Verbände,
- Information und Beratung der Versicherten und der interessierten Öffentlichkeit über Art der Selbsthilfeorganisation, betroffenes Krankheitsbild, Name der Selbsthilfeorganisation sowie die für die Erreichbarkeit erforderlichen Daten.

Wir willigen in diese o.g. Datenverwendung ein:

Ort, Datum

Unterschrift

## **4. Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit**

*(Anlage 3)*

### **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 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-, Medizinprodukte-Industrie, 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. Datenschutz**

Sollten Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen personenbezogene Daten weitergeben, werden die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten.

## **III. 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.

Ort, Datum

Unterschrift



## 5. Kontaktadresse für die Antragsstellung

---

(Anlage 5)



Knappschaft, Regionaldirektion Saarbrücken

Vertragswesen – Iris Neuhardt

St. Johanner Str. 46-48, 66111 Saarbrücken

Telefon 0681 4002 - 1314, Fax 0681 4002 - 1397

E-Mail: [iris.neuhardt@kbs.de](mailto:iris.neuhardt@kbs.de)