

Von der Soll- zur Pflichtleistungen. Der neue Paragraph 20 c SGB V: Umsetzungserfordernisse und -schritte

Unbedingte Förderverpflichtung soll vollständige Ausschüttung bringen

Seit dem 1.1.2008 ist eine grundlegende Neuregelung der Selbsthilfeförderung im § 20 c SGB V in Kraft getreten. Demnach sind die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände verpflichtet, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen mit 0,56 Euro je Versicherten zu fördern. Mit der Neuregelung hat der Gesetzgeber zum zweiten Mal seit den 1990er Jahren die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die Krankenkassen präzisiert. Die im Jahre 2000 eingeführte Sollleistung wurde durch den § 20 c SGB V zur Pflichtleistung, allerdings innerhalb der bisherigen Finanzierungsgrenzen. Mit der Umwandlung in eine Pflichtleistung soll sichergestellt werden, dass das vorgesehene Fördervolumen von aktuell 39,4 Mio. Euro im Jahr (bzw. 0,56 Euro pro Versicherten in 2008) nicht mehr unterschritten wird. Zwar sind die Ausgaben für die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die Krankenkassen seit In-Kraft-Treten des § 20 Abs. 4 SGB V am 1.1.2000 kontinuierlich angewachsen und haben sich mit einem Anstieg von 9,5 Mio. Euro in 2000 auf 27,5 Mio. Euro nahezu verdreifacht (vgl. Tabelle 1). Jedoch haben sich im Kassendurchschnitt die absoluten Ausgaben seit 2004 kaum noch erhöht. Trotzdem wurden in den 7 Jahren zwischen 2000 und 2006 knapp 110 Mio. Euro von den gesetzlichen Krankenkassen nicht für die Selbsthilfeförderung ausgegeben, obwohl dies möglich gewesen wäre. Mit der verpflichtenden Einführung einer kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung für alle Ebenen und Bereiche der Förderung wird das Antragsverfahren entbürokratisiert und vereinheitlicht und die Transparenz erhöht.

Ausgaben der Krankenkassen in Millionen Euro zur Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe nach Paragraph 20 Abs. 4 SGB V, 2000 bis 2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Gesamt im Mio. Euro	9,6	15,7	21,5	24,2	26,4	27,1	27,5	k.A.
davon für Selbsthilfekontaktstellen*	0,7	1,9	2,7	3,7	4,2	4,3	5,4	5,7
davon für bundesweite Selbsthilfeorganisationen**	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	6,0	6,4

* NAKOS-Befragungen, Ergebnisse auf der Grundlage vorhandener Angaben

**Angaben der Spitzenverbände der Krankenkassen

Tabelle 1

Ab 1.1.2008 zwei Förderstränge

Während bislang die Krankenkassen und Krankenkassenverbände die Selbsthilfe in der Regel auf der Basis kassenindividueller Entscheidungen förderte, wird es künftig zwei Förderstränge geben: die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung und die kassenindividuelle Förderung. Mindestens die Hälfte der Fördermittel müssen die Krankenkassen für eine *kassenartenübergreifende Pauschalförderung* zur Verfügung stellen. Die restlichen Mittel können – wie bisher – von den Krankenkassen individuell verausgabt werden. Diese Mittel verbleiben den einzelnen Krankenkassen und Verbänden zur Entfaltung eigener Förderaktivitäten und zur Bildung von zielgruppenspezifischen Förderschwerpunkten. Alle Fördermittel müssen im laufenden Jahr an die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verausgabt werden. Nicht verausgabte kassenindividuelle Mittel kommen in einen so genannten Überlauftopf und fließen im Folgejahr der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung zu. So soll gewährleistet werden, dass das gesamte vorgegebene Förderbudget von 0,56 Euro pro Versicherten vollständig ausgeschöpft und tatsächlich zur Unterstützung der Selbsthilfeaktivitäten verwendet wird. Selbsthilfevertreter haben bei der Verteilung der Fördergelder aus der Gemeinschaftsförderung ein Mitberatungsrecht.

Erhöhung der Transparenz und sachverständige Vergabe aus Gemeinschaftsfonds durch Beratungsbeteiligung der Selbsthilfe

Mindestens die Hälfte der Fördermittel ist aus einer kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung zu verausgaben. Die Regelung sieht weiter vor, dass die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam nach Beratung mit den jeweiligen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen über die Vergabe der Fördermittel aus der Gemeinschaftsförderung beschließen. Durch die gemeinsame Entscheidung der Krankenkassen oder ihrer Verbände über die Vergabe der Fördermittel aus den Gemeinschaftsfonds soll die Transparenz der Förderung erhöht und eine abgestimmte Verteilung der Fördermittel erreicht werden. Die Verpflichtung zur Beratung der Förderentscheidung mit den Vertretern der Selbsthilfe soll zusätzlich der sachverständigen Vergabe der Fördermittel dienen.

Präzisierung für Selbsthilfekontaktstellen

Erstmals werden im Wortlaut des § 20 c SGB V Anforderungen an das Tätigkeitsprofil von Selbsthilfekontaktstellen als themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifende Einrichtungen präzisiert. Damit ist eine Förderung von Einrichtungen ausgeschlossen, die sich auf wenige Selbsthilfe- und Krankheitsbereiche spezialisiert haben wie zum Beispiel themenspezifische

Beratungsstellen (z.B. zu Krebs, Rheuma). Der Gesetzgeber unterstreicht mit dieser Präzisierung die besondere Relevanz von Selbsthilfekontaktstellen für das Gesamtfeld der gesundheitsbezogenen Selbsthilfefuzusammenschlüsse in den Regionen.

Rahmenempfehlungen für die Umsetzung der Gemeinschaftsförderung

Für die Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen nach Beratung mit den Vertretern der Selbsthilfe auf Bundesebene¹ Rahmenvorgaben verabschiedet, mit denen ein Handlungsrahmen für die einzelnen Kassenverbände abgesteckt wurde.

Demnach ist die Höhe der Fördermittel der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung im Startjahr mit 0,275 Euro pro Versicherten festgelegt. Die Gemeinschaftsförderung für *bundesweite Selbsthilfeorganisationen* erfolgt durch die Spitzenverbände der Krankenkassen, der VdAK hat die Federführung für die GKV-Gemeinschaftsförderung auf Bundesebene übernommen. Für diesen Bereich sollen 20 Prozent der Fördermittel (von 0,275 Euro also 0,056 Euro pro Versicherten) verwendet werden.

Für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung der Landes- und der örtlichen Ebene stehen die um die Bundesförderung reduzierten Mittel zur Verfügung, also derzeit 0,22 Euro pro Versicherten bzw. 80 Prozent der Gemeinschaftsmittel. Diese Mittel sind auf die jeweiligen Förderbereiche also zwischen landesweiten Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen unter Berücksichtigung der landesspezifischen Selbsthilfestrukturen aufzuteilen. Auf die Festlegung von bundesweit geltenden Verteilungsquoten wurde verzichtet mit der Begründung, dass die Selbsthilfestrukturen in den Ländern quantitativ als auch qualitativ sehr unterschiedlich entwickelt sind. Jedoch ist sicherzustellen, dass die örtlichen Selbsthilfegruppen mindestens 20 Prozent (also 0,056 Euro pro Versicherten) erhalten.

Weiter wurde festgelegt, dass die Förderung im Rahmen der Gemeinschaftsförderung ausschließlich als Pauschalförderung erfolgt und auf die Definition in den Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen Bezug genommen. Demnach wird pauschale Förderung als „die finanzielle Unterstützung der originären, gesundheitsbezogenen Selbsthilfearbeit“ definiert. „Dies können beispielsweise Zuschüsse zur Informations- und Beratungstätigkeit sein“. Die jeweils pauschal förderfähigen „Tätigkeiten“ werden aufgeführt und umfassen u.a. Raummiete, Büroausstattung, Sachkosten, regelmäßige Verbandsmedien, Pflege des Internetauftritts. Ergänzend wird erläutert, dass für die genannten originären Aufgaben der Selbsthilfe Personal- und Sachaufwendungen erforderlich sind, die „mit der Pauschalförderung abgegolten sind“.

Fortschritte bei der Umsetzung, uneinheitliche Förderverfahren in den Ländern

Mit der Verabschiedung von Rahmenvorgaben zur Umsetzung der Gemeinschaftsförderung nach Paragraph 20 c SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen den jeweiligen Landesgliederungen die Regelungshoheit für die Verteilung der Fördermittel auf die Bereiche landesweiter Selbsthilfeverbände und Selbsthilfekontaktstellen sowie der örtlichen Selbsthilfegruppen erteilt. Die Realisierung der Umsetzungsempfehlungen liegt also in der Verantwortlichkeit der Landesverbände der Krankenkassen und ihren örtlichen Untergliederungen. Ebenso liegt die Ausgestaltung der Beratungsbeteiligung im Vergabeverfahren bei den Ländern. Wegen der Eigenständigkeit jedes Landesverbandes und der regionalen Geschäftsstellen sind weiterhin Probleme mit Blick auf die einheitliche Umsetzung der Förderung zu erwarten. Durch die den Ländern in den Rahmenvorgaben erteilte Regelungshoheit ist nicht auszuschließen, dass die Krankenkassen weiterhin verwaltungs- und haushaltstechnisch die eigenen Wege gehen, die sie seit jeher gegangen sind. Eine zwischen den Ländern einheitliche und für die antragstellenden Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und -organisationen vergleichbare, nachvollziehbare und gleichberechtigte Förderung wird es wohl weiterhin nicht geben.

Im vierten Monat nach dem In-Kraft-Treten des § 20 c SGB V deutet sich eine entsprechend unterschiedliche Ausgestaltung der Förderverfahren für die Gemeinschaftsförderung in den Ländern an. Gemeinsam ist, dass alle Antragsteller aus dem Bereich der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Jahr 2008 pauschale Mittel aus der mit dem neuen Förderparagrafen für alle Bereiche verpflichtend zu schaffenden kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung erhalten werden. In allen Bundesländern haben sich die Krankenkassenverbände mittlerweile auf die Bildung so genannter ARGEn (Arbeitsgemeinschaften) verständigt, die die gemeinschaftliche Förderung realisieren. Auch wurden in den Ländern Selbsthilfevertreter ernannt, die bei der Beratung der Förderanträge hinzugezogen werden.

Um Fördermittel aus dem Gemeinschaftstopf zu erhalten, brauchen landesweite Selbsthilfeorganisationen und die Selbsthilfekontaktstellen daher in allen Bundesländern nur noch einen Antrag auf pauschale Förderung an die jeweiligen ARGEn bzw. die federführende Krankenkasse zu richten.

Ebenfalls gemeinsam ist, dass in allen Bundesländern landesweite Fördertöpfe für die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen als auch von Selbsthilfe-Landesverbänden geschaffen werden.

Unterschiedlich geregelt wird allerdings die Gemeinschaftsförderung für die örtlichen Selbsthilfegruppen. In vielen Bundesländern erhalten diese einen pauschalen Förderbetrag ebenfalls aus dem landesweiten Förderpool. Selbsthilfegruppen stellen also ebenfalls einen Antrag auf pauschale Förderung an die jeweilige ARGE bzw. die federführende Krankenkasse; die Vergabe der Mittel erfolgt von dort zentral. Eine dezentrale Verteilung der Mittel in den Regionen (meist die jeweiligen Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigung) erfolgt

für Selbsthilfegruppen in Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen.

Keine bundesweit einheitlichen Förderquoten

Auch die nach dem Gesetz eigentlich durch die Spitzenverbände der Krankenkassen im Rahmen der Gemeinsamen Fördergrundsätze zu regelnde Festlegung der Verteilung der Fördermittel auf die Bereiche Selbsthilfekontaktstellen, -verbände und -gruppen obliegt den Ländern. Entsprechend sind auch hier die getroffenen Vereinbarungen uneinheitlich. Diese reichen von einer Festlegung von 'Cent pro Versicherten', über eine prozentuale Aufteilung bis hin zur Nutzung von Erfahrungswerten aus den vergangenen Jahren für die Bereiche der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Die themen- und indikationsgruppenübergreifend arbeitenden örtlichen Selbsthilfekontaktstellen sollen für ihre gesundheitsbezogene Selbsthilfe-Unterstützungsarbeit bspw. in Baden-Württemberg 10 Prozent, also 0,05 Euro pro Versicherten, erhalten, in Hamburg, Bremen und Nordrhein-Westfalen 0,10 Euro und in Schleswig-Holstein 0,14 Euro. In anderen Bundesländern wurde bisher keine Quote festgelegt. Die Förderung erfolgt vorrangig, in manchen Ländern ausschließlich pauschal aus der Gemeinschaftsförderung. Das bedeutet, dass in manchen Bundesländern Selbsthilfekontaktstellen keine Möglichkeit haben weitere Mittel für ihre reguläre Selbsthilfe-Unterstützungsarbeit oder für gezielte Projektvorhaben bei den Einzelkassen in ihrem Bundesland zu beantragen.

Ein-Ansprechpartner-Modelle überall

Die Verausgabung der Fördermittel aus einem gemeinsamen Förderpool und der Einbezug von Selbsthilfevertretern in die Beratung der Förderanträge ist ohne Frage der größte Gewinn für die Selbsthilfe. Die Beantragung für diese Mittel erfolgt bei einer federführenden Krankenkasse, die Kassen untereinander müssen sich gemeinsam mit den Selbsthilfevertretern zur Frage der Förderwürdigkeit und der Förderhöhe verständigen. Durch die Beteiligung der Selbsthilfe soll die Vergabe der Mittel bedarfsgerecht(er) erfolgen, Doppelförderungen sollen vermieden werden. Die Antragstellung soll durch das Ein-Ansprechpartner-Modell entbürokratisiert werden. Die positiven Erfahrungen der seit einigen Jahren arbeitenden Runden Tische und Arbeitskreise lassen hoffen, dass die Erwartungen an eine Steigerung der Transparenz und der bedarfsgerechten Vergabe erfolgen wird.

Kassenindividuelle Förderung ohne Verzahnung mit Gemeinschaftsförderung

Problematisch ist der Bereich der kassenindividuellen Mittel. Bis zu 19,5 Mio. Euro können die Krankenkassen nach dem Willen des Gesetzgebers für die Förderung „eigener thematischer Schwerpunkte“ verausgaben. Die Kranken-

kassen können damit nach eigenem Ermessen diejenigen Vorhaben fördern, die sie für förderwürdig halten. Die Förderung der Selbsthilfe wird von der Durchführung von Projekten abhängig gemacht, die aus Sicht der Krankenkassen erstrebenswert sind und den Gestaltungsinteressen der Kassen dienlich sind. Dies jedoch ist nicht die Idee und Zielsetzung der verpflichtenden Regelung. Vielmehr sollen die Fördermittel dazu eingesetzt werden, die selbstbestimmte Selbsthilfe zu fördern, deren Selbsthilfearbeit für Betroffene durch Betroffene und für das Wohl der Versicherten und unserer Gesellschaft. Die finanzielle Absicherung der originären Selbsthilfearbeit, jeder seelischen Unterstützung, jeder Informationsrecherche, jeder Beratung und jedes persönlichen Treffens muss Fördergegenstand sein. Für die Antragsteller ergibt sich möglicherweise ein noch stärkeres „Kassenhopping“ als in den Vorjahren, denn es kann sein, dass ein bei der einen Kasse abgelehntes Projekt von einer anderen Krankenkasse gefördert wird. Hinzu kommt, dass wegen der nur in Einzelfällen gegebenen Verzahnung mit der Gemeinschaftsförderung wiederum Doppelförderungen möglich sind – auch Fördertransparenz ist für diese Mittel nicht gegeben. Die Vertreter der Selbsthilfe müssen nur für die kassenartenübergreifende Förderung bei den Förderberatungen einbezogen werden. Eine gegenseitige Abstimmung über die Förderanträge aus beiden Fördersträngen erfolgt m.W. vorbildhaft bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen für die bundesweiten Selbsthilfeorganisationen und für Gruppenförderung durch die Runden Tische in Bayern.

Aufwand bei der Antragstellung nicht reduziert

Für die Selbsthilfe ist der bürokratische Aufwand bei der Antragstellung durch die mangelnde Verzahnung der kassenartenübergreifenden und der kassenindividuellen Förderung leider nicht – wie eigentlich mit der Änderung der gesetzlichen Regelungen beabsichtigt – reduziert, sondern erhöht. Noch immer sind Anträge nicht nur an eine sondern, wie gehabt, an mehrere Stellen zu stellen. Da die Förderverfahren für die Gemeinschaftsförderung von Selbsthilfegruppen zudem in den Ländern unterschiedlich geregelt ist, fällt es gerade den weniger organisierten Selbsthilfegruppen schwer, sich zurechtzufinden. Allein die 54 Förderregionen in Nordrhein-Westfalen erzeug(t)en gerade in der Startphase viele Unsicherheiten und Fragen.

Zwei Förderstränge hat sich die Selbsthilfe sicher nicht gewünscht – es bleibt zu hoffen, dass der bürokratische Aufwand, der sich nicht nur für die Selbsthilfe sondern auch für die Kassen ergibt bald dazu führt, dass möglichst sämtliche Fördermittel, also mehr als 50 Prozent in die Gemeinschaftsförderung gegeben werden.

Fördervolumen für Bundesorganisationen nachzujustieren

Bei dem Förderverfahren für die Bundesorganisationen der Selbsthilfe zeichnet sich ab, dass vielen der 280 Antragsteller teils deutlich weniger Fördermittel aus der kassenartenübergreifenden Pauschalförderung bewilligt werden

konnten als beantragt. Auch wenn angesichts von Unsicherheiten mit der neuen Regelung manche Organisation einen höheren pauschalen Förderantrag gestellt haben mag, ist deutlich, dass das verfügbare Fördervolumen von rund 4 Mio. Euro aus dem Gemeinschaftsfonds (0,056 Euro pro Versicherten) zu gering ist — diesem steht ein Antragsvolumen von mehr als 8 Mio. Euro gegenüber. Kritisiert wird, dass die Bundesorganisationen der Selbsthilfe mit der verpflichtenden Förderregelung nach § 20 c SGB V weniger Mittel erhalten als mit der Soll-Verpflichtung. Gerade die bundesweit organisierten Selbsthilfefusionszusammenschlüsse mit ihren umfassenden Unterstützungsangeboten bilden eine zentrale Säule für die Information, Beratung und Krisenintervention von betroffenen für betroffene Patientinnen und Patienten aus dem gesamten Krankheitsspektrum. Bei einer Erhebung der NAKOS gaben 72 Prozent der Vereinigungen an, Unterstützungsleistungen wie fachliche Beratung, Medien und Publikationen, Organisationshilfen oder Fortbildungen auch Nicht-Mitgliedern zur Verfügung zu stellen. Der durchschnittliche Anteil solcher Unterstützungsleistungen für Nicht-Mitglieder an der Gesamtarbeit liegt bei 41,2 Prozent. Und das, obwohl die Arbeit in den Vereinigungen mit 47,8 Prozent zum überwiegenden Teil von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bestritten wird.

Hinzu kommt die besondere Rolle der Selbsthilfevereinigungen im Gesundheitsbereich bei der Realisierung der strukturierten Patientenbeteiligung nach § 140 f SGB V. Da die Strukturen der organisierten Selbsthilfe auf der Bundesebene (sowie auf Landesebene) zur Interessenvertretung der örtlichen Selbsthilfegruppen von wesentlicher Bedeutung sind, müssen auch sie bedarfsgerecht gefördert werden. Explizit beschreibt der Gesetzgeber die Wahrnehmung der Aufgaben der Patientenbeteiligung als förderfähiges Selbsthilfeengagement. Diesem Auftrag an die Krankenkassen ist durch eine angemessene Erhöhung des verfügbaren Fördervolumens nachzukommen. Angesichts der in 2008 erfolgten Quotierung auf 0,056 Euro pro Versicherten für diesen Bereich ist das verfügbare Fördervolumen aus der Gemeinschaftsförderung für den Förderbedarf vieler der 280 Antragsteller nicht ausreichend. Die Mittelverteilung zwischen den Ebenen des Bundes und der Länder sollte daher nach den Erfahrungen des ersten Förderjahres nachjustiert und bedarfsgerechter gestaltet werden.

Transparenz der Mittelflüsse für beide Förderstränge wünschenswert

Eines der zentralen Ziele der neuen gesetzlichen Regelung ist auch die Erhöhung der Transparenz über die Fördermittel. Diese Transparenz soll auch durch die Beteiligung von Selbsthilfevertretern bei der Mittelvergabe aus der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung erzielt werden.

Ein erster Schritt in Richtung Transparenz ist der Einbezug der verfügbaren Mittel für jedes Bundesland auf der Grundlage der Versichertenzahlen. Im Rahmen der Beratungen zur kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung erhalten Selbsthilfevertreter eine Übersicht mit Informationen über die

insgesamt in ihrem Bundesland zur Verfügung stehenden Fördermittel und die von den Antragstellern beantragten Fördersummen. Der in den Rahmenempfehlungen beschriebenen Dokumentationspflicht folgend, ist die Liste nach Abschluss der Förderberatung und Erteilung der Bewilligungsbescheide zu ergänzen um die bewilligten Fördersummen für die einzelnen Bereiche der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben diesen Schritt mittlerweile vollzogen und den Selbsthilfevertretern eine entsprechende Übersicht übermittelt.

Bei allem sich abzeichnendem Fortschritt in Richtung Fördertransparenz ist nicht zu übersehen, dass die Verausgabung der kassenindividuellen Mittel in der Regel ohne Beteiligung von Selbsthilfevertretern und ohne entsprechende Dokumentation erfolgt. Mit Blick auf eine sachgerechte und gleichberechtigte Vergabe der Fördermittel und die Vermeidung von Doppelförderungen ist auch für diesen Teil der Selbsthilfefördermittel hohe Transparenz zwischen den Kassenarten und mit der Gemeinschaftsförderung wünschenswert. Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass es auch bei diesen Mitteln nach wie vor um Mittel zur Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe geht, die entsprechend den gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen zu verausgaben sind. Die Dokumentation der Mittelflüsse auch für den Bereich der kassenindividuellen Förderung ist insoweit erforderlich, als nicht verausgabte Mittel im Folgejahr der Gemeinschaftsförderung zufließen sollen. Ohne eine entsprechende Dokumentation wird sich die Kontrolle hierüber aber schwierig gestalten.

Resümee mit Blick auf...

Mit Blick auf die seit Jahren von den Selbsthilfevertretern geforderte Ausschöpfung, Transparenz und faire, gerechte Verteilung der Fördermittel für alle Antragsteller aus allen Selbsthilfebereichen zeichnen sich erste Fortschritte ab. Zumindest für die Bewilligung der Mittel aus der Gemeinschaftsförderung bemühen sich die Kassenverbände gemeinsam mit den Selbsthilfevertretern um die Verständigung auf sinnvolle Vergabekriterien, die für eine gerechte und nachvollziehbare Einschätzung der beantragten Förderhöhe und anschließenden Mittelbewilligung herangezogen werden. Hierbei werden sowohl strukturelle Merkmale (z.B. Verbreitungsgrad der Erkrankung; Mitgliederzahl) als auch inhaltliche Merkmale (z.B. Aktivitätenspektrum) berücksichtigt.

Die erhoffte Entbürokratisierung der Förderverfahren ist zwar wegen der Aufteilung in zwei Förderstränge nicht gelungen. Positiv ist jedoch zu bewerten, dass die Selbsthilfegruppen nunmehr pauschale Mittel aus der Gemeinschaftsförderung erhalten; damit wird die langjährige Forderung der Selbsthilfe nach einem Sockelbetrag realisiert, mit dem die Gruppen ihren (meist geringen) regulären Aufwand für Telefonate, ggfs. Raummieten, Kopien bestreiten können. Auch für Selbsthilfekontaktstellen ist es von Vorteil, dass sie für ihre reguläre Informations- und Beratungstätigkeit sowie ihre Unterstützungsleistungen für die Gruppen eine pauschale Förderung erhalten. Nachjustie-

rungen sind für diesen Bereich in denjenigen Ländern erforderlich, in denen es in den Vorjahren durchgehend Schwierigkeiten mit dem Begriff „Pauschalförderung“ gab und z.B. Aufwendungen für Personal- und Betriebskosten nicht aus pauschalen Mitteln bestritten werden durften.

Anmerkungen

1 Diese sind: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., BAG Selbsthilfe, PARITÄT-SCHER Gesamtverband, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Weitere Informationen zum Antragsverfahren

Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) informiert Interessierte über die Förderverfahren und recherchiert und veröffentlicht Zahlen zur Selbsthilfeförderung. Auf <http://www.nakos.de/site/foerderung/krankenkassen/> sind zahlreiche Informationen zur Förderung durch die Krankenkassen abrufbar. Zum Beispiel bietet eine Übersicht zu den jeweiligen Ansprechpartnern der Arbeitsgemeinschaften für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung eine Orientierung für die Antragstellung in allen 16 Bundesländern. Viele ARGEn haben mittlerweile ausführliche Informationen zu den Förderverfahren und Antragsfristen sowie die Antragsformulare im Internet bereitgestellt, die dort direkt abgerufen werden können.

Paragraph 20 c SGB V Gesetzliche Krankenversicherung

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3. **[Bis 30.6.08]** Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich **[Ab 1.7.08]** Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt 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) **[Bis 30.6.08]** Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich **[Ab 1.7.08]** Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt 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 Paragraph 18 Absatz 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 Prozent 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.“

Quelle: Gesetzliche Krankenversicherung SGB V. Textausgabe mit den Änderungen der Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG), S. 71, Boorberg, 2007. Stuttgart

Literatur

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

Gemeinsame und einheitliche 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

Dr. phil. Jutta Hundertmark-Mayser ist Diplom-Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) in Berlin. Einer ihrer Arbeitsschwerpunkte ist die Förderung der Selbsthilfe durch die Krankenkassen. Für die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. ist sie Mitglied des Arbeitskreises Selbsthilfeförderung der GKV auf Bundesebene und vertritt dort besonders die Anliegen und Interessen von Selbsthilfekontaktstellen und den örtlichen Selbsthilfegruppen.