

# Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung

nach § 20c SGB V

Antragsunterlagen für die Förderung

der örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen

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 (vgl. Antragsunterlagen). Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung Ihres Antrages führen.

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

Anlage 1: Antragsformular für die Pauschalförderung, einschl. Strukturdaten

Anlage 2: Datenverwendungserklärung

Anlage 3: Kontaktadressen für die Antragstellung

Für die Hauptvergabe muss der Antrag **bis zum 15. Februar eines Jahres** vorliegen (siehe Anlage 3). Anträge auf weitergehenden Bedarf und für Gruppen, die sich im Laufe eines Förderjahres neu gegründet haben, sind sie spätestens zum **15. September** einzureichen.

## Antragsvordruck für die örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen zur Beantragung pauschaler Fördermittel gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr \_\_\_\_\_

### (1) Angaben zum Antragsteller:

Wurden Sie bereits als Selbsthilfegruppe von den  
Bremer Krankenkassen anerkannt, wenn ja wann?

Name der Selbsthilfegruppe:

Anschrift:

Telefon:

Fax:

Email:

Internet:

AnsprechpartnerIn/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?

Wieviele Mitglieder hat die SHG?

Wie häufig finden Gruppentreffen statt?

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband?

Wenn ja, in welchem:

**(3) Angaben zur beantragten pauschalen Förderung:**

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

[Redacted text area]

Es wird hiermit ein pauschale Förderung beantragt in Höhe von: [Redacted] €

Weitere Anträge für dieses Förderjahr wurden gestellt bei:

Öffentliche Hand (z.B. Land, Kommunen)

Unfallversicherung

Rentenversicherung

Private Krankenversicherung

Landesverband (bei Mitgliedschaft)

Wirtschaftsunternehmen

Weitere: [Redacted]

Es wurde bei keiner der vorgenannten Institutionen ein Antrag gestellt.

**(4) Bankverbindung:**

Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein eigenes Konto.

Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über **kein** eigenes Konto \*

Bitte überweisen Sie die Förderung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: [Redacted]

Anschrift: [Redacted]

Kreditinstitut: [Redacted]

Bankleitzahl: [Redacted]

Kontonummer: [Redacted]

\* Sofern Ihre Selbsthilfegruppe über kein eigenes Konto verfügt, können Zuschüsse auch auf Privatkonten von Mitgliedern Ihrer Selbsthilfegruppe gezahlt werden. In diesem Fall bitten wir Sie, die nachstehende Erklärung zu unterschreiben.

**Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich stellvertretend für die Selbsthilfegruppe die Fördermittel durch die Krankenkassen/-verbände in Empfang nehme. Ich bin verantwortlich für die ordnungsgemäße Verwendung des Geldes, sowie für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

[Redacted] Name, Vorname

[Redacted] Datum, Unterschrift

Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätigt die Selbsthilfegruppe, dass sie parteipolitisch und weltanschaulich neutral ist und keine kommerziellen Interessen verfolgt. Die Interessenwahrnehmung und -vertretung erfolgt durch Betroffene. Die Selbsthilfegruppe ist zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen/ -verbänden bereit. Sie gewährleistet die ordnungsgemäße Durchführung der geförderten Maßnahmen, beachtet die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und erklärt sich bereit, die Verwendungsnachweise der bewilligten Mittel einzureichen.

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 § 20c SGB V - zu verwenden.**

Ort, Datum

Unterschrift (und ggf. Stempel)

**Diesem Antrag sind beigelegt:**

- Selbstdarstellung der SHG
- ggf. Presseartikel
- ggf. Flyer/Handzettel
- Sonstiges
- Wir verfügen über keine Materialien.

## 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 weiter gehenden Datenverwendung ist freiwillig und unabhängig von der Bearbeitung Ihres Antrages auf Fördermittel. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.**

Einverständniserklärung zur weiter gehenden Datenverwendung:

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, betroffenes Krankheitsbild, Name der Organisation, sowie die für die Erreichbarkeit der Organisation erforderlichen Daten.

Wir willigen in diese weiter gehende Datenverwendung ein:

Datum

Unterschrift

## Kontaktadresse für die Antragstellung

**Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung der Selbsthilfegruppen im Land Bremen wird durch folgende Krankenkassen/-verbände gewährleistet:**

### **AOK Bremen/Bremerhaven**

Ansprechpartner für Bremen und Bremerhaven:  
Rolf-Peter Sanner  
Jakobistraße 22, 28195 Bremen  
Tel. 04 21 - 1 76 12 74  
Fax 04 21 - 1 76 15 02  
E-Mail [rolf-peter-sanner@hb.aok.de](mailto:rolf-peter-sanner@hb.aok.de)  
Internet [www.aok.de](http://www.aok.de)

### **IKK gesund plus**

Ansprechpartnerin für Bremen und Bremerhaven:  
Tanja Ritter  
Konrad-Adenauer-Allee 42, 28329 Bremen  
Tel. 04 21 - 4 99 86-125  
Fax 04 21 - 4 99 86 77  
Internet [www.ikk-gesundplus.de](http://www.ikk-gesundplus.de)

E-Mail [tanja.ritter@ikk-gesundplus.de](mailto:tanja.ritter@ikk-gesundplus.de)

### **See-Krankenkasse Bremen und Bremerhaven**

Ansprechpartner:  
Heinz Thiele  
Faulenstr. 67, 28195 Bremen  
Tel. 04 21 - 16 58-410  
Fax 04 21 - 1 65 84 30  
E-Mail [heinz.thiele@See-BG.de](mailto:heinz.thiele@See-BG.de)  
Internet [www.See-BG.de](http://www.See-BG.de)

### **BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen**

Ansprechpartner für Bremen und Bremerhaven:  
Ralf Lux  
Bahnhofstraße 28-31, 28195 Bremen  
Tel. 04 21 - 33 77 70  
Fax 04 21 - 3 37 77 33  
E-Mail [service@bkk-ni-hb.de](mailto:service@bkk-ni-hb.de)  
Internet [www.bkk-niedersachsen-bremen.de](http://www.bkk-niedersachsen-bremen.de)

### **VdAK - Verband der Angestellten-Krankenkassen AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband**

Ansprechpartnerin für Bremen und Bremerhaven:  
Christiane Sudeck  
Bennigsenstraße 2-6, 28307 Bremen  
Tel. 04 21 - 1 65 65-76  
Fax 04 21 - 1 65 65-99  
E-Mail [christiane.sudeck@VdAK-AEV.de](mailto:christiane.sudeck@VdAK-AEV.de)  
Internet [www.vdak-aev.de](http://www.vdak-aev.de)

---

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

### **Netzwerk Selbsthilfe Bremen-Nordniedersachsen e. V.**

Ansprechpartner:  
Sabine Bütow  
Faulenstr. 31, 28195 Bremen  
Tel. 04 21 - 70 45 81  
Fax 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)

### **LAG - Selbsthilfe behinderter Menschen Bremen e. V.**

Ansprechpartner:  
Herr Keck, Herr Weinert  
Waller Heerstr. 55, 28217 Bremen  
Tel. 04 21 - 3 87 77-14  
Fax 04 21 - 3 87 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:  
Dieter Poppe, Wolf Hast  
Hafenstr. 9. 27576 Bremerhaven  
Tel. 04 71 - 4 50 50  
Fax 04 71 - 44 83 46 72  
E-Mail [selbsthilfe-bremerhavener-topf@nord-com.net](mailto:selbsthilfe-bremerhavener-topf@nord-com.net)  
Internet [www.selbsthilfe-bremerhaven.de](http://www.selbsthilfe-bremerhaven.de)

### **Paritätischer Wohlfahrtsverband**

Landesverband Bremen e. V.  
Ansprechpartner:  
Kirsten Josef  
Eduard-Grunow Str. 24  
28203 Bremen  
E-Mail [k.josef@paritaet-bremen.de](mailto:k.josef@paritaet-bremen.de)  
Internet [www.paritaet-bremen.de](http://www.paritaet-bremen.de)