

**Antragsunterlagen zur pauschalen Förderung von  
Selbsthilfegruppen  
durch die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im  
Land Brandenburg für das Förderjahr 2019 <sup>1</sup>  
gemäß § 20h SGB V  
im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung  
Land Brandenburg**

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

Reichen Sie deshalb den Antrag mit den erforderlichen Anlagen nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein.

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

- Anlage 1: Antragsformular für die Pauschalförderung
- Anlage 2: Datenverwendungserklärung
- Anlage 3: Verwendungsnachweis 2018
- Anlage 4: Arbeitsplan 2019

**Rücksendung dieses Antrages bitte an folgende Adresse:**

vdek – Landesvertretung Berlin/Brandenburg  
Frau Stella Brendler  
Friedrichstraße 50-55  
10117 Berlin

**Achtung!** Für die Antragstellung ist ausschließlich dieser Antragsvordruck zu verwenden. Den Antrag **vollständig** und leserlich ausfüllen und zusammen mit den darin aufgeführten und für die Prüfung der Förderanträge erforderlichen weiteren Unterlagen einzureichen

---

<sup>1</sup> **Antragsfrist** für die Einreichung von Förderanträgen ist der **31. Januar 2019**

## Antrag auf pauschale Förderung der Selbsthilfegruppen gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2019 im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung im Land Brandenburg

*Der Antrag enthält bereits einige Angaben zu Ihrer Selbsthilfegruppe. Diese sind bitte aufmerksam zu prüfen und ggf. leserlich zu ändern oder zu ergänzen. Für Änderungen bitte das jeweilige Feld darunter oder daneben nutzen.*

### 1) Angaben zum Antragsteller:

Nummer der Selbsthilfegruppe:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Name der Selbsthilfegruppe:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Postanschrift:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ansprechpartner/in (wenn abweichend von Postanschrift)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Internet: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Name und Telefonnummer der stellvertretenden Ansprechpartner/in:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe :

Stadt/  
Gemeinde: Klicken Sie hier, um  
Text einzugeben.

Landkreis/  
kreisfreie Stadt: Klicken Sie hier, um Text ein-

zugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## 2) Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG):

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Seit wann besteht die SHG?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben

**Bei Neugründung bzw. Erstantragsstellung bitte den Nachweis der Veröffentlichung (siehe Merkblatt Punkt 4.) beifügen!**

Wie viele Mitglieder hat die SHG zum Antragszeitpunkt?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben

Wie häufig finden Gruppentreffen statt? (**nur Gesprächsselbsthilfe**)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben  
im Monat  
Klicken Sie hier, um Text einzugeben  
im Jahr

Wie viele Personen nehmen durchschnittlich an den Gruppentreffen teil?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben

Ist die Gruppe grundsätzlich offen für neue Mitglieder?

Ja  Nein

Wenn nein, bitte begründen:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband?

Ja  Nein

Wenn ja, in welchem:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird die Gruppe regelmäßig von professionellen Helfern wie z. B. Ärzten, Therapeuten, anderen Gesundheits- und Sozialberufen, die **nicht selbst betroffen und nicht Mitglied** der Selbsthilfegruppe sind, geleitet? (Bitte Erläuterungen unter Punkt 4, 2. Anstrich im Merkblatt beachten)

Ja  Nein

Wenn ja, bitte begründen mit Angabe der Qualifikation der Anleitung/Moderation?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### 3) Übersicht der voraussichtlichen Einnahmen und Ausgaben im Förderjahr

#### Kalkulation/Haushalt für das Jahr 2019

Bitte betrachten Sie die Auflistungen als Vorschläge. Falls vorhanden, können Sie anstelle dieses Formblattes den Haushaltsplan/Kalkulationsunterlagen oder die sonst übliche Etataufstellung der SHG beilegen.

#### 3 a) (voraussichtliche) Eigenmittel

|   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| Rücklagen   | Klicken Sie hier, um Text einzugehen | € |
| Restfördermittel aus dem Vorjahr                              | Klicken Sie hier, um Text einzugehen | € |
| Mitgliedsbeiträge (soweit diese der SHG zur Verfügung stehen) | Klicken Sie hier, um Text einzugehen | € |

#### 3 b) (voraussichtliche) Einnahmen

|  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| Zuschüsse von Rentenversicherungsträgern         | Klicken Sie hier, um Text einzugehen | € |
| Zuschüsse öffentliche Hand                       | Klicken Sie hier, um Text einzugehen | € |
| Pauschalförderung Krankenkassen nach § 20h SGB V | Klicken Sie hier, um Text einzugehen | € |
| Sonstiges (bitte benennen)                       | Klicken Sie hier, um                 | € |

#### Summe 3a) und 3 b)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben. €

#### 3 c) (voraussichtliche) Gesamtausgaben

|  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| Miete und Raumnutzungsgebühren   | Klicken Sie hier, um Text einzugehen  | € |
| Bürobedarf und Organisation der Gruppentreffen (Schreibwaren, Telefon, Internet, Porto, Fahrkosten der Gruppenverantwortlichen (nicht zu regelmäßigen Gruppentreffen)) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | € |
| Ersatzbeschaffung von Mobiliar und technischen Geräten   | Klicken Sie hier, um Text einzugehen  | € |
| Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Internetauftritt, Flyer, Mitgliederzeitschrift)   | Klicken Sie hier, um Text einzugehen  | € |
| Regelmäßige Veranstaltungen, z.B. Mitgliederversammlung  | Klicken Sie hier, um Text einzugehen  | € |
| Referentenhonorare   | Klicken Sie hier, um Text einzugehen  | € |
| Sonstiges – bitte benennen (z. B. Mitgliedsbeiträge, Kontoführungsgebühren)  | Klicken Sie hier, um Text einzugehen  | € |

#### Summe Gesamtausgaben

Klicken Sie hier, um Text einzugeben. €

**3 d) Es wird ein pauschale Förderung beantragt in Höhe von:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben. €

**3 e) Weitere Anträge für dieses Förderjahr wurden gestellt bei:**

- Öffentliche Hand (z. B. Land, Kommune)
- Unfallversicherung
- Rentenversicherung
- Private Krankenversicherung
- Landesverband (bei Mitgliedschaft)
- Wirtschaftsunternehmen
- Weitere (bitte benennen):

**3 f) Wurden Gelder bei der Sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI beantragt?**

- Ja
- Nein

Wenn ja, in welcher Höhe?

Wenn ja, zu welchem Zweck?

#### 4) Bankverbindung:

- Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über ein **eigenes Konto**, das nur für die Zwecke der Selbsthilfegruppe oder für die Gruppe als Gesellschaft bürgerlichen Rechts eingerichtet wurde.

**Bitte beachten Sie: Lautet das Konto auf den Namen einer Privatperson, muss ein Nachweis der Bank über die alleinige Verfügungsberechtigung der Gruppe beigelegt werden.**

oder

- Unsere Selbsthilfegruppe verfügt über **kein eigenes Konto**, sondern nutzt ein Fremdkonto (z. B. Bundes-, Landesverband, Selbsthilfekontaktstelle). Abtretungserklärung erforderlich sowie Erklärung des Kontoinhabers (vgl. Seite 7 des Antrages)

Die Förderung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

Verwendungszweck  
(wenn erforderlich)

#### **Bei eigenem Konto der Selbsthilfegruppe**

##### **Erklärung der Verfügungsberechtigten der Selbsthilfegruppe**

Hiermit verpflichten wir uns sicherzustellen, dass die Fördermittel ausschließlich für die Zwecke der Gruppe verwendet werden. Wir sind weiterhin verantwortlich für die Ausstellung eines entsprechenden Verwendungsnachweises.

Name, Vorname

Name, Vorname

## Bei Nutzung eines Fremdkontos

### Abtretungserklärung der Vertreter der Selbsthilfegruppe

Hiermit erklären wir, dass der beantragte und gegebenenfalls gewährte Zuschuss der GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Brandenburg zur Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V dem folgenden Kontoinhaber der oben angegebenen Kontoverbindung

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

überwiesen und von diesem ohne jeglichen Abzug in einer Summe an die Selbsthilfegruppe ausgezahlt wird.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Name, Vorname

Datum, Unterschrift  
(vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Name, Vorname

Datum, Unterschrift  
(weiteres vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)

***Es werden nur Abtretungserklärungen mit zwei Unterschriften anerkannt.  
Eine fehlende Unterschrift führt zur Ablehnung!***

### Erklärung des Kontoinhabers

an die der beantragte und gegebenenfalls gewährte Zuschuss der GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Brandenburg zur Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V ausgezahlt wird.

Hiermit erklären wir,

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

(Name Kontoinhaber)

dass der Selbsthilfegruppe gemäß § 20h SGB V der bewilligte Förderbetrag der GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Brandenburg ohne jeglichen Abzug zur Verfügung steht.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Name, Vorname

Datum, Unterschrift, Stempel  
(Kontoinhaber)

Mit den nachfolgenden Unterschriften bestätigen wir stellvertretend für die Selbsthilfegruppe, dass die Selbsthilfegruppe 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 Verwendung der Fördermittel, beachtet die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und erklärt sich bereit, die Verwendungsnachweise der bewilligten Mittel sowie – auf Anforderung – fachliche Berichte einzureichen.

Außerdem erklären wir stellvertretend für die Selbsthilfegruppe, dass die Selbsthilfegruppe die Leitlinien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG-SHG) zur Zusammenarbeit mit Wirtschaftsverbänden kennt, akzeptiert und danach handelt.

Die Antragsteller erklären, dass die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind.

Auf Anforderung der GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Brandenburg werden die Antragsteller ggf. weitere Unterlagen und Nachweise, die für die Beurteilung des Antrags notwendig sind, zur Verfügung stellen. Die Antragsteller nehmen zur Kenntnis, dass die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Brandenburg bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben berechtigt ist, die Fördermittel ganz oder teilweise zurückzufordern.

Ort, Datum

**Unterschrift und ggf. Stempel  
(vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)**

Ort, Datum

**Unterschrift  
(weiteres vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)**

**Diesem Antrag sind beigelegt:**

- Datenverwendungserklärung (Anlage 2)
- Verwendungsnachweis 2017 (Anlage 3)
- Arbeitsplan (Anlage 4)
- Handzettel / Flyer



## Anlage 2

### Datenverwendungserklärung

Wichtige Voraussetzung zur besseren Umsetzung der Selbsthilfeförderung nach § 20h 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:

Einverständniserklärung zur weiter gehenden Datenverwendung:

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Strukturhebungsbogen 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.

Die Daten werden für keinen anderen Zweck verwendet.

Wir willigen in diese weiter gehende Datenverwendung ein:

Datum

Datum

**Unterschrift**  
**(vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)**

**Unterschrift**  
**(weiteres vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)**

**Anlage 3**

**Nachweis über die Mittelverwendung  
gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2018**

|  |  |
|--|--|
| Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfegruppe):                         |  |
| SHG- Nummer: <input type="text" value="Klicken Sie hier, um Text einzugeben."/>                |  |
| Name der Selbsthilfegruppe: <input type="text" value="Klicken Sie hier, um Text einzugeben."/> |  |
| Ansprechpartner/in bei evtl. Rückfragen (Name):  | Telefon:   |
| <input type="text" value="Klicken Sie hier, um Text einzugeben."/>                             | <input type="text" value="Klicken Sie hier, um Text einzugeben."/> |

|   |  |
|---|--|
| Bewilligungsschreiben vom: <input type="text" value="Klicken Sie hier, um Text einzugeben."/> | Betrag: <input type="text" value="Klicken Sie hier, um Text einzugeben."/> |
| (soweit bekannt)  | €  |

Die Fördermittel wurden ausschließlich für **gesundheitsbezogene Selbsthilfaufgaben** der Selbsthilfegruppe gemäß § 20h SGB V verwendet.

**Die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Brandenburg behält sich Stichprobenprüfungen über die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel vor. Die Originalbelege der Selbsthilfegruppen sind 6 Jahre aufzubewahren.**

Zurück an:

vdek  
Landesvertretung Berlin/Brandenburg  
Frau Stella Brendler  
Friedrichstraße 50-55  
10117 Berlin

Ort, Datum

**rechtsverbindliche Unterschrift  
(vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)**

**rechtsverbindliche Unterschrift  
(weiteres vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)**

**Arbeitsplan für das Jahr 2019**

**Anzahl und Frequenz der geplanten Gruppentreffen**

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag
- Samstag
- Sonntag
- wöchentlich
- monatlich
- sonstiges (bitte erläutern):

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Inhalte der geplanten Gruppentreffen**

- Austausch zum aktuellen Befinden/Gesundheitszustand
- Erfahrungsaustausch und Diskussion zu bestimmten Themen

Themen bitte schwerpunktmäßig aufführen

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- Gegenstand geplanter Vorträge von Ärzten und anderen Referenten

Themen bitte schwerpunktmäßig aufführen

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- Sonstiges (bitte erläutern)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Hinweis: Freizeitaktivitäten wie z.B. Ausflüge, Urlaubsreisen, Kino-, Konzert- und Theaterbesuche, Weihnachtsfeiern und andere jahrestypische Feste, Bewirtung und Präsente für Gruppenmitglieder, Krankenbesuche etc., die nicht förderfähig sind (vgl. Punkt 7 des Merkblattes) müssen nicht aufgeführt werden.**

