

**Antragsunterlagen zur pauschalen Förderung von**  
**Selbsthilfegruppen**  
**durch die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im**  
**Land Brandenburg gemäß § 20h SGB V**  
**für das Förderjahr 2025**

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 nur vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein.

**Der Antrag setzt sich wie folgt zusammen:**

- Angaben des Antragsstellers
- Angaben zur Selbsthilfegruppe
- Übersicht der voraussichtlichen Einnahmen und Ausgaben im Förderjahr
- Kostenaufstellung für Aktivitäten und regelmäßige Maßnahmen
- Nachweis über die Mittelverwendung
- Anlage summarische Auflistung
- Kontodaten
- Abschließende Erklärung
- Datenverwendungserklärung
- Arbeitsplan 2025

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

vdek Landesvertretung Berlin/Brandenburg  
Kirsten Waretzky  
Stresemannstraße 91  
10963 Berlin

**Achtung!**

Für die Antragsstellung ist ausschließlich dieser Antragsvordruck zu verwenden. Den Antrag bitte vollständig und leserlich ausfüllen und zusammen mit den darin aufgeführten und für die Prüfung der Förderanträge erforderlichen Unterlagen einreichen.

Ende der Antragsfrist für die Einreichung von Förderanträgen:

- **31. Januar 2025 (Posteingangsstempel vdek)** für bestehende Selbsthilfegruppen
- **31. August 2025 (Posteingangsstempel vdek)** für neu gegründete Selbsthilfegruppen

Wenn der Antrag bereits einige Angaben zu Ihrer Selbsthilfegruppe enthält, dann die Angaben bitte aufmerksam prüfen und ggf. leserlich ändern oder ergänzen. Für Änderungen bitte das jeweilige Feld darunter oder daneben nutzen.

**Angaben zur Selbsthilfegruppe (SHG):**

Wurde Ihre Gruppe bereits gefördert?

Ja                       Nein

Nummer der Selbsthilfegruppe: \_\_\_\_\_

Name der Selbsthilfegruppe: \_\_\_\_\_

Postanschrift: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in (wenn abweichend von der Postanschrift): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer des/die stellvertretende/n Ansprechpartners/-in: \_\_\_\_\_

Treffpunkt der Selbsthilfegruppe: \_\_\_\_\_

Stadt/Gemeinde: \_\_\_\_\_

Landkreis/ kreisfreie Stadt: \_\_\_\_\_

Wochentag, Uhrzeit, Anschrift, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mit welchem Krankheitsbild befasst sich die SHG? \_\_\_\_\_

Handelt es sich um eine digitale SHG?

Ja  Nein

Wenn ja:

Brandenburg  bundesweit  Sonstiges (bitte benennen) \_\_\_\_\_

Seit wann besteht die Selbsthilfegruppe: \_\_\_\_\_

Bei Neugründung bzw. Erstantragsstellung bitte das **Gründungsprotokoll** beifügen (siehe Merkblatt Punkt 4).

Wie viele Mitglieder hat die SHG zum Antragszeitpunkt? \_\_\_\_\_

Wie häufig finden Gruppentreffen statt? (nur Gesprächsselbsthilfe)

pro Woche \_\_\_\_\_ pro Monat \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_

Wie viele Personen nehmen durchschnittlich an den Gruppentreffen teil? \_\_\_\_\_

Ist die SHG grundsätzlich offen für neue Mitglieder?  Ja  Nein

**Wenn nein**, bitte begründen: \_\_\_\_\_

Wie wird die Gruppe öffentlich gemacht?

Homepage, bitte benennen: \_\_\_\_\_

Flyer  Broschüre

sonstiges: \_\_\_\_\_

Ist die SHG Mitglied in einem Landesverband?

Ja  Nein

Wenn ja, in welchem: \_\_\_\_\_

Wird die Gruppe regelmäßig von professionellen Helfern wie z. B. Ärzten Therapeuten, anderen Gesundheits- und Sozialberufen, die nicht selbst betroffen und nicht Mitglied der SHG sind, geleitet?

(Bitte Erläuterungen unter Punkt 4, 2. Anstrich im Merkblatt beachten).

Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_

**Übersicht der voraussichtlichen Einnahmen und Ausgaben 2025****Einnahmen 2025**

Rücklagen, die für die Selbsthilfearbeit zur Verfügung stehen	_____ Euro
Restmittel aus der Pauschalförderung 2024 bzw. den Vorjahren	_____ Euro
Mitgliedsbeiträge (soweit diese der SHG zur Verfügung stehen)	_____ Euro
Zuschüsse aus der Sozialversicherung (Renten-/Unfall-/Pflegekasse)	_____ Euro
Zuschüsse durch die öffentliche Hand	_____ Euro
Förderung durch die Pflegeversicherung nach § 45d SGB IX	_____ Euro
Plan Förderung nach § 20h SGB V	_____ Euro
Spenden/Sponsoring (z. B. durch Pharmaunternehmen) die nicht zweckgebunden sind	_____ Euro
Zinserträge/Erbschaften	_____ Euro
Sonstige Einnahmen/Zuschüsse - bitte benennen:	_____ Euro
<b>Summe Einnahmen 2025</b>	<b>_____ Euro</b>

**Ausgaben 2025**

Miete/Raumnutzungsgebühr und Nebenkosten für Gruppenräume (nicht förderfähig sind Mieten für Privaträume, Rehasport/Funktionstraining, Wassergymnastik)	_____ Euro
Büromaterial	_____ Euro
Anschaffungen - Technik, Einrichtungsgegenstände – bitte angeben:	_____ Euro
Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Flyer, Website, Banner, Standgebühren, Mitgliederzeitschrift)	_____ Euro
Regelmäßige Ausgaben für digitale Anwendungen	_____ Euro
Kosten für das Gruppenkonto (bei einem „Fremdkonto“ sind die Kosten nicht förderfähig)	_____ Euro
Regelmäßige Ausgaben Internet	_____ Euro
Regelmäßige Ausgaben Telefon/Handy	_____ Euro
A) Kosten für selbsthilfebezogene Schulungen/Fortbildungen mit Fahrkosten	_____ Euro
A) <u>Teilnahme</u> an selbsthilfebezogenen Veranstaltungen mit Fahrkosten - Gesamt (z.B. Tagungen-/Kongressen/ Messen) <b>Kosten einzeln auf der folgenden Seite unter A) eintragen</b>	_____ Euro
B) <u>Planung und Durchführung</u> eigener selbsthilfebezogene Veranstaltungen <b>Kosten einzeln auf der folgenden Seite unter B) eintragen</b>	_____ Euro
Sonstige Kosten – bitte benennen	_____ Euro
<b>Summe Ausgaben</b>	<b>_____ Euro</b>

<b>Höhe der beantragten pauschalen Förderung für das Jahr 2025</b>	<b>_____ Euro</b>
--	-------------------







**Abschließende Erklärung:**

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.

**Ergänzende Erklärung von Selbsthilfegruppen, die digitale Angebote/Anwendungen nutzen und anbieten**

Unsere Digitalen Angebote und Anwendungen erfüllen die geltenden Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit (Siehe Merkblatt unter 4. Fördervoraussetzungen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und ggf. Stempel  
(vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und ggf. Stempel  
(weiteres vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)

**Für die Antragstellung sind die Unterschriften im Original von zwei berechtigten Vertretern der Selbsthilfegruppe notwendig.**



### Datenverwendungserklärung

Wir willigen ein, dass die Angaben aus dem Antrag 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.

Für die Antragsbearbeitung sind die Unterschriften im Original von zwei legitimierten Vertretern der Selbsthilfegruppe notwendig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und ggf. Stempel  
(vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und ggf. Stempel  
(weiteres vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)

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

Bewilligungsschreiben vom: \_\_\_\_\_

Fördermittel 2024: \_\_\_\_\_ Euro

Restfördermittel 2024 und Vorjahre: \_\_\_\_\_ Euro

Tatsächlich verausgabte Fördermittel: \_\_\_\_\_ Euro

Verbleibende Restfördermittel: \_\_\_\_\_ Euro

**Bei Fördersummen über 700 Euro benötigen wir zusätzlich eine summarische Auflistung (z.B. in Form des Jahresabschlusses, ggf. Bilanz) der tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben (siehe Anlage summarische Auflistung)**

**Wir bestätigen:** Die Fördermittel wurden ausschließlich für **gesundheitsbezogene Selbsthilfeaufgaben** der Selbsthilfe-gruppe gemäß § 20h SGB V verwendet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und ggf. Stempel  
(vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und ggf. Stempel  
(weiteres vertretungsberechtigtes Mitglied der Selbsthilfegruppe)

**Hinweise:**

- **Selbsthilfegruppen, die im Jahr 2024 gefördert wurden und für das Jahr 2025 keinen Antrag stellen, müssen diesen Verwendungsnachweis unaufgefordert bis zum 31.01.2025 einreichen.**
- **Die GKV Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe im Land Brandenburg behält sich Stichprobenprüfungen über die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel vor. Die Originalbelege der Selbsthilfegruppen sind min. 3 Jahre aufzubewahren.**

**Anlage: Summarische Auflistung der tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben im Jahr 2024**  
 (Nur ausfüllen, bei Fördersummen **über 700 Euro** im Jahr 2024 ggf. vorhandene Restmittel aus Vorjahren müssen berücksichtigt werden).

Rücklagen, die für die Selbsthilfearbeit zur Verfügung stehen	_____ Euro
Restmittel aus der Pauschalförderung 2024 bzw. den Vorjahren	_____ Euro
Mitgliedsbeiträge (soweit diese der SHG zur Verfügung stehen)	_____ Euro
Zuschüsse aus der Sozialversicherung (Renten-/Unfall-/Pflegekasse)	_____ Euro
Zuschüsse durch die öffentliche Hand	_____ Euro
Förderung durch die Pflegeversicherung nach § 45d SGB IX	_____ Euro
Plan Förderung nach § 20h SGB V	_____ Euro
Spenden/Sponsoring (z. B. durch Pharmaunternehmen) die nicht zweckgebunden sind	_____ Euro
Zinserträge/Erbschaften	_____ Euro
Sonstige Einnahmen/Zuschüsse - bitte benennen: _____	_____ Euro
<b>Summe Einnahmen 2025</b>	<b>_____ Euro</b>

#### **Ausgaben 2025**

Miete/Raumnutzungsgebühr und Nebenkosten für Gruppenräume (nicht förderfähig sind Mieten für Privaträume, Rehasport/Funktionstraining, Wassergymnastik)	_____ Euro
Büromaterial	_____ Euro
Anschaffungen - Technik, Einrichtungsgegenstände – bitte angeben: _____	_____ Euro
Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Flyer, Website, Banner, Standgebühren, Mitgliederzeitschrift)	_____ Euro
Regelmäßige Ausgaben für digitale Anwendungen	_____ Euro
Kosten für das Gruppenkonto (bei einem „Fremdkonto“ sind die Kosten nicht förderfähig)	_____ Euro
Regelmäßige Ausgaben Internet	_____ Euro
Regelmäßige Ausgaben Telefon/Handy	_____ Euro
Kosten für selbsthilfebezogene Schulungen/Fortbildungen mit Fahrkosten	_____ Euro
<u>Teilnahme</u> an selbsthilfebezogenen Veranstaltungen mit Fahrkosten - Gesamt (z.B. Tagungen-/Kongressen/ Messen)	_____ Euro
Planung und <u>Durchführung</u> eigener selbsthilfebezogene Veranstaltungen	_____ Euro
Sonstige Kosten – bitte angeben _____	_____ Euro
<b>Summe Ausgaben</b>	<b>_____ Euro</b>

### Arbeitsplan für das Jahr 2025

Häufigkeit der geplanten Gruppentreffen:

- |                                      |                                    |   |                                     |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montag      | <input type="checkbox"/> Dienstag  | <input type="checkbox"/> Mittwoch                     | <input type="checkbox"/> Donnerstag |
| <input type="checkbox"/> Freitag     | <input type="checkbox"/> Samstag   | <input type="checkbox"/> Sonntag                      |                                     |
| <input type="checkbox"/> wöchentlich | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> sonstiges (bitte erläutern): |                                     |

---

### Inhalte der geplanten Gruppentreffen

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

Themen bitte schwerpunktmäßig aufführen:

---

---

---

- Gegenstand geplanter selbsthilfebezogener Vorträge mit Krankheitsbezug von Ärzten und anderen Referenten zu

Themen bitte schwerpunktmäßig aufführen:

---

---

---

- Sonstiges (bitte erläutern)**

---

---

---

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