

# Antragsunterlagen zur Pauschalförderung von Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene (Landesverbände)

durch die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe  
im Land Brandenburg für das Förderjahr 2024 <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 pauschal Förderung
  - Anlage 2 Strukturhebungsbogen
  - Anlage 3 Liste der Selbsthilfegruppen der Selbsthilfeorganisation
  - Anlage 4 Gesamtfinanzierungsplan 2024
  - Anlage 5 Datenverwendungserklärung
  - Anlage 6 Nachweis über die Mittelverwendung für das Förderjahr 2023
  - Anlage 7 Kontaktdaten für die Antragstellung
- Änderungen im Antragsvordruck durch den Antragsteller sind nicht zulässig

## Antrag

Erstantrag

Folgeantrag

<sup>1</sup> Antragsfrist für die Einreichung von Förderanträgen ist der **31. Januar 2024** für das Förderjahr 2024

# Anlage 1

Name des Antragstellers (der Selbsthilfeorganisation auf Landesebene)

Anschrift

Telefon

E-Mail

Internet

## Bankverbindung

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

BIC

## Nennung des / der vertretungsberechtigten Ansprechpartners/in für Fragen 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 2024 zu erwarten, z.B. Einnahmen (Erbschaften o.a.) oder Einnahmeausfälle?

Ja (bitte auf gesondertem Blatt erläutern)

Nein

Höhe der beantragten Fördermittel für 2024

\_\_\_\_\_ Euro

## Folgende Anlagen sind diesem Antrag beigefügt und auszufüllen

	liegt bereits vor	ist beigefügt	wird nachgereicht bis
Strukturerhebungsbogen (einschließlich der Ausweisung von Personalstellen) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Datenverwendungserklärung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>vom Antragsteller sind zusätzlich beizufügen</b>			
aktuelle Satzung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
aktueller Körperschaftssteuer-Freistellungsbescheid des Finanzamtes*	_____ gültig bis	<input type="checkbox"/>	_____

Mitteilung über die letzte Entlastung des Vorstandes durch die Mitglieder- bzw. Delegiertenversammlung (Auszug aus dem Protokoll der Mitgliederversammlung )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verwendungsnachweis des Vorjahres			_____
a) Tätigkeitsbericht des Vorjahres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) zahlenmäßiger Nachweis			_____
Haushaltsplan (geplante Einnahmen und Ausgaben) für das Antragsjahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erläuterung von Rücklagen (sofern diese bestehen und nicht als eigene Mittel eingesetzt werden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
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:

[www.ikkbb.de/Datenschutz\\_und\\_Informationsfreiheit](http://www.ikkbb.de/Datenschutz_und_Informationsfreiheit)

### (1) rechtsverbindliche

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

### (2) rechtsverbindliche

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

### Anlage 2

### Strukturerhebungsbogen für die gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

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

Name des Landesverbandes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vorsitzende(r)/ Präsident(in) \_\_\_\_\_

Ggf. Geschäftsführer(in) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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 2024 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 \_\_\_\_\_

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 Hautanhangsgebildes 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 beigelegt

(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**

Datum \_\_\_\_\_ Name in Druckbuchstaben \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_ ggf. Stempel \_\_\_\_\_

**(2) rechtsverbindliche**

Datum \_\_\_\_\_ Name in Druckbuchstaben \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_ ggf. Stempel \_\_\_\_\_



## Haushaltsplan für das Jahr 2024 - I. geplante Gesamtausgaben

Gesamtausgaben (ohne Projekte und Zweckbetrieb)	Plan
<b>Personalkosten</b>	
Löhne/Gehälter	_____,____ Euro
sonstige Personalkosten z.B. Honorare (bitte erläutern)	_____,____ Euro
<hr/>	
<b><u>Summe Personalkosten</u></b>	<b>_____,____ Euro</b>
<b>Sachkosten</b>	
Miete/Betriebskosten	
- für Bundes-/Landesgeschäftsstelle	_____,____ Euro
- für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern)	_____,____ Euro
<hr/>	
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><u>Summe Sachkosten</u></b>	<b>_____,____ Euro</b>
Mitgliedsbeiträge für Organisationen	_____,____ Euro
Weitere institutionelle Ausgabenpositionen z.B. gesetzlich notwendige Rückstellungen (nicht Rücklagen)	_____,____ Euro
<b><u>Gesamtausgaben</u></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>

**II. geplante Gesamteinnahmen 2024****Gesamteinnahmen (ohne Projekte und Zweckbetrieb)****Plan****Eigenmittel**

Mitgliedsbeiträge \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Euro

Zweckbetrieb (z.B. Verkauf von Produkten) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Euro

Einnahmen über eigene Förderkreise oder Fördervereine o.ä. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Euro

Zinserträge \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Euro

**Summe der Eigenmittel** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **Euro****Öffentliche Zuschüsse (institutionell)**

Landesmittel (z.B. von Landesministerien) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Euro

Kommunale Mittel (z.B. von Städten und Gemeinden) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Euro

**Summe öffentliche Zuschüsse** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **Euro****Zuschüsse von Sozialversicherungen (Institutionell)**

Rentenversicherungsträger \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Euro

Unfallversicherungsträger \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Euro

Pflegeversicherungsträger \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Euro

davon für Aktivitäten gem. § 45 d SGB XI

Beantragte Gemeinschaftsförderung (2024) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Euro

**Summe Zuschüsse von Sozialversicherungen** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **Euro****Sonstige Einnahmen (bitte benennen)**

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Euro

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Euro

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Euro

**Summe sonstige Einnahmen** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **Euro****Gesamteinnahmen** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **Euro****Geplante Einnahmen für Zweckbetrieb** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **Euro****Geplante Einnahmen für Projekte (sofern nicht in Gesamtausgaben  
enthalten)** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **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:

SHO\_Antrag

**(1) rechtsverbindliche**

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

**(2) rechtsverbindliche**

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

Anlage 6

**Nachweis über die Mittelverwendung gemäß § 20h SGB V für das Förderjahr 2023**

Empfänger der Fördermittel (Name und Anschrift der Selbsthilfeorganisation)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name Ansprechpartner/in bei eventuellen Fragen

Telefon

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Bewilligungsschreiben vom

Geschäftszeichen

Betrag

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ Euro

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

SHO\_Antrag

**(1) rechtsverbindliche**

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

ggf. Stempel

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**(2) rechtsverbindliche**

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

ggf. Stempel

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Anlage zum Verwendungsnachweis

<b>Gesamtausgaben (ohne Projekte und Zweckbetrieb)</b>	<b>2023</b>
<b>Personalkosten</b>	
Löhne/Gehälter	_____ Euro
Sonstige Personalkosten	_____ Euro
<b><u>Summe Personalkosten</u></b>	<b>_____ Euro</b>
<b>Sachkosten</b>	
Miete/Betriebskosten	
- für Bundes-/Landesgeschäftsstelle	_____ Euro
- für andere Räumlichkeiten (bitte erläutern)	_____ Euro
<hr/>	
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><u>Summe Sachkosten</u></b>	<b>_____ Euro</b>
Mitgliedsbeiträge für Organisationen	_____ Euro
Weitere Institutionelle Ausgabenpositionen z.B. gesetzlich notwendige Rückstellungen (nicht Rücklagen)	_____ Euro
<b><u>Gesamtausgaben</u></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>

SHO\_Antrag

Anlage zum Verwendungsnachweis

I. geplante Gesamteinnahmen	
Gesamteinnahmen (ohne Projekte und Zweckbetrieb)	2023
<b>Eigenmittel</b>	
Mitgliedsbeiträge	_____ Euro
Einnahmen über eigene Förderkreise oder Fördervereine o.ä.	_____ Euro
Zinserträge	_____ Euro
<b><u>Summe der Eigenmittel</u></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><u>Summe öffentliche Zuschüsse</u></b>	<b>_____ Euro</b>
<b>Zuschüsse von Sozialversicherungen (institutionell)</b>	
Rentenversicherungsträger	_____ Euro
Unfallversicherungsträger	_____ Euro
Pflegeversicherungsträger	_____ Euro
davon für Aktivitäten gem. § 45 d SGB XI	
Beantragte Gemeinschaftsförderung (2023)	_____ Euro
<b><u>Summe Zuschüsse von Sozialversicherungen</u></b>	<b>_____ Euro</b>
<b>Sonstige Einnahmen (bitte benennen)</b>	
_____	_____ Euro
_____	_____ Euro
_____	_____ Euro
<b>Summe sonstige Einnahmen</b>	<b>_____ Euro</b>
<b><u>Gesamteinnahmen</u></b>	<b>_____ Euro</b>
<b>Einnahmen für Zweckbetrieb</b>	<b>_____ Euro</b>
<b>Geplante Einnahmen für Projekte (sofern nicht in Gesamtausgaben enthalten)</b>	<b>_____ Euro</b>
darunter	
Öffentliche Zuschüsse (Projektförderung)	_____ Euro
Kassenindividuelle Förderung (2023)	_____ Euro

SHO\_Antrag

Anlage 7

Kontaktdaten für die Antragstellung
<p><b>Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung von Selbsthilfeorganisationen im Land Brandenburg wird federführend gewährleistet durch:</b></p> <p><b>IKK Brandenburg und Berlin</b>                      Vertragsmanagement und Selbsthilfe                      Detlef Schroedel                      Keithstraße 9/11                      10787 Berlin</p> <p>Tel.: 030 / 21991 692                      Fax: 030 / 21991 690                      E-Mail: <a href="mailto:detlef.schroedel@ikkbb.de">detlef.schroedel@ikkbb.de</a></p>