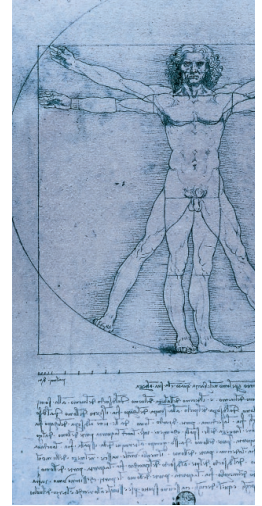




Spitzenverband

Leitfaden zur Selbsthilfeförderung

**Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes
zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20c SGB V
vom 10. März 2000 in der Fassung vom 8. September 2008**



In Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn
BKK Bundesverband, Essen
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
Knappschaft, Bochum
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

sowie
unter Beteiligung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe

Herausgeber:

GKV-Spitzenverband

Mittelstraße 51

10117 Berlin

www.gkv-spitzenverband.de

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

An der Erstellung des Leitfadens waren beteiligt:

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn



BKK Bundesverband, Essen



IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach



Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel



Knappschaft, Bochum



Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg



AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg



**sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe
maßgeblichen Spitzenorganisationen (Vertretungen der Selbsthilfe)**

- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE), Düsseldorf
- Der PARITÄTISCHE - Gesamtverband e.V., Berlin
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Gießen (DAG SHG)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm (DHS)




Inhalt

4

Inhalt	1. Präambel	6
	2. Gesetzliche Grundlage	8
	3. Begriffsbestimmung	10
	3.1 Selbsthilfegruppen	10
	3.2 Selbsthilfeorganisationen	10
	3.3 Selbsthilfekontaktstellen	12
	3.4 Krankheitsverzeichnis	12
	3.5 Förderebenen	13
	3.6 Vertretungen der Selbsthilfe	14
	3.6.1 Vertretungen der Selbsthilfe auf Bundesebene	14
	3.6.2 Vertretungen der Selbsthilfe auf Landes- und örtlicher Ebene	15
	4. Fördervoraussetzungen	16
	4.1 Generelle Fördervoraussetzungen	16
	4.2 Ergänzende Fördervoraussetzungen für Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene	17
	4.3 Ergänzende Fördervoraussetzungen für die örtlichen Selbsthilfegruppen	18
	4.4 Fördervoraussetzungen für Selbsthilfekontaktstellen	18
	4.5 Ausschluss der Förderung	19
	4.6 Besonderheiten bei Dachorganisationen und Netzwerken - Vermeidung von Doppel- und Mehrfachförderungen	20
	4.7 Verhältnis zur Selbsthilfeförderung nach dem SGB XI	21

5.	Förderverfahren	22	Inhalt
5.1	Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung	23	
5.1.1	Inhalte der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung	23	
5.1.2	Umfang der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung	23	
5.1.3	Verfahren der Antragstellung bei der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung	24	
5.1.4	Antragsbearbeitung und Mittelvergabe bei der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung	25	
5.1.4.1	Bemessung der Förderhöhe für Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene	25	
5.1.4.2	Bemessung der Förderhöhe für Selbsthilfegruppen	26	
5.1.4.3	Bemessung der Förderhöhe für Selbsthilfekontaktstellen	26	
5.2	Krankenkassenindividuelle Förderung	27	
5.2.1	Inhalte der krankenkassenindividuellen Förderung	27	
5.2.2	Umfang der krankenkassenindividuellen Förderung	28	
5.2.3	Verfahren der Antragstellung bei der krankenkassenindividuellen Förderung	28	
5.2.4	Antragsbearbeitung und Mittelvergabe bei der krankenkassenindividuellen Förderung	29	
5.3	Nicht verausgabte Fördermittel eines Förderjahres	29	
6.	Perspektive	30	
	Anhang 1	31	
	Krankheitsverzeichnis nach § 20c SGB V		
	Anhang 2	33	
	Eckpunkte für die Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung		



1. Präambel

Seit den 70-er Jahren ist ein zunehmender Aufbau von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen und seit den 80-er Jahren von Selbsthilfekontaktstellen zu verzeichnen. Die von Menschen mit chronischer Krankheit und Behinderung und/oder von ihren Angehörigen initiierte gesundheitsbezogene Selbsthilfebewegung nimmt inzwischen in unserem Gesundheitssystem einen festen Platz ein. Schätzungen gehen davon aus, dass es inzwischen ca. 50.000 regionale/örtliche Selbsthilfegruppen gibt, ca. 300 Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene, rund 800 Landesorganisationen und 230 Selbsthilfekontaktstellen. Zunehmend schließen sich diese zu Arbeitskreisen oder Netzwerken zusammen, die teilweise auch themenübergreifend arbeiten.

Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe kann in vielfältiger und wirksamer Weise die professionellen Angebote der Gesundheitsversorgung ergänzen. Das Charakteristikum der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe ist ihre Betroffenenkompetenz. Vor allem durch gegenseitige Hilfe und Unterstützung in Gruppen schafft sie Akzeptanz bei betroffenen Menschen und ihren Angehörigen und ermöglicht niedrigschwellige Hilfsstrukturen. Der Erfolg der Selbsthilfegruppen beruht vor allem auf Eigeninitiative und Eigenverantwortung ihrer Mitglieder. Die Leistungen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe basieren im Wesentlichen auf freiwilligem Engagement und Ehrenamtlichkeit.

Die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände unterstützen und fördern seit vielen Jahren die Aktivitäten der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe sowie die der Selbsthilfekontaktstellen durch immaterielle, infrastrukturelle und finanzielle Hilfen. Mit der finanziellen Förderung von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen tragen die Krankenkassen und ihre Verbände dem gestiegenen gesundheitspolitischen Stellenwert der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe Rechnung. Sie leisten damit ihren Beitrag zur Stärkung ihrer Strukturen und ihrer Planungssicherheit.

Die Förderung der Selbsthilfe ist eine gesamtgesellschaftliche und damit eine Gemeinschaftsaufgabe aller Sozialversicherungsträger, der öffentlichen Hand sowie der privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Deshalb darf die finanzielle Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die

gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden nicht zu einem Rückzug der verantwortlichen Kostenträger führen. Vielmehr müssen sich der Bund, die Länder und die Gemeinden auch zukünftig maßgeblich an der infrastrukturellen Unterstützung und finanziellen Förderung der Selbsthilfe beteiligen.

Der GKV-Spitzenverband¹ hat gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung der Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen² – Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V., (BAG SELBSTHILFE), Düsseldorf, Der PARITÄTISCHE - Gesamtverband e.V., Berlin, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Gießen (DAG SHG), Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm (DHS), gemeinsame und einheitliche Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe durch die Krankenkassen und ihre Verbände entwickelt. Sie regeln die Voraussetzungen für eine Förderung von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen im Sinne des § 20c SGB V.

Diese Fassung der „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze“ berücksichtigt die in der langjährigen Zusammenarbeit der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Vertretungen der Selbsthilfe gesammelten Erfahrungen bei der Umsetzung der jeweils gültigen gesetzlichen Regelungen zur Selbsthilfeförderung gemäß SGB V.

Mit den nachfolgenden Grundsätzen zur Förderung der Selbsthilfe nach dem Sozialgesetzbuch V erfüllt

der seit dem 1. Juli 2008 zuständige GKV-Spitzenverband den Auftrag des Gesetzgebers, Inhalte und Verfahrensweisen der Selbsthilfeförderung verbindlich zu regeln. Die konkrete Umsetzung erfolgt durch die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Landesverbände-/vertretungen der Krankenkassen und die jeweiligen Krankenkassen. Alle an der Erstellung der Gemeinsamen Grundsätze Beteiligten untermauern durch eine sachgerechte Umsetzung der Regelungen den Stellenwert der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe und unterstützen damit die Ziele des Gesetzgebers.

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen

² Nachfolgend „Vertretungen der Selbsthilfe“ genannt

2. Gesetzliche Grundlage

Die Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen und ihre Verbände wird durch § 20c SGB V geregelt:

§ 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 der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3. 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 (KBV) 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) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderstufen 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 SGB IV 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 Förderstufen 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

Die Förderung der Selbsthilfe ist eine gesetzliche Aufgabe der Krankenkassen. Die Höhe der Förderung beziffert der Gesetzgeber mit 0,55 € (für 2006) je Versicherten. Gemäß § 18 Abs. 1 SGB IV beläuft sich die Förderhöhe im Jahr 2008 auf 0,56 €. Ein Rechtsanspruch auf Fördermittel als Regelleistung besteht weiterhin nicht. Vielmehr sieht der Gesetzgeber für die Krankenkassen und ihre Verbände bei der Vergabe von Fördermitteln einen Entscheidungsspielraum sowohl hinsichtlich der Gestaltung der Förderung als auch zur Auswahl der Förderbereiche und -ebenen vor. Mit der Neuregelung der Selbsthilfeförderung sollen insbesondere auch die Kooperationen zwischen Krankenkassen/-verbänden und der Selbsthilfe weiterentwickelt werden.

Eine Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen erfolgt dann, wenn sie sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten bei bestimmten Erkrankungen zum Ziel gesetzt haben. Prävention wird hier im Sinne von Sekundär- bzw. Tertiärprävention verstanden. Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen mit ausschließlich primärpräventiver Zielsetzung werden nicht gefördert. Der Gesetzgeber stellt mit seiner Formulierung einen engen Zusammenhang zu medizinischen Erfordernissen her. Die Ausführungen in diesen Grundsätzen beziehen sich deshalb immer auf die gesundheitsbezogene Selbsthilfe.

Mit der Novellierung der Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V zum 1. Januar 2008 wird eine kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung eingeführt. Die krankenkassenindividuelle Förderung bleibt weiterhin bestehen. Beide Förderstränge finden nebeneinander Anwendung und sind gleichrangig.

Die nachstehenden grundsätzlichen Ausführungen konkretisieren die gesetzliche Grundlage, beschreiben die beiden Förderstränge und die inhaltlichen Voraussetzungen und Kriterien für die Förderung.

Die im § 20c SGB V vorgesehene Budgetierung der Ausgaben für die Selbsthilfeförderung verlangt effiziente Förderstrukturen und -verfahren von den Krankenkassen.

Gesetzliche Grundlage



3. Begriffsbestimmung

3.1 Selbsthilfegruppen

Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von betroffenen Menschen auf örtlicher Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung eines bestimmten Krankheitsbildes, einer Krankheitsursache oder -folge und/oder psychischer Probleme richten, von denen sie entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind. Ihr Ziel ist die Verbesserung der persönlichen Lebensqualität und die Überwindung der mit vielen chronischen Krankheiten und Behinderungen einhergehenden Isolation und gesellschaftlichen Ausgrenzung. Sie wirken im örtlichen/regionalen Bereich in ihr soziales und politisches Umfeld hinein. Ihre Arbeit ist nicht auf materielle Gewinnerzielung ausgerichtet.

In der regelmäßigen Gruppenarbeit geben Selbsthilfegruppen Hilfestellung und sind Gesprächspartner in persönlicher Begegnung für ihre Mitglieder sowie nach außen. Ihre Arbeit ist geprägt von gegenseitiger Unterstützung und entsprechendem Erfahrungsaustausch. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern (z.B. Ärzten, Therapeuten, anderen Gesundheits- oder Sozialberufen) geleitet. Das schließt eine gelegentliche Hinzuziehung von Experten zu bestimmten Fragestellungen nicht aus.

3.2 Selbsthilfeorganisationen

Zu Selbsthilfeorganisationen/-verbänden haben sich Selbsthilfegruppen auf Landes- oder Bundesebene zusammengeschlossen, die auf ein bestimmtes Krankheitsbild oder eine gemeinsame Krankheitsursache oder eine gemeinsame Krankheitsfolge spezialisiert sind. Selbsthilfeorganisationen weisen gegenüber Selbsthilfegruppen meist größere Mitgliederzahlen auf, verfügen in der Regel über die Rechtsform des eingetragenen Vereins und häufig über hauptamtliches Personal, sind Organisationen mit überregionaler Interessenvertretung und verfügen meist über Kontakte zu Behörden, Sozialleistungsträgern, Trägern der Freien Wohlfahrtspflege, Leistungserbringern und zur Politik.

Aufgaben der Selbsthilfeorganisationen sind zum Beispiel: Förderung des gegenseitigen Austausches unter betroffenen Menschen durch Vernetzung von Selbsthilfegruppen und darauf aufbauende Beratungsarbeit, Interessenvertretung im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich, Herausgabe von Medien zur Information und Unterstützung der betroffenen Menschen sowie der ihnen angeschlossenen Untergliederungen, Durchführung von Schulungen für ihre örtlichen Gruppen, Seminare, Konferenzen und Tagungen. Neben Dienstleistungen für die eigenen Mitglieder erbringen sie auch Beratungs- und Informationsleistungen für Dritte.

Abhängig vom Verbreitungsgrad einer chronischen Erkrankung oder Behinderung und vom jeweiligen Selbstverständnis haben sich unterschiedliche Verbands- bzw. Organisationsstrukturen herausgebildet. Dementsprechend weisen Bundesorga-

Organisationen nicht immer auf der Landes- und der Ortsebene eigenständig ausgebildete Strukturen auf. Dies hat Auswirkungen auf die Erfüllung der vielfältigen Aufgaben dieser Organisationen. Aufgaben, die bei großen Verbänden in der Regel von örtlichen Selbsthilfegruppen übernommen werden (z.B. die Durchführung von Gruppentreffen, die Beratung der Betroffenen), werden bei kleinen Verbänden häufig unmittelbar von der Bundesebene wahrgenommen.

Bei seltenen Erkrankungen oder sonstigen erkrankungsbezogenen Besonderheiten kann es vorkommen, dass die Bildung örtlicher Selbsthilfegruppen nicht möglich ist und die Betroffenen sich direkt zu einer Bundesorganisation zusammenschließen.

Selbsthilfeorganisationen arbeiten in Abgrenzung zu anderen Organisationen, wie z. B. Patientenberatungsstellen, in ihrer Beratungsarbeit immer mit Rückgriff auf das Selbsthilfeprinzip (vgl. Präambel) sowie die Betroffenenkompetenz der in der Selbsthilfe zusammengeschlossenen Menschen.

Viele Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene sind Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) in Düsseldorf, im PARITÄTISCHEN - Gesamtverband e.V. in Berlin oder für den Bereich der Suchtselbsthilfe in der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) in Hamm. Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene sind vielfach Mitglied in den Landesarbeitsgemeinschaften Selbsthilfe e.V. bzw. Landesarbeitsgemeinschaften Hilfe für Behinderte e.V. und/oder in den jeweiligen Landesverbänden des PARITÄTISCHEN - Gesamtverband e.V. Eine Mitgliedschaft in diesen Organisationen ist zwar erwünscht, stellt jedoch keine Fördervoraussetzung dar. Darüber hinaus können Selbsthilfeorganisationen auch mit weiteren nationalen oder internationalen Fachgesellschaften bzw. -verbänden kooperieren.

3.3 Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende, professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal. Daneben existieren auch überregionale Strukturen von Selbsthilfekontaktstellen (die bundesweite Selbsthilfekontaktstelle NAKOS, Länderbüros bzw. Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfekontaktstellen). Selbsthilfekontaktstellen stellen bereichs-, themen- und indikationsgruppenübergreifend Dienstleistungsangebote zur methodischen Anleitung, Unterstützung und Stabilisierung von Selbsthilfegruppen bereit. Sie unterstützen aktiv bei der Gruppengründung und vermitteln oder bieten z. B. infrastrukturelle Hilfen in Form von Gruppenräumen, Beratung oder Praxisbegleitung an.

Eine Hauptzielgruppe von Selbsthilfekontaktstellen sind Bürger, die noch nicht Mitglieder von Selbsthilfegruppen sind und die sich über Möglichkeiten und Grenzen sowie über konkrete regionale Selbsthilfeangebote informieren und beraten lassen wollen. Selbsthilfekontaktstellen stärken die Kooperation und Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Professionellen, vermitteln Kontakte und Kooperationspartner und fördern die Vernetzung der Angebote in der Region.

Selbsthilfekontaktstellen verstehen sich als Agenturen zur Stärkung der Motivation, Eigenverantwortung und gegenseitigen freiwilligen Hilfe. Sie nehmen eine Wegweiserfunktion im System der gesundheitsbezogenen und sozialen Dienstleistungsangebote wahr und können dadurch zur Verbesserung der sozialen Infrastruktur beitragen.

3.4 Krankheitsverzeichnis

Das in § 20 c Abs. 1 Satz 2 SGB V geforderte Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei denen eine Förderung zulässig ist, wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Vertretungen der Selbsthilfe bereits 1996 erarbeitet. Es hat sich bewährt und gilt weiterhin (vgl. Anhang Nr. 1).

Darin sind der Einfachheit halber übergeordnete Krankheits- bzw. Diagnosehauptgruppen aufgeführt. Chronische Krankheiten und Behinderungen, die diesen Hauptgruppen zuzuordnen sind, werden von diesem Krankheitsverzeichnis ebenfalls erfasst. Ausgenommen sind akute Erkrankungen. Die Aufzählung einzelner chronischer Krankheiten innerhalb dieser Hauptgruppen hat lediglich exemplarischen Charakter.

3.5 Förderebenen

Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern die Selbsthilfe grundsätzlich auf drei Ebenen. Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen werden entsprechend ihres Wirkungsbereiches von der für sie zuständigen Ebene auf Seiten der Krankenkassen bzw. ihren Verbänden gefördert. Demnach liegt die Zuständigkeit

- für die Förderung von Bundesorganisationen der Selbsthilfe bei den Bundesverbänden der Krankenkassen bzw. ihren Mitgliedern, den jeweiligen Hauptverwaltungen der Krankenkassen.
- für die Förderung der Landesorganisationen der Selbsthilfe und der Selbsthilfekontaktstellen bei den Krankenkassenverbänden auf Landesebene bzw. ihren Landesgeschäftsstellen oder den landesweiten Krankenkassen.
- für die Förderung der örtlichen Selbsthilfegruppen in der Regel bei den für die Versicherten in der Region ansässigen Krankenkassen oder den zuständigen Geschäftsstellen der Krankenkassen.

Die jeweiligen Förderebenen sind grundsätzlich gleichrangig und gleichwertig.

Im Bereich der seltenen Erkrankungen schließen sich Betroffene aufgrund ihrer geringen Anzahl häufig zu Selbsthilfeorganisationen mit bundesweiter Ausrichtung zusammen. Sie verfügen selten über Selbsthilfestrukturen auf der örtlichen oder der Landesebene. Mitglieder dieser Organisationen stehen als AnsprechpartnerInnen für Betroffene, ihre Angehörigen oder für Interessierte zwar vor Ort zur Verfügung, sie stellen jedoch oftmals

keine Organisationseinheit auf diesen Ebenen dar. Sofern diese Selbsthilfeorganisationen im Bereich der seltenen Erkrankungen den Anspruch der bundesweiten Ausrichtung (z.B. zentrale bundesweite Ansprechstelle) haben, sind Förderanträge dieser Organisationen ausschließlich an die Bundesebene der Krankenkassen/-verbände zu richten. Sollten jedoch nachweisbare Landes- oder Ortsstrukturen (z. B. Nachweis des Gründungsprotokolls des Landesverbandes oder der Gruppe) vorhanden sein, sollten diese entsprechend der Ebenenförderung ihre Anträge stellen. Einzelpersonen, die als Kontaktpersonen für eine Selbsthilfeorganisation oder Selbsthilfegruppe tätig sind, sind nicht antragsberechtigt.

Der Grundsatz der Ebenenförderung gewährleistet, dass die Förderung von Selbsthilfegruppen (Ortsebene), Landesorganisationen der Selbsthilfe (Landesebene), Bundesorganisationen der Selbsthilfe (Bundesebene) und Selbsthilfekontaktstellen (Landesebene) durch die Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbände nur auf der jeweiligen Ebene erfolgt. Eine Antragstellung über Förderebenen hinweg ist unzulässig, da dies eine Doppelförderung zur Folge haben könnte. Bei länderübergreifenden Aktivitäten erfolgen entsprechende Absprachen unter den Krankenkassen/-verbänden.

3.6 Vertretungen der Selbsthilfe

Die gesetzliche Grundlage zur Förderung der Selbsthilfe nach § 20c SGB V sieht die Beteiligung der „Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen“ an der Erarbeitung der Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20c SGB V“ als auch an dem „Verzeichnis der Krankheitsbilder“ vor. Darüber hinaus sind die jeweils maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu den Beratungen über die Vergabe der Fördermittel aus der Gemeinschaftsförderung hinzuzuziehen. Die Einbeziehung der Vertretungen der Selbsthilfe erfordert ihrerseits demokratisch legitimierte Ansprechpartnerstrukturen.

Ziel ist es, die Stärkung der Selbsthilfe und ihrer Strukturen gemeinsam voranzubringen und dabei auch Lösungen für die Förderpraxis einschließlich der Bemessung der Förderhöhe zu entwickeln, diese transparent zu machen und nach außen gemeinsam zu vertreten.

Zur Benennung der Vertretungen der Selbsthilfe auf den jeweiligen Förderebenen unterbreiten die Spitzenverbände der Krankenkassen die nachstehenden Vorschläge.

3.6.1 Vertretungen der Selbsthilfe auf Bundesebene

Die für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene im Sinne des § 20c SGB V sind Organisationen, die

- gemäß ihrem Mitgliederkreis dazu berufen sind, die Interessen der Selbsthilfe zu vertreten,
- nach ihrer Satzung die Belange der Selbsthilfe fördern,
- die gewachsenen Strukturen und die Vielfalt von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen (Selbsthilfespektrum) angemessen vertreten,
- in ihrer inneren Ordnung demokratischen Grundsätzen entsprechen,
- Kontinuität in der Selbsthilfearbeit von mindestens drei Jahren aufweisen,
- gemeinnützige Zwecke verfolgen,
- ihre Unabhängigkeit und Neutralität nachweisen können und
- über ausreichend Bedeutung und Reputation verfügen.

Auf Bundesebene existiert seit Jahren ein gemeinsamer Arbeitskreis der Spitzenverbände der Krankenkassen und Vertretern der nachstehenden Verbände:

- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE), Düsseldorf,
- Der PARITÄTISCHE - Gesamtverband e.V., Berlin,
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Gießen,
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm.

Die Krankenkassen/-verbände behalten sich vor, im Einzelfall und bei konkreten Beratungsanliegen ggf. weitere Selbsthilfverbände oder Experten zu berücksichtigen.

3.6.2 Vertretungen der Selbsthilfe auf Landes- und örtlicher Ebene

Für die Landesebene empfehlen die Spitzenverbände der Krankenkassen ihren Mitgliedern ein analoges Vorgehen wie auf Bundesebene und die Berücksichtigung der vorgenannten Kriterien sowie länderspezifischer Strukturen und Besonderheiten.

Um insbesondere die Arbeitsfähigkeit auf örtlicher Ebene sicher zu stellen, wird vorgeschlagen, bis zu max. vier Selbsthilfvertretungen einzubeziehen. Die Selbsthilfeseite wird entsprechende Vertretungen benennen. Dabei sind die vorhandenen Strukturen zu berücksichtigen. Näheres regeln die Beteiligten auf den jeweiligen Ebenen.

4. Fördervoraussetzungen

Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen, sofern sie die in diesen Grundsätzen beschriebenen Voraussetzungen erfüllen.

4.1 Generelle Fördervoraussetzungen

Zu den generellen Fördervoraussetzungen für Selbsthilfegruppen und -organisationen zählen neben den in den Abschnitten 3 ff. dieser Grundsätze beschriebenen Merkmalen und Strukturen zusätzlich die nachstehenden Anforderungen:

- Interessenwahrnehmung durch Betroffene: die Selbsthilfearbeit in den Gruppen und Vereinsorganen wird von Betroffenen getragen.
- Gesundheitsbezogene Selbsthilfeaktivitäten stehen im Mittelpunkt der Arbeit: Die Aktivitäten sind auf die gemeinsame Bewältigung chronischer Krankheiten und/oder Behinderungen ausgerichtet, von denen die Mitglieder selber oder als Angehörige betroffen sind.
- Offenheit für neue Mitglieder und öffentliche Bekanntmachung des Selbsthilfeangebotes.
- Neutrale Ausrichtung und Unabhängigkeit der Selbsthilfeaktivitäten von wirtschaftlichen Interessen. Viele Selbsthilfeorganisationen haben bereits eigene Leitlinien zu ihrer Neutralität und Unabhängigkeit entwickelt bzw. sich den Leitlinien der BAG SELBSTHILFE e.V. und des PARITÄTISCHEN - Gesamtverband e.V. angeschlossen. Vgl. hierzu auch die „Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit“, die Bestandteil der Antragsunterlagen auf Bundes- und Landesebene ist.
- Transparenz über die Finanzsituation (auch Einnahmequellen) und Mittelverwendung.
- Bereitschaft zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und ihren Verbänden unter Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit der Selbsthilfe.

4.2 Ergänzende Fördervoraussetzungen für Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene

Zusätzlich zu diesen generellen Fördervoraussetzungen sind von den Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene die folgenden Voraussetzungen zu erfüllen:

- Die Selbsthilfeorganisation verfügt in der Regel über die Rechtsform des eingetragenen Vereins (e.V.). Diese Rechtsform ist von Bedeutung, da sie interne organisatorische Kontrollgremien und -verfahren vorsieht (Vereinszweck, Kassenführung und -prüfung, Kontrolle des Vorstands und Kassenführers durch die Mitgliederversammlung, Prüfung der satzungsgemäßen Mittelverwendung). Diese Rechtsform ist darüber hinaus geeignet, eine demokratische Willensbildung zu gewährleisten.
- Die Selbsthilfeorganisation verfügt über nachgeordnete Strukturen (z. B. in Form örtlicher Gruppen und/oder Landesverbänden) und unterstützt und betreut diese (Ausnahme: strukturelle Besonderheiten bei seltenen Erkrankungen).
- Die Einnahmequellen werden transparent gemacht (u.a. Mitgliedsbeiträge von ordentlichen und Fördermitgliedern, öffentliche Zuwendungen, Zuschüsse von Sozialversicherungen, Spenden, Sponsorengelder sowie geldwerte Dienstleistungen von Kooperationspartnern).

Bei Förderanträgen rechtlich unselbständiger Selbsthilfestrukturen/-vereinigungen auf Landes-

ebene sind die nachstehenden Voraussetzungen zur ordnungsgemäßen Verwendung der Beitragsmittel zu erfüllen:

- a. Der Antragsteller nimmt erkennbar eigenständige Landesaufgaben wahr (Nachweis z.B. durch das Gründungsprotokoll oder eine schriftliche Aufgabenbeschreibung).
- b. Der Antragsteller stellt die ausreichende Präsenz für Betroffene im jeweiligen Bundesland sicher (u.a. Ansprechpartner, Erreichbarkeit, Adresse).
- c. Der Antragsteller weist körperschaftliche Strukturen mit geregelter Verantwortlichkeit nach (z. B. Vorstand/Mitgliederversammlung).
- d. Der Antragsteller führt einen eigenständigen Namen (keine Privatperson).
- e. Der Antragsteller weist die eigenständige und überprüfbare Kassen(konten)-führung auf der Landesebene durch eine Einnahmen- und Ausgabenaufstellung nach.
- f. Der Antragsteller weist die Gemeinnützigkeit nach (Freistellungsbescheid vom Finanzamt). Die Ausstellung des Freistellungsbescheides auf den Bundesverband ist dann ausreichend, wenn Punkt e) erfüllt ist.

Fördervoraussetzungen



4.3 Ergänzende Fördervoraussetzungen für die örtlichen Selbsthilfegruppen

Zu den Voraussetzungen der Förderung der örtlichen Selbsthilfegruppen gehören zusätzlich zu den unter Abschnitt 4.1. genannten Voraussetzungen:

- Verlässliche/kontinuierliche Gruppenarbeit und Erreichbarkeit.
- Gruppengröße von mindestens sechs Mitgliedern.
- Die Selbsthilfegruppe hat ein Gründungstreffen durchgeführt und ihre Existenz und ihr Gruppenangebot öffentlich bekannt gemacht (beispielsweise bei der örtlichen Selbsthilfekontaktstelle oder in der regionalen Presse).

4.4 Fördervoraussetzungen für Selbsthilfekontaktstellen

Unter Berücksichtigung der strukturellen Voraussetzungen gemäß Abschnitt 3.3 gelten für die Förderung der Selbsthilfekontaktstellen die nachstehenden Fördervoraussetzungen:

- Interessenwahrnehmung und infrastrukturelle Unterstützung der Selbsthilfegruppen gemäß Krankheitsverzeichnis.
- Nachgewiesene Selbsthilfekontaktstellenarbeit von mindestens einem Jahr (Ausnahmen sind in begründeten Einzelfällen möglich).
- Bereitstellung von themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifenden Dienstleistungsangeboten für die örtlichen Selbsthilfegruppen.
- Angemessene, eigenständige Förderung durch die öffentliche Hand.
- Hauptamtliches Fachpersonal.
- Regelmäßige Erreichbarkeit und Öffnungs-/Sprechzeiten.
- Dokumentation der örtlichen/regionalen Selbsthilfegruppen, der geplanten Gruppen Gründungen bzw. der Interessentenwünsche.
- Unterstützung/Hilfen bei der Gruppengründung und Praxisbegleitung.
- Mitarbeit in der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen und Kooperation mit Landeskoordinierungsstellen soweit vorhanden.

4.5 Ausschluss der Förderung

Einrichtungen und/oder Strukturen, die diese vorgenannten generellen Voraussetzungen nicht erfüllen, werden von den Krankenkassen und ihren Verbänden nicht gefördert. Eine Förderung nach § 20c SGB V kommt weiter nicht in Betracht für:

- Wohlfahrtsverbände,
- Sozialverbände,
- Verbraucherverbände/-organisationen/-einrichtungen,
- Patientenberatungsstellen (auch internetbasierte),
- Berufs-/Fachverbände bzw. Fachgesellschaften,
- Kuratorien, Stiftungen, Fördervereine, Netzwerke³,
- (Unter-)Arbeitsgruppen oder Arbeitskreise von Selbsthilfegruppen und/oder -organisationen,
- stationäre oder ambulante Hospizdienste,
- Bundes- bzw. Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheit/Gesundheitsförderung bzw. Landeszentralen für Gesundheit/Gesundheitsförderung, Landes- bzw. regionale Gesundheitskonferenzen,
- Krankheitsspezifische Beratungseinrichtungen oder Kontaktstellen wie beispielsweise Sucht-, Krebsberatungsstellen,
- ausschließlich im Internet agierende Initiativen,
- Kooperationsberatungsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigungen (KOSA),
- alle Aktivitäten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, deren Ausrichtung nicht auf gesundheitsbezogene Aktivitäten und Maßnahmen im Sinne des § 20c SGB V abzielen (z.B. soziale Belange und Aktivitäten

auch bezogen auf bestimmte Personenkreise wie z.B. Alleinerziehende oder Senioren sowie Bürger-, Stadtteil-, Verkehrs- und Umweltinitiativen),

- Freizeitaktivitäten wie z .B. Ausflüge, Urlaubsreisen, Kino-, Konzert- und Theaterbesuche,
- Studien, die ausschließlich der Erforschung von Krankheiten und ihren Ursachen dienen (Grundlagenforschung).

Von der Förderung ebenfalls ausgeschlossen sind Angebote, die zu den Leistungen der GKV nach anderen Rechtsgrundlagen gehören, z. B.

- Patientenschulungsmaßnahmen, Funktionstraining und Rehabilitationssport, Nachsorgemaßnahmen gemäß § 43 f. SGB V
- Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (§ 30 SGB IX)
- Soziotherapie (§ 37a SGB V)
- Therapiegruppen gemäß § 27 ff. SGB V (z.B. Psychotherapie, Verhaltens-, Gesprächstherapie, Ergotherapie).
- Primärpräventive Maßnahmen/Präventionskurse (§ 20 SGB V).

Selbsthilfegruppen oder -organisationen, die vorrangig kommerzielle Ziele verfolgen oder zu kommerziellen Zwecken gegründet wurden, sind ebenfalls von einer Förderung nach § 20c SGB V ausgeschlossen.

Fördervoraussetzungen

³ In einigen Fällen führen Selbsthilfeorganisationen die Bezeichnung „Kuratorium“, „Stiftung“, „Förderverein“ oder „Netzwerk“. Dabei ist nicht erkennbar, ob der Antragsteller seinen Aufgabenschwerpunkt in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfearbeit hat und Selbsthilfestrukturen gemäß Abschnitt 3 dieser Grundsätze vorhanden sind. Geht dies eindeutig aus den Antragsunterlagen hervor, kommt ggf. eine Förderung in Betracht. Es wird deshalb empfohlen, diese Antragsteller/Anträge besonders zu prüfen.

4.6 Besonderheiten bei Dachorganisationen und Netzwerken - Vermeidung von Doppel- und Mehrfachförderungen

Neben den krankheitsspezifischen Selbsthilfegruppen und/oder -organisationen existieren übergeordnete Zusammenschlüsse einzelner Selbsthilfeorganisationen bzw. Dachorganisationen zu unterschiedlichen oder mehreren Krankheitsbildern, -ursachen oder -folgen. Zudem existieren Netzwerke, die sich mit gleichen Krankheitsbildern, -ursachen oder -folgen befassen.

Um Synergieeffekte zu nutzen, können derartige Zusammenschlüsse sinnvoll sein. Die Schaffung dieser zusätzlichen Strukturen durch Netzwerke, Dachverbände oder ähnlicher Zusammenschlüsse darf jedoch nicht allein zu dem Zweck erfolgen, zusätzliche Fördermittel zu erlangen. Daher ist eine Förderung der Aktivitäten von Dachverbänden, Netzwerken oder Arbeitsgemeinschaften ausschließlich als zweckgebundene Projektförderung unter Berücksichtigung der folgenden Bedingungen möglich:

- Die zu fördernde Aktivität muss von der Struktur im Auftrag mehrerer Selbsthilfegruppen und/oder Selbsthilfeorganisationen wahrgenommen werden.
- Die zu fördernde Aktivität stellt einen Mehrwert für die beteiligten Selbsthilfeorganisationen/-gruppen dar und grenzt sich von den originären Aufgaben der Dachorganisation, des Netzwerkes oder der Arbeitsgemeinschaft ab.
- Die zu fördernde Aktivität ist eindeutig der originären Selbsthilfearbeit zuzurechnen.
- Die auf die zusätzliche Struktur übertragene Aufgabenstellung ist nicht bereits Gegenstand der Förderung von Selbsthilfegruppen und/oder Selbsthilfeorganisationen.
- In der öffentlichen Wahrnehmung stellt sich die geförderte Aktivität als gemeinsames Projekt der teilnehmenden Mitglieder der Dachorganisation/des Netzwerkes in Abgrenzung zur eigenen Öffentlichkeitsarbeit der Dachorganisation/des Netzwerkes dar.

4.7. Verhältnis zur Selbsthilfeförderung nach dem SGB XI

(Soziale Pflegeversicherung)

Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen können neben einer Förderung nach § 20 c SGB V auch Fördermittel nach §§ 45 d. i.V.m. 45 c SGB XI beantragen. Die Rechtsvorschrift im SGB XI sieht u .a. vor, dass Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen Förderanträge bei den durch Rechtsverordnung benannten zuständigen Stellen des Landes oder der Gebietskörperschaft stellen können. Die Angebote der Selbsthilfe sind hier nur förderfähig, wenn sie sich an Pflegebedürftige, an Menschen mit erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf (Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI) oder auch deren Angehörige richten.

Werden parallel zur Beantragung von Fördermitteln im Rahmen des § 20 c SGB V auch Fördermittel nach § 45 d i.V.m. 45 c SGB XI beantragt, dürfen Maßnahmen nicht doppelt finanziert werden. Die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen haben im Rahmen der Beantragung der Fördermittel transparent zu machen, ob und ggf. in welcher Höhe sowie für welchen Zweck bereits Fördermittel bei anderen Trägern beantragt oder bereits zugesagt wurden.

5. Förderverfahren

Die Selbsthilfeförderung nach § 20c SGB V erfolgt ab 2008 durch die zwei Förderstränge: die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung und die krankenkassenindividuelle Förderung. Danach sind von den Krankenkassen und ihren Verbänden mindestens 50 % der insgesamt jährlich zur Verfügung stehenden Fördermittel der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung bereit zu stellen. Die übrigen maximalen 50 % der Fördermittel verbleiben den einzelnen Krankenkassen für ihre krankenkassenspezifische Förderung. Für die Förderung der Landes- und örtlichen Ebene sind die Mittel entsprechend dem Wohnort (KM 6) der Versicherten aufzubringen. Die jeweiligen Förderverfahren werden in den folgenden Abschnitten beschrieben.

Die Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände erfolgt unter Berücksichtigung des § 1 SGB V „Solidarität und Eigenverantwortung“ und § 12 SGB V „Wirtschaftlichkeitsgebot“ auf Bundes-, Landes- und örtlicher Ebene. Ein Rechtsanspruch auf eine Förderung nach § 20c SGB V und auf eine bestimmte Fördersumme besteht nicht.

Die Bemessung der Förderhöhe erfolgt unter Berücksichtigung der insgesamt zur Verfügung stehenden Fördermittel, der Anzahl der eingegangenen förderfähigen Förderanträge und dem nachvollziehbaren Förderbedarf der Antragsteller.

Die Fördermittel der Krankenkassen und ihrer Verbände stellen generell einen Zuschuss für die Vorhaben der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe gemäß § 20c SGB V dar. Eine Vollfinanzierung der Aktivitäten von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen ist ausgeschlossen. Finanzielle Zuwendungen der Krankenkassen und ihrer Verbände können zurückgefordert werden, sofern sich die Angaben des Förderantrages als unrichtig erweisen oder die Fördermittel zweckfremd verwendet wurden. In Zweifelsfällen wird die Rücksprache mit der Krankenkasse bzw. dem Krankenkassenverband empfohlen.

5.1 Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung

Die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung erfolgt auf allen Förderstufen und für alle Förderbereiche als Pauschalförderung. Die Fördermittel der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung sind pauschale Zuschüsse, mit denen die Krankenkassen und ihre Verbände neben anderen öffentlich rechtlichen Einrichtungen einen maßgeblichen Beitrag zur Basisfinanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe leisten (s. Anhang Nr. 2 „Eckpunkte für die Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung“).

5.1.1 Inhalte der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung

Die Pauschalförderung wird als finanzielle Unterstützung der originären selbsthilfebezogenen Aufgaben verstanden. Diese pauschalen Mittel werden der Selbsthilfe als Zuschüsse zur Absicherung ihrer originären und vielfältigen Selbsthilfearbeit und regelmäßig wiederkehrenden Aufwendungen zur Verfügung gestellt. Darunter fallen insbesondere Aufwendungen für:

- Raumkosten, Miete,
- Büroausstattung und Sachkosten (z. B. PC, Drucker, Beamer, Büromöbel, Porto und Telefon, Gebühren für Online-Dienste),
- Pflege des Internetauftritts/Homepage,
- Regelmäßig erscheinende Verbandsmedien (z. B. Mitgliederzeitschriften, Flyer) einschließlich deren Verteilung,
- Schulungen oder Fortbildungen, die auf die

Befähigung zur Organisations- und Verbandsarbeit sowie auf administrative Tätigkeiten abzielen (z. B. kaufmännische Weiterbildungen, Weiterbildungen zum Vereinsrecht, PC-Schulungen, Rhetorik), einschließlich Veranstaltungs-, Teilnahmegebühren, Fahrt- und Übernachtungskosten,

- Durchführung von Gremiensitzungen gemäß Satzung (z. B. Vorstandssitzungen, Mitglieder-/ Jahresversammlungen, Delegiertenversammlungen, Sitzungen des wissenschaftlichen Beirats und Sitzungen verbandsinterner Arbeitsgruppen), einschließlich Veranstaltungs-, Teilnahmegebühren, Fahrt- und Übernachtungskosten.

Für die vorgenannten originären Aufgaben und Aktivitäten der Selbsthilfe sind selbstverständlich Personal- und Sachaufwendungen erforderlich, die durch die Pauschalförderung bestritten werden können. Anträge, die ausschließlich auf Stellenförderung lauten, können nicht berücksichtigt werden. Förderfähig sind lediglich die Aufgaben/Aktivitäten der Selbsthilfe.

5.1.2 Umfang der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung

Für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung stehen insgesamt mindestens 50 % der jährlich verfügbaren Fördermittel bereit. Sie wird von den Krankenkassen und ihren Verbänden auf allen drei Förderebenen (Bundes-, Landes- und örtliche Ebene) durchgeführt und berücksichtigt dabei Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen.

Es ist zweckmäßig, wenn sich die Krankenkassen und ihre Verbände auf gemeinsame und einheitliche Förderhöhen für die jeweiligen Förderbereiche verständigen. Durch die Verständigung auf gemeinsame und einheitliche Fördervolumina für die jeweiligen Förderebenen und -bereiche und ihre Bekanntgabe stellen die Krankenkassen und ihre Verbände Transparenz über die jeweils verfügbaren pauschalen Fördermittel her.

Auf die Empfehlung bundesweit geltender Verteilungsquoten wurde verzichtet, da die Selbsthilfestrukturen in den einzelnen Bundesländern sowohl quantitativ als auch qualitativ unterschiedlich entwickelt sind. Die Mittel sind insgesamt flexibel und bedarfsgerecht aufzuteilen. Der Stärkung der im Aufbau befindlichen sowie der Weiterentwicklung der bestehenden Selbsthilfestrukturen soll Rechnung getragen werden.

Bei der Verteilung der Fördermittel aus der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung auf die jeweiligen Förderebenen empfehlen die Spitzenverbände der Krankenkassen, so genannte Untergrenzen nicht zu unterschreiten:

Für die Pauschalförderung der Bundesorganisationen der Selbsthilfe stellen die Krankenkassen und ihre Verbände mindestens 20 % der Gesamtmittel der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung zur Verfügung.

Für die Pauschalförderung der Landes- und örtlichen Ebene stehen die um die kassenartenübergreifende Bundesförderung reduzierten Mittel zur Verfügung (entspricht bis zu 80 % der Mittel aus der kassenartenübergreifenden Förderung). Diese

Mittel sind unter Berücksichtigung der landesspezifischen Selbsthilfestrukturen auf die Landesorganisationen der Selbsthilfe, Selbsthilfekontaktstellen und örtlichen Selbsthilfegruppen aufzuteilen. Die Krankenkassen/-verbände treffen eine gemeinsame und einheitliche Entscheidung über die jeweilige Förderhöhe und Mittelvergabe. Aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen sollte sichergestellt werden, dass die örtlichen Selbsthilfegruppen hiervon mindestens 20 % erhalten.

Nicht verausgabte Fördermittel eines jeweiligen Förderjahres werden ins Folgejahr übertragen und bleiben somit der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung erhalten.

5.1.3 Verfahren der Antragstellung bei der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung erfolgt für die Antragsteller auf allen Förderebenen unbürokratisch und ohne unnötigen Verwaltungsaufwand. Die Spitzenverbände der Krankenkassen kommen deshalb dem Wunsch der Vertretungen der Selbsthilfe nach, das von ihnen empfohlene Ein-Ansprechpartner-Verfahren zu praktizieren. Dieses sieht vor, dass bei der Beantragung pauschaler Fördermittel seitens des Antragstellers nur noch ein Förderantrag an den jeweils federführenden Krankenkassenverband bzw. die federführende Koordinierungsstelle auf der jeweiligen Förderebene einzureichen ist.

Förderanträge sind schriftlich anhand der von den Krankenkassen und ihren Verbänden bereitgestellten Antragsvordrucke auf den jeweiligen Förderebene

nen zu stellen. Diese Vordrucke sollen mit den Vertretungen der Selbsthilfe abgestimmt werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen stellen hierfür Musterformulare zur Verfügung. Der Antrag ist vollständig auszufüllen und mit allen erforderlichen Unterlagen rechtzeitig einzureichen. Die für das jeweilige Förderjahr vom Antragsteller benötigten Fördermittel sind nachvollziehbar und realistisch darzustellen und zu beziffern. Förderanträge sind fristgerecht einzureichen. Die jeweiligen Fristen können je nach Förderebene und Förderbereich variieren.

Zum Antragsverfahren der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung auf Bundesebene wird regelmäßig in Form eines Gemeinsamen Rundschreibens informiert. Dieses Gemeinsame Rundschreiben wird in enger Abstimmung zwischen den Krankenkassen/-verbänden auf Bundesebene und den Vertretern der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe erarbeitet und in der Regel im Herbst für das kommende Förderjahr veröffentlicht. Die jeweils aktuelle Fassung des Gemeinsamen Rundschreibens gibt Auskunft über das Antragsverfahren, die zu verwendenden Antragsvordrucke, die Kontaktadresse zur Einreichung der Förderanträge und die Antragsfrist. Das Gemeinsame Rundschreiben ist über die Bundesverbände der Krankenkassen oder über die Spitzenorganisationen der Selbsthilfe zu beziehen.

Die Krankenkassen/-verbände auf Bundesebene und die Spitzenorganisationen der Selbsthilfe empfehlen der Landes- und regionalen/örtlichen Ebene, entsprechende Verfahrensregelungen auf diesen Ebenen abzustimmen und zu veröffentlichen. Eine Orientierung kann hierfür das auf Bundesebene praktizierte Vorgehen bieten.

5.1.4 Antragsbearbeitung und Mittelvergabe bei der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung

Um der Selbsthilfe Planungssicherheit zu geben, empfehlen die Spitzenverbände der Krankenkassen, Anträge auf allen Förderebenen und für alle Förderbereiche zeitnah zu bearbeiten. Nach Ablauf der Antragsfrist und nach Vorliegen vollständiger Antragsunterlagen soll das Förderverfahren durch die Krankenkassen/-verbände spätestens drei Monate nach Ende der Antragsfrist abgeschlossen sein.

Über die Vergabe der Fördermittel aus der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung beschließen die Krankenkassen und ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam und nach Beratung mit den maßgeblichen Vertretungen der Selbsthilfe.

5.1.4.1 Bemessung der Förderhöhe für Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene

Unter Berücksichtigung der jeweils zur Verfügung stehenden Fördermittel und des Antragsvolumens der insgesamt vorliegenden Anträge sind bei der Entscheidung über die jeweilige Förderhöhe auch die nachstehenden Merkmale zu beachten:

- Größe der Organisation (z.B. Anzahl der Einzelmitglieder/Personen des Gesamtverbandes und Anzahl der angeschlossenen Selbsthilfegruppen),
- ehrenamtliche oder hauptamtliche Arbeit,
- Verbreitung der Erkrankung,
- dezentrale/zentrale Struktur bezogen auf die

Förderverfahren

Förderebenen (Bund, Land, vor Ort),

- Art der Erkrankungen/Behinderungen und der damit einhergehenden Herausforderungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen,
- Aktivitäten- und Tätigkeitsprofil des Antragstellers,
- Berücksichtigung des Basisbedarfs kleinerer Selbsthilfestrukturen, insbesondere im Bereich seltener Erkrankungen,
- Akzeptanz bei anderen Förderstellen (insbesondere öffentliche Hand),
- Anteil der gesundheitsbezogenen Selbsthilfearbeit am gesamten Tätigkeitsspektrum des Antragstellers.

Es ist auch zu berücksichtigen, dass die Aufspaltung von Selbsthilfestrukturen bzw. die Existenz mehrerer Selbsthilfeorganisationen zu einem Indikationsbereich nicht automatisch zu einer Vermehrung der Fördermittel führen kann.

5.1.4.2 Bemessung der Förderhöhe für Selbsthilfegruppen

Bei der Bemessung der Förderhöhe für Selbsthilfegruppen wird eine orts-/regionalspezifische Vorgehensweise empfohlen.

5.1.4.3 Bemessung der Förderhöhe für Selbsthilfekontaktstellen

- Bei der Bemessung der Förderhöhe für Selbsthilfekontaktstellen sind u.a. die nachstehenden Merkmale zu beachten:
- Einwohnerzahl, Struktur und Fläche des Einzugsgebietes,
- Anzahl der zu unterstützenden Selbsthilfegruppen,
- zusätzliche Leistungen, wie z. B. Zweigstellen- oder Sprechstundenangebot,
- Aktivitäten und Tätigkeitsprofil,
- Ausstattung (z.B. Räume für Selbsthilfegruppen, Anzahl der Fach- und Verwaltungskräfte).

5.2 Krankenkassenindividuelle Förderung

Es war ausdrücklicher Wille des Gesetzgebers, den Krankenkassen und ihren Verbänden eigene Gestaltungsmöglichkeiten bei der Selbsthilfeförderung zu überlassen. Hierfür verbleiben ihnen die übrigen maximal 50 % der Fördermittel, die insbesondere für Projekte und zielgruppenspezifische Förderschwerpunkte verausgabt werden können. Durch die hiermit eröffnete Möglichkeit von Kooperationen soll die inhaltliche Zusammenarbeit der Selbsthilfe mit den Krankenkassen und ihren Verbänden gestärkt und weiter ausgebaut werden. Durch die krankenkassenindividuelle Förderung ist es den Krankenkassen weiterhin möglich, Vorhaben der Selbsthilfe zum Nutzen ihrer Versicherten zu stärken. Die krankenkassenindividuelle Förderung bietet aber auch der Selbsthilfe die Chance, gezielte Projektvorhaben gemeinsam mit den Krankenkassen zu realisieren.

Die jeweiligen Krankenkassen/-verbände gestalten die krankenkassenindividuelle Förderung inhaltlich und strukturell in eigener Verantwortung und setzen sie entsprechend um. Im Gegensatz zur kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung nehmen Krankenkassen und ihre Verbände im Rahmen der krankenkassenindividuellen Förderung Anträge in der Regel nicht gemeinsam entgegen. Auch die Prüfung der Anträge und die Entscheidungsfindung erfolgt in der Regel kassenspezifisch. Im Einzelfall kann jedoch ein Austausch der Krankenkassen und ihrer Verbände über eingegangene Förderanträge – insbesondere über das beantragte Projekt und die beantragte Fördersumme – erfolgen.

5.2.1 Inhalte der krankenkassenindividuellen Förderung

Um die besonderen Vorhaben und Aktivitäten der Selbsthilfe gezielt aufgreifen zu können, erfolgt die krankenkassenindividuelle Förderung vorrangig als Projektförderung durch die einzelne Krankenkasse bzw. ihre Verbände. In Abgrenzung zur Pauschalförderung sind Projekte gezielte und zeitlich begrenzte Vorhaben. Dabei handelt es sich um Aktivitäten, die über das Maß der täglichen Selbsthilfearbeit hinausgehen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass an die Inhalte der Projekte auf den verschiedenen Förderebenen unterschiedlich hohe Ansprüche gestellt werden. Auf der Bundesebene können beispielsweise neue Veröffentlichungen oder Vorhaben zur inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung der Selbsthilfe als Projekt beantragt werden. Die Vertretungen der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe empfehlen, auch aus Gründen der Vereinfachung, die Möglichkeiten der pauschalen Förderung auf der örtlichen Ebene zu prüfen. Projektthemen können sich auch auf innerverbandliche Anliegen beziehen oder verbands-/organisationsübergreifend ausgerichtet sein, beispielsweise als Verbundprojekt mehrerer Selbsthilfeorganisationen zum gleichen Krankheitsbild oder zu ähnlichen Interessen bzw. Anliegen.

Die inhaltliche Ausrichtung der krankenkassenindividuellen Förderung durch die einzelnen Krankenkassen und Verbände kann variieren. Deshalb empfehlen die Spitzenverbände der Krankenkassen den Antragstellern, sich direkt bei den einzelnen Krankenkassen/-verbänden über die jeweiligen Förderschwerpunkte und -möglichkeiten im Vorfeld der schriftlichen Antragstellung zu informie-

ren. Es wird empfohlen, dass die Krankenkassen und ihre Verbände ihrerseits die Selbsthilfe über ihre Förderschwerpunkte und Fördermöglichkeiten informieren.

5.2.2 Umfang der krankenkassenindividuellen Förderung

Für die krankenkassenindividuelle Förderung stehen maximal 50 % der jährlich verfügbaren Fördermittel bereit.

Die Vertretungen der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe empfehlen den Krankenkassen und ihren Verbänden, weitergehende Regelungen als die gesetzlich vorgegebene Mindesthöhe zu treffen und der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung mehr als den 50%-igen Pflichtteil zur Verfügung zu stellen. Die Entscheidung hierüber treffen jedoch die Krankenkassen und ihre Verbände eigenständig.

Die Krankenkassen und ihre Verbände können bei der krankenkassenindividuellen Förderung eigene Förderschwerpunkte setzen. Hierzu empfehlen die Vertretungen der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe, die krankenkassenindividuelle Förderung in einem transparenten Verfahren auf allen Förderebenen umzusetzen und dabei alle Bereiche der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zu berücksichtigen.

5.2.3 Verfahren der Antragstellung bei der krankenkassenindividuellen Förderung

Damit der Selbsthilfe eine gezielte Antragstellung möglich ist, empfehlen die Spitzenverbände der Krankenkassen ihren Mitgliedern, ihre jährlichen Förderschwerpunkte und -modalitäten rechtzeitig vor Beginn eines neuen Förderjahres bekannt zu geben. Hierzu gehören:

- die jeweils geltenden Antragsfristen, soweit solche Fristen existieren,
- die ggf. zu verwendenden Antragsformulare,
- die jeweils geltenden inhaltlichen Förderschwerpunkte,
- die jeweils für das nächste Förderjahr auf der Förderebene zur Verfügung stehenden Gesamtfördermittel.

Darüber hinaus sollte der Antragsteller informiert werden, wenn sein Förderantrag nicht berücksichtigt, zurückgestellt oder an einen anderen Förderer abgegeben wird.

Anträge sind schriftlich anhand der von den Krankenkassen und ihren Verbänden bereitgestellten Antragsvordrucke auf den jeweiligen Förderebenen zu stellen. Unabhängig von der Form der Antragstellung müssen Projektanträge auf Bundesebene folgende Angaben enthalten:

- inhaltliche, strukturelle und methodische Zielsetzungen des Projektes,
- Erfolgsindikatoren des Projektes,
- Ausführungen zur Weiterführung des Projektes nach Auslaufen der Finanzierung (Verstetigung),
- weitere Projektbeteiligte und Kooperationspartner,

- Projektaufbau und Projektdurchführung, -umsetzung,
- angesprochene Zielgruppe,
- Laufzeit des Projektes,
- Kosten des Projektes (detaillierter Finanzierungsplan einschließlich der Benennung des Eigenanteils sowie der eingebrachten Finanzmittel durch weitere Projektbeteiligte).

Denkbar ist auch, dass sich eine Krankenkasse bzw. ein Krankenkassenverband direkt an eine Selbsthilfeorganisation wendet und ihr Projektinteresse mit dieser klärt.

Hinsichtlich der Antragsfristen verfahren die Krankenkassen/-verbände in der Regel flexibel. Die jeweiligen Antragsfristen sind bei den jeweiligen Krankenkassen/-verbänden direkt zu erfragen.

5.2.4 Antragsbearbeitung und Mittelvergabe bei der krankenkassenindividuellen Förderung

Wie bei der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung empfehlen die Spitzenverbände der Krankenkassen ihren Mitgliedern, Anträge zeitnah zu bearbeiten. Die Entscheidung über die Förderung einschließlich der Bemessung der Förderhöhe fällt in die Zuständigkeit der einzelnen Krankenkasse bzw. des Krankenkassenverbandes. Hierbei sollten auch die Bemessungskriterien gemäß Abschnitt 5.1.4 zur Anwendung kommen.

5.3 Nicht verausgabte Fördermittel eines Förderjahres

Nicht verausgabte Fördermittel aus der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung und aus der krankenkassenindividuellen Förderung fließen im Folgejahr der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung zu. Näheres regeln die Krankenkassen und ihre Verbände unter Berücksichtigung der in den Vorjahren gesammelten Erfahrungen und unter Beteiligung der Vertretungen der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe.

6. Perspektive

30

Perspektive

Der GKV-Spitzenverband und die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen gehen davon aus, dass die Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe die Arbeit der Selbsthilfe zielgerichtet stärken werden. Im Rahmen der Umsetzung und Weiterentwicklung der Fördergrundsätze findet auf verschiedenen Ebenen der Erfahrungsaustausch unter den Beteiligten statt. Der GKV-Spitzenverband wird im Bedarfsfall die Grundsätze weiter entwickeln.

Anhang 1: Krankheitsverzeichnis nach § 20c SGB V

Das Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei denen eine Förderung zulässig ist, haben die Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den für die Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen anlässlich der Änderung des § 20 SGB V durch das Beitragsentlastungsgesetz (1. November 1996) erarbeitet. Es hat sich bewährt und gilt weiterhin.

Die nachstehende Auflistung führt der Einfachheit halber übergeordnete Krankheits- bzw. Diagnosegruppen auf und ermöglicht die Zuordnung konkreter Diagnosen chronischer Krankheiten oder Behinderungen. Die Aufzählungen in den Klammern sind exemplarisch.

Die Förderung der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 20c SGB V soll in den nachstehend aufgeführten Bereichen erfolgen, ausgenommen Akutkrankheiten:

- Krankheiten des Kreislaufsystems / Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. chronische Herzkrankheiten, Infarkt, Schlaganfall, chronisch pulmonale Herzkrankheit)
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes (z.B. rheumatische Erkrankungen, Morbus Bechterew, Sklerose, Myasthenie, Sklerodermie, Skoliose, Fibriomyalgie, Osteoporose, chronische Osteomyelitis)
- Bösartige Neubildungen / Tumorerkrankungen (z.B. Kehlkopf, Haut, Brust, Genitalorgane, Leukämie)
- Allergische und asthmatische Erkrankungen/ Krankheiten des Atmungssystems
- Krankheiten der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes (z.B. chronische Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, chronische Pankreatitis, chronische Nierenerkrankung)
- Lebererkrankungen (z.B. Leberzirrhose)
- Hauterkrankungen / chronische Krankheiten des Hautanhanggebildes und der Unterhaut (z.B. Psoriasis, chronisches atopisches Ekzem, Epidermolysis Bullosa, Lupus erythematodes, Sklerodomie)
- Suchterkrankungen (z.B. Medikamenten-, Alkohol-, Drogenabhängigkeit, Essstörungen: Anorexie und Bulimie)
- Krankheiten des Nervensystems (z.B. Multiple Sklerose, Parkinson, Epilepsie, Hydrozephalus, Chorea Huntington, Muskelatrophie, Muskeldystrophie, Zerebralparese/Lähmungen, Narkolepsie, Schädigungen des zentralen Nervensystems, Minimale Cerebrale Dysfunktion, Alzheimer Krankheit, Hereditäre Ataxie, Guillain-Barré-Syndrom, Stiff-man-Syndrom, Recklinghausensche Krankheit)
- Hirnbeschädigungen (z.B. apallisches Syndrom, Aphasie, Apoplexie, Schädel-Hirn-Verletzungen)
- Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (z.B. Diabetes mellitus, Zystische Fibrose, Mukoviszidose, Zöliakie, Phenylketonurie, Marfan-Syndrom)
- Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/ Immundefekte (z.B. Hämophilie, AIDS, HIV-Krankheit, Sarkoidose)
- Krankheiten der Sinnesorgane / Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen (z.B. Tinnitus, Ménière, Schwerhörigkeit, Taubheit, Taubstummheit, Gehörlosigkeit, Retinitis Pigmentosa, Stottern)
- Infektiöse Krankheiten (z.B. Poliomyelitis/Kinderlähmung)

Anhang

- Psychische und Verhaltensstörungen / Psychische Erkrankungen (z.B. psychische und Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Suizidalität, Hyperkinetische Störungen, Angststörungen, Zwangserkrankungen, Autismus, Rett-Syndrom, Depression)
- Angeborene Fehlbildungen / Deformitäten / Chromosomenanomalien (z.B. Spina bifida, Hydrozephalus, Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte, Down-Syndrom, Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Körperbehinderungen, Kleinwuchs, geistige Behinderungen)
- Chronische Schmerzen
- Organtransplantationen.

Anhang 2

Eckpunkte für die Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung

Auszug aus:

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

33

Anhang

(...)

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 kassenarten-übergreifende 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 kassenarten-spezifisch. 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 €).

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 Berücksichti-

gung der landesspezifischen Selbsthilfestrukturen. Die Krankenkassen/-verbände treffen eine gemeinsame und einheitliche Entscheidung über die jeweilige Förderhöhe und -mittelvergabe.

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 werden. 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 kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen. Über diese Mindestförderung hinaus können die Krankenkassen der Gemeinschaftsförderung weitere kassenkassenindividuelle 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 kassenartenüber-

greifenden 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 betei-

ligen. Die Selbsthilfeseite wird entsprechende Vertretungen benennen.

h) **Schriftliche Fixierung der getroffenen Fördervereinbarungen**

Die Förderverfahren auf den jeweiligen Fördererebenen 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.

