

## Kassenartenübergreifende Pauschalförderung

gemäß § 20h SGB V

### Antrag für die Förderung der örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen im Land Bremen

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände über eine Förderung entscheiden können, ist die Mitwirkung des Antragstellers erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Mitwirkung sind § 60 SGB I („Angabe von Tatsachen“) und § 66 SGB I („Folgen fehlender Mitwirkung“). Verstößt der Antragsteller gegen §§ 60 und 66 SGB I, kann dies zur Ablehnung des Antrags führen. Außerdem sind die Allgemeinen Nebenbestimmungen für die Gewährung von Fördermitteln nach §20h SGB V im Bundesland Bremen zu berücksichtigen.

**Anträge müssen bis zum 15. Februar eines Jahres im Original eingereicht werden.**

### Förderjahr

**1. Angaben zum/-r Antragsteller/-in:**

Wurden Sie bereits als Selbsthilfegruppe von den Bremer Krankenkassen anerkannt?    Ja    Nein

Wenn ja, wann? (Jahr der erstmaligen Förderung)

Wenn nein: Bitte Eigendarstellung der Gruppe und Kopie des Gründungsprotokolls beifügen

**Name der Selbsthilfegruppe:**

Anschrift (bei eingetragenem Verein dessen Sitz):

Telefon:

E-Mail:

Homepage

Ansprechpartner/-in / Gruppenleitung (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben):

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben):

**2. Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG):**

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG?

Seit wann besteht die SHG?

Wie viele Mitglieder hat die SHG?

Wie häufig finden Gruppentreffen im Jahr statt?

Durchschnittliche Anzahl Teilnehmende pro Gruppentreffen:

Ist die SHG Mitglied in einem Bundes-, Landes- oder Regionalverband?    Ja    Nein

Wenn ja, in welchem?

Werden Mitgliedsbeiträge an den Bundes-/ Landes- o. Regionalverband gezahlt?    Ja    Nein

Wenn ja: Summe pro Kalenderjahr:

Besteht eine Tätigkeit der SHG in mehreren Bundesländern?    Ja    Nein

**3. Wird die Selbsthilfegruppe durch die öffentliche Hand (Land, Kommune) oder andere Institutionen gefördert?**

Ja    Nein

Höhe der Förderung

Euro

**4. Benötigter Förderbedarf: (gemäß Anlage 1)**

Bitte beschreiben Sie, wofür der pauschale Zuschuss verwendet werden soll.

**Beachten Sie hierbei auch die Hinweise zu den förderfähigen Ausgaben auf unserer Homepage <https://www.gkv-selbsthilfefoerderung-hb.de>.**

voraussichtliche Ausgaben

Euro

voraussichtliche Einnahmen (incl. nicht verausgabter Restmittel aus dem Vorjahr)

Euro

Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von:

**Euro**

**Hinweis: Ab einem Förderbedarf von 750,01 Euro muss zusätzlich die Anlage 1 ausgefüllt werden.**

**5. Bereits beantragte Fördermittel:**

Wurden von Ihrer Selbsthilfegruppe bereits Gelder nach SGB XI (Pflegeversicherung) beantragt?

Ja    Nein

Wenn ja, in welcher Höhe?

Euro

Wenn ja, zu welchem Zweck?

## 6. Bankverbindung:

Das Konto wird ausschließlich für Zwecke der Selbsthilfe verwendet

Selbsthilfegruppen, die keinem Verband (Bundes-, Landes-, oder Regionalverband) angehören

**Bitte überweisen Sie die Förderung auf das für einen Treuhänder eingerichtete Konto, Unterkonto eines Girokontos oder Sparkonto\*:**

Kontoinhaber/-in:

Anschrift:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

---

Selbsthilfegruppen, die eine unselbstständige Untergliederung eines rechtsfähigen Verbandes sind

**Bitte überweisen Sie die Förderung auf das (Unter-) Konto des Gesamtvereins oder des Verbandes\*<sup>2</sup>:**

Kontoinhaber/-in:

Anschrift:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

---

\*) der/die Verfügungsberechtigte für das Konto ist verpflichtet sicherzustellen, dass die Fördermittel nur für die Zwecke der Gruppe verwendet werden und die Selbsthilfegruppe in voller Höhe über die Fördermittel verfügen kann.

\*<sup>2</sup>) dieses Konto wurde für die Untergliederung angelegt und ist für die regionale Selbsthilfegruppe in voller Höhe verfügbar.

## Erklärung

**Dieser Antrag ist nur mit zwei Unterschriften von Mitgliedern der Selbsthilfegruppe gültig.**

Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehmen.

Mit den nachfolgenden Unterschriften bestätigt die Selbsthilfegruppe, dass sie parteipolitisch und weltanschaulich neutral ist und keine kommerziellen Interessen verfolgt. Die Interessenwahrnehmung und -vertretung erfolgt durch Betroffene.

Die Selbsthilfegruppe bestätigt ihre Bereitschaft zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und Krankenkassenverbänden. Sie gewährleistet die ordnungsgemäße Durchführung der geförderten Maßnahmen, beachtet die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und erklärt sich bereit, die Verwendungsnachweise der bewilligten Mittel bis zum 15.02. des Folgejahres einzureichen.

Die Selbsthilfegruppe erklärt ihr Einverständnis zur Datenverwendungserklärung gemäß Anlage 2

Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht. Die Höhe der Förderung ist abhängig von der im Förderjahr vorhandenen Gesamtfördersumme und der Anzahl und dem Förderbedarf aller anderen Antragsteller (SHG).

**Wir verpflichten uns, die Zuschüsse zweckgebunden - gemäß § 20h SGB V - zu verwenden sowie auf die Förderung durch die Krankenkassen in geeigneter Form hinzuweisen.**

Ort, Datum 1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)

Ort, Datum 2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Gruppenmitgliedes

### **Zusatzklärung (NUR von Selbsthilfegruppen, die in einem Bundes-, Landes- oder Regionalverband sind, zusätzlich auszufüllen)**

Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehmen. Wir sind dafür verantwortlich, dass die Fördermittel ausschließlich für Zwecke der Gruppe unter Berücksichtigung der Förderrichtlinien sowie der gemeinnützigkeitsrechtlichen Regelungen und der satzungsmäßigen Ziele des Gesamtvereins verwendet werden.

Ort, Datum 1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)

Ort, Datum 2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Gruppenmitgliedes

### **Diesem Antrag sind beigelegt:**

Selbstdarstellung der SHG  
ggf. Flyer/Handzettel  
Sonstiges

ggf. Presseartikel  
ggf. Satzung der SHG  
Wir verfügen über keine Materialien

## Haushaltsplanung/Kalkulation des Förderbedarfs

Dieses Formblatt ist ab einem Förderbetrag von 750,01 Euro auszufüllen. Falls vorhanden, können Sie anstelle dieses Formblattes den Haushaltsplan oder die Kalkulationsunterlagen oder die sonst übliche Etat-Aufstellung Ihrer Selbsthilfegruppe beilegen.

<b>1.</b>	<b>(voraussichtliche) Ausgaben</b>	
	• Miete und Nebenkosten	Euro
	• Personalkosten	Euro
	• Bürobedarf inkl. Druckerpatronen	Euro
	• Telefon/Internet	Euro
	• Techn. Ausstattung wie PC und Zubehör, Drucker, techn. Geräte etc.	Euro
	• Porto	Euro
	• Regelmäßige Ausgaben für digitale Angebote/Anwendungen (z.B. Homepage)	Euro
	• Regelmäßige Veranstaltungen (z. B. Mitgliederversammlung, Seminare, Fortbildungen, Fachtage)*	Euro
	• Öffentlichkeitsarbeit	Euro
	• Mitgliedsbeiträge für Dachorganisationen und Fachverbände (keine Bundesorganisation!)	Euro
	• Fahrkosten für Verbandsarbeit	Euro
	• Honorare / Referenten usw.	Euro
	• Kontoführungsgebühren, Steuerberatung u. Wirtschaftsprüfung (bezogen auf den Anteil der SH-Tätigkeit)	Euro
	• Versicherungen (nur Haftpflicht f. Ehrenamtliche, Veranstalterhaftpflicht, Mietsachschäden, Inventar- und Elektronikversicherung)	Euro
	• Sonstiges	Euro
	<b>Summe</b>	<b>Euro</b>

<b>2.</b>	<b>(voraussichtliche) Einnahmen</b>	
	• Mitgliedsbeiträge	Euro
	• Spenden, Sponsoren	Euro
	• Zuschüsse	Euro
	• Zuschüsse öffentliche Hand	Euro
	• Zinsen	Euro
	• Rücklagen	Euro
	• Sonstiges	Euro
	• Zu berücksichtigende nicht verausgabte Restmittel des Vorjahres	Euro
	<b>Summe</b>	<b>Euro</b>

1. Gesamtausgaben:	Euro
2. Gesamteinnahmen:	Euro
<b>Ihr Förderbedarf durch die Krankenkassen im Land Bremen</b>	<b>Euro</b>

\* Aufwendungen für regelmäßige Veranstaltungen und/oder Fortbildungen dokumentieren Sie bitte auf der nachfolgenden Seite

<b>Voraussichtliche Aufwendungen für die folgenden regelmäßig stattfindenden Veranstaltungen/Fortbildungen*</b>							
Tagungs- und Kongressbesuche, Delegiertenversammlung, Gremiensitzungen, Fortbildungen, Gruppenleiterschulungen, Seminare von Bundes- und Landesorganisationen, Mitgliederversammlungen, Messen und Selbsthilfetage							
<b>Titel der Veranstaltung/Fortbildung</b>	<b>Ort</b>	<b>Anzahl der Teilnehmer</b>	<b>Datum</b> (falls bekannt)	<b>Kosten der Maßnahme</b> (z. B. Gebühren)	<b>Fahrtkosten**</b>	<b>Übernachtungs-kosten**</b> (ohne Verpflegung!)	<b>Summe</b>
				€	€	€	€
				€	€	€	€
				€	€	€	€
				€	€	€	€
				€	€	€	€
				€	€	€	€
				€	€	€	€
<b>Summe Kosten regelmäßige Maßnahmen</b>				€	€	€	*** €

Veranstaltungen/Fortbildungen, die nicht von der Bundes- oder Landesebene organisiert werden, sind über die Projektförderung zu beantragen!  
 Fahrtkosten zu Gruppentreffen sind nicht förderfähig!

\* Regelmäßige Aktivitäten/Maßnahmen sind jährlich wiederholend, maximal jedoch alle zwei Jahre

\*\* Fahrt-, Reisekosten (Bahnfahrt 2. Klasse) und Übernachtungskosten sind entsprechend den Vorgaben des Bremischen Reisekostengesetzes (BremRKG) förderfähig.

\*\*\* Übertrag dieser Summe in die Anlage 1-Haushaltsplanung/Kalkulation

## **Datenverwendungserklärung**

Wichtige Voraussetzung für die Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20 h SGB V ist die Transparenz der Förderung. Um dieses Ziel zu erreichen, sind der Informationsaustausch und eine gesicherte Datengrundlage zum Förderverfahren erforderlich. 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.

Damit die Verwendung der entsprechenden Informationen auf rechtlich abgesicherter Basis erfolgen kann, bitten wir Sie, uns hierzu nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären:

### **Einverständniserklärung zur Datenverwendung**

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

- Dokumentation des Fördergeschehens für interne Zwecke der jeweiligen 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 die Art der Gruppe/Organisation, des betreffenden Krankheitsbildes, Name der Gruppe/Organisation sowie die für die Erreichbarkeit der Gruppe/Organisation erforderlichen Daten,
- Aufnahme in (E-Mail-)Adressverteiler für die Zusendung von Informationen zum Förderverfahren einschl. Anträgen (falls nicht gewünscht, bitte streichen; eine Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden).

## Nachweis über die Verwendung der kassenartenübergreifenden Pauschalmittel für die örtlichen Selbsthilfegruppen gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr

**Hinweis:** Ein Verwendungsnachweis gilt als Förderungsvoraussetzung für jede weitere Pauschalförderung. Belege sind sechs Jahre aufzubewahren. Die Bremer Krankenkassen behalten sich vor, ggf. Einzelbelege einzufordern und zu prüfen.

Ab einer Fördersumme von 750,01 EUR ist zusätzlich zu dieser Erklärung die Anlage V (<https://www.gkv-selbsthilfefoerderung-hb.de/selbsthilfegruppen-antragsformulare/>) als ein regelhafter Verwendungsnachweis (summarische Auflistung der tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben analog der Kalkulation des Förderbedarfs – siehe Anlage 1) sowie ein Tätigkeitsbericht Ihrer Selbsthilfearbeit vorzulegen.

Name der Selbsthilfegruppe:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Ansprechpartner/-in / Gruppenleitung (mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o. a. Angaben):

Bewilligungsschreiben vom:

Förderbetrag:

 Euro

Tatsächliche Gesamtausgaben

 Euro

**Die verausgabten Fördermittel wurden entsprechend unserer (satzungsgemäßen) Gruppenarbeit verwendet.**

Ort, Datum

1.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)

Ort, Datum

2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Gruppenmitgliedes



## Kontaktadressen für die Antragstellung

Die kassenartenübergreifende Pauschalförderung für die Selbsthilfegruppen im Land Bremen wird durch folgende Krankenkassen/-verbände gewährleistet:

AOK Bremen/Bremerhaven  
 BKK Landesverband Mitte  
 IKK gesund plus  
 Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Bremen  
 Knappschaft  
 SVLFG, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Grundsätzlich steht es jeder Selbsthilfegruppe frei, an welche Kasse sie die Anträge schickt. Die Pauschalanträge werden jedoch intern nach Postleitzahlen geordnet und an die zuständige Krankenkasse weitergeleitet.

### Postleitzahlenbereich    zuständige Krankenkasse

- 0 - 28217**                      **AOK Bremen/Bremerhaven**  
 Ansprechpartnerin für Bremen und Bremerhaven: Astrid Gallinger  
 Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen  
 Telefon 0421-1761-28111  
 E-Mail: astrid.gallinger@hb.aok.de  
 Internet: www.aok.de/bremen
- 28218 - 28259**                      **BARMER Landesgeschäftsstelle Niedersachsen/Bremen**  
 Ansprechpartner: Luka Richter  
 Goseriende 4 (Gebäude C) 30159 Hannover  
 Telefon 0800-333004 654 418  
 E-Mail: luka.richter@barmer.de  
 Internet: www.barmer.de
- 28260 – 28332**                      **Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Bremen**  
 Ansprechpartnerin: Birgit Tillmann  
 Martinistraße 34, 28195 Bremen  
 Telefon 04 21 - 165 65-84  
 E-Mail: birgit.tillmann@vdek.com  
 Internet: www.vdek.com
- 28333 – 28779**                      **hkk Krankenkasse**  
 Ansprechpartnerin: Nadine Gottschalk  
 Martinistraße 26 28195 Bremen  
 Telefon 04 21 - 36 55-13 17  
 E-Mail: nadine.gottschalk@hkk.de  
 Internet: www.hkk.de
- ab 28780**                              **DAK - Gesundheit Regionalzentrum Bremen**  
 Ansprechpartner: Jacinto Salguero Moronta  
 Am Wall 128-134, 28195 Bremen  
 Telefon 04 21 - 42 70 85-0  
 E-Mail: jacinto.salguero-moronta@dak.de  
 Internet: www.dak.de

**Auskunft und Beratung im Rahmen der kassenartenübergreifenden Pauschalförderung im Land Bremen erteilen auch:**

**Netzwerk Selbsthilfe**

**Bremen/ Nordniedersachsen e. V.**

Ansprechpartner/-in:

Imke Boidol, Volker Donk

Faulenstr. 31, 28195 Bremen

Telefon 04 21 - 70 45 81

Telefax 04 21 - 70 74 72

E-Mail: [info@netzwerk-selbsthilfe.com](mailto:info@netzwerk-selbsthilfe.com)

Internet: [www.netzwerk-selbsthilfe.com](http://www.netzwerk-selbsthilfe.com)

**Selbsthilfe Bremerhavener Topf e. V.**

Ansprechpartner:

Guido Osterndorff

Dürerstraße 27, 27570 Bremerhaven

Telefon 04 71 - 45 05 0

Telefax 04 71 - 483 46 72

E-Mail: [info@bremerhavener-topf.eu](mailto:info@bremerhavener-topf.eu)

Internet: [www.selbsthilfe-bremerhavener-topf.de](http://www.selbsthilfe-bremerhavener-topf.de)

**Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe  
behinderter Menschen Bremen e. V. (LAGS)**

Ansprechpartner:

Gerald Wagner

Waller Heerstr. 55, 28217 Bremen

Telefon 04 21 - 387 77-14

Telefax 04 21 - 387 77-99

E-Mail: [info@lags-bremen.de](mailto:info@lags-bremen.de)

Internet: [www.lags-bremen.de](http://www.lags-bremen.de)

**Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
Landesverband Bremen e. V.**

Ansprechpartnerin:

Anke Teebken

Außer der Schleifmühle 55-61, 28203 Bremen

Telefon 04 21 - 791 99 -13

Telefax 04 21 - 791 99 - 99

E-Mail: [a.teebken@paritaet-bremen.de](mailto:a.teebken@paritaet-bremen.de)

Internet: [www.paritaet-bremen.de](http://www.paritaet-bremen.de)