

KASSENARTENÜBERGREIFENDE
PAUSCHALFÖRDERUNG RHEINLAND-PFALZ

ANTRAG GRUPPEN NEU ÖRTLICHE/REGIONALE SELBSTHILFEGRUPPEN 2025 GRÜNDUNG

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. Ein Rechtsanspruch auf Pauschalförderung und auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen **nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben im Original ein** (siehe Seiten 5 & 6). Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

1. ANTRAG GRUPPENNEUGRÜNDUNG FÜR DAS FÖRDERJAHR 2025

1.1 Kontaktdaten

Name der Selbsthilfegruppe

Anschrift für den Schriftverkehr (Adresse der Kontaktperson unter 1.3)

Telefon

E-Mail

Fax

Webseite

1.2 Bankverbindung

Kontoinhaber/-inhaberin

Kreditinstitut

IBAN

1.3 Ansprechpartner/-in für Rückfragen

Name

Telefon

E-Mail

Fax

1.4 Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG)

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift)

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die Selbsthilfegruppe?

Gründungsdatum

Mitgliederanzahl

Anzahl der regelmäßigen
Teilnehmer/-innen

Wie häufig finden Treffen der Gesprächsgruppen/-kreise zum krankheitsbezogenen Austausch statt?

Ist die Gruppe offen für neue Mitglieder ?

ja

☐

nein

☐

Ist die Gruppe bundeslandübergreifend tätig

ja

☐

nein

☐

Wenn ja, wo ist der Sitz der Gruppe?

Krankheitsbezogene Selbsthilfe der Gruppe findet in diesen Bundesländern statt

Ist die SHG Mitglied in einem Landes-/ Bundes-/Fachverband
oder einer Dachorganisation?

ja

☐

nein

☐

Wenn ja, in welchen?

Muss die SHG Raummiete und/oder Nebenkosten bezahlen?

ja

☐

nein

☐

Wenn ja, an wen?

€

Höhe der Miete/Nebenkosten

Anlass der Raumnutzung

Wird die Gruppe ehrenamtlich geleitet?

ja

☐

nein

☐

Wird die Gruppe durch Betroffene und/oder Angehörige geleitet?

ja

☐

nein

☐

Wird die Gruppe professionell geleitet (von einer professionellen Fachkraft angeleitet)?

ja

☐

nein

☐

Wenn ja, erfolgt die Leitung im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit?

ja

☐

nein

☐

Die Gruppe steht ausschließlich unter professioneller Leitung und wird nicht ehrenamtlich geführt.

ja

☐

nein

☐

Erläuterungen

Wurde oder wird für das aktuelle Kalenderjahr ein Antrag auf Selbsthilfeförderung betreffend Pflegebedürftige/Pflegende Angehörige nach SGB XI gestellt?

ja

☐

nein

☐

Hat die Gruppe Fördergelder nach SGB XI erhalten?

ja

☐

nein

☐

€

Wenn ja, in der Höhe von

für das Jahr

Insofern über den Antrag nach SGB XI später entschieden wird, werden wir die GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe unverzüglich entsprechend informieren.

1.5 Angaben zur beantragten pauschalen Förderung

Bitte beschreiben Sie, wofür der pauschale Zuschuss verwendet werden soll

Höhe der beantragten Fördermittel

600 €

1.6 Abschließende Erklärung

Der Antragsteller erklärt, dass ...

- die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind,
- er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt,
- die Grundsätze zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit eingehalten werden,
- die im aktuellen GKV-Leitfaden (A.5.3 a und b) genannten Fördervoraussetzungen zur Kontoführung eingehalten werden,
- die Bestimmungen der Datenschutzgesetze und der EU-Datenschutz-Grundverordnung beachtet werden,
- für digitale Angebote und Anwendungen die geltenden Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit gewährleistet werden (gemäß Selbsthilfe-Leitfaden A.5.1 – A.5.4).

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.

1. Vertretungsbefugte/-r *

Ort, Datum

(Vor-und Nachname in Druckbuchstaben)

2. Vertretungsbefugte/-r *

Ort, Datum

(Vor-und Nachname in Druckbuchstaben)



1. Vertretungsbefugte/-r – Unterschrift



2. Vertretungsbefugte/-r – Unterschrift

Name der Selbsthilfegruppe

*** Der Antrag muss von zwei Vertretungsbefugten unterschrieben werden.** Ansonsten kann dieser nicht abschließend bearbeitet werden. Bei **Gruppenneugründungen** kann eine der Unterschriften von einer Selbsthilfekontaktstelle oder dem zuständigen Landesverband geleistet werden.

2. DATENVERWENDUNGSERKLÄRUNG

ANLAGE 1

Noch eine Bitte im eigenen Interesse der Antragsteller

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h 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 Antragsbearbeitung und eventuellen Abstimmung Ihres Antrags innerhalb der GKV, mit weiteren Fördermittelgebern und/oder mit zuständigen Selbsthilfeorganisationen/Selbsthilfekontaktstellen ist die folgende Einverständniserklärung **zwingend erforderlich**.

Einwilligung

Die Angaben aus dem Antrag dürfen für folgende Zwecke verwendet werden:

- Antragsbearbeitung,
- 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 Selbsthilfeeinrichtung 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 Selbsthilfeeinrichtung, betroffenes Krankheitsbild, Name der Selbsthilfeeinrichtung sowie die für die Erreichbarkeit erforderlichen Daten,
- Aufnahme in Adressverteiler für die Weitergabe von Informationen für die Selbsthilfe, Einladungen zu Selbsthilfetagungen und für die Zusendung von kasseninternen Selbsthilfeinformationen.



Ort, Datum

Unterschrift eines/einer Vertretungsbefugten

3. KONTAKTADRESSE FÜR DIE ANTRAGSTELLUNG

ANLAGE 2

Anträge auf Pauschalförderung bitte nur bei folgendem Federführer abgeben

FEDERFÜHRER 2025

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
Markt und Service
Rizzastr. 11, 56068 Koblenz
Telefon 0261 3904-240
E-Mail: gisela.stichler@rps.aok.de



Die kassenartenübergreifende Pauschalförderung
nach § 20h SGB V im Land Rheinland-Pfalz wird durch
die „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe
Rheinland-Pfalz“ gewährleistet.

Mitglieder der GKV-Gemeinschaftsförderung in Rheinland-Pfalz



AOK Rheinland-Pfalz/Saarland Die Gesundheitskasse

Stefanie Lind
Rizzastraße 11 in 56068 Koblenz
Telefon 0261/3904-101
stefanie.lind@rps.aok.de

IKK Südwest

Kirsten Beck
Hoewelstraße 19-23 in 56073 Koblenz
Telefon 0261/8996-7102, Fax 0261/8996-7195
kirsten.beck@ikk-sw.de

SVLFG - Landwirtschaftliche Krankenkasse

Elmar Reuter
Theodor-Heuss-Straße 1 in 67346 Speyer
Telefon 0561/785-12061, Fax 0561/785-219009
elmar.reuter@svlfg.de

BKK Landesverband Mitte

Andrea May
Wallstraße 88 in 55122 Mainz
Telefon 06131/3305-18, Fax 06131/3305-72
andrea.may@bkkmitte.de

KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Saarbrücken

Iris Neuhardt
St. Johanner Straße 46-48 in 66111 Saarbrücken
Telefon 0681/4002-1314, Fax 0234/97838-13588
iris.neuhardt@kbs.de

vdek Landesvertretung Rheinland-Pfalz

Sarah Dreis
Wilhelm-Theodor-Römheld Straße 22
in 55130 Mainz
Telefon 06131/98255-11
sarah.dreis@vdek.com

„GKV-Gemeinschaftsförderung
Selbsthilfe Rheinland-Pfalz“
c/o AOK Rheinland-Pfalz/Saarland –
Die Gesundheitskasse.
Gisela Stichler
Rizzastraße 11
56068 Koblenz

BITTE UNAUFGEFORDERT
BIS SPÄTESTENS
31. DEZEMBER 2025
ZURÜCKSCHICKEN.

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe)

€

Telefon

Bewilligung vom

Bewilligter Betrag

Verwendungszweck „Gruppenneugründung“

Der Empfänger der Fördermittel bestätigt, dass

- die Mitteilungspflichten gem. Leitfaden Selbsthilfeförderung erfüllt sind,
- die Fördermittel wirtschaftlich, sparsam und zweckgebunden verwendet wurden,
- Gegenstände, deren Anschaffungswert 800 € (ohne Mehrwertsteuer) übersteigt, inventarisiert sind,
- die Fördermittel ausschließlich für satzungsgemäße gesundheitsbezogene Selbsthilfemaßnahmen der Selbsthilfegruppe verwendet wurden.

1. Vertretungsbefugte/-r *

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben



rechtsverbindliche
Unterschrift

2. Vertretungsbefugte/-r *

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben



rechtsverbindliche
Unterschrift

* **Bitte beachten:** Das Nachweisblatt muss von zwei Vertretungsbefugten unterschrieben werden.
Ansonsten kann der Verwendungsnachweis nicht abschließend bearbeitet werden.