

## Antragsunterlagen zur Pauschalförderung von Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene (Landesverbände)

durch die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe  
im Land Brandenburg für das Förderjahr 2025<sup>1</sup>  
gemäß § 20 h SGB V im Rahmen der  
kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung  
im Land Brandenburg

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 § 20h 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
- Anlage 2: Strukturhebungsbogen
- Anlage 3: Liste der Selbsthilfegruppen der Selbsthilfeorganisation
- Anlage 4: Gesamtfinanzierungsplan 2025
- Anlage 5: Datenverwendungserklärung
- Anlage 6: Nachweis über die Mittelverwendung für das Förderjahr 2024
- Anlage 7: Kontaktdaten für die Antragstellung

Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig.

### Antrag

Erstantrag  Folgeantrag

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

<sup>1</sup> Antragsfrist für die Einreichung von Förderanträgen ist der 31.01.2025 für das Förderjahr 2025

Name des Antragstellers (der Selbsthilfeorganisation auf Landesebene) \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Internet \_\_\_\_\_

**Bankverbindung**

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

**Nennung des/der vertretungsberechtigten Ansprechpartners/in für Rückfragen zum Antrag**

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Struktur**

Anzahl der Einzelmitglieder \_\_\_\_\_ Anzahl der Selbsthilfegruppen in Brandenburg \_\_\_\_\_

Anzahl der Selbsthilfegruppen der Organisation in anderen Bundesländern \_\_\_\_\_

Bitte Liste entsprechend Anlage 3 beifügen

Sind außergewöhnliche Veränderungen für das Antragsjahr 2025 zu erwarten, z.B. Einnahmen (Erbschaften o.a.) oder Einnahmeausfälle?

ja (bitte auf gesondertem Blatt erläutern)  nein

Höhe der beantragten Fördermittel für 2025 \_\_\_\_\_ Euro

**Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigelegt und auszufüllen: (bitte ankreuzen)**

	liegt bereits vor	ist beigelegt	wird nachgereicht bis
1) Strukturhebungsbogen (einschließlich der Ausweisung von Personalstellen) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2) Datenverwendungserklärung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>vom Antragsteller sind zusätzlich beigelegen (bitte ankreuzen)</b>			
3) aktuelle Satzung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4) aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes	gültig bis _____	<input type="checkbox"/>	_____
5) Mitteilung über die letzte Entlastung des Vorstandes durch die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung (Auszug aus dem Protokoll der Mitgliederversammlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6) Verwendungsnachweis des Vorjahres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
a) Tätigkeitsbericht des Vorjahres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) zahlenmäßiger Nachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7) Haushaltsplan (geplante Einnahmen und Ausgaben) für das Antragsjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8) Erläuterung von Rücklagen (sofern diese bestehen und nicht als eigene Mittel eingesetzt werden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9) Letzter genehmigter Jahresabschluss (ggf. zunächst als Entwurf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

\* Unterlagen sind nur beim Erstantrag oder bei Änderungen gegenüber dem Vorjahresantrag einzureichen.

Der Antragsteller erklärt, dass

- die Angaben im Antrag richtig und vollständig sind.
- er über eine ordnungsgemäße Geschäfts- und Buchführung und eine entsprechende Verwaltung verfügt.

Mit der Unterschrift bestätigt die Selbsthilfeorganisation ihre Antragstellung auf Pauschalförderung gemäß § 20h SGB V. Der Antragsteller verpflichtet sich weiter, die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen/-verbände zweckgebunden gemäß § 20h SGB V zu verwenden. Die Krankenkassen/-verbände behalten sich im Einzelfall vor, detaillierte Nachweise über die Mittelverwendung beim Förderempfänger anzufordern. Die Krankenkassen/-verbände behalten sich im Einzelfall vor, die ordnungsgemäße Verwendung der pauschalen Fördermittel zu prüfen. Bei vorsätzlich falschen oder grob fahrlässigen Angaben sind die Krankenkassen/-verbände berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern.

Allgemeine Informationen zum Datenschutz nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung und zu Ihren Rechten finden Sie unter:

<https://www.ikkbb.de/ Datenschutz und Informationsfreiheit>

(1) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel
_____	_____	_____	_____

(2) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel
_____	_____	_____	_____

## Strukturerhebungsbogen für die gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben \_\_\_\_\_

Name des Landesverbandes  
\_\_\_\_\_Anschrift  
\_\_\_\_\_

Vorsitzende(r)/ Präsident(in)

ggf. Geschäftsführer(in)  
\_\_\_\_\_Telefon  
\_\_\_\_\_Fax  
\_\_\_\_\_E-Mail  
\_\_\_\_\_Internet  
\_\_\_\_\_

- (1) a) Gründungsjahr des Landesverbandes \_\_\_\_\_  
 b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister \_\_\_\_\_  
 c) Falls noch keine Eintragung erfolgt, bis wann ist die Eintragung vorgesehen? \_\_\_\_\_  
 d) Gründe für die Nichteintragung in das Vereinsregister \_\_\_\_\_

- (2) a) Erhebt Ihre Selbsthilfeorganisation Mitgliedsbeiträge?  ja  nein  
 - Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages im Jahr: \_\_\_\_\_ Euro

Sofern die Selbsthilfeorganisation auf Landesebene keine eigenen Mitgliedsbeiträge erhebt, weist sie zumindest Mitgliedsbeiträge aus, die ihr von ihrer Bundesorganisation zugewiesen werden:

Die Höhe der Zuweisung für das Jahr 2025 beträgt \_\_\_\_\_ Euro

- (3) In welchen übergeordneten Organisationen ist Ihr Landesverband Mitglied?

Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Brandenburg e.V.

Der Paritätische, Landesverband Brandenburg e.V.

Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände: \_\_\_\_\_

Sonstige (z.B. Fachgesellschaften): \_\_\_\_\_

- (4) Arbeitet die Selbsthilfeorganisation im Verband der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Brandenburg e.V. (LAG SH) mit?

nein

Ja – Bitte Angaben zur Tätigkeit im Verband machen

- (5) Erfolgt durch die Selbsthilfeorganisation eine Mitarbeit in Gremien mit Gesundheitsbezug auf Kommunal- – oder Landesebene?

nein

Ja – Wenn ja, in welchen Gremien:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- (6) 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)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(7) Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband Anzahl \_\_\_\_\_  
 Der Landesverband verfügt nur über ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen  ja  nein

(8) a) Name der Erkrankung/Behinderung (Mehrfachnennung möglich):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

b) Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis (Krankheitsobergruppen) nach § 20h SGB V:  
 (Mehrfachnennung möglich)

<input type="checkbox"/> Krankheiten des Kreislaufsystems	<input type="checkbox"/> Hirnbeschädigungen
<input type="checkbox"/> Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes	<input type="checkbox"/> Endokrine Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten
<input type="checkbox"/> Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/Immundefekte
<input type="checkbox"/> Allergische und asthmatische Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystem	<input type="checkbox"/> Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen
<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes	<input type="checkbox"/> Infektiöse Krankheiten
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Psychische und Verhaltensstörungen, Psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen, chronische Krankheiten des Hautanhanggebildes und der Unterhaut	<input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
<input type="checkbox"/> Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen
<input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems	<input type="checkbox"/> Organtransplantationen

c) Kurzbeschreibung der Erkrankung / Behinderung (ggf. Flyer/Selbstdarstellung beifügen)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

d) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung / Behinderung im Land Brandenburg (soweit bekannt)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(9) Selbstdarstellung des Landesverbandes:  
 Broschüre, Faltblatt o. ä. zur Selbstdarstellung des Landesverbandes, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist beigefügt

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

(1) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel
_____	_____	_____	_____

(2) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel
_____	_____	_____	_____



Haushaltsplan für das Jahr 2025	
I. geplante Gesamtausgaben 2025	
Gesamtausgaben (ohne Projekte und Zweckbetrieb)	Plan 2025
<b>Personalkosten</b>	
Löhne/Gehälter	_____ Euro
sonstige Personalkosten z.B. Honorare (bitte erläutern)	_____ Euro
_____	
_____	
<b>Summe Personalkosten</b>	_____ <b>Euro</b>
<b>Sachkosten</b>	
Miete/Betriebskosten	
- für Bundes-/Landesgeschäftsstelle	_____ Euro
- für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern)	_____ Euro
_____	
_____	
Geschäftsbedarf	
- Büromaterial	_____ Euro
- Porto	_____ Euro
- Fernmeldegebühren (Telefon/ Fax, Internet)	_____ Euro
Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten	_____ Euro
Fahrt-/Reisekosten	_____ Euro
Qualifizierung / Fortbildung	_____ Euro
Öffentlichkeitsarbeit (Vereinsmedien, PR, Kongresse, Messe)	_____ Euro
Sonstige Sachkosten	_____ Euro
<b>Summe Sachkosten</b>	_____ <b>Euro</b>
Mitgliedsbeiträge für Organisationen	_____ Euro
Weitere institutionelle Ausgabenpositionen z.B. gesetzlich notwendige Rückstellungen (nicht Rücklagen)	_____ Euro
<b>Gesamtausgaben</b>	_____ <b>Euro</b>
<b>Ausgaben für Zweckbetrieb</b>	_____ Euro
<b>Ausgaben für Projekte (sofern nicht in Gesamtausgaben enthalten)</b>	_____ Euro

Haushaltsplan für das Jahr 2025	
II. geplante Gesamteinnahmen 2025	
Gesamteinnahmen (ohne Projekte und Zweckbetrieb)	Plan 2025
<b>Eigenmittel</b>	
Mitgliedsbeiträge	_____ Euro
Zweckbetrieb (z.B. Verkauf von Produkten)	_____ Euro
Einnahmen über eigene Förderkreise oder Fördervereine o.ä.	_____ Euro
Zinserträge	_____ Euro
<b>Summe der Eigenmittel</b>	_____ <b>Euro</b>
<b>Öffentliche Zuschüsse (institutionell)</b>	
Landesmittel (z.B. von Landesministerien)	_____ Euro
kommunale Mittel (z.B. von Städten und Gemeinden)	_____ Euro
<b>Summe öffentliche Zuschüsse</b>	_____ <b>Euro</b>
<b>Zuschüsse von Sozialversicherungen (institutionell)</b>	
Rentenversicherungsträger	_____ Euro
Unfallversicherungsträger	_____ Euro
Pflegeversicherungsträger	_____ Euro
davon für Aktivitäten gem. § 45 d SGB XI	_____ Euro
Beantragte Gemeinschaftsförderung (2024)	_____ Euro
<b>Summe Zuschüsse von Sozialversicherungen</b>	_____ <b>Euro</b>
<b>Sonstige Einnahmen (bitte benennen)</b>	
_____	_____ Euro
_____	_____ Euro
_____	_____ Euro
<b>Summe sonstige Einnahmen</b>	_____ <b>Euro</b>
<b>Gesamteinnahmen</b>	_____ <b>Euro</b>
<b>Geplante Einnahmen für Zweckbetrieb</b>	_____ Euro
<b>Geplante Einnahmen für Projekte (sofern nicht in Gesamtausgaben enthalten)</b>	_____ Euro
darunter	
Öffentliche Zuschüsse (Projektförderung)	_____ Euro
Kassenindividuelle Förderung (2024)	_____ Euro

## Datenverwendungserklärung

Noch eine Bitte in eigener Sache:

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:

**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 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.

Wir willigen in diese weiter gehende Datenverwendung ein:

(1) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel

(2) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel

**Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2024**

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeorganisation):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in bei eventuellen Rückfragen

Telefon

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Betrag (in Euro)

Bewilligungsschreiben vom

Geschäftszeichen

\_\_\_\_\_

Die Fördermittel wurden gemäß dem o. a. Bewilligungsschreiben ausschließlich für unsere satzungsgemäßen gesundheitsbezogenen Aufgaben verwendet.

Bericht des Kassen- bzw. Wirtschaftsprüfers

ist als Anlage beigefügt

wird bis zum \_\_\_\_\_ nachgereicht

Eine summarische und tabellarische Auflistung der tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben analog der Struktur des Haushaltsplans

ist als Anlage beigefügt

wird bis zum \_\_\_\_\_ nachgereicht

(1) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel
_____	_____	_____	_____

(2) rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift	ggf. Stempel
_____	_____	_____	_____

<b>Gesamtausgaben (ohne Projekte und Zweckbetrieb)</b>	<b>2024</b>	
<b>Personalkosten</b>		
Löhne/Gehälter	_____	Euro
sonstige Personalkosten z.B. Honorare (bitte erläutern)	_____	Euro
<b>Summe Personalkosten</b>	_____	<b>Euro</b>
<b>Sachkosten</b>		
Miete/Betriebskosten		
- für Bundes-/Landesgeschäftsstelle	_____	Euro
- für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern)	_____	Euro
_____		
_____		
Geschäftsbedarf		
- Büromaterial	_____	Euro
- Porto	_____	Euro
- Fernmeldegebühren (Telefon/ Fax, Internet)	_____	Euro
Ersatz/Anschaffung von Mobiliar und technischen Geräten	_____	Euro
Fahrt-/Reisekosten	_____	Euro
Qualifizierung / Fortbildung	_____	Euro
Öffentlichkeitsarbeit (Vereinsmedien, PR, Kongresse, Messe)	_____	Euro
Sonstige Sachkosten	_____	Euro
<b>Summe Sachkosten</b>	_____	<b>Euro</b>
Mitgliedsbeiträge für Organisationen	_____	Euro
Weitere institutionelle Ausgabenpositionen z.B. gesetzlich notwendige Rückstellungen (nicht Rücklagen)	_____	Euro
<b>Gesamtausgaben</b>	_____	<b>Euro</b>
<b>Ausgaben für Zweckbetrieb</b>	_____	<b>Euro</b>
<b>Ausgaben für Projekte (sofern nicht in Gesamtausgaben enthalten)</b>	_____	<b>Euro</b>

<b>Gesamteinnahmen (ohne Projekte und Zweckbetrieb)</b>	<b>2024</b>	
<b>Eigenmittel</b>		
Mitgliedsbeiträge	_____	Euro
Zweckbetrieb (z.B. Verkauf von Produkten)	_____	Euro
Einnahmen über eigene Förderkreise oder Fördervereine o.ä.	_____	Euro
Zinserträge	_____	Euro
<b>Summe der Eigenmittel</b>	_____	<b>Euro</b>
<b>Öffentliche Zuschüsse (institutionell)</b>		
Landesmittel (z.B. von Landesministerien)	_____	Euro
kommunale Mittel (z.B. von Städten und Gemeinden)	_____	Euro
<b>Summe öffentliche Zuschüsse</b>	_____	<b>Euro</b>
<b>Zuschüsse von Sozialversicherungen (institutionell)</b>		
Rentenversicherungsträger	_____	Euro
Unfallversicherungsträger	_____	Euro
Pflegeversicherungsträger	_____	Euro
davon für Aktivitäten gem. § 45 d SGB XI	_____	Euro
Gemeinschaftsförderung (2023)	_____	Euro
<b>Summe Zuschüsse von Sozialversicherungen</b>	_____	<b>Euro</b>
<b>Sonstige Einnahmen (bitte benennen)</b>		
_____	_____	Euro
_____	_____	Euro
_____	_____	Euro
<b>Summe sonstige Einnahmen</b>	_____	<b>Euro</b>
<b>Gesamteinnahmen</b>	_____	<b>Euro</b>
<b>Einnahmen für Zweckbetrieb</b>	_____	Euro
<b>Einnahmen für Projekte (sofern nicht in Gesamtausgaben enthalten)</b>	_____	Euro
darunter		
Öffentliche Zuschüsse (Projektförderung)	_____	Euro
Kassenindividuelle Förderung (2024)	_____	Euro

### Kontaktdaten für die Antragstellung

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung von Selbsthilfeorganisationen im Land Brandenburg wird federführend gewährleistet durch:

IKK Brandenburg und Berlin  
Vertragsmanagement und Selbsthilfe  
Detlef Schroedel  
Keithstraße 9/11  
10787 Berlin

Tel.: 030 / 21991 692

Fax: 030 / 21991 690

E-Mail: [detlef.schroedel@ikkbb.de](mailto:detlef.schroedel@ikkbb.de)