

Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung

nach § 20c SGB V

Antragsunterlagen für die Förderung der

Landesorganisationen der Selbsthilfe 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
- Anlage 2: Strukturerhebungsbogen
- Anlage 3: Datenverwendungserklärung
- Anlage 4: Erklärung zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit
- Anlage 5: Kontaktadresse für die Antragstellung

Für die Hauptvergabe muss der Antrag bis zum 15. Februar eines Jahres vorliegen (Kontaktadressen siehe Anlage 5). Anträge auf weitergehenden Bedarf und für Landesorganisationen, die sich im Laufe eines Förderjahres neu gegründet haben, sind sie spätestens zum 15. September einzureichen.

**Antragsvordruck für die Beantragung pauschaler Fördermittel
auf Landesebene gemäß § 20c SGB V für das Förderjahr _____**

Name des Förderempfängers / des Landesverbandes:	
[Redacted]	
[Redacted]	
Anschrift:	
[Redacted]	
[Redacted]	
Telefon:	[Redacted]
Fax:	[Redacted]
Email:	[Redacted]
Internet:	[Redacted]
Bankverbindung:	
Kontoinhaber:	[Redacted]
Kreditinstitut:	[Redacted]
Bankleitzahl:	[Redacted]
Kontonummer:	[Redacted]

AnsprechpartnerIn des Landesverbandes bei eventuellen Rückfragen zum Antrag:

Name:	[Redacted]
Telefon:	[Redacted]
Fax:	[Redacted]
Email:	[Redacted]

Antrag auf pauschale Förderung

(1) **Welche wiederkehrende 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)

[Empty text area for response to question 1]

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

- Keine
- Unfallversicherung
- Rentenversicherung
- Öffentliche Hand (z.B. Länder, Kommunen)
- Wirtschaftsunternehmen (Pharmaunternehmen, Medizinproduktehersteller etc.)
- Weitere: [Empty text area]

(3) **Benötigte Fördermittel**

Es wird hiermit eine pauschale Förderung beantragt in Höhe von: [Empty text area] €

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 weiter, die finanziellen Zuschüsse der Krankenkassen/-verbände zweckgebunden gemäß § 20c SGB V zu verwenden. [Anmerkung: Die Krankenkassen/-verbände behalten sich im Einzelfall vor, die ordnungsgemäße Verwendung der pauschalen Fördermittel zu prüfen. Bei vorsätzlich falschen Angaben ist die Krankenkasse/-verband berechtigt, die finanziellen Zuwendungen zurückzufordern]

[Empty text area for location and date]

Ort, Datum

[Empty text area for signature and stamp]

rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

Bitte beachten:

Nur vollständige Antragsunterlagen gewährleisten eine zeitnahe Prüfung Ihres Förderantrages. Bei der Beantragung pauschaler Fördermittel im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung sind alle nachstehend aufgeführten Antragsunterlagen einzureichen.

Diesem Antrag sind folgende Anlagen beigelegt:

- Strukturhebungsbogen (Anlage 2)
 - Satzung des Landesverbandes
 - Körperschaftssteuer Freistellungsbescheid des Finanzamtes
 - Datenverwendungserklärung (Anlage 3)
 - Haushaltsplan für das Förderjahr (ggf. Entwurf)
 - letzter genehmigter Jahresabschluss
 - Mitteilung über die Entlastung des Vorstandes durch die Mitgliederversammlung
-
- Die noch fehlenden Unterlagen reichen wir bis zum _____ nach.

Strukturerhebungsbogen für die Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene

Stand der nachstehenden Angaben: _____ (Datum)

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 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 örtlichen Selbsthilfegruppen im Land: _____

- (3) a) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge ? Ja Nein
- b) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages: _____ €

- (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) Name der Erkrankung/Behinderung:

[Redacted area]

b) Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20c SGB V (Krankheitsobergruppen):

- | | |
|--|---|
| <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):

[Redacted area]

d) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung / Behinderung (soweit bekannt):

[Redacted area]

(7) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

- Broschüre, Faltblatt o.ä. zur Selbstdarstellung des Landesverbandes, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist beigefügt

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

- Ja Nein

[Redacted area]

Ort, Datum

[Redacted area]

rechtsverbindliche Unterschrift (und ggf. Stempel)

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

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 der 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 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

I. 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.

II. Transparenz

Unterstützung 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

^{*)} Diese Erklärung ist Bestandteil des Förderantrags. Per Unterschrift unter den Förderantrag nimmt der Antragsteller die Erklärung zur Kenntnis und verpflichtet sich zur Einhaltung dieser Grundsätze.

Informationspraxis von Selbsthilfeorganisationen. Eingenommene Mittel aus Sponsoring und Förderung werden mindestens einmal jährlich veröffentlicht, getrennt nach Sponsoren und Förderern.

III. Datenschutz

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

IV. 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.

V. 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.

Kontaktadresse für die Antragstellung

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

AOK Bremen/Bremerhaven

Ansprechpartner für Bremen und Bremerhaven:
Rolf-Peter Sanner
Jakobistraße 22, 28195 Bremen
Telefon (0421) 17 61 274, Telefax (0421) 17 61 502
E-Mail rolf-peter.sanner@hb.aok.de
Internet www.aok.de

BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen

Ansprechpartner für Bremen und Bremerhaven:
Ralf Lux
Bahnhofstraße 28-31, 28195 Bremen
Telefon (0421) 33 77 70, Telefax (0421) 33 77 733
E-Mail service@bkk-ni-hb.de
Internet www.bkk-niedersachsen-bremen.de

IKK gesund plus

Ansprechpartnerin für Bremen und Bremerhaven:
Tanja Ritter
Konrad-Adenauer-Allee 42, 28329 Bremen
Telefax (0421) 49 98 677
E-Mail tanja.ritter@ikk-gesundplus.de
Internet www.ikk-gesundplus.de

vdek – Landesvertretung Bremen

Ansprechpartnerin für Bremen und Bremerhaven
Christiane Sudeck
Bennigsenstraße 2-6, 28207 Bremen
Telefon (0421) 16 56 5-76, Telefax (0421) 16 56 5-99
E-Mail christiane.sudeck@vdek.com
Internet www.vdek.com

Knappschaft – Die neue See-Krankenversicherung

Ansprechpartner:
Heinz Thiele
Faulenstr. 67, 28195 Bremen
Telefon (0421) 16 58 410
Telefax (0421) 16 58 430
E-Mail heinz.thiele@kbs.de
Internet www.See-BG.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
Telefon (0421) 70 45 81
Telefax (0421) 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 (0471) 45 050
Telefax (0471) 48 34 672
E-Mail selbsthilfe-bremerhavener-topf@nord-com.net
Internet www.selbsthilfe-bremerhaven.de

LAG - Selbsthilfe behinderter Menschen Bremen e. V.

Ansprechpartner:
H.-P. Keck, Dieter Stegmann
Waller Heerstr. 55, 28217 Bremen
Telefon (0421) 38 777-14
Telefax (0421) 38 777-99
E-Mail info@lags-bremen.de
Internet www.lags-bremen.de

Paritätischer Wohlfahrtsverband

Landesverband Bremen e. V.
Ansprechpartner:
Kirsten Josef
Eduard-Grunow Str. 24
28203 Bremen
E-Mail k.josef@paritaet-bremen.de
Internet www.paritaet-bremen.de