

## Kassenartenübergreifende Pauschalförderung gemäß § 20h SGB V

Antragsunterlagen für die gesundheitsbezogene Selbsthilfeförderung  
der **Selbsthilfekontaktstellen** 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. Ein Rechtsanspruch auf Förderung und auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

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

Hinweis: Das Antragsformular ist digital auszufüllen (Voraussetzung ist eine aktuelle Version von Adobe Reader). Bitte drucken Sie die ausgefüllten Formularseiten aus und übersenden diese, mit zwei Unterschriften versehen inkl. aller Anlagen, postalisch an die für Sie zuständige(n) Krankenkasse/-verband. Die Kontaktdaten, Adressen und Ansprechpartner entnehmen Sie bitte der Anlage 4

### **Außerdem bitte stets beifügen**

- Satzung des Vereins (einmalig, sonst nur bei Veränderungen)
- Körperschaftssteuer/aktueller Freistellungsbescheid des Finanzamtes letzter genehmigter Jahresabschluss
- Mitteilung über die Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung/Protokoll der letzten Mitgliederversammlung
- Mietvertrag (einmalig, sonst nur bei Veränderungen)

**Antrag für pauschale Fördermittel für Selbsthilfekontaktstellen  
im Land Bremen für das**

**Förderjahr**

**1. Name der Selbsthilfekontaktstelle (SH-Kontaktstelle):**

---

---

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Homepage \_\_\_\_\_

Bankverbindung:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner/-in der SH-Kontaktstelle bei eventuellen Rückfragen zum Antrag:**

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**2. Welche wiederkehrenden Aufgaben werden auf Landesebene in diesem Förderjahr wahrgenommen? Welche gesundheitsbezogenen Arbeitsschwerpunkte und Maßnahmen sollen mit den beantragten pauschalen Mitteln realisiert werden? (ggf. auf separatem Blatt ausführen)**

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

---

---

---

---

**3. Welche Institutionen/Unternehmen unterstützen Ihre SH-Kontaktstelle finanziell?  
(Summe bitte im Haushaltsplan Anlage 1 eintragen)**

- Keine der nachstehenden Institutionen/Unternehmen
- Unfallversicherung
- Rentenversicherung
- Öffentliche Hand (z.B. Länder, Kommunen)
- Wirtschaftsunternehmen (Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller etc.)
- Weitere \_\_\_\_\_

**4. Benötigter Förderbedarf (Details im Haushaltsplan Anlage 1)**

Voraussichtliche Ausgaben: \_\_\_\_\_ Euro

Voraussichtliche Einnahmen (inkl. der nicht verausgabten Restmittel aus dem Vorjahr): \_\_\_\_\_ Euro

Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

---

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

---

Ort, Datum \_\_\_\_\_ 2.) Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/-in (und ggf. Stempel)

**Erklärung:**

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

Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die KS die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehmen und unser Einverständnis mit den Allgemeinen Nebenbestimmungen für die Gewährung von Fördermitteln nach §20h SGB V im Bundesland Bremen.

Mit den Unterschriften bestätigen wir

- die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im Antragsformular,
- die Kenntnisnahme und Einwilligung der Informationen zum Datenschutz, gemäß Allgemeine Nebenbestimmungen, sowie zur Datenverwendung, gemäß Anlage 3,
- die parteipolitische und weltanschauliche Neutralität sowie die Unabhängigkeit von wirtschaftlichen und kommerziellen Interessen, gemäß der aktuell geltenden Nebenbestimmungen,
- dass die beantragten Fördermittel zur Sicherung und/oder Weiterentwicklung der selbsthilfebezogenen Arbeit notwendig sind und nicht durch laufende Einnahmen, Rücklagen oder sonstige Eigenmittel und Zuwendungen bestritten werden können,
- dass die bewilligten Fördermittel zweckgebunden und wirtschaftlich - gemäß § 20h SGB V - verwendet werden und auf die Förderung durch die Krankenkassen in geeigneter Weise hingewiesen wird.

**Ergänzende Hinweise:**

Die Verwendungsnachweise der bewilligten Fördermittel sind bis zum 15.02. des Folgejahres einzureichen. Bei nicht erbrachten Nachweisen oder vorsätzlich falschen Angaben ist der Fördermittelgeber berechtigt, bereits gezahlte finanzielle Zuwendungen zurückzufordern bzw. die zugesagten Fördermittel nicht auszuzahlen.

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.

---

Ort, Datum

---

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

---

Ort, Datum

---

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

## **Haushaltsplanung/Kalkulation des Förderbedarfs**

Falls vorhanden, können Sie anstelle dieses Formblattes eine entsprechende Etat-Aufstellung Ihrer SH-Kontaktstelle beilegen.

<b>1.</b>	<b>(voraussichtliche) Ausgaben</b>	
	• Personalkosten	Euro
	• Miete/Nebenkosten	Euro
	• Bürobedarf	Euro
	• Porto	Euro
	• Techn. Ausstattung wie PC und Zubehör, Drucker, techn. Geräte etc.	Euro
	• Regelmäßige Ausgaben für digitale Angebote/Anwendungen	Euro
	• Regelmäßige Veranstaltungen	Euro
	• Öffentlichkeitsarbeit	Euro
	• Fahrtkosten	Euro
	• Honorare/Referenten usw.	Euro
	• Steuerberatung, Versicherungen/Kontoführung	Euro
	• Sonstiges	Euro
	<b>Summe</b>	<b>Euro</b>
<b>2.</b>	<b>(voraussichtliche) Einnahmen</b>	
	• Mitgliedsbeiträge	Euro
	• Einnahmen durch Raumnutzung	Euro
	• Spenden, Sponsoren	Euro
	• Zuschüsse von anderen Sozialversicherungsträgern	Euro
	• Zuschüsse öffentliche Hand	Euro
	• Zinsen	Euro
	• Rücklagen	Euro
	• Zu berücksichtigende nicht verausgabte Restmittel des Vorjahres	Euro
	• Sonstiges	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>

## Strukturerhebungsbogen für SH-Kontaktstellen

Stand der nachstehenden Angaben: (Datum) \_\_\_\_\_

### 1. Name der SH-Kontaktstelle:

---

---

### Anschrift:

---

---

Ansprechpartner/-in in der SH-Kontaktstelle:

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Homepage \_\_\_\_\_

Öffnungs- bzw. Sprechzeiten der SH-Kontaktstelle:

---

---

### 2. Träger der SH-Kontaktstelle (falls abweichend von Punkt 1):

---

---

### Anschrift des Trägers:

---

---

Ansprechpartner/-in des Trägers (Name und Funktion):

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Homepage \_\_\_\_\_

### 3. Gründungsjahr der SH-Kontaktstelle: \_\_\_\_\_

**4. Stellt die SH-Kontaktstelle Räumlichkeiten für Selbsthilfegruppen zur Verfügung?**

- Ja, kostenfrei  
 Ja, kostenpflichtig je Selbsthilfegruppe in Höhe von jährlich \_\_\_\_\_ Euro  
 Nein

**5. Über welche Angebote verfügt die SH-Kontaktstelle und welche Aktivitäten führt sie regelmäßig im Interesse der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen durch?**

---

---

---

---

---

---

---

**6. Personal**

- Anzahl Vollbeschäftigte \_\_\_\_\_
- Anzahl Teilzeitbeschäftigte/geringfügig Beschäftigte \_\_\_\_\_
- mit wie viel Wochenstunden beschäftigt Mitarbeiter/-in 1: \_\_\_\_\_
- Mitarbeiter/-in 2: \_\_\_\_\_
- Mitarbeiter/-in 3: \_\_\_\_\_
- Mitarbeiter/-in 4: \_\_\_\_\_
- Qualifikation Mitarbeiter/-in 1: \_\_\_\_\_
- Mitarbeiter/-in 2: \_\_\_\_\_
- Mitarbeiter/-in 3: \_\_\_\_\_
- Mitarbeiter/-in 4: \_\_\_\_\_

(Liste gegebenenfalls auf separatem Blatt erweitern)

**7. Ist für die Mitarbeiter/-innen der SH-Kontaktstelle die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen vorgesehen?**

- Ja     Nein

## **8. Einzugsbereich der SH-Kontaktstelle**

a) Bitte nennen Sie die Region: z.B. Bremen, Bremerhaven

---

b) Anzahl der Einwohner/-innen im Einzugsbereich: \_\_\_\_\_

c) Anzahl der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen im Einzugsbereich: \_\_\_\_\_

## **9. Selbstdarstellung der SH-Kontaktstelle**

Flyer, Broschüre, Jahresbericht o.ä. zur Selbstdarstellung der Ziele und Arbeitsschwerpunkte sind beigefügt

## **10. Hat sich Ihre Kontaktstelle eigene Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben?**

Ja, bitte einfügen  Nein

## **Datenverwendungserklärung zum Verbleib beim Antragsteller**

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 (eine Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden).

## **Kontaktadressen für die Antragstellung zum Verbleib beim Antragsteller**

Die kassenartenübergreifende Pauschalförderung für die SH-Kontaktstellen 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

**Die Pauschalanträge der SH-Kontaktstellen werden im Land Bremen zentral von den federführenden Krankenkassen/-verbänden AOK Bremen/Bremerhaven und vdek-LV Bremen bearbeitet:**

**AOK Bremen/Bremerhaven**

Astrid Gallinger

Bürgermeister-Smidt-Str. 95

28195 Bremen

Tel.: 0421-1761-28111

E-Mail: [astrid.gallinger@hb.aok.de](mailto:astrid.gallinger@hb.aok.de)

[www.aok.de/bremen](http://www.aok.de/bremen)

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**

**Landesvertretung Bremen**

Birgit Tillmann

Martinistraße 34, 28195 Bremen

Tel.: 0421 - 16565-84

Mobil: 0173 / 1542625

E-Mail: [birgit.tillmann@vdek.com](mailto:birgit.tillmann@vdek.com)

[www.vdek.com](http://www.vdek.com)