

Selbsthilfeförderung

Rahmenvorgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschafts- förderung nach § 20c SGB V ab dem 1. Januar 2008 vom 17. September 2007

Grundsätzliches

Mit der Novellierung der gesetzlichen Grundlage zur Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V wird ab dem 1. Januar 2008 eine kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung und eine krankenkassenindividuelle Förderung eingeführt¹. Für die **kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung** haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen in Abstimmung mit ihren Mitgliedern und unter Beteiligung der Vertretungen der für die Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen (im Folgenden „Vertretungen der Selbsthilfe“) auf Rahmenvorgaben zur Förderung der Selbsthilfe verständigt. Diese sind bei der Ausgestaltung des Förderverfahrens ab 2008 zu berücksichtigen. Sie werden Bestandteil der neuen „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20c SGB V“, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen bis spätestens zum 30. Juni 2008 unter Beteiligung der Vertretungen der Selbsthilfe überarbeitet werden.²

Die nachstehenden Ausführungen geben Hinweise für die Gestaltung der kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Vertretungen für die Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen dokumentieren hiermit ihre Handlungsfähigkeit bei der Förderung der Selbsthilfe unter den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die Ausgestaltung der krankenkassenindividuellen Förderung bleibt hiervon unberührt. Bereits existierende Formen der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen/-verbänden und der Selbsthilfe sollen beibehalten und ggf. weiterentwickelt werden.

¹ Die Umsetzung des § 20c SGB V und damit die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe über diese beiden Förderstränge ist ausdrücklicher Wille des Gesetzgebers. Durch den Verbleib von bis zu 50 % der Fördermittel bei den einzelnen Krankenkassen und Verbänden sollen eigene Förderaktivitäten entfaltet und zielgruppenspezifische Förderschwerpunkte gebildet werden können. Der Gesetzgeber gesteht mit der kassenindividuellen Förderung der Selbstverwaltung eigene Gestaltungsmöglichkeiten zu. Vgl. Anlage: Gesetzestext § 20c SGB V

² Die Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Mai 2006“ haben bis zum Vorliegen der neuen Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze - voraussichtlich zum 30. Juni 2008 - weiterhin Gültigkeit.

1. Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung

Nach § 20c SGB V sind von den Krankenkassen und ihren Verbänden 0,55 €³ pro Versicherten pro Jahr für die Selbsthilfeförderung zu verausgaben. Davon sind **mindestens 50 %** der jährlichen Fördermittel für die **kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung** bereit zu stellen (mindestens 0,275 € pro Versicherten). Die übrigen maximalen 50 % der Fördermittel verbleiben den Krankenkassen für die krankenkassenindividuelle Selbsthilfeförderung.⁴

Die Mittel für die Förderung der Selbsthilfe auf der Landes- und örtlichen Ebene bringen die Krankenkassen und ihre Verbände **entsprechend dem Wohnort der Versicherten (KM 6)** auf.

Ab 2008 erfolgt demnach die Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen und ihre Verbände über **zwei separate Förderstränge**: Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung und die krankenkassenindividuelle Förderung.

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung wird von den Krankenkassen und ihren Verbänden auf allen drei Förderebenen (Bundes-, Landes-, örtliche Ebene) durchgeführt und berücksichtigt dabei Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene, Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen. Demnach liegt die gemeinschaftliche Zuständigkeit

- für die Förderung von Bundesorganisationen der Selbsthilfe bei den Bundesverbänden der Krankenkassen,
- für die Förderung der Landesorganisationen der Selbsthilfe und der Selbsthilfekontaktstellen bei den Krankenkassenverbänden auf Landesebene. Die Antragstellung erfolgt ausschließlich in dem Bundesland, in dem die Landesorganisation ihren Sitz hat. Bei länderübergreifenden Aktivitäten erfolgen entsprechende Absprachen,
- für die Förderung der örtlichen Selbsthilfegruppen in der Regel bei den für die Region zuständigen Krankenkassen. Die Antragstellung erfolgt in dem Ort/Region, in dem die Selbsthilfegruppe ihren Sitz hat. Näheres regeln die Fördervereinbarungen auf Landesebene.

Die Fördermittel der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung werden gemeinsam und einheitlich durch die Krankenkassen/-verbände unter Berücksich-

³ Gemäß § 20c SGB V sollen die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,55 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen. Bei der Umsetzung des § 20c SGB V ist vom Wortlaut der Gesetzesvorschrift auszugehen. D.h., der Förderbetrag ist in den Folgejahren gemäß § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen und bei Inkrafttreten des § 20c SGB V zum 01.01.2008 sind die Steigerungsraten für 2007/2008 zu berücksichtigen.

⁴ Die Vertretungen der Selbsthilfe empfehlen den Krankenkassen und ihren Verbänden, weitergehende Regelungen als die gesetzlich vorgegebene Mindesthöhe zu treffen und der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung mehr als 50 % an Fördermittel zur Verfügung zu stellen. Die Entscheidungen hierüber treffen jedoch die Krankenkassen.

tigung der „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze“ und nach Beratung mit den jeweils maßgeblichen Vertretungen der Selbsthilfe verausgabt.

Näheres zur Antragstellung auf den jeweiligen Förderebenen (gemeinsame und einheitliche Antragstelle, Antragsfristen, Antragsformulare etc.) regeln die einzelnen schriftlich zu fixierenden Fördervereinbarungen oder Geschäftsordnungen im Land bzw. in den Regionen.

2. Eckpunkte für die Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung

Die Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung gestalten die Krankenkassen/-verbände auf den jeweiligen Förderebenen entsprechend der nachstehenden Rahmenvorgaben:

a) Unbürokratische Förderung

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung ist auf allen Förderebenen **verwaltungsunaufwändig** und **unbürokratisch** durchzuführen. Das bereits im Jahr 2003 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen empfohlene **Ein-Ansprechpartner-Modell** ist dabei zu praktizieren.

Die Entwicklung des Förderverfahrens für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung soll auf bereits bestehenden und gut funktionierenden Formen der Zusammenarbeit auf den jeweiligen Förderebenen aufgebaut werden. Gut funktionierende Strukturen der Zusammenarbeit sollen weiterentwickelt werden (z.B. Arbeitskreise der Krankenkassen/-verbände, kassenartenübergreifende Fördergemeinschaften und Förderpools, Arbeitsgemeinschaften mit der Selbsthilfe). Länderspezifischen Besonderheiten und Regelungen ist dabei Rechnung zu tragen (z.B. "Selbsthilfetopf" in Hamburg).

b) Die Verausgabung der Fördermittel erfolgt wettbewerbsneutral.

c) Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung erfolgt auf allen Förderebenen und für alle Förderbereiche als Pauschalförderung.

Durch diese Pauschalförderung leisten die Krankenkassen und ihre Verbände - neben der öffentlichen Hand - ihren Beitrag zur Basisfinanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe sowie ggf. zur Weiterentwicklung der jeweiligen Selbsthilfestrukturen.

d) Selbsthilfekontaktstellen werden pauschal über die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung auf Landesebene gefördert.

Seit einigen Jahren erfolgt in vielen Bundesländern die Förderung der Selbsthilfekontaktstellen kassenartenübergreifend bzw. in enger Abstimmung der Krankenkassen/-verbände untereinander als Pauschalförderung. Diese Regelungen haben sich bewährt und sollen beibehalten werden.

e) Die Höhe der Fördermittel der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung ist gesetzlich festgelegt und beträgt im Startjahr 2008 mindestens 0,275 € pro Versicherten.

In den Folgejahren sind diese Mittel entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB I anzupassen.

Mit der Verständigung auf gemeinsame und einheitliche Förderhöhen in den jeweiligen Bundesländern und ihrer Bekanntgabe stellen die Krankenkassen und ihre Verbände **Transparenz** über die jeweils verfügbaren pauschalen Fördermittel her.

Alle Krankenkassen sowie ihre Verbände stellen sicher, dass die jeweils zu entrichtenden Fördermittel nach KM 6 (Stichtag: 01.07.2007 für das Förderjahr 2008) der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung entsprechend der Wohnorte ihrer Versicherten zur Verfügung gestellt werden. Für die Durchführung einer zeitnahen Antragsbearbeitung und Bewilligungspraxis auf allen Förderebenen (vgl. Abschnitt 5.5 der „Gemeinsame und einheitliche Grundsätze vom 11. Mai 2006“), vereinbaren die Krankenkassen/-verbände, bis wann die jeweiligen Fördermittel zur Verfügung zu stellen sind. Näheres zu den Zahlungsströmen regeln die Krankenkassen/-verbände krankenkassenartenspezifisch.

Die Förderverfahren auf den jeweiligen Förderebenen sollten in einer Fördervereinbarung oder Geschäftsordnung schriftlich fixiert werden. Die Vertretungen der Selbsthilfe auf den jeweiligen Ebenen sollten beratend hinzugezogen werden. (Vgl. auch Punkt h)

Verteilung der Fördermittel

Bei der Verteilung der Fördermittel aus der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung auf die jeweiligen Förderebenen empfehlen die Spitzenverbände der Krankenkassen wie folgt zu verfahren:

Bundesebene: Für die gemeinsame und einheitliche Pauschalförderung der Bundesorganisationen der Selbsthilfe stellen die Krankenkassen mindestens 20 % der Gesamtmittel der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung zur Verfügung (entspricht z. Zt. 0,055 €⁶).

Landes- und örtliche Ebene: Für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung der Landes- und örtlichen Ebene stehen die um die Bundesförderung reduzierten Mittel zur Verfügung (entspricht 80 % und derzeit 0,22 € pro Versicherten). Diese Mittel sind auf die jeweiligen Förderbereiche aufzuteilen (Landesorganisationen der Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen) unter Berücksichtigung der landesspezifischen Selbsthilfestrukturen. Die Krankenkassen/-verbände treffen eine gemeinsame und einheitliche Entscheidung über die jeweilige Förderhöhe und -mittelvergabe.

⁵ Vgl. Fussnote 3.

⁶ Vgl. Fussnote 3.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben bewusst auf die Festlegung bundesweit geltender Verteilungsquoten verzichtet, da die Selbsthilfestrukturen in den einzelnen Bundesländern sowohl quantitativ als auch qualitativ unterschiedlich entwickelt sind. Die Fördermittel sollten in den jeweiligen Bundesländern ausgewogen verteilt werden⁷. Aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen ist jedoch sicherzustellen, dass die örtlichen Selbsthilfegruppen mindestens 20 % (0,055 €) erhalten. Die Mittel sind insgesamt flexibel und bedarfsgerecht aufzuteilen. Der Stärkung der im Aufbau befindlichen sowie der Weiterentwicklung der bestehenden Selbsthilfestrukturen ist Rechnung zu tragen.

Jede Krankenkasse ist gemäß § 20c SGB V verpflichtet, die Mindestförderhöhe (50 % der Gesamtmittel) der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen. Über diese Mindestförderung hinaus können die Krankenkassen der Gemeinschaftsförderung weitere krankenkassenindividuelle Mittel für alle Förderbereiche bereit stellen.

f) Übertragung nicht ausgeschöpfter Fördermittel

Nicht verausgabte Fördermittel werden ins Folgejahr übertragen und sollen im neuen Förderjahr im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung verausgabt werden. Sie bleiben somit der Gemeinschaftsförderung erhalten.

Aufgrund des Inkrafttretens des § 20c SGB V zum 1. Januar 2008 entstehen nicht verausgabte Fördermittel frühestens 2009. Auf der Grundlage der in 2008 gemachten ersten Fördererfahrungen verständigen sich die Spitzenverbände der Krankenkassen noch auf einen konkreten Verfahrensvorschlag für die Verwaltung dieser nicht ausgeschöpften Fördermittel.

g) Demokratische Legitimierung der Vertretungen der Selbsthilfe

Die Verteilung der Mittel aus der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung erfolgt durch die Spitzenverbände der Krankenkassen für die Bundesebene und durch die Krankenkassen/-verbände auf der Landes-/örtlichen Ebene nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen.

Die Einbeziehung der Vertretungen der Selbsthilfe erfordert demokratisch legitimierte Ansprechpartnerstrukturen. Für die Benennung der Vertretungen der Selbsthilfe enthalten die aktuellen "Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V vom 11. Mai 2006" bereits entsprechende Hinweise. Um insbesondere die Arbeitsfähigkeit auf örtlicher Ebene sicherzustellen, wird hierfür vorgeschlagen, bis zu maximal vier Selbsthilfevertretungen zu beteiligen. Die Selbsthilfeseite wird entsprechende Vertretungen benennen.

⁷ Bereits vereinbarte Verteilungsquoten sollen dabei nicht unterschritten werden.

h) Schriftliche Fixierung der getroffenen Fördervereinbarungen

Die Förderverfahren auf den jeweiligen Förderebenen sollten in einer Förder- bzw. Kooperationsvereinbarung oder einer Geschäftsordnung schriftlich fixiert werden. Über die Vergabe der Fördermittel ist Transparenz zu schaffen (u.a. Vergabekriterien, Höhe der insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel, geförderte Selbsthilfeorganisationen, -gruppen und -kontaktstellen, Höhe der erfolgten Förderung). Die Selbsthilfe sollte bei der Entwicklung der Fördervereinbarungen oder Geschäftsordnungen beratend hinzugezogen werden.

3. Pauschalförderung

Die Förderung der Selbsthilfe im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung erfolgt als Pauschalförderung. Die Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V vom 11. Mai 2006 definieren die pauschale Förderung als "die finanzielle Unterstützung der originären, gesundheitsbezogenen Selbsthilfearbeit. Dies können beispielsweise Zuschüsse zur Informations- und Beratungstätigkeit sein."

Darunter fallen insbesondere Aufwendungen für:

- Regelmäßige Gruppentreffen (z.B. Raummiete).
- Büroausstattung und Sachkosten (PC, Drucker, Büromöbel, Porto- und Telefon).
- Fortbildungen oder Schulungen, die auf die Befähigung zur Verbandsarbeit und auf administrative Tätigkeiten abzielen (z.B. kaufmännische Weiterbildungen, Weiterbildungen zum Vereinsrecht, PC-Schulungen, Rhetorik).
- Durchführung von Gremiensitzungen gemäß Satzung (u.a. Mitglieder-/Jahresversammlungen, Vorstandssitzungen, Delegiertenversammlungen, Sitzungen des wissenschaftlichen Beirats).
- Regelmäßig erscheinende Verbandsmedien (z.B. Mitgliederzeitschriften, Flyer) einschließlich deren Verteilung.
- Pflege des Internetauftritts/Homepage.

Für diese vorgenannten originären Aufgaben und beispielhaften Aktivitäten der Selbsthilfe sind Personal- und Sachaufwendungen erforderlich, die mit der Pauschalförderung abgegolten sind.⁸

In Abgrenzung hierzu versteht man unter Projektförderung die gezielte, zeitlich begrenzte Förderung einzelner, inhaltlich abgegrenzter Vorhaben und Aktionen der Selbsthilfe. Das können beispielsweise Veranstaltungen oder neue Veröffentlichungen (Broschüren, Bücher) sein. (Vgl. Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe vom 11. Mai 2006, Abschnitt 5.1). Die Projektförderung erfolgt im Rahmen der krankenkassenindividuellen Förderung und bedarf einer gesonderten Antragstellung.

⁸ Förderanträge, die auf Personalstellenförderung lauten, können nicht bearbeitet bzw. berücksichtigt werden.

4. Erprobung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung

Die zwischen den Krankenkassen/-verbänden vereinbarten Förderverfahren der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung auf den jeweiligen Förderstufen sollen zunächst über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren sowohl hinsichtlich ihrer Praktikabilität als auch hinsichtlich der Angemessenheit der Förderhöhe erprobt werden. Dies insbesondere auch deshalb, weil erste Erfahrungen mit dem „Überlaufmodell“ voraussichtlich frühestens Mitte 2009 vorliegen werden.

Anlage
Gesetzestext § 20c SGB V

§ 20c SGB V – Förderung der Selbsthilfe

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren gesundheitlicher Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Selbsthilfekontaktstellen müssen für eine Förderung ihrer gesundheitsbezogenen Arbeit themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sein.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche. Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Vertretungen der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Förderung kann durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung erfolgen.

(3) Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,55 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Für die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen sind die Mittel entsprechend dem Wohnort der Versicherten aufzubringen. Mindestens 50 vom Hundert der in Satz 1 bestimmten Mittel sind für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung aufzubringen. Über die Vergabe der Fördermittel aus der Gemeinschaftsförderung beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam nach Maßgabe der in Absatz 2 Satz 1 genannten Grundsätze und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 1 genannten Betrag der Förderung in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen.