

**Beantragung von Pauschalfördermitteln  
für Selbsthilfekontaktstellen im Bundesland Hamburg gemäß § 20h SGB V  
für das Förderjahr** (Bitte Jahr eintragen!)

Damit die GKV-Selbsthilfeförderung Hamburg über eine Förderung entscheiden kann, ist die Mitwirkung des Antragstellers erforderlich. Rechtsgrundlage für die Mitwirkung sind § 60 SGB I „Angabe von Tatsachen“ und §66 SGB I „Folgen fehlender Mitwirkung“. Verstößt der Antragsteller gegen § 60 SGB I und/oder § 66 SGB I, führt dies zur Ablehnung des Antrags.

**Ein Rechtsanspruch auf eine Förderung und auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.**

**Antragsfrist: 30. April des Antragsjahres**

**1. Antragssteller**

Name der Selbsthilfekontaktstelle

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Homepage/Link zur Internetseite, unter der die Satzung eingestellt ist

E-Mail

Telefon

Vorstandsvorsitz

Geschäftsführung

Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle

Jahr der Eintragung ins Vereinsregister

Ansprechpartner/in für den Antrag

E-Mail

Telefon

**2. Ansprechpartner\*in des Trägers für Rückfragen zum Antrag**

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

### 3. Bankverbindung des Antragstellers

Kontoinhaber

Bankinstitut

IBAN

### 4. Geschäftsstelle

Hat der Antragsteller eine eigene Geschäftsstelle? Ja    Nein

Falls ja, zur Miete im Eigentum

Stellt die Selbsthilfekontaktstelle Räumlichkeiten für Selbsthilfegruppen zur Verfügung?

Ja, kostenfrei    Ja, kostenpflichtig je Selbsthilfegruppe in Höhe von jährlich    EUR Nein

Betreut die Kontaktstelle eine Zweigstelle/ Aussenstelle? Ja    Nein

Wenn ja, wo und in welchem zeitlichen Umfang?

**5. Hauptamtliches Personal** Ja    Nein

Verfügt der Antragsteller über hauptamtliches Personal?

Falls ja, Anzahl Vollzeitbeschäftigte  
Anzahl Teilzeitbeschäftigte/ geringfügig Beschäftigte:

mit wie viel Mitarbeiter 1:  
Wochenstunden Mitarbeiter 2:  
jeweils: Mitarbeiter 3:  
Mitarbeiter 4:

Fachliche Mitarbeiter 1:  
Qualifikation der Mitarbeiter 2:  
Mitarbeiter Mitarbeiter 3:  
Mitarbeiter 4:

### 6. Förderung der Selbsthilfekontaktstelle durch die öffentliche Hand

Ja, bitte im Gesamtfinanzierungsplan angeben

Nein

## **7. Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle**

Namen der Stadtteile, Bezirke

Anzahl der Einwohner\*innen im Einzugsgebiet

Anzahl der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen im Einzugsgebiet

## **8. Krankheitsbild – indikationsübergreifende Ausrichtung**

Ja, indikationsübergreifende Ausrichtung

Nein, keine indikationsübergreifende Ausrichtung, bitte erläutern:

## **9. Öffnung der Selbsthilfekontaktstelle für alle Interessenten?**

Ja

Nur für Mitglieder des Trägers

Nein, bitte erläutern:

## **10. Medien**

Werden vom Antragsteller eigene Medien veröffentlicht?

Newsletter

Homepage

Online-Forum/Chat (Bitte Link angeben)

Sonstige Medien/Veröffentlichungen

Keine Medien

## **11. Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit**

Hat der Antragsteller Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsunternehmen?

Ja, Anerkennung der Leitsätze der BAG Selbsthilfe

Ja, eigene Leitsätze (Bitte als Anlage beifügen)

Nein, keine Leitsätze

## **12. Transparenz**

Die Fördermittelempfänger sind verpflichtet, Transparenz über die von den Krankenkassen/-verbänden erhaltenen Mittel herzustellen. Aus diesem Grund sind die erhaltenen Förderbeträge auf der Homepage der Selbsthilfelandesorganisation zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung erfolgt unter folgenden Link:

### 13. Gesamtfinanzierung

#### Hinweis

Die Spalte IST bezieht sich auf die **voraussichtlichen** Gesamtwerte für das ablaufende Jahr.

Die Spalte PLAN bezieht sich auf die geplanten Gesamtwerte des Jahres, für das dieser Antrag gestellt wird.

**Der beantragte Förderbedarf ist zahlenmäßig plausibel darzustellen.**

Es muss jede Zeile ausgefüllt werden (keine Leerfelder). Trifft eine Position nicht zu, ist sie mit 0,00 zu beziffern.

<b>Gesamtausgaben</b>	<b>Ist</b>	<b>Plan</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>für das abgelaufene Jahr (IST) und</b></li><li>• <b>die für das Förderjahr geplant sind (PLAN)</b></li></ul>	(Bitte Jahr eintragen!)	(Bitte Jahr eintragen!)
<b>Personalausgaben</b>		
Löhne/Gehälter/Sozialabgaben	EUR	EUR
<b>Personalsachkosten</b>	EUR	EUR
Fahrt- und Übernachtungskosten für die Teilnahme der Organisationsmitarbeiter an Gremiensitzungen, Tagungen, Messen, Fortbildungen, verbandsinternen Schulungen		
<b>Weitere Personalkosten/Personalsachkosten</b> (bitte erläutern)	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR
<b>Sachausgaben</b>		
<b>Raumkosten/Miete inkl. Betriebskosten</b>		
- für Selbsthilfekontaktstelle	EUR	EUR
- davon Miete	EUR	EUR
- davon Energiekosten	EUR	EUR
- davon Kosten für Büroreinigung	EUR	EUR
- für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern)		
	EUR	EUR
<b>Sonstige Gebäudekosten</b> (bitte erläutern)		
	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR
<b>Geschäftsbedarf</b>		
Porto, Telefon, Fax	EUR	EUR
Internet (Unterhalt, Betriebskosten, Relaunch, Updates usw.)	EUR	EUR
Ausgaben für digitalen Anwendungen (bitte erläutern)		
	EUR	EUR
	EUR	EUR
Büromaterial und Kopierkosten	EUR	EUR
Kontoführungsgebühren	EUR	EUR
Ersatz/Anschaffung von Mobiliar, technischen Geräten und sonstiger Gegenstände	EUR	EUR
(Die Angabe für Plan (Bitte Jahr eintragen!) ist unter 13.1 zu konkretisieren!)		

**Öffentlichkeitsarbeit**

Regelmäßig erscheinende Medien (z. B. Druckkosten Mitgliederzeitschrift, Newsletter, Broschüren) EUR EUR

PR, Messen (z. B. Kosten für Ausstellungs- und Messestände, Aufsteller, Informationsmaterialien, Flyer, Rollbanner) EUR EUR

**Weitere Sachausgaben**

(Die Angabe für Plan (Bitte Jahr eintragen!) EUR EUR  
ist unter 13.2 zu konkretisieren!)

**Ausgaben für Vorhaben, Maßnahmen, Projekte**, die von der GKV und von Dritten unterstützt werden EUR EUR

**Sonstige Ausgaben**

Mitgliedsbeiträge für Fachorganisationen, Dachorganisationen etc. EUR EUR

Weitere institutionelle Ausgabenpositionen EUR EUR  
z. B. gesetzlich notwendige Rückstellungen (keine Rücklagen)

**Summe der Gesamtausgaben** EUR EUR

<b>Gesamtausgaben</b>	<b>Ist</b>		<b>Plan</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- für das abgelaufene Jahr (IST) und</li> <li>- die für das Förderjahr geplant sind (PLAN)</li> </ul>	(Bitte Jahr eintragen!)		(Bitte Jahr eintragen!)	
<b>Eigene Mittel</b>				
Mitgliedsbeiträge	EUR		EUR	
Entnahme aus Rücklagen	EUR		EUR	
Einnahmen von Dachverbänden	EUR		EUR	
Einnahmen aus Zweckbetrieb (z.B. aus Verkauf von Produkten)	EUR		EUR	
Einnahmen über eigene Fördervereine o. ä.	EUR		EUR	
Zinserträge	EUR		EUR	
Erbschaften	EUR		EUR	
Weitere Einnahmen (bitte erläutern)	EUR		EUR	
<b>Summe Eigene Mittel</b>	EUR		EUR	
<b>Fremde Mittel</b>				
<b>GKV-Pauschalförderung</b>	EUR		EUR	
<b>Krankenkassen/-verbände (Projektförderung)</b>	EUR		EUR	
<b>Öffentliche Hand</b>				
Bundesmittel (z.B. von Bundesministerien)	EUR		EUR	
Landesmittel (z.B. von Landesministerien)	EUR		EUR	
Kommunale Mittel (z.B. von Städten und Gemeinden)	EUR		EUR	
<b>Sozialversicherungsträger</b>				
Rentenversicherung	EUR		EUR	
Unfallversicherung	EUR		EUR	
Pflegeversicherung	EUR		EUR	
<b>Dritte</b>				
Wirtschaftsunternehmen (z.B. Pharma-, Medizinprodukte-Hersteller)	EUR		EUR	
Geldwerte Dienstleistungen	EUR		EUR	
Spenden	EUR		EUR	
Zuwendungen von Stiftungen (z. B. Aktion Mensch)	EUR		EUR	
Lotterien/Bußgelder	EUR		EUR	
Weitere Mittelgeber	EUR		EUR	
<b>Summe Fremde Mittel</b>	EUR		EUR	
<b>Summe der Gesamteinnahmen</b>	EUR		EUR	
<b>Hat die Selbsthilfekontaktstelle Rücklagen?</b>	Ja	Nein	Ja	Nein
Falls ja, Gesamtrücklagen in Höhe von	EUR		EUR	
davon freie Rücklagen in Höhe von	EUR		EUR	
davon zweckgebundene Rücklagen in Höhe von	EUR		EUR	

<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 Selbsthilfeorganisationen, 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 Selbsthilfe eingebracht werden können.

## KONKRETISIERUNG DER GEPLANTEN GESAMTAUSGABEN

### 13.1 Anschaffung von Mobiliar, technischen Geräten und sonstigen Gegenständen

Gegenstand	Grund der Anschaffung	Anzahl	Stückpreis	Gesamtkosten
				EUR
<b>Gesamt</b>				<b>EUR</b>

### 13.2 Weitere Sachausgaben

Was?	Wofür?	Gesamtkosten
		EUR
<b>Gesamt</b>		<b>EUR</b>

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

**Höhe der beantragten Fördermittel**

EUR

**14. Folgende Unterlagen liegen diesem Antrag bei**

aktuelle Satzung, sofern nicht auf der Internetseite einsehbar

aktueller Freistellungsbescheid des Finanzamtes

Einnahmen/Ausgabenrechnung bzw. letzter Jahresabschluss (satzungsmäßig geprüft)

unterzeichnete Bestätigung über die Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung

Verwendungsnachweis des Vorjahres

**Eine Förderung kann nur nach Vorlage des Verwendungsnachweises erfolgen!**

**15. Erklärung**

Mit der Unterschrift bestätigt der Antragsteller

- die Mittelbeantragung gemäß § 20h SGB V,
- die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben,
- die ordnungsgemäße Angabe und Verwendung von Rücklagen,
- die ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine interne Verwaltung
- die Einhaltung der Allgemeinen Nebenbestimmungen für die Beantragung und Gewährung von Fördermitteln (vgl. GR 2022, Anlage 1),
- die Anerkennung und Einhaltung der Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit (vgl. GR 2022, Anlage 2),
- die Berücksichtigung der Hinweise zur Selbsthilfe in der digitalen Welt (vgl. GR 2022, Anlage 3)
- die Kenntnisnahme der Informationen zur Datenverwendung und Informationspflicht (vgl. GR 2022, Anlage 4),
- keine gleichlautende Beantragung von Fördermittel für in diesem Antrag begründete Ausgaben im Rahmen der Projektförderung vorgenommen zu haben.

Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse der GKV-Koordinierungsstelle Selbsthilfeförderung Hamburg zweckgebunden gemäß § 20 h SGB V zu verwenden. Auf Anforderung des Fördermittelgebers wird der Antragsteller weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen.

**16. Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt**

Für die Antragstellung sind die Unterschriften im Original von zwei legitimierten Vertretern der Selbsthilfekontaktstelle notwendig.

Ort, Datum

Bitte in Druckbuchstaben:  
Name Unterzeichner/-in, Position im Verein

Unterschrift

Ort, Datum

Bitte in Druckbuchstaben:  
Name Unterzeichner/-in, Position im Verein

Unterschrift

## Zum Verbleib beim Antragsteller

---

### **Die Pauschalförderung im Land Hamburg wird durch folgende Krankenkassen/-verbände gewährleistet:**

AOK Rheinland/Hamburg, Pappelallee 22-26, 22089 Hamburg  
BKK-Landesverband NORDWEST, Süderstr. 24, 20097 Hamburg  
IKK classic, Kieler Straße 464-470, 22525 Hamburg  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Hamburg, Sachsenstraße 6 (Haus D),  
20097 Hamburg  
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Schulstr. 29, 24143 Kiel  
Knappschaft, Regionaldirektion Nord, Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg

### **Federführung:**

Das Antragsverfahren für die kassenartenübergreifende Pauschalförderung wird durch eine/n Krankenkasse/-verband im Bundesland Hamburg durchgeführt. In diesem Förderjahr wird das Antragsverfahren von der vdek-Landesvertretung Hamburg federführend koordiniert. Die Förderanträge sind an folgende Anschrift zu richten:

GKV-Koordinierungsstelle Selbsthilfeförderung Hamburg  
c/o Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)  
Landesvertretung Hamburg  
Frau Theresa Staden  
Sachsenstraße 6 (Haus D)  
20097 Hamburg

Telefon: 040/41 32 98 - 17  
E-Mail: [Theresa.Staden@vdek.com](mailto:Theresa.Staden@vdek.com)