

## Krankenkassenindividuelle Projektförderung

Antragsunterlagen für die gesundheitsbezogene  
Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V 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.

### **Hinweise:**

Um eine rechtzeitige Bearbeitung Ihres Antrages zu gewährleisten, empfehlen wir, den Antrag bis spätestens einen Monat vor Projektbeginn einzureichen.

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 2.

## Antrag Projektförderung für das Förderjahr

bei folgender **Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

Es handelt sich um eine

- örtliche/regionale Selbsthilfegruppe (SHG)
- Landesorganisation (LO)
- Kontaktstelle (KST)

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

**Name der SHG/LO/KST:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
(bei eingetragenem Verein dessen Sitz)

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

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

**Homepage:** \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner/-in für Rückfragen zum Antrag:**  
(mit Anschrift und Telefonnummer, wenn abweichend zu o.a. Angaben)

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

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

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

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

**Angaben zur SHG/LO/KST:**

Wurde die SHG/LO/KST bereits durch die Bremer Krankenkassen anerkannt?

Ja     Nein

wenn nein, bitte Eigendarstellung und Kopie des Gründungsprotokolls beifügen.

Anzahl der Teilnehmenden/Mitglieder Ihrer SHG/LO/KST:

**2. Bankverbindung**

Das Konto wird ausschließlich für die Zwecke der Selbsthilfe verwendet.

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

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

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

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

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

**IBAN:** \_\_\_\_\_ **BIC:** \_\_\_\_\_

Selbsthilfegruppen/Landesorganisationen, die eine unselbstständige Untergliederung eines rechtsfähigen Verbandes sind

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

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

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

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

**IBAN:** \_\_\_\_\_ **BIC:** \_\_\_\_\_

\*1) der 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. Der Antrag auf Fördermittel muss von zwei Mitgliedern der Selbsthilfegruppe/Landesorganisation unterzeichnet werden.

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

## 2. Projektbeschreibung/Konzept (ggf. auf separatem Blatt ausführen)

**Projektname:** \_\_\_\_\_

Veranstaltungsort: \_\_\_\_\_

**Projektbeschreibung:** \_\_\_\_\_

**Ziele des Projektes:** \_\_\_\_\_

**Zielgruppe des Projektes:** \_\_\_\_\_

**Projektbeteiligte/Kooperationspartner:** \_\_\_\_\_

Projektanfang: \_\_\_\_\_ Projektende: \_\_\_\_\_

## Wie soll die Nachhaltigkeit des Projektes gesichert werden?

**3. Wurden/werden weitere Fördermittel bei anderen Krankenkassen/Institutionen/Unternehmen für das Projekt beantragt?**

- Nein       Ja, und zwar bei
- Öffentliche Hand (z.B. Land, Kommune)
- Rentenversicherungsträger
- Pflegeversicherungsträger
- Unfallversicherungsträger
- Private Krankenversicherung
- Landes-/Bundesverband (bei Mitgliedschaft)
- Wirtschaftsunternehmen (z. B. Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller)
- Sonstige

**Name des Fördermittelgebers**

**Förderbetrag (EURO)**

---

---

---

**Wurde (Ihrer SHG/LO/KST) ein gleichnamiges und/oder gleichartiges Projekt bisher gefördert?**

- Nein       Ja

wenn ja, wann: \_\_\_\_\_ von wem? \_\_\_\_\_

**In welcher Höhe wurden in diesem Jahr pauschale Fördermittel im Rahmen der kassenartenübergreifenden Pauschalförderung beantragt?**

\_\_\_\_\_ Euro

**davon ggf. bewilligt:**

\_\_\_\_\_ Euro

#### 4. Kosten- und Finanzierungsplan

(voraussichtliche) **Ausgaben** des Projektes z.B. Miete/Raumkosten, Honorare, Fahrt- und Übernachtungskosten<sup>1</sup> (ohne Verpflegung), Öffentlichkeitsarbeit etc. – ggf. Kostenvoranschläge beifügen  
Technische Geräte sind bis max. 500,-€, Honorare für Referenten bis max. 150,-€ pro Stunde förderfähig

1.		Euro
2.		Euro
3.		Euro
4.		Euro
5.		Euro
6.		Euro
7.		Euro
8.		Euro
	<b>Summe</b>	<b>Euro</b>

(voraussichtliche) **Einnahmen** des Projektes z.B. Zuwendungen anderer Fördermittelgeber, Spenden, Teilnahmegebühren, Rücklagen etc.

1.		Euro
2.		Euro
3.		Euro
4.		Euro
5.		Euro
6.		Euro
	<b>Summe</b>	<b>Euro</b>

<b>Gesamtkosten des Projektes</b>	<b>Euro</b>
<b>Gesamteinnahmen des Projektes</b> (inkl. beantragte Mittel bei anderen Förderern)	<b>Euro</b>
Zwischensumme	Euro
abzüglich mindestens 10% Eigenanteil <sup>2</sup>	Euro
<b>Höhe der beantragten Projektförderung</b>	<b>Euro</b>

<sup>1</sup> Fahrt-, Reisekosten (Bahnfahrt 2. Klasse) sind entsprechend den Vorgaben des Bremischen Reisekostengesetzes (BremRKG) förderfähig

<sup>2</sup> Hier keine Verwendung der Mittel aus der Pauschalförderung

**Erklärung:**

**Dieser Antrag ist nur mit zwei Unterschriften von Mitgliedern der antragstellenden SHG/LO/KST gültig.**

Hiermit erklären wir, dass wir stellvertretend für die SHG/LO/KST 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 und zur Datenverwendung, gemäß Anlage 1,
- 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 keine gleichlautende Beantragung von Fördermitteln für in diesem Antrag aufgeführte Ausgaben im Rahmen der Pauschalförderung vorgenommen wurden,
- 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 15.12. des Förderjahres 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)

# Informationen zum Datenschutz

## zum Verbleib beim Antragsteller!

Anlage 1

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<sup>3</sup>**

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)

Weitere Informationen zum Datenschutz, zu den Datenschutzbeauftragten und zu Ihren Rechten nach Art. 13. DSGVO erhalten Sie auf der Internetseite der jeweiligen Krankenkasse bzw. des jeweiligen Krankenkassenverbandes.

<sup>3</sup> Die Erklärung ist Bestandteil des Förderantrags. Mit der Unterschrift unter dem Förderantrag nimmt der/die Antragsteller/-in die Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis

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

**Anlage 2**

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

### **Postleitzahlbereich**

0 bis 28217

lokale Selbsthilfegruppen und  
Landesorganisationen

28218 - 28259

lokale Selbsthilfegruppen

28260 - 28332

lokale Selbsthilfegruppen

28333 - 28779

lokale Selbsthilfegruppen

ab 28780

lokale Selbsthilfegruppen

ab 28218

Landesorganisationen

### **zuständige Krankenkasse**

#### **AOK Bremen/Bremerhaven**

Ansprechpartnerin für Bremen  
und Bremerhaven: Astrid Gallinger  
Bürgermeister-Smidt-Str. 95  
28195 Bremen  
Telefon 04 21 - 17 61-28 111  
E-Mail: [astrid.gallinger@hb.aok.de](mailto:astrid.gallinger@hb.aok.de)  
Internet: [www.aok.de/bremen](http://www.aok.de/bremen)

#### **BARMER Landesgeschäftsstelle**

#### **Niedersachsen/Bremen**

Ansprechpartner: Luka Richter  
Goseriede 4 (Gebäude C)  
30159 Hannover  
Telefon 0800-333 004 654-418  
E-Mail: [luka.richter@barmer.de](mailto:luka.richter@barmer.de)  
Internet: [www.barmer.de](http://www.barmer.de)

#### **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](mailto:birgit.tillmann@vdek.com)  
Internet: [www.vdek.com](http://www.vdek.com)

#### **hkk Krankenkasse**

Ansprechpartnerin: Fiona Borchers  
Martinistraße 26  
28195 Bremen  
Telefon 04 21 - 36 55-13 14  
E-Mail: [fiona.borchers@hkk.de](mailto:fiona.borchers@hkk.de)  
Internet: [www.hkk.de](http://www.hkk.de)

#### **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](mailto:jacinto.salguero-moronta@dak.de)  
Internet: [www.dak.de](http://www.dak.de)

#### **Techniker Krankenkasse**

Landesvertretung Bremen  
Ansprechpartner: Olaf Brockmann  
Postfach 28 61 55  
28361 Bremen  
Telefon 04 21 - 305 05-410  
E-Mail: [olaf.brockmann@tk.de](mailto:olaf.brockmann@tk.de)  
Internet: [www.tk.de/lv-bremen](http://www.tk.de/lv-bremen)

**Auskunft und Beratung 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)

**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)

**Selbsthilfe Bremerhavener Topf e. V.**

Ansprechpartner/-in:  
Andrea von Harten, Guido Osterndorff

Dürerstraße 27, 27570 Bremerhaven  
Telefon 04 71 - 450 50  
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)

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

Ansprechpartnerin:  
Lisa Schwarzen

Außer der Schleifmühle 55-61, 28203 Bremen  
Telefon 04 21 - 791 99 -13  
Telefax 04 21 - 791 99 -99  
E-Mail: [l.schwarzen@paritaet-bremen.de](mailto:l.schwarzen@paritaet-bremen.de)  
Internet: [www.paritaet-bremen.de](http://www.paritaet-bremen.de)