

## Beantragung von Pauschalfördermittel (bis 1.000 €) für das Jahr 2026 für Selbsthilfegruppen in Schleswig-Holstein gemäß § 20h SGB V

Damit die GKV-Selbsthilfeförderung Schleswig-Holstein über eine Förderung entscheiden kann, ist die Mitwirkung der Antragstellerin/ des Antragstellers erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Mitwirkung sind § 60 SGB I „Angabe von Tatsachen“ und § 66 SGB I „Folgen fehlender Mitwirkung“. Eine fehlende Mitwirkung führt zur Ablehnung des Antrags.

Die Ausfüllanleitung zur Pauschalförderung von Selbsthilfegruppen soll Sie dabei unterstützen, korrekte Pauschalanträge einzureichen. Es wird daher empfohlen, die Ausfüllanleitung vor dem Ausfüllen der Antragsunterlagen aufmerksam zu lesen.

Bitte drucken Sie die ausgefüllten Formularseiten aus und übersenden diese unterzeichnet inkl. aller Anlagen postalisch an den für Ihren Antrag zuständigen Ansprechpartner, diesen finden Sie auf unserer Webseite unter:

[www.gkv-selbsthilfeförderung-sh.de/  
ansprechpersonen/](http://www.gkv-selbsthilfeförderung-sh.de/ansprechpersonen/)

Jede Selbsthilfegruppe kann pro Kalenderjahr (01.01.-31.12.) einen Antrag auf Pauschal-förderung stellen.

### Bitte beachten Sie folgende Antragsfristen:

#### **31. Januar des Förderjahres**

Anträge von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen, die zum 31.01. eines Jahres mindestens sechs Monate bestehen

#### **31. August des Förderjahres**

Anträge von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen, die zum 31.08. eines Jahres mindestens sechs Monate bestehen sechs Monate bestehen

Maßgeblich für die Fristwahrung ist der **Eingangsstempel** der federführenden Krankenkasse bzw. des federführenden Krankenkassenverbandes und nicht der Poststempel auf dem Briefumschlag. Bitte beachten Sie, dass sich durch das neue Postgesetz die Brieflaufzeit verlängert.

## **1. Antragstellerin/ Antragsteller**

Name der Selbsthilfegruppe

Ansprechperson für Rückfragen

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

E-Mail

Telefon/ Mobilnummer

Schriftwechsel mit der Antragstellerin/ dem Antragsteller: postalisch oder per E-Mail

## **2. Angaben zur Antragstellerin/ zum Antragsteller**

Interne Nummer der SHG (wird bei erstmaliger Förderung von der GKV vergeben)

Gründungsjahr (Monat/ Jahr) Ihrer SHG

Erhielt die Selbsthilfegruppe vormals eine Förderung durch die GKV?

ja, (bitte letztes Förderjahr angeben) nein

Ist die Selbsthilfegruppe einer Bundes- oder Landesorganisation angegliedert?

ja (bitte Namen angeben) nein

Mit welchem Krankheitsbild/ Behinderung beschäftigt sich die Selbsthilfegruppe?

Wie viele Mitglieder hat die Selbsthilfegruppe?

Wie viele Mitglieder nehmen durchschnittlich an den Gruppentreffen teil?

Wird die Selbsthilfegruppe durch eine Person (z.B. Arzt, Therapeuten oder andere Sozial- und Gesundheitsberufe) angeleitet/ moderiert, die dies beruflich ausübt?

ja, durch nein

Ist die Selbsthilfegruppe grundsätzlich offen für neue Mitglieder?

ja nein (bitte begründen)

Wo trifft sich die Selbsthilfegruppe? (bitte Name der Einrichtung und Anschrift vollständig angeben)

Wie werden die Gruppentreffen durchgeführt? in Präsenz digital

Wie häufig finden die Gruppentreffen statt?

weniger als einmal im Monat einmal pro Monat mehr als einmal im Monat

Wo wird das Angebot der Selbsthilfegruppe regelmäßig bekanntgegeben?

örtliche Selbsthilfekontaktstelle (bitte vollständigen Namen angeben)

Bundes- oder Landesorganisation (bitte vollständigen Namen angeben)

eigene Internetseite (bitte angeben)

Veröffentlichungen in der Presse, Flyer bzw. Handzettel

keine Bekanntmachung (bitte begründen)

### 3. Aufstellung des Förderbedarfs bis 1.000,00 EUR

Bitte machen Sie zu jeder Position Angaben (keine Leerfelder). Trifft eine Position nicht zu, ist sie mit 0,00 € zu bezeichnen.

<b>Aufstellung der voraussichtlichen Einnahmen im Antragsjahr</b>		<b>EUR</b>
<b>Mitgliedsbeiträge</b> (bei der Rechtsform e.V. zwingend auszuweisen)		€
<b>Eigenmittel/ Rücklagen</b>		€
Wofür sollen die Eigenmittel/ Rücklagen verwendet werden:		€
Zuschüsse von Bundes- und/ oder Landesorganisationen		€
Zuschüsse aus der Pflege- Renten- Unfallversicherung		€
Kommunale Fördermittel		€
<b>Weitere Einnahmenpositionen</b>		€
<b>Summe der Gesamteinnahmen</b>		€
<b>Aufstellung der voraussichtlichen Ausgaben im Antragsjahr</b>		<b>EUR</b>
<b>Förderfähige Aufwendungen für die alltäglichen und regelmäßig wiederkehrenden Ausgaben der gesundheitsbezogenen Selbsthilfearbeit</b>		
Miet- und Nebenkosten, Raumnutzungsgebühren, Porto/ Telefon/ Internet,		
Büromaterialien, technische Geräte (IT-Hardware)		
Ausgaben für digitale Angebote bzw. Anwendungen, Öffentlichkeitsarbeit		€
<b>Regelmäßige Aktivitäten</b>		
<u>Teilnahme</u> an Veranstaltungen mit engem Bezug zum Krankheitsbild oder zur Befähigung zur Gruppenarbeit (Schulungen, Seminare, Fortbildungen, Tagungen, Kongresse, Messen, Gremiensitzungen)		
Durchführung eigener gesundheitsbezogener Selbsthilfeveranstaltungen für Gruppenmitglieder, Angehörige und Interessierte		€
<b>Weitere Ausgabenpositionen</b>		€
<b>Summe der Gesamtausgaben</b>		€

## 4. Fördermittel

Die Zuwendung leistet einen Beitrag zur Finanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfearbeit. Eine Vollfinanzierung ist ausgeschlossen. Um den Förderbedarf berechnen zu können, werden die voraussichtlichen Ausgaben und Einnahmen miteinander verrechnet. Es sind hier die nicht verbrauchten Mittel aus dem Vorjahr einzutragen.

Beantragte Pauschalfördermittel 2026	€
abzüglich der nicht verausgabten Fördermittel aus 2025	€
	€

## 5. Bankverbindung der Antragstellerin/ des Antragstellers

### Die Antragstellerin/ der Antragsteller verfügt über ein eigenes Konto:

Die Überweisung der Fördermittel erfolgt ausschließlich auf ein für die Zwecke der Antragstellerin oder des Antragstellers eingerichtetes, eigenständiges Konto oder auf ein buchhalterisches (Unter-)Konto der Landes- oder Bundesorganisation, sofern dieses Konto für die Selbsthilfegruppe angelegt wurde und sie über die volle Förderhöhe verfügen kann. Es muss immer ein weiteres Gruppenmitglied Zugang zum Konto haben.

Kontoinhaber/in

Bankinstitut

IBAN: D E

### Die Antragstellerin/ der Antragsteller verfügt über kein eigenes Bankkonto:

Die Überweisung der Fördermittel erfolgt alternativ auf ein Unterkonto eines Girokontos, ein Sparbuch oder ein von einem Treuhänder eingerichtetes Konto.

Hierbei ist zu beachten, dass die Kontoinhaberin oder der Kontoinhaber bzw. die oder der Verfügungsberechtigte verpflichtet ist, sicherzustellen, dass die Fördermittel nur für die Zwecke der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe verwendet werden.

Kontoinhaber/in bzw. Verfügungsberechtigte/r:

Bankinstitut:

Sparbuch:

Treuhandkonto:

IBAN: D E

### Erklärung der Kontoinhaberin/ des Kontoinhabers bzw. der/ des Verfügungsberechtigten

Hiermit erkläre ich, dass ich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel in Empfang nehme. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel sowie für die Ausstellung und Zusendung des entsprechenden Verwendungsnachweises.

Ort, Datum

Bitte in Druckbuchstaben:  
Name Unterzeichner/-in

Unterschrift

## 6. Weitere einzureichende Unterlagen:

ggf. Flyer/ Handzettel (**nur bei Neugründungen!**)

**Selbstdarstellung/ Gründungsprotokoll** der Selbsthilfegruppe bei **Erstantragsstellung**  
(Muster für Gründungsprotokoll ist der Anlage 4 der Ausfüllanleitung zu entnehmen)

bei Rechtsform e.V.:

Satzung und Freistellungsbescheid des Finanzamtes (nur bei **Erstantragsstellung/ Änderungen**)  
letzte Einnahmen/ Ausgabenrechnung bzw. letzter Jahresabschluss (satzungsgemäß geprüft)

Bestätigung über die **Mittelverwendung** aus dem **Vorjahr** ist diesem Antrag beigefügt

Bestätigung über die **Mittelverwendung** aus dem Vorjahr wurde der **Federführung 2025 zugeschickt**

## 7. Versicherung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben

Für die Antragstellung sind die **Unterschriften** von **zwei legitimierten Vertreterinnen oder Vertretern** der Selbsthilfegruppe notwendig, die die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigen und sich im Falle einer Verhinderung gegenseitig vertreten.

Die Antragstellenden reichen auf Anforderung des Fördermittelgebers ggf. weitere Unterlagen und Nachweise nach, die für die Beurteilung des Antrages notwendig sind.

**Die Antragstellenden verpflichten sich, die Zuwendung der gesetzlichen Krankenkassen-/verbände aus Schleswig-Holstein zweckgebunden gemäß § 20h SGB V in Verbindung mit dem aktuellen Leitfaden zur Selbsthilfeförderung zu verwenden.**

Die GKV-Selbsthilfeförderung Schleswig-Holstein behält sich im Einzelfall vor, die ordnungsgemäße Verwendung zu prüfen. Ein Verwendungsnachweis ist vorzulegen. Dies gilt auch dann, sofern sich die Selbsthilfegruppe auflöst oder keine Fördermittel im Folgejahr beantragt werden.

Die Selbsthilfegruppe ist auf Dauer, mindestens ein Jahr nach Ablauf des Förderjahres, angelegt.

Die Antragstellerin oder der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass die GKV-Selbsthilfeförderung Schleswig-Holstein bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben oder bei nicht erbrachten Nachweisen berechtigt ist, die Zuwendung ganz oder teilweise zurückzufordern.

Jegliche Änderungen von Angaben sind unverzüglich mitzuteilen.

Die Antragstellerin oder der Antragsteller haben identische Aufwendungen nicht mehrfach beantragt, z.B. sowohl in kassenartenübergreifenden Pauschalförderung als auch in der kassenindividuellen Projekt-förderung. Eine Doppelförderung ist auszuschließen.

### **Mit der Unterschrift bestätigen die Antragstellerin bzw. der Antragsteller**

- die Kenntnisnahme der Informationen zum Datenschutz (Anlage 1 der Ausfüllanleitung 2026),
- die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen durch die Mitglieder der Selbsthilfegruppe (Anlage 2 der Ausfüllanleitung 2026)
- die Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit Wirtschaftsunternehmen (Anlage 3 der Ausfüllanleitung 2026),

**Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.** Die Höhe der Fördersumme ist insbesondere abhängig von den zur Verfügung stehenden Mitteln.

**1. und 2. Vertreterin oder Vertreter der Selbsthilfegruppe**

Ort, Datum

Bitte in Druckbuchstaben:  
Name Unterzeichner/-in**Unterschrift**

Ort, Datum

Bitte in Druckbuchstaben:  
Name Unterzeichner/-in**Unterschrift**

**Wichtiger Hinweis:** Unterschriften von Ehepaaren, Lebenspartnerschaften oder in häuslicher Gemeinschaft wohnenden Personen umgehen das Vier-Augen-Prinzip. Anträge werden seit 2024 nicht länger anerkannt, wenn die zweite Unterschrift durch eine Vertretung einer Landes- oder Bundesorganisation geleistet wurde.

Freiwillige Angabe von Kontaktdaten einer weiteren Vertreterin oder eines Vertreters der Selbsthilfegruppe

Ansprechperson für Rückfragen

Adresse

E-Mail

Telefon/ Mobilnummer