# Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung

# - Pauschalförderung -

**nach § 20c SGB V**

# Antragsunterlagen für die Selbsthilfeförderung der Landesorganisationen im Land Bremen

Damit die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände über eine Förderung entscheiden können, ist Ihre Mitwirkung gesetzlich vorgeschrieben (vgl. § 60 SGB I). Die folgenden Angaben werden für die ordnungsgemäße Bearbeitung Ihres Antrages auf Förderung nach § 20c SGB V benötigt. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

**Zu den Antragsunterlagen gehören die nachstehenden Anlagen:**


| | | |
|---|---|---|
| Antrag: | Daten des Antragstellers | Seite 2-3 |
| Anlage 1: | Haushaltsplanung/Kalkulation des Förderbedarfs<br>(ab einer Antragssumme von 500,01 Euro mit erforderlich!) | Seite 4 |
| Anlage 2: | Datenverwendungserklärung | Seite 5 |
| Anlage 3: | Strukturerhebungsbogen | Seite 6-7 |
| Anlage 4: | Erklärung zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit | Seite 8-9 |
| Anlage 5: | Nachweis über die Verwendung der Fördermittel des Vorjahres<br>(Voraussetzung für jede neue Förderung!) | Seite 10 |
| Anlage 6: | Kontaktadressen für die Antragstellung | Seite 11 |


Zusätzlich sind die Satzung des Landesverbandes, Körperschaftssteuer/Freistellungsbescheid des Finanzamtes, letzter genehmigter Jahresabschluss und die Mitteilung über die Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung beizufügen.

Für die Hauptvergabe muss der Antrag bis zum 15. Februar eines Jahres vorliegen.
Anträge auf weitergehenden Bedarf und für Landesorganisationen, die sich im Laufe eines Förderjahres neu gegründet haben, sind spätestens zum 15. September einzureichen.

# Antrag für pauschale Fördermittel auf Landesebene für das Förderjahr

Wurde Ihr Landesverband durch die Bremer Krankenkassen bereits anerkannt? ☐ Nein
☐ Ja. In welchem Jahr wurde erstmalig gefördert?

**Name des Förderempfängers / des Landesverbandes:**

**Anschrift:**

**(Wenn abweichend, Anschrift des Vereinssitzes laut Satzung)**

Telefon: Fax:

E-Mail: Internet:

**Bankverbindung:**

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

Bankleitzahl:

Kontonummer:

IBAN:

BIC:

**Ansprechpartner/-in des Landesverbandes bei eventuellen Rückfragen zum Antrag:**

Name:

Telefon: Fax:

E-Mail:

**(1)** 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)

**(2) Welche Institutionen/Unternehmen unterstützen Ihren Landesverband finanziell?**

☐ keiner der nachfolgenden Institutionen ☐ Öffentliche Hand (z.B. Land, Kommunen)

☐ Wirtschaftsunternehmen (z.B. Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller)

☐ Rentenversicherungsträger ☐ Pflegeversicherungsträger ☐ Unfallversicherungsträger

☐ Private Krankenversicherung ☐ Weitere:

**(3) Benötigter Förderbedarf:**

| | |
|---|---|
| Voraussichtliche Ausgaben: | Euro |
| Voraussichtliche Einnahmen: | Euro |
| **Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von** | **Euro** |

**Hinweis:** Ab einem Förderbetrag von 500,01 Euro muss zusätzlich die Anlage 1 ausgefüllt werden.

Der Fördermittelempfänger hat alle eigenen Mittel und Einnahmen, die mit dem Förderzweck zusammenhängen (insbesondere Zuwendungen, Leistungen Dritter, Einnahmen aus Sponsoring, Rücklagen etc.) als Deckungsmittel aller Ausgaben einzusetzen.

Mit der Unterschrift bestätigt die Selbsthilfeorganisation sowohl ihre Antragstellung auf Pauschalmittel gemäß § 20c SGB V als auch die Einhaltung der Grundsätze der Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit (vgl. Anlage 4). Der Antragsteller verpflichtet sich, die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen/-verbände zweckgebunden gemäß § 20c SGB V zu verwenden sowie auf die Förderung durch die Krankenkassen in geeigneter Form hinzuweisen. Die Krankenkassen/-verbände behalten sich im Einzelfall vor, die ordnungsgemäße Verwendung der pauschalen Fördermittel zu prüfen. Bei vorsätzlich falschen Angaben sind die Krankenkassen/-verbände berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern.

**Hinweis:** Der Verwendungsnachweis gilt als Förderungsvoraussetzung für jede weitere Pauschalförderung (siehe Anlage 5). Belege sind sechs Jahre aufzubewahren.

| Ort, Datum | 1.) Rechtsverbindliche Unterschrift ggf. Stempel | 2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Mitgliedes |
|---|---|---|

# Haushaltsplanung/Kalkulation des Förderbedarfs

Dieses Formblatt ist ab einem Förderbetrag von 500,01 Euro auszufüllen. Falls vorhanden, können Sie anstelle dieses Formblattes den Haushaltsplan oder die Kalkulationsunterlagen oder die sonst übliche Etataufstellung Ihrer Landesorganisation beilegen.

| **1.)** | **(voraussichtliche) Ausgaben** | |
|---|---|---|
| | · Miete | Euro |
| | · Bürobedarf | Euro |
| | · Telefon, Fax, Internet | Euro |
| | · Porto | Euro |
| | · Regelmäßige Veranstaltungen (z. B. Mitgliederversammlung) | Euro |
| | · Öffentlichkeitsarbeit | Euro |
| | · Fahrkosten für Verbandsarbeit | Euro |
| | · Fortbildungs- und Fachveranstaltungen (z. B. Teilnahmegebühren) | Euro |
| | · Honorare / Referenten usw. | Euro |
| | · Sonstiges | Euro |
| | Summe | **Euro** |

| **2.)** | **(voraussichtliche) Einnahmen** | |
|---|---|---|
| | · Mitgliedsbeiträge | Euro |
| | · Spenden, Sponsoren | Euro |
| | · Zuschüsse (z. B. von Bundesorganisationen) | Euro |
| | · Zuschüsse von anderen Sozialversicherungsträgern | Euro |
| | · Zuschüsse öffentliche Hand | Euro |
| | · Zinsen | Euro |
| | · Rücklagen | Euro |
| | · Sonstiges | Euro |
| | Summe | **Euro** |

| | |
|---|---|
| 1. Gesamtausgaben: | Euro |
| 2. Gesamteinnahmen: | Euro |
| **Ihr Förderbedarf durch die Krankenkassen im Land Bremen** | **Euro** |

Ort, Datum

1.) Rechtsverbindliche Unterschrift ggf. Stempel

2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Mitgliedes

# Datenverwendungserklärung

## Noch eine Bitte in eigener Sache

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V ist eine größere 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.

Damit die weitergehende Verwendung der entsprechenden Informationen auf rechtlich abgesicherter Basis erfolgen kann, benötigen wir eine entsprechende Einverständniserklärung. Wir bitten Sie deshalb, uns nachfolgend Ihr entsprechendes Einverständnis zu erklären.

**Diese Einverständniserklärung zur weitergehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.**

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Strukturerhebungsbogen und dem Antrag zusätzlich 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 Art der Organisation, des betroffenen Krankheitsbildes, Name der Organisation sowie die für die Erreichbarkeit der Organisation erforderlichen Daten.

| Ort, Datum | 1.) Rechtsverbindliche Unterschrift ggf. Stempel | 2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Mitgliedes |
|---|---|---|

# Strukturerhebungsbogen für die Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben (Datum)

**Name des Landesverbandes:**

**Vorsitzende(r):**

**ggf. Geschäftsführer(in):**

**1.** a) Gründungsjahr des Landesverbandes:

b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister:

c) Falls noch kein e. V., wann ist die Eintragung vorgesehen?

d) Gründe für die Nichteintragung in das Vereinsregister:

**2.** a) Gesamtzahl der Einzelmitglieder:

b) Anzahl der zugehörigen Selbsthilfegruppen im Land Bremen:

**3.** a) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge? ja ☒ nein ☐

b) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages (im Jahr): Euro

**4.** In welchen übergeordneten Organisationen ist Ihr Landesverband Mitglied?

☐ Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e. V. (LAG Selbsthilfe)

☐ Landesverband des PARITÄTISCHEN e. V. (DPWV)

☐ Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände:

☐ Sonstige (z. B. Fachgesellschaften):

**5.** Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband:

☐ keine ☒ unter 1 ☐ 1 bis 2 ☐ 3 bis 5 ☐ 6 bis 10 ☐ mehr als 10

**6.** a) Art der Erkrankung/Behinderung:

b) Krankheitsobergruppen zum Krankheitsverzeichnis nach § 20c SGB V:

☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ☐ Krankheiten des Skeletts, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes, ☐ Tumorerkrankungen, ☐ Allergische und asthmatische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, ☐ Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes, ☐ Lebererkrankungen, ☐ Hauterkrankungen, ☐ Suchterkrankungen, ☐ Krankheiten des Nervensystems, ☐ Hirnschädigungen, ☐ Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ☐ Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/Immundefekte, ☐ Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderung, ☐ Infektiöse Krankheiten, ☐ Psychische Erkrankungen/ Verhaltensstörungen, ☐ Angeborene Fehlbildungen/Deformitäten und Behinderung, ☐ Chronische Schmerzen, ☐ Organtransplantationen,

☐ Sonstiges:

c) Kurzbeschreibung der Erkrankung / Behinderung:

d) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung / Behinderung:

e) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

☐ Broschüre, Flyer o. ä. zur Selbstdarstellung der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist beigefügt.

f) Hat sich Ihr Landesverband Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben?

☐ Ja, bitte beifügen ☐ Nein

| Ort, Datum | 1.) Rechtsverbindliche Unterschrift ggf. Stempel | 2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Mitgliedes |
|---|---|---|

# Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit

## der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zum Umgang mit Wirtschaftsunternehmen bei gleichzeitiger Förderung durch die Krankenkassen und/oder ihre Verbände nach § 20c SGB V

**Präambel**

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen richten ihre fachliche und politische Arbeit an den Bedürfnissen und Interessen von behinderten und chronisch kranken Menschen und deren Angehörigen aus. Sie fördern die Selbstbestimmung behinderter und chronisch kranker Menschen.

Der Umgang mit Wirtschaftsunternehmen darf die Unabhängigkeit der Selbsthilfe nicht einschränken und muss transparent sein. Damit die Neutralität und Unabhängigkeit der Selbsthilfe auch künftig gewahrt wird, haben die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe bereits seit längerer Zeit eigene ausführliche Leitsätze veröffentlicht. Diese stehen allen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen zur Verfügung. Darüber hinaus beraten die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen über die Zielsetzung und den Regelungsgehalt dieser Leitsätze in der Praxis.

Mit der nachfolgenden Erklärung verpflichtet sich der Antragsteller/-in zur Wahrung seiner Neutralität und Unabhängigkeit. Diese Erklärung wurde einvernehmlich mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe und den Spitzenverbänden der Krankenkassen erarbeitet und gilt seit dem Förderjahr 2007. Sie basiert auf den bereits existierenden Leitsätzen der organisierten Selbsthilfe.

**Erklärung**

**1. Autonomie der Selbsthilfe**

Die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen können finanzielle Zuwendungen von Personen des privaten und öffentlichen Rechts, von Organisationen und von Wirtschaftsunternehmen entgegennehmen, sofern dadurch keine Abhängigkeit begründet wird. Dazu ist Voraussetzung, dass keine überwiegende Finanzierung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Wirtschaftsunternehmen erfolgt (z. B. Pharma-, Medizinprodukteindustrie, Hilfsmittelhersteller). In allen Bereichen der Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen muss die Autonomie über die Inhalte ihrer Arbeit, deren Umsetzung sowie die Verwendung der Mittel bei der Selbsthilfe verbleiben.

## 2. Transparenz

Unterstützungen durch und Kooperationen mit Wirtschaftsunternehmen sind transparent zu behandeln. Werbung von Wirtschaftsunternehmen ist grundsätzlich zu kennzeichnen. Informationen von Wirtschaftsunternehmen werden kenntlich gemacht und nicht unkommentiert weitergegeben. Aussagen und Empfehlungen ohne Angabe von Quellen, insbesondere von Dritten, gehören nicht zur Informationspraxis von Selbsthilfeorganisationen. Eingenommene Mittel aus Sponsoring und Förderung werden mindestens einmal jährlich veröffentlicht, getrennt nach Sponsoren und Förderern.

## 3. Datenschutz

Sollten Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen personenbezogene Daten weitergeben, werden die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten.

## 4. Information

Sofern Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen Wirtschaftsunternehmen Kommunikationsrechte wie z. B. das Recht auf die Verwendung des Vereinsnamens oder des Logos in Publikationen, Produktinformationen, Internet, Werbung oder bei Veranstaltungen gewähren, sind hierüber schriftliche Vereinbarungen zu treffen. Sie sind auf Aufforderung zu veröffentlichen. Ausgeschlossen ist die unmittelbare oder mittelbare Bewerbung von Produkten, Produktgruppen oder Dienstleistungen zur Diagnose und Therapie von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen.

## 5. Veranstaltungen

Die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen tragen dafür Sorge, dass bei von ihnen organisierten und durchgeführten Veranstaltungen stets die Neutralität und Unabhängigkeit gewahrt bleiben. Dieser Anspruch gilt auch für organisatorische Fragen. Die Auswahl des Tagungsortes, der Rahmen, der Ablauf und die Inhalte der Veranstaltung werden von der Selbsthilfe bestimmt. Reisekosten sollen sich grundsätzlich an Bundes- bzw. den Landesreisekostengesetzen orientieren. Sofern Honorare gezahlt werden, sind diese maßvoll zu bemessen. Daten von Teilnehmern an Veranstaltungen werden nicht an Wirtschaftsunternehmen weitergegeben.

| | | |
|---|---|---|
| Ort, Datum | 1.) Rechtsverbindliche Unterschrift ggf. Stempel | 2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Mitgliedes |

# Nachweis über die Verwendung der kassenartenübergreifenden Fördermittel für die Bremer Landesorganisationen gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr

**Hinweis:** Der Verwendungsnachweis gilt als Förderungsvoraussetzung für jede weitere Pauschalförderung. Belege sind sechs Jahre nach Ablauf des Jahres, in dem die Leistung erbracht wurde, aufzubewahren. Die Bremer Krankenkassen behalten sich vor, ggf. Einzelbelege einzufordern und zu prüfen.

**Ab einem Förderbetrag von 500,01** Euro ist zusätzlich Verwendungsnachweis (summarische Auflistung der tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben - analog der Kalkulation des Förderbedarfs - siehe Anlage 1) vorzulegen sowie ein entsprechender Tätigkeitsbericht Ihrer Selbsthilfearbeit beizufügen.

**Name des Landesverbandes:**

**Ansprechpartner/-in des Landesverbandes:**

| | |
|---|---|
| Telefon | Fax |
| E-Mail: | |

| | |
|---|---|
| Bewilligung vom | |
| Betrag: | Euro |

☐ Die Fördermittel wurden entsprechend unserer (satzungsgemäßen) Verbandsarbeit verwendet:

| Ort, Datum | 1.) Rechtsverbindliche Unterschrift ggf. Stempel | 2.) Rechtsverbindliche Unterschrift eines weiteren Mitgliedes |
|---|---|---|

# Kontaktadressen für die Antragstellung

**Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung der Selbsthilfeorganisationen 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**

Grundsätzlich steht es jeder Selbsthilfeorganisation frei, an welche Kasse sie die Anträge schickt. Seit dem Förderjahr 2013 werden die Pauschalanträge intern nach Postleitzahlen geordnet und an die zuständige Krankenkasse weitergeleitet.

| **Postleitzahlenbereich** | **zuständige Krankenkasse** |
|---|---|
| 0 - 28217 | AOK Bremen/Bremerhaven<br>Ansprechpartnerin für Bremen und Bremerhaven<br>Martina Hilker<br>Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen<br>Telefon 04 21 - 17 61-291<br>E-Mail: martina.hilker@hb.aok.de<br>Internet: www.aok.de/bremen |
| ab 28218 | Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Bremen<br>Ansprechpartnerin: Angela Motzko<br>Postfach 28 61 55, 28361 Bremen<br>Telefon 04 21 - 305 05-404<br>E-Mail: angela.motzko@tk.de<br>Internet: www.tk.de/lv-bremen |

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

**Netzwerk Selbsthilfe**
**Bremen/ Nordniedersachsen e. V.**
Ansprechpartnerin:
Sabine Bütow
Faulenstr. 31, 28195 Bremen
Telefon 04 21 - 70 45 81
Telefax 04 21 - 70 74 72
E-Mail: info@netzwerk-selbsthilfe.com
Internet: www.netzwerk-selbsthilfe.com

**Selbsthilfe Bremerhavener Topf e. V.**
Ansprechpartner:
Wolf Hast
Hafenstr. 9. 27576 Bremerhaven
Telefon 04 71 - 450 50
Telefax 04 71 - 483 46 72
E-Mail: info@bremerhavener-topf.eu
Internet: www.selbsthilfe-bremerhavener-topf.de

**Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe behinderter Menschen Bremen e. V. (LAGS)**
Ansprechpartner:
Elena Jahn, Dieter Stegmann
Waller Heerstr. 55, 28217 Bremen
Telefon 04 21 - 387 77-14
Telefax 04 21 - 387 77-99
E-Mail: info@lags-bremen.de
Internet: 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
Internet: www.paritaet-bremen.de