

W

Deutscher Bundestag ■ Wissenschaftliche Dienste

**Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die
öffentliche Hand und die Sozialversicherungsträger -
Rechtsgrundlagen und Förderpraxis**

- Ausarbeitung -



Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages

████████████████████
Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die öffentliche Hand und die Sozialversicherungsträger – Rechtsgrundlagen und Förderpraxis

Ausarbeitung WD 9 - 3000-002/08

Abschluss der Arbeit: 17.04.2008

Fachbereich WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

████████████████████

Ausarbeitungen und andere Informationsangebote der Wissenschaftlichen Dienste geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Die Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste sind dazu bestimmt, Mitglieder des Deutschen Bundestages bei der Wahrnehmung des Mandats zu unterstützen. Der Deutsche Bundestag behält sich die Rechte der Veröffentlichung und Verbreitung vor. Beides bedarf der Zustimmung der Leitung der Abteilung W.

Inhalt

1.	Einleitung	6
1.1.	Begriff und Bedeutung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe	6
1.2.	Organisationsformen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Deutschland	7
1.2.1.	Strukturen der organisierten Selbsthilfe im Überblick	7
1.2.2.	Begriffsbestimmungen	8
1.2.2.1.	Selbsthilfegruppen	9
1.2.2.2.	Selbsthilfeorganisationen	9
1.2.2.3.	Selbsthilfekontaktstellen	10
1.3.	Förderung und Unterstützung der organisierten Selbsthilfe im Überblick	10
1.3.1.	Selbsthilfefördernde Rahmenbedingungen	10
1.3.2.	Instrumente der Selbsthilfeförderung	11
1.3.3.	Direkte finanzielle Förderung	12
2.	Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die öffentliche Hand	12
2.1.	Bund	12
2.2.	Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer	13
2.2.1.	Rechtliche Rahmenbedingungen der Selbsthilfeförderung und Ursachen der unterschiedlichen Förderpraxis in den Bundesländern	13
2.2.2.	Zahlen und Datenmaterial zur Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer im Jahr 2007 und zur Entwicklung in den letzten Jahren	13
2.2.2.1.	Die NAKOS Studie „Selbsthilfe im Überblick 1.1.: Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland im Jahr 2007“	13
2.2.2.2.	Finanzielles Volumen der Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer	14
2.2.2.2.1.	Gegenwärtiger Stand und Entwicklung des Fördervolumens seit 1993	14
2.2.2.2.2.	Aufschlüsselung des Pro-Kopf-Betrages in den einzelnen Bundesländern für das Jahr 2007 und Entwicklung seit 2003	15
2.2.2.3.	Art der gewährten Landesmittel	17
2.2.2.4.	Förderung von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und Landesorganisationen der Selbsthilfe durch die Bundesländer im Jahr 2007 und im Vergleich zu 2003 und 2005	17
2.2.2.4.1.	Förderung örtlicher/regionaler Selbsthilfegruppen	17
2.2.2.4.2.	Förderung von Selbsthilfekontaktstellen	18
2.2.2.4.3.	Förderung von Landesorganisationen der Selbsthilfe	20

2.2.2.4.4.	Förderung von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und Landesorganisationen der Selbsthilfe durch die Bundesländer in Tabellenform	21
2.3.	Selbsthilfeförderung durch die Kommunen	21
3.	Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die Sozialversicherungsträger	23
3.1.	Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die Krankenkassen	23
3.1.1.	Rechtsgrundlagen bis Ende 2007	23
3.1.1.1.	Entwicklung der gesetzlichen Grundlagen von 1992 bis 2007	23
3.1.1.1.1.	§ 20 Abs. 3a SGB V in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992	23
3.1.1.1.2.	§ 20 Abs. 3 SGB V in der Fassung des Beitragsentlastungsgesetzes vom 1. November 1996	24
3.1.1.1.3.	§ 20 Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999	25
3.1.1.1.4.	§ 20 Abs. 3 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Änderung medizinproduktrechtlicher und anderer Vorschriften vom 14. Juni 2007	27
3.1.1.2.	Die gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20 Abs. 4 SGB V	28
3.1.2.	Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen für die Selbsthilfeförderung in den Jahren 2000 - 2006	28
3.1.3.	Die am 1. Januar 2008 in Kraft getretene gesetzliche Neuregelung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfeförderung in § 20c SGB V	32
3.1.3.1.	Entstehungsgeschichte und Normzweck des § 20c SGB V	32
3.1.3.2.	Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der institutionellen Selbsthilfeförderung gem. § 20c Abs. 1 SGB V	32
3.1.3.2.1.	Allgemeines	32
3.1.3.2.2.	Förderungsempfänger	34
3.1.3.2.3.	Verzeichnis der Krankheitsbilder	34
3.1.3.3.	Verteilung der Fördermittel auf der Grundlage des § 20c Abs. 2 SGB V	35
3.1.3.4.	Gesetzliche Rahmenbedingungen der Mittelverausgabung nach § 20c Abs. 3 SGB V	36
3.1.3.4.1.	Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung	37
3.1.3.4.2.	Krankenkassenindividuelle Förderung	39

3.1.3.4.3.	Einstweilige Fortgeltung der gemeinsamen 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	39
3.1.3.5.	Ergänzende Informationen zur Selbsthilfeförderung durch die GKV nach § 20c SGB V	40
3.1.3.5.1.	Selbsthilfeförderung auf Bundesebene	40
3.1.3.5.2.	Selbsthilfeförderung auf Landesebene	40
3.1.3.5.3.	Selbsthilfeförderung auf Ortsebene	41
3.2.	Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung	41
3.2.1.	Die derzeitigen gesetzlichen Voraussetzungen der Selbsthilfeförderung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 3 SGB VI	41
3.2.2.	Reformbemühungen zur Stärkung der Selbsthilfeförderung durch die Rentenversicherungsträger	42
3.2.3.	Zahlen und Datenmaterial zur Selbsthilfeförderung durch die Rentenversicherungsträger	43
3.3.	Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die gesetzliche Unfallversicherung	44
3.4.	Die gemeinsame Empfehlung der Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 13 Abs. 2 Nr. 6 i. V. m. § 29 SGB IX	45
3.4.1.	Rechtsgrundlagen	45
3.4.2.	Ziele der Förderung	46
3.4.3.	Voraussetzungen der Förderung	46
3.4.3.1.	Allgemeine Fördervoraussetzungen	46
3.4.3.2.	Besondere Fördervoraussetzungen	47
3.4.4.	Formen der Förderung	47
3.4.5.	Förderverfahren	48
3.4.6.	Dokumentation	48
3.5.	Stärkung der Rolle der Selbsthilfe im Recht der gesetzlichen Pflegeversicherung durch das vom Deutschen Bundestag am 14. März 2008 verabschiedete Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	49
3.5.1.	Die Neuregelung des § 45d SGB XI im Überblick	49
3.5.2.	Förderung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige nach § 45c SGB XI	50
3.5.2.1.	Entstehungsgeschichte und Normzweck des § 45c SGB XI	50
3.5.2.2.	Wesentlicher Regelungsinhalt des § 45c SGB XI	51

3.5.2.2.1.	Finanzielle Förderung niederschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben mit Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung (§ 45c Abs. 1, 3 und 4 SGB XI)	51
3.5.2.2.2.	Förderungsempfänger (§ 45c Abs. 2 SGB XI)	52
3.5.2.2.3.	Verteilung der Fördermittel (§ 45c Abs. 5 SGB XI)	53
3.5.2.2.4.	Empfehlungen zur Umsetzung (§ 45c Abs. 6 SGB XI)	53
3.5.2.2.5.	Zahlung der Fördermittel (§ 45c Abs. 7 SGB XI)	54
3.5.3.	Die Neuregelung des § 45d SGB XI im Einzelnen	55
3.5.3.1.	Gesetzgeberischer Hintergrund und Normzweck der Vorschrift	55
3.5.3.2.	Die Förderung der Selbsthilfe gemäß § 45d Abs. 1 SGB XI i. V. m. § 45c SGB XI	56
3.5.3.3.	Begriff der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d Abs. 1 SGB XI	57
3.5.3.4.	Stellungnahmen von Fachverbänden zur Neuregelung des § 45d SGB XI	57
4.	Literaturverzeichnis	58
5.	Anlagenverzeichnis	61

1. Einleitung

1.1. Begriff und Bedeutung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe

Gesundheitsbezogene Selbsthilfe und Selbstorganisation gehören zu den traditionellen Bewältigungsformen von Krankheit und Behinderung. Zunehmend an Bedeutung gewinnen Selbsthilfeaktivitäten in der modernen Gesellschaft auch im primärpräventiven Bereich, z. B. bei der Vorbeugung und Vermeidung von Erkrankungen durch sportliche Aktivitäten oder durch bewusste Ernährung.

Selbsthilfeaktivitäten im Gesundheitsbereich sind dabei nach individueller und kollektiver bzw. gruppenorientierter Selbsthilfe zu unterscheiden. Während die individuelle Selbsthilfe wie Selbstdiagnose, -behandlung und -medikation, aber auch die Pflege kranker Angehöriger ohne Mitwirkung anderer Personen erfolgt, schließen sich bei der kollektiven Selbsthilfe Menschen mit gleicher Problembetroffenheit außerhalb ihrer alltäglichen Beziehungen (wie z. B. in der Familie) zusammen, um sich gegenseitig zu helfen. Bei der kollektiven bzw. gruppenorientierten Selbsthilfe handelt es sich damit um eine erweiterte Form der individuellen Selbsthilfe.

In den letzten Jahren ist die Selbsthilfe zu einer wichtigen „Säule“ im System gesundheitlicher Versorgung herangewachsen und leistet einen bedeutenden eigenständigen Beitrag zur Problembewältigung, insbesondere chronisch Kranker und Behinderter, aber auch von Menschen mit psychosozialen Problemen. Auch wenn die Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen bislang nicht systematisch verankert ist, hat sie sich in ihrer Ausgestaltung und in ihrem Leistungsspektrum weit ausdifferenziert und reicht vom psychosozialen Austausch in der Gruppe über Beratungs- und Informationsangebote bis hin zu medizinisch orientierten Dienstleistungen und politischer Interessenvertretung¹. Durch psychosoziale Unterstützung außerhalb der Familie wird die Bewältigung von Krankheiten und psychosozialen Problemen möglich. Selbsthilfegruppen bieten Hilfestellungen für die Alltagsbewältigung und geben emotionale Unterstützung. 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 niederschwellige Hilfestrukturen. Der Erfolg der Selbsthilfe beruht vor allem auf Eigeninitiative und Eigenverantwortung ihrer Mitglieder und ihre Leistungen im Wesentlichen auf freiwilligem Engagement und Ehrenamtlichkeit. Die zunehmende Verbreitung und gesellschaftliche Anerkennung der Selbsthilfe hat in jüngster Zeit auch

1 Hundertmark-Mayser, Jutta; Möller, Bettina (2004). Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 23, Robert Koch-Institut (Hrsg.), S. 20. Berlin August 2004

zu vermehrter Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenvertretern in Beratungsgremien des Gesundheitswesens geführt².

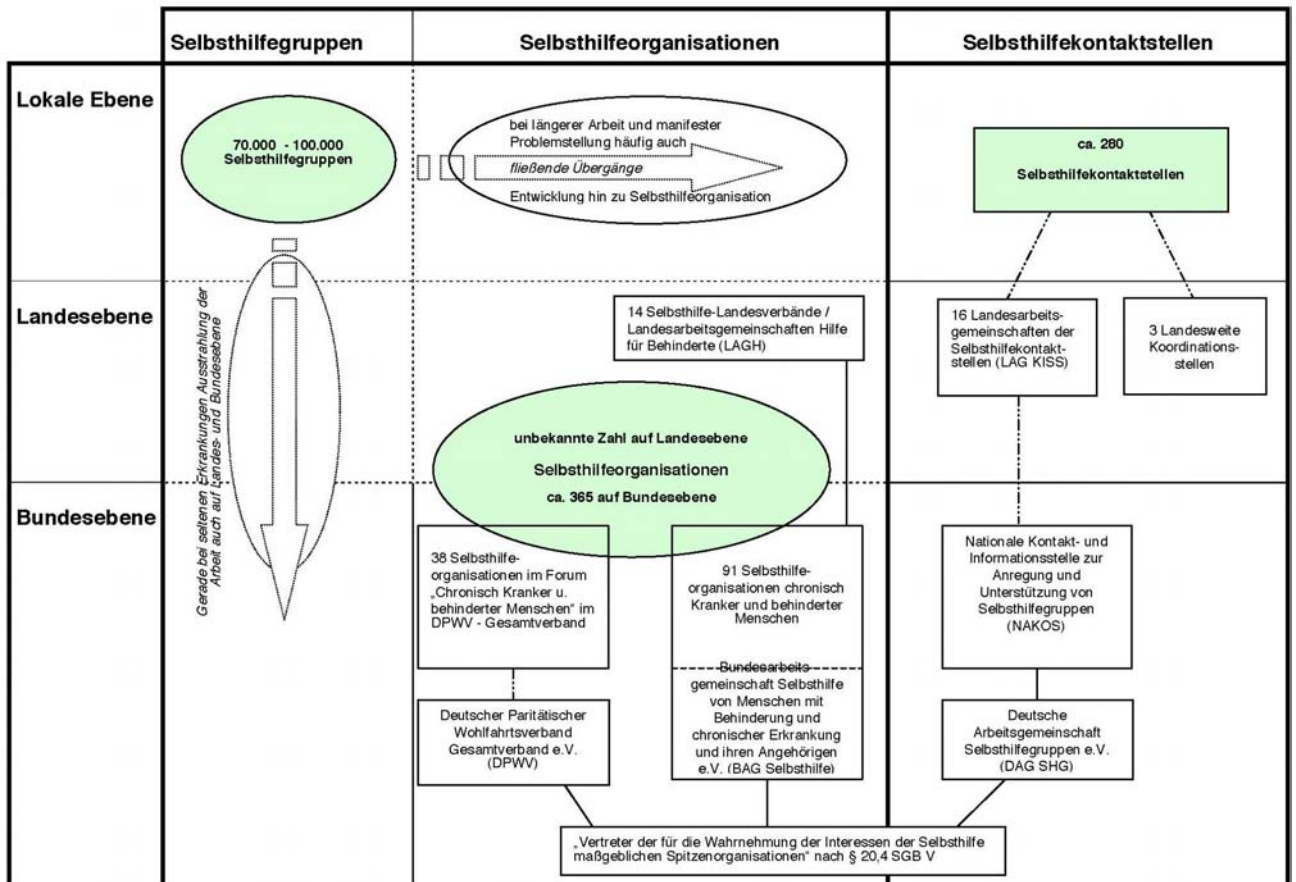
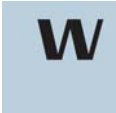
1.2. Organisationsformen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in Deutschland

1.2.1. Strukturen der organisierten Selbsthilfe im Überblick

Die Selbsthilfelandchaft, die sich in Deutschland bis heute sowohl von ihren Strukturen als auch von ihren Inhalten herausgebildet hat, ist sehr differenziert und vielfältig. Die verschiedenen Formen der Selbsthilfeszusammenschlüsse (d. h. der Selbsthilfegruppen und -organisationen) und des Zusammenwirkens auf örtlicher Ebene, Landesebene und bundesweit sind in der nachfolgenden Abbildung 1 aufgeführt.

2 Erstmals gesetzlich verankert wurde eine derartige Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten mit der Bestimmung des § 140f SGB V, die durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) mit Wirkung vom 1. Januar 2004 in das SGB V eingefügt worden ist. So ist in § 140f Abs. 2 SGB V festgelegt, dass die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen mit beratender Stimme an Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 SGB V) beteiligt werden. Dieses Gremium, das sich aus Vertretern von Ärzten und Ärztinnen, Krankenkassen und Krankenhäusern zusammensetzt, legt fest, welche Behandlungs- und Diagnosemethoden in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen und von ihnen finanziert werden (§ 91 SGB V). Darüber hinaus werden Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten in die Beratungsprozesse des Beirates der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz (§ 303b SGB V), der Landesausschüsse (§ 90 SGB V) sowie der Zulassungsausschüsse (§ 96 SGB V) und Berufungsausschüsse (§ 97 SGB V) – bei Ermächtigungen und Sonderzulassungen – einbezogen (vgl. § 140f Abs. 2 und 3 SGB V). Zudem sind sie bei der Änderung, Neufassung oder Aufhebung von Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Hilfsmittelverzeichnisses und bei der Bestimmung der Festbetragsgruppen und Festbeträge zu beteiligen (vgl. näher – auch zur Bürger- und Patientenbeteiligung auf Landesebene und kommunaler Ebene – Dierks, Marie-Luise; Seidel, Gabriele; Horch, Kerstin; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2006). Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 32, Robert Koch-Institut (Hrsg.), S. 8 ff, Berlin Juli 2006.

Abbildung 1: Strukturen der Selbsthilfe in Deutschland, Stand: September 2006

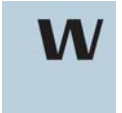


Quelle: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS), Strukturen der Selbsthilfe in Deutschland 2006, abrufbar im Internet unter http://www.nakos.de/site/data/NAKOS_Strukturen_der_Selbsthilfe2006.pdf

1.2.2. Begriffsbestimmungen

Wie aus der Abbildung 1 ersichtlich ist, existieren mit den Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen Formen kollektiver bzw. gruppenorientierter Selbsthilfe mit unterschiedlichem Formalisierungsgrad. Nach den gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V³ werden Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen wie folgt definiert:

3 Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Mai 2006, abrufbar im Internet unter http://www.vdak-aev.de/vertragspartner/Selbsthilfe/Selbsthilfoerderung/leitfaden_selbsthilfe.pdf, beigelegt als **Anlage 1**.



1.2.2.1. Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von betroffenen Menschen auf örtlicher/regionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen 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 für ihre Mitglieder sowie nach außen. Ihre Arbeit ist geprägt von gegenseitiger Unterstützung und Erfahrungsaustausch. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern (z. B. Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, anderen Gesundheits- oder Sozialberufen) geleitet. Das schließt eine gelegentliche Hinzuziehung von Experten zu bestimmten Fragestellungen nicht aus⁴.

1.2.2.2. Selbsthilfeorganisationen

Zu Selbsthilfeorganisationen/-verbänden haben sich Selbsthilfegruppen auf Landes- oder Bundesebene zusammengeschlossen, die auf ein bestimmtes Krankheitsbild oder eine gemeinsame Krankheitsursache oder auf eine gemeinsame Krankheitsfolge spezialisiert sind. Selbsthilfeorganisationen sind Organisationen mit überregionaler Interessenvertretung, meist größeren Mitgliederzahlen, teilweise mit hauptamtlichem Personal, bestimmter Rechtsform (zumeist eingetragener Verein), stärkeren Kontakten zu Behörden, Sozialleistungsträgern, Trägern der Freien Wohlfahrtspflege, Leistungserbringern usw.

Als Aufgaben der Selbsthilfeorganisationen sind beispielhaft zu nennen: Interessenvertretung im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich, Herausgabe von Medien zur Information und Unterstützung der betroffenen Menschen sowie der ihnen angeschlossenen Untergliederungen, Durchführung von Lehrgängen, Seminaren, Konferenzen und Fachtagungen. Neben Dienstleistungen für die eigenen Mitglieder erbringen sie Beratungs- und Informationsleistungen für Dritte.

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

4 Zur vorgenannten Begriffsbestimmung der Selbsthilfegruppen vgl. Ziffer 3.1. der „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20 Abs. 4 SGB V“ vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Mai 2006.

nicht immer auf der Landes- und der Orts-/Regionalebene eigenständig ausgebildete Strukturen auf. Dies hat Auswirkungen auf die Erfüllung der vielfältigen Aufgaben dieser Organisationen. Aufgaben, die bei großen Verbänden in der Regel die örtlichen Selbsthilfegruppen übernehmen (z. B. die Durchführung von Gruppentreffen, die Beratung der Betroffenen), werden bei Kleinverbänden 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 zusammenschließen⁵.

1.2.2.3. Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende, professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal. Sie 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 von Gruppen an.

Eine Hauptzielgruppe von Selbsthilfekontaktstellen sind Bürger, die noch nicht Teilnehmer bzw. Mitglieder von Selbsthilfegruppen sind, sondern sich über Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfe informieren und beraten lassen, z. B. über das Spektrum regionaler Selbsthilfegruppen. 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 beitragen⁶.

1.3. Förderung und Unterstützung der organisierten Selbsthilfe im Überblick

1.3.1. Selbsthilfefördernde Rahmenbedingungen

Betroffenheit und informelle Hilfeleistung zählen – wie bereits erwähnt – zu den zentralen Kennzeichen im Selbstverständnis und in der Definition der Selbsthilfe. Engage-

5 Zur vorgenannten Begriffsbestimmung der Selbsthilfeorganisationen vgl. Ziffer 3.2. der „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20 Abs. 4 SGB V“ vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Mai 2006.

6 Zum vorgenannten Begriffsverständnis der Selbsthilfekontaktstellen vgl. Ziffer 3.3. der „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20 Abs. 4 SGB V“ vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Mai 2006.

ment in Selbsthilfegruppen ist motiviert durch „Hilfe für sich selbst und andere“. Trotz des freiwilligen Charakters der Selbsthilfe benötigt diese kontinuierliche Unterstützung von außen, um ihre volle Kraft dauerhaft entfalten zu können. Selbsthilfefördernde Rahmenbedingungen tragen ganz wesentlich dazu bei, dass Selbsthilfe sich entfaltet, Interessierte Zugangswege zu Selbsthilfegruppen finden und Selbsthilfegruppen ihre selbst gesteckten Ziele erreichen können⁷.

1.3.2. Instrumente der Selbsthilfeförderung

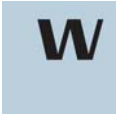
Als sich ergänzende Instrumente der Selbsthilfeförderung haben sich nach den Erkenntnissen der Bundesmodellprogramme drei Formen der Förderung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen als geeignet erwiesen⁸: die direkte, finanzielle Förderung, die infrastrukturelle Förderung und die indirekte, ideelle Förderung.

- Bei der direkten, finanziellen Förderung ist die (indirekte) Übernahme von Kosten für Materialien, Öffentlichkeitsarbeit von Selbsthilfegruppen durch Kommunen und Sozialversicherungsträger sowie die (direkte) Bereitstellung von Fördermitteln beispielsweise nach § 20c SGB V und § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI zu unterscheiden.
- Die infrastrukturelle Förderung umfasst einerseits die Bereitstellung von Räumlichkeiten, Vervielfältigungsmöglichkeiten oder die Organisation von Selbsthilfetagen, andererseits die Einrichtung und Unterhaltung von Selbsthilfekontaktstellen als selbsthilfeunterstützende und selbsthilfeberatende Infrastruktur.
- Die indirekte, ideelle Förderung zielt auf die Schaffung eines selbsthilfefreundlichen Klimas in der Gesellschaft. Sowohl professionelle Vertreter der Selbsthilfeunterstützung (z. B. in Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeorganisationen), aber auch Entscheidungsträger in Bund, Ländern und Kommunen wirken auf eine Erhöhung der Akzeptanz der Selbsthilfe und ihrer Bekanntmachung hin, indem sie Informationen über die Leistungsformen der Selbsthilfe verbreiten und auf Entscheidungsträger einwirken.

Im Zentrum der Selbsthilfeförderung stehen die direkte Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen durch finanzielle Zuwendungen und die infrastrukturelle Förderung der Selbsthilfe durch Selbsthilfekontaktstellen.

7 Vgl. Braun/Kettler/Becker, Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland: Aufgaben und Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen in den neuen und alten Bundesländern, Schriftenreihe des BMFuS, Band 136, Stuttgart/Berlin/Köln 1997.

8 Vgl. Braun/Kettler/Becker, Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland, Schriftenreihe des BMFuS, Band 136, Stuttgart/Berlin/Köln 1997.



1.3.3. Direkte finanzielle Förderung

Die direkte finanzielle Förderung der Selbsthilfe erfolgt durch unterschiedliche Kostenträger. Maßgeblich sind hierbei die öffentliche Hand (Bund, Länder und Kommunen), die Sozialversicherungsträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung) und private Geldgeber (Spender, Sponsoren, Stiftungen). Auftragsgemäß wird nachfolgend nur die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die öffentliche Hand⁹ und die Sozialversicherungsträger¹⁰ behandelt, wobei die direkte finanzielle Förderung der Selbsthilfe jeweils im Mittelpunkt der Ausführungen steht.

2. Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die öffentliche Hand

Die Selbsthilfeförderung durch die öffentliche Hand ist keine gesetzlich festgeschriebene Pflichtaufgabe, sondern fällt in den Bereich der freiwilligen Leistungen. Entsprechend unterschiedlich fallen die Förderverfahren aus. Die öffentliche Förderung der Selbsthilfe erfolgt durch den Bund sowie durch die Länder und die Kommunen. Im Einzelnen gilt hier Folgendes:

2.1. Bund

Auf Bundesebene erfolgt die Förderung vornehmlich durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Jedes Jahr wird erneut über die Gesamtfördersumme parlamentarisch entschieden. Für die Jahre 2005 bis 2007 betrug das Fördervolumen des BMG jeweils 2,5 Millionen Euro, davon wurden 2,3 Millionen Euro im Jahre 2005 genehmigt und als projektbezogene Förderung den bundesweiten Dachverbänden (BAG SELBSTHILFE, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen [NAKOS]) und einzelnen Selbsthilfeorganisationen zur Verfügung gestellt¹¹. Eine systematische Zusammenstellung über die Gesamtfördermenge der Selbsthilfe durch den Bund gibt es bisher nicht¹².

9 Vgl. hierzu nachfolgend zu Gliederungspunkt 2.

10 Vgl. hierzu nachfolgend zu Gliederungspunkt 3.

11 Vgl. Schubert/Glaeske, Einfluss des pharmazeutisch-industriellen Komplexes auf die Selbsthilfe – Ein Werkstattbericht zur Entwicklung und Förderung des internen Diskurses zwischen Krankenkassen und Selbsthilfegruppen, Universität Bremen – Zentrum für Sozialpolitik, 2006, S. 11, abrufbar unter:
http://www.vdak-aevomde/vertragspartner/Selbsthilfe/selbsthilfe_werkstattbericht_01_2007.pdf.

12 Vgl. Hundertmark-Mayser/Möller, Selbsthilfe im Gesundheitsbereich, Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 23, hrsg. vom Robert-Koch-Institut Berlin 2004, S. 27.

2.2. Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer

2.2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen der Selbsthilfeförderung und Ursachen der unterschiedlichen Förderpraxis in den Bundesländern

Die Selbsthilfeförderung durch die Länder ist ein wichtiger und integraler Bestandteil der Förderung der Selbsthilfe. Die Förderung der Selbsthilfe durch die einzelnen Länder in der Bundesrepublik Deutschland ist allerdings überaus unterschiedlich. Eine wesentliche Ursache dieser unterschiedlichen Förderpraxis auf Landesebene besteht vor allem in der eher unregelmäßigen und rechtlich nicht hinreichend gesicherten Förderstruktur. Auch wenn zurzeit (noch) alle Bundesländer die Selbsthilfe fördern, so gibt es für die Selbsthilfeförderung keineswegs eine gesetzlich fixierte Verpflichtung. Sie ist vielmehr eine „freiwillige“ Leistung. Im Jahr 2007 verfügten dreizehn Bundesländer über Richtlinien für die Selbsthilfeförderung. Diese Richtlinien regeln sowohl die Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen als auch die der Selbsthilfekontaktstellen. Die übrigen drei Bundesländer, Baden-Württemberg, Brandenburg und Hessen, die über keine Richtlinien verfügen, arbeiten auf der Grundlage von Ausführungsbestimmungen, Fördergrundsätzen, Gemeindefinanzierungsgesetzen oder Landeshaushaltsordnungen. Vor dem Hintergrund dieser unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen kann es nicht überraschen, dass die Förderpraxis in den Bundesländern sowohl bezüglich ihres Förderumfangs als auch hinsichtlich ihrer thematischen Schwerpunktsetzung von einer großen Heterogenität geprägt ist: stehen in dem einen Bundesland gesundheitliche Aspekte im Vordergrund, so sind es in einem anderen eher soziale. Diese Uneinheitlichkeit der Förderpraxis steht in einem engen Zusammenhang mit dem jeweiligen Ressortzuschnitt der einzelnen Ministerien.

Eine weitere Ursache der unterschiedlichen Förderpraxis besteht darin, dass der Begriff Selbsthilfe nicht allgemein verbindlich definiert ist. Das Verständnis von Selbsthilfe ist daher durch unterschiedliche Auffassungen, Ziele und Erwartungen gekennzeichnet. Diese Unschärfe betrifft insbesondere das Verständnis von Selbsthilfegruppen sowie der Landesorganisationen der Selbsthilfe. Positiv schlägt sich dies allerdings auch in der großen Vielfalt der Arbeits- und Organisationsformen der Selbsthilfe in den einzelnen Bundesländern nieder.

2.2.2. Zahlen und Datenmaterial zur Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer im Jahr 2007 und zur Entwicklung in den letzten Jahren

2.2.2.1. Die NAKOS Studie „Selbsthilfe im Überblick 1.1.: Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland im Jahr 2007“

Seit dem Jahre 1992 werden die Selbsthilfefördermaßnahmen durch die Länder in der Bundesrepublik Deutschland von der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) im Rahmen des zwei-

jährig erscheinenden „NAKOS Papers 5“ dokumentiert. Erstmals für das Jahr 2007 wurde die Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland nunmehr in der Reihe NAKOS Studien: Selbsthilfe im Überblick 1.1.: „Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland im Jahr 2007“ der Öffentlichkeit präsentiert. Die Ergebnisse der Befragung der für die Förderung zuständigen Länderministerien zu den wesentlichen Bereichen der Selbsthilfeförderung liefern einen interessanten Einblick in die unterschiedliche Förderpraxis, landesbezogene Vergleiche über die Jahre hinweg sowie die Entwicklung der Gesamtfördersumme. Einige dieser Ergebnisse sollen nachfolgend im Überblick dargestellt werden¹³.

2.2.2.2. Finanzielles Volumen der Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer

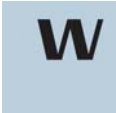
2.2.2.2.1. Gegenwärtiger Stand und Entwicklung des Fördervolumens seit 1993

Das bundesweite Fördervolumen für die Selbsthilfe durch die Länder betrug im Jahr 2007 knapp 11,5 Millionen Euro, 2005 waren es noch 12,1 Millionen Euro. Damit lag die Selbsthilfeförderung für die neuen und alten Bundesländer im Jahr 2007 insgesamt auf dem niedrigsten Niveau seit Beginn der Dokumentation durch NAKOS im Jahr 1992 (vgl. die nachfolgende Tabelle 1). Im Vergleich zu den Ergebnissen aus dem Jahr 2005 ist dies eine weitere Reduzierung der eingestellten Landesmittel um ca. 6 % und im Vergleich zu 1995, dem Jahr mit dem höchsten bundesweiten Fördervolumen, von sogar mehr als 30 %. Mit Blick auf das Gros der Bundesländer setzt sich also der bereits für 2003 konstatierte Reduzierungstrend bezüglich der Selbsthilfeförderung fort.

In den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland und in Sachsen sind im Jahr 2007 – wenn auch nur zum Teil geringe – Zuwächse bei der Selbsthilfeförderung zu verzeichnen; die Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen weisen im Jahr 2007 im Vergleich zu 2005 ein identisches Fördervolumen auf; in den Ländern Berlin, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz musste die Selbsthilfe demgegenüber Einbußen von teilweise mehr als einem Fünftel hinnehmen.

Bezogen auf das Gesamtfördervolumen muss deshalb – wie bereits in den Jahren 2003 und 2005 – auch für das Jahr 2007 von einem allgemeinen „Abwärtstrend“ der Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer gesprochen werden. Ganz offensichtlich ist dies in den Ländern Berlin, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz zu beobachten, in denen man sich weiter aus der Förderung zurückzieht. Der Trend betrifft aber

13 Vgl. zum Nachfolgenden Möller-Bock/Schilling, Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland 2007 – Überblick und Bewertung, in: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2007). NAKOS Studien: Selbsthilfe im Überblick 1.1. – Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland im Jahr 2007. Berlin 2007, S. 5 - 9. Abrufbar im Internet unter <http://www.nakos.de/site/data/NAKOS-Studien1.1.-2007.pdf> [Stand: 15. April 2008]. Die vorgenannte Studie ist als **Anlage 2** beigelegt.



durchaus auch die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, das Saarland und Sachsen, die in einigen Förderbereichen im Jahr 2007 Zuwächse zu verzeichnen hatten. Auch wenn in einigen Bundesländern die Größenordnung der Förderung aus dem Jahr 2005 gehalten oder sogar gesteigert wurde, geschah dies meist eher auf niedrigem Niveau.

Tabelle 1: Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer – Entwicklung des Förder Volumens von 1993 - 2007

Bundesland	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	Veränderungen in % 2005-2007
Baden-Württemberg	€ 598.209	€ 1.220.961	€ 1.494.501	€ 1.632.549	€ 1.692.932	€ 1.620.700	€ 1.542.600	€ 1.548.400	0,4
Bayern	€ 843.629	€ 843.629	€ 843.629	€ 829.824	€ 869.193	€ 907.000	€ 831.490	€ 895.450	7,7
Berlin	€ 6.895.768	€ 6.307.785	€ 2.256.177	€ 2.382.417	€ 2.227.111	€ 2.106.400	€ 2.100.000	€ 1.903.595	-9,4
Brandenburg	€ 391.454	€ 981.677	€ 526.629	€ 477.187	€ 461.822	€ 187.600	€ 192.200	€ 224.100	16,6
Bremen**	€ 1.124.838	€ 1.482.741	€ 1.170.854	€ 914.442	€ 964.804	€ 919.635	€ 749.262	€ 698.010	-6,8
Hamburg	€ 555.605	€ 555.772	€ 594.170	€ 609.969	€ 634.000	€ 616.693	€ 625.893	€ 625.893	0,0
Hessen	€ 521.516	€ 521.516	€ 577.758	€ 577.758	€ 541.967	€ 541.700	€ 325.000	€ 325.000	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	€ 92.032	€ 97.145	€ 150.831	€ 214.742	€ 201.960	€ 185.100	€ 157.300	€ 160.300	1,9
Niedersachsen	€ 1.354.919	€ 1.394.288	€ 803.748	€ 1.231.186	€ 1.226.073	€ 1.153.000	€ 1.131.500	€ 1.131.500	0,0
Nordrhein-Westfalen	€ 664.677	€ 751.596	€ 1.566.541	€ 2.664.332	€ 2.666.002	€ 2.039.412	€ 2.249.966	€ 1.783.370	-20,7
Rheinland-Pfalz	€ 122.710	€ 184.064	€ 184.064	€ 304.218	€ 543.910	€ 408.500	€ 496.500	€ 418.896	-15,6
Saarland	€ 171.845	€ 337.451	€ 436.130	€ 221.389	€ 221.389	€ 221.700	€ 166.104	€ 195.500	17,7
Sachsen	€ 76.694	€ 255.645	€ 1.047.122	€ 1.583.670	€ 1.474.049	€ 1.254.000	€ 970.000	€ 1.010.000	4,1
Sachsen-Anhalt	€ 22.429	€ 357.903	€ 178.952	€ 278.653	€ 86.919	€ 85.000	€ 85.000	€ 85.000	0,0
Schleswig-Holstein***	€ 911.119	€ 746.483	€ 465.274	€ 581.848	€ 462.717	€ 426.000	€ 401.500	€ 317.850	(-20,8)
Thüringen	€ 332.339	€ 370.174	€ 205.283	€ 403.919	€ 409.032	€ 230.000	€ 100.000	€ 100.000	0,0
Deutschland	€ 14.679.781	€ 16.408.830	€ 12.501.662	€ 14.908.103	€ 14.683.880	€ 12.902.440	€ 12.124.315	€ 11.422.864	-5,8

* nur alte Bundesländer

** für 2005 und 2007 inklusive Bremerhaven, Förderung seit Jahren kommunalisiert. Das heißt, es handelt sich um eine Förderung *im* Land Bremen und nicht *durch* das Land Bremen.

*** Umgruppierung in der Darstellung im Jahr 2007 des Titels „Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs“ von Selbsthilfegruppen (Rubrik 1) in Selektive Informationen (88.000 Euro).

Quelle: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2007). NAKOS Studien: Selbsthilfe im Überblick 1.1. – Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland im Jahr 2007. Berlin 2007, S. 12. Abrufbar im Internet unter <http://www.nakos.de/site/data/NAKOS-Studien1.1.-2007.pdf>

2.2.2.2.2. Aufschlüsselung des Pro-Kopf-Betrages in den einzelnen Bundesländern für das Jahr 2007 und Entwicklung seit 2003

Die Aufschlüsselung des Pro-Kopf-Betrages in den einzelnen Bundesländern offenbart zusätzlich große Unterschiede und ist eine Hilfe zur Beurteilung des Fördervolumens. Ein Blick auf die nachfolgende Tabelle 2, die die Selbsthilfeförderung der einzelnen Länder pro Kopf abbildet, zeigt, dass die Bundesländer die Selbsthilfe im Jahr 2007 im Mittel mit 0,14 Euro je Einwohner/-in unterstützten. Damit hat sich der Pro-Kopf-Betrag je Einwohner/-in seit 2003 und 2005 um je 1 Cent verringert. Die Selbsthilfeför-



derung pro Einwohner/-in lag im Jahr 2007 zwischen 0,03 Euro pro Einwohner/-in in Sachsen-Anhalt und 1,05 Euro in Bremen¹⁴. Bemerkenswert über dem bundesweiten Durchschnitt von 0,14 Euro pro Einwohner/-in lagen weiterhin die Stadtstaaten Berlin und Hamburg sowie die Länder Saarland und Sachsen.

Ein Blick auf die Entwicklung offenbart jedoch, dass die Selbsthilfeförderung pro Kopf in Bremen seit 2003 von 1,39 Euro auf 1,05 Euro im Jahr 2007, in Sachsen von 0,29 Euro in 2003 auf 0,24 Euro und im Saarland von 0,21 Euro auf 0,19 Euro im Jahr 2007 gesunken ist. Massive Kürzungen der Selbsthilfeförderung offenbarten sich im Land Thüringen: wurden im Jahr 2003 noch 10 Cent pro Einwohnerin und Einwohner vom Land Thüringen für Selbsthilfeaktivitäten bereitgestellt, so waren es im Jahre 2007 nur noch 4 Cent pro Einwohnerin und Einwohner.

Tabelle 2: Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer 2007 – je Einwohner/-in Vergleich mit 2005 und 2003

Bundesland	Volumen in €	Einwohner/innen**	€ pro Person 2007	€ pro Person 2005	€ pro Person 2003	Trend 2003-2005	Trend 2005-2007
Baden-Württemberg	€ 1.548.400	10.738.753	€ 0,14	€ 0,14	€ 0,15	-	=
Bayern	€ 895.450	12.492.658	€ 0,07	€ 0,07	€ 0,07	=	=
Berlin	€ 1.903.595	3.404.037	€ 0,56	€ 0,62	€ 0,62	=	-
Brandenburg	€ 224.100	2.547.772	€ 0,09	€ 0,07	€ 0,07	=	+
Bremen*	€ 698.010	663.979	€ 1,05	€ 1,13	€ 1,39	-	-
Hamburg	€ 625.893	1.754.182	€ 0,36	€ 0,36	€ 0,36	=	=
Hessen	€ 325.000	6.075.359	€ 0,05	€ 0,05	€ 0,09	-	=
Mecklenburg-Vorpommern	€ 160.300	1.693.754	€ 0,09	€ 0,09	€ 0,11	-	=
Niedersachsen	€ 1.131.500	7.982.685	€ 0,14	€ 0,14	€ 0,14	=	=
Nordrhein-Westfalen	€ 1.783.370	18.028.745	€ 0,10	€ 0,12	€ 0,11	+	-
Rheinland-Pfalz	€ 418.896	4.052.860	€ 0,10	€ 0,12	€ 0,10	+	-
Saarland	€ 195.500	1.043.167	€ 0,19	€ 0,16	€ 0,21	-	+
Sachsen	€ 1.010.000	4.249.774	€ 0,24	€ 0,22	€ 0,29	-	+
Sachsen-Anhalt	€ 85.000	2.441.787	€ 0,03	€ 0,03	€ 0,03	=	=
Schleswig-Holstein***	€ 317.850	2.834.254	(€ 0,11)	€ 0,14	€ 0,14	=	(-)
Thüringen	€ 100.000	2.311.140	€ 0,04	€ 0,04	€ 0,10	-	=
Deutschland 2007	€ 11.422.864	82.314.906	€ 0,14				-
Deutschland 2005	€ 12.124.315	82.530.000		€ 0,15		-	
Deutschland 2003	€ 12.902.440	82.439.000			€ 0,16		

* für 2005 und 2007 inklusive Bremerhaven. Förderung seit Jahren kommunalisiert. Das heißt, es handelt sich um eine Förderung *im* Land Bremen und nicht *durch* das Land Bremen.

** Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 05.11.2007

*** Umgruppierung in der Darstellung im Jahr 2007 des Titels „Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs“ von Selbsthilfegruppen (Rubrik 1) in Selektive Informationen (88.000 Euro).

Quelle: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2007). NAKOS Studien: Selbsthilfe im Überblick 1.1. – Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland im Jahr 2007. Berlin 2007, S. 11. Abrufbar im Internet unter <http://www.nakos.de/site/data/NAKOS-Studien1.1.-2007.pdf>

14 Einschränkung ist allerdings darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Selbsthilfeförderung in Bremen fast vollständig um eine Förderung im Land Bremen, aber nicht durch das Land Bremen handelt, da die Selbsthilfeförderung hier weitestgehend kommunalisiert ist.

2.2.2.3. Art der gewährten Landesmittel

Überwiegend wurden die Landesmittel zur Förderung der Selbsthilfe im Jahr 2007 projektbezogen für Sachmittel und Honorare gewährt. Dies galt insbesondere für die Förderung der Aktivitäten der Selbsthilfegruppen. Für die Arbeit der Selbsthilfekontaktstellen und für die der Landesorganisationen der Selbsthilfe wurden, wie schon in den Jahren zuvor, auch Personal- und Sachmittel sowie in seltenen Fällen investive Mittel zur Verfügung gestellt.

2.2.2.4. Förderung von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und Landesorganisationen der Selbsthilfe durch die Bundesländer im Jahr 2007 und im Vergleich zu 2003 und 2005

Von den insgesamt knapp 11,5 Millionen Euro, mit denen die Bundesländer die Selbsthilfe im Jahr 2007 förderten¹⁵, entfielen ca. 4,6 Millionen Euro auf Selbsthilfegruppen (in 15 von 16 Bundesländern), knapp 4 Millionen Euro auf Selbsthilfekontaktstellen (in 14 Bundesländern) und knapp 2,9 Millionen Euro auf die Landesorganisationen der Selbsthilfe (in 13 Bundesländern). Im Einzelnen ist die NAKOS Studie „Selbsthilfe im Überblick 1.1.: Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland im Jahr 2007“ insoweit zu folgenden Ergebnissen gelangt:

2.2.2.4.1. Förderung örtlicher/regionaler Selbsthilfegruppen

Wie ein Blick auf die Tabelle 3¹⁶ zeigt, wurden im Jahr 2007 örtliche/regionale Selbsthilfegruppen weiterhin von fünfzehn der sechzehn Bundesländer gefördert. Lediglich Mecklenburg-Vorpommern unterstützt Selbsthilfegruppen bereits seit dem Jahr 2005 nicht mehr finanziell. Bundesweit betrachtet betrug das Fördervolumen für Selbsthilfegruppen im Jahr 2007 insgesamt 4.583.436 Euro und ist damit im Vergleich zum Jahr 2005 (5.423.752 Euro) um mehr als 15 % gesunken. Von einem marginalen Zuwachs von rund 1 % von 2003 auf 2005 abgesehen, war in dieser Kategorie bereits von 2001 auf 2003 eine Absenkung von insgesamt knapp 9 % zu verzeichnen.

Auch wenn die Länder Brandenburg und Hamburg sowie das Saarland in 2007 Zuwächse bei der Förderung von Selbsthilfegruppen verbuchen konnten, zeigt ein Vergleich mit dem Jahr 2003, dass sich das Fördervolumen für Selbsthilfegruppen in den meisten Ländern zum Teil erheblich reduziert hat. Darüber hinaus hat die Erhöhung der Gelder in einem Teilbereich der Selbsthilfeförderung im Jahr 2007 nicht zwangsläufig zu einem Anstieg der Förderung für Selbsthilfemaßnahmen in diesen Ländern insgesamt geführt. So stand verglichen mit dem Jahr 2005 in Brandenburg und Hamburg der

15 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 2.2.2.2.1.

16 Vgl. unten zu Gliederungspunkt 2.2.2.4.4.

Erhöhung der Förderung für Selbsthilfegruppen eine Kürzung bei der Förderung von Selbsthilfekontaktstellen bzw. Landesorganisationen der Selbsthilfe gegenüber.

Zum Teil recht drastische Kürzungen bei der Unterstützung mussten Selbsthilfegruppen innerhalb der letzten zwei Jahre in weiteren fünf Bundesländern hinnehmen. Zu diesen Ländern gehören Berlin (-14,2 %), Bremen (-9,4 %), Nordrhein-Westfalen (-31,7 %), Rheinland-Pfalz (-27,9 %) und Sachsen (-1,9 %), während die Reduzierung der Förder-summe für Selbsthilfegruppen in Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein¹⁷ auf eine bloße Umgruppierung zurückzuführen ist. Identische Förderbeträge wie im Jahr 2005 erhielten Selbsthilfegruppen nur in Bayern, Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt.

2.2.2.4.2. Förderung von Selbsthilfekontaktstellen

Das Fördervolumen für Selbsthilfekontaktstellen lag im Jahr 2007 bei 3.977.190 Euro. Der scheinbare Anstieg der Förderung gegenüber dem Jahr 2005 ist jedoch lediglich auf eine veränderte Zuordnung der Förderung der landesweiten Selbsthilfekoordination in Bayern zurückzuführen. Ein Vergleich mit den Erhebungen der Jahre zuvor zeigt, dass die Förderung der Selbsthilfekontaktstellen durch die Länder tendenziell abnimmt (vgl. hierzu im Einzelnen die Tabelle 3¹⁸). So lag beispielsweise während der Hochphase der Kontaktstellenförderung im Jahr 1999¹⁹ das Fördervolumen in diesem für die Selbsthilfe infrastrukturell so wichtigen Bereich bei über 5 Millionen Euro. Gemessen daran, hat sich die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen um über 1 Millionen Euro oder mehr als 21 % verringert.

Während sich in Ländern wie Baden-Württemberg (3,9 %), Bremen (7,0 %), Nordrhein-Westfalen (0,5 %), dem Saarland (1,7 %) und Schleswig-Holstein (14,3 %) die Kontaktstellenförderung in 2007 – wenn auch zum Teil nur gering – erhöhte, mussten die Selbsthilfekontaktstellen in den Ländern Berlin (-4,0 %), Brandenburg (-34,3 %), Hamburg (-0,9 %) und Rheinland-Pfalz (-8,1 %) im Jahr 2007 Kürzungen bei der Förderung hinnehmen. Lediglich in den Ländern Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Thüringen erhielten die Selbsthilfekontaktstellen in 2007 identische Förder-summen wie im Jahr 2005. Besonders mit Blick auf Brandenburg, das noch in 2001 die

17 Darüber hinaus wurden im Jahr 2005 3.606.500 Euro vom Land Schleswig-Holstein der Kommunalisierung zugeführt. Diese können laut Zielvereinbarung auch für die Selbsthilfe verwendet werden. Der Selbsthilfeanteil wird eigenständig von den Wohlfahrtsverbänden festgelegt und betrug im Jahr 2007 303.350 Euro.

18 Vgl. unten zu Gliederungspunkt 2.2.2.4.4.

19 Das Gesamtvolumen der Förderung für Selbsthilfekontaktstellen für das Jahr 1999 betrug 5.055.339 Euro. Nach vorsichtigen Schätzungen lag das Gesamtfördervolumen für 1995 sogar noch darüber, und zwar bei annähernd 5,6 Millionen Euro. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Förderung von Selbsthilfekontaktstellen in Berlin mit insgesamt über 2 Millionen Euro den Löwenanteil ausmachte.

Selbsthilfekontaktstellen mit 239.501 Euro förderte und im Jahr 2007 nur noch eine Summe von insgesamt 4.600 Euro zur Verfügung stellte, kann wohl nicht mehr von einer Landesförderung der Selbsthilfekontaktstellen gesprochen werden. Dies entspricht einer Kürzung von über 98 % seit 2001. Auch in Thüringen wurden die Mittel für Selbsthilfekontaktstellen bereits im Jahr 2005 im Vergleich zu 2003 um 79 % gekürzt. Dies ist umso gravierender, als die Selbsthilfekontaktstellen in Thüringen bereits im Jahr 2003 eine Kürzung von 53 % hinnehmen mussten. Selbsthilfekontaktstellen in Thüringen erhielten im Jahr 2001 noch 204.516 Euro, während es sich seit dem Jahr 2005 um einen eher symbolischen Betrag von 20.000 Euro handelt. Der Betrag entspricht rund 10 % der Fördersumme von 2001, oder anders ausgedrückt, er ist Resultat einer Kürzung um 90 %.

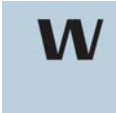
Wie schon im Bereich der Selbsthilfegruppenförderung zeigt sich auch im Bereich der Selbsthilfekontaktstellenförderung eine recht uneinheitliche Förderpraxis in den einzelnen Bundesländern. Bereits in den Jahren 2003 und 2005 wurden in nur dreizehn Bundesländern Selbsthilfekontaktstellen²⁰ von den Ländern gefördert. Keine Landesförderung erhielten auch in 2007 die örtlichen Selbsthilfekontaktstellen in Bayern, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Allerdings waren im Land Sachsen-Anhalt ab dem Haushaltsjahr 2007 Mittel zur Förderung örtlicher Selbsthilfekontaktstellen veranschlagt, und eine Projektförderung ist bereits seit Mitte des Jahres 2007 angeschoben worden. Ab 2008 ist eine Regelförderung für Selbsthilfekontaktstellen durch das Land Sachsen-Anhalt beabsichtigt. In Hessen und Schleswig-Holstein wurden die Landesmittel zur Förderung der Selbsthilfe im Jahr 2005 der Kommunalisierung zugeführt. In Hessen obliegt die Entscheidung über die konkrete Verteilung der Mittel und deren Höhe den Landkreisen und kreisfreien Städten, einschließlich der konkreten Ausgestaltung der Förderung. In Schleswig-Holstein wird der Selbsthilfeanteil eigenständig von den Wohlfahrtsverbänden festgelegt.

In Bayern, Berlin, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen werden landesweite Selbsthilfekontaktstellen durch das Land gefördert. Die Förderbeträge für diese landesweiten Selbsthilfekontaktstellen wurden den Förderbeträgen der Selbsthilfekontaktstellen zugeordnet und in den entsprechenden Fällen gesondert in der Tabelle ausgewiesen.

20 Im Jahr 2007 gab es in Deutschland 273 Selbsthilfe unterstützende Einrichtungen mit weiteren 46 Außenstellen, so dass an 319 Orten im Bundesgebiet lokale/regionale Angebote bestehen; vgl. Thiel, NAKOS-Recherche ROTE ADRESSEN 2007/2008. Selbsthilfeunterstützung an 319 Orten in Deutschland. In: NAKOS-INFO 92, Berlin September 2007, S. 22-24.

2.2.2.4.3. Förderung von Landesorganisationen der Selbsthilfe

Im Jahr 2007 förderten dreizehn Bundesländer explizit Landesorganisationen der Selbsthilfe. In vier dieser dreizehn Bundesländer findet eine Förderung der Landesorganisationen über integrierte Haushaltstitel zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen statt. Aus diesem Grund lassen sich hier keine Aussagen zu der Förderentwicklung der Landesorganisationen machen. Neun Bundesländer verfügten in 2007 über eigene Haushaltstitel zur Förderung landesweiter Verbände. Ein Vergleich des Gesamtvolumens dieser neun Bundesländer mit 2005 zeigt, dass die Förderung bundesweit um rund 1,5 % gestiegen ist. Einschränkend muss an dieser Stelle jedoch darauf hingewiesen werden, dass das Gesamtvolumen der Förderung von Landesorganisationen der Selbsthilfe erheblich von der bereits erwähnten Umgruppierung in Baden-Württemberg geprägt wird. Legte man die Gesamtsumme der übrigen acht Bundesländer einem Vergleich mit dem Fördervolumen von 2005 zugrunde, ergäbe sich eine Reduzierung von rund 10 %. Von 2003 auf 2005 war in diesem Bereich der Selbsthilfeförderung durch die Länder bereits ein Rückgang von 10 % und von 2001 auf 2003 von rund 20 % zu verzeichnen. Während die Fördersumme in Baden-Württemberg also auf eine Umgruppierung seitens des Landesministeriums zurückzuführen ist, die vorher der Förderung von Selbsthilfegruppen zugeordnet war, konnten die Landesorganisationen in Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Sachsen leichte Zuwächse bei den eingestellten Zuwendungsmitteln verbuchen. Dagegen wurden in Brandenburg und Nordrhein-Westfalen Kürzungen bis zu 26 % im Bereich der Förderung von Landesorganisationen der Selbsthilfe vorgenommen. Keine Förderung erhalten Landesorganisationen der Selbsthilfe nach wie vor in den Ländern Bremen, Hessen und dem Saarland.



2.2.2.4.4. Förderung von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und Landesorganisationen der Selbsthilfe durch die Bundesländer in Tabellenform

Tabelle 3: Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer 2007 – Förderadressaten/Vergleich mit 2005 und 2003

Bundesland	1. Selbsthilfegruppen**			2. Selbsthilfekontaktstellen			3. Landesorganisationen der Selbsthilfe		
	2007	2005	2003	2007	2005	2003	2007	2005	2003
Baden-Württemberg	€ 1.056.900	€ 1.395.900	€ 1.474.000	€ 152.500	€ 146.700	€ 146.700	€ 339.000	unter 1. enthalten	unter 1. enthalten
Bayern****	€ 283.000	€ 283.000	€ 314.000	€ 100.250	-	-	€ 512.200	€ 548.490	€ 593.000
Berlin	€ 943.595	€ 1.100.000	€ 455.000	€ 960.000	€ 1.000.000	€ 1.651.400	unter 1. enthalten	unter 1. enthalten	unter 1. enthalten
Brandenburg	€ 124.000	€ 75.200	€ 70.000	€ 4.600	€ 7.000	€ 7.500	€ 95.500	€ 110.000	€ 110.100
Bremen*	€ 575.010	€ 634.332	€ 919.635	€ 123.000	€ 114.930	***	-	-	-
Hamburg	€ 90.693	€ 85.693	€ 76.693	€ 535.200	€ 540.200	€ 540.000	unter 1. enthalten	unter 1. enthalten	unter 1. enthalten
Hessen	€ 125.000	€ 125.000	€ 315.300	€ 200.000	€ 200.000	€ 226.400	-	-	-
Mecklenburg-Vorpommern	-	-	€ 12.800	€ 102.300	€ 102.300	€ 102.300	€ 58.000	€ 55.000	€ 70.000
Niedersachsen	€ 327.500	€ 327.500	€ 349.000	€ 804.000	€ 804.000	€ 804.000	unter 1. enthalten	-	-
Nordrhein-Westfalen	€ 343.450	€ 502.613	€ 413.059	€ 567.470	€ 564.400	€ 445.500	€ 872.450	€ 1.182.953	€ 1.180.853
Rheinland-Pfalz	€ 241.838	€ 335.510	€ 250.250	€ 66.970	€ 72.830	€ 67.470	€ 110.088	€ 88.160	€ 90.780
Saarland	€ 54.600	€ 27.504	€ 91.700	€ 140.900	€ 138.600	€ 130.000	-	-	-
Sachsen	€ 250.000	€ 255.000	€ 342.000	-	-	-	€ 760.000	€ 715.000	€ 912.000
Sachsen-Anhalt	€ 50.000	€ 50.000	€ 50.000	-	-	-	€ 35.000	€ 35.000	€ 35.000
Schleswig-Holstein*****	€ 117.850	€ 226.500	€ 251.000	€ 200.000	€ 175.000	€ 175.000	unter 1. und 2. enthalten	unter 1. enthalten	unter 1. enthalten
Thüringen	unter 2. enthalten	unter 2. enthalten	-	€ 20.000	€ 20.000	€ 96.000	€ 80.000	€ 80.000	€ 134.000
Deutschland	€ 4.583.436	€ 5.423.752	€ 5.384.437	€ 3.977.190	€ 3.885.960	€ 4.392.270	€ 2.862.238	€ 2.814.603	€ 3.125.733

* Für 2005 und 2007 inklusive Bremerhaven. Förderung seit Jahren kommunalisiert. Das heißt, es handelt sich um eine Förderung *im* Land Bremen und nicht *durch* das Land Bremen.

** ohne Fördermaßnahmen von AIDS-Prävention / -Hilfe / -Selbsthilfe.

*** Förderung erfolgte auch in den Vorjahren, war hier aber im Haushalt für Selbsthilfegruppen enthalten und der Rubrik 1 zugeordnet.

**** In Bayern werden weiterhin keine örtlichen Selbsthilfekontaktstellen gefördert. Es handelt sich hier um die Förderung der Selbsthilfe Koordination Bayern (SeKo).

Zuordnung erfolgte in den Vorjahren in die Rubrik 3.

***** Umgruppierung in der Darstellung im Jahr 2007 des Titels „Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs“ von Selbsthilfegruppen (Rubrik 1) in Selektive Informationen (88.000 Euro).

Summe der mitgeteilten weiteren Fördermaßnahmen mit Selbsthilfebezug	2007	2005	2003
	€ 8.599.635	€ 6.483.999	€ 10.133.974

Summen Förderadressaten	2007	2005	2003
Gesamtsummen 1. + 2. + 3. Lokale Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und Landesorganisationen der Selbsthilfe	€ 11.422.864	€ 12.124.315	€ 12.902.440
Teilsummen 2. Selbsthilfekontaktstellen	€ 3.977.190	€ 3.885.960	€ 4.392.270
Teilsummen 1. + 3. Lokale Selbsthilfegruppen und Landesorganisationen der Selbsthilfe	€ 7.445.674	€ 8.238.355	€ 8.510.170

Quelle: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2007). NAKOS Studien: Selbsthilfe im Überblick 1.1. – Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland im Jahr 2007. Berlin 2007, S. 10. Abrufbar im Internet unter <http://www.nakos.de/site/data/NAKOS-Studien1.1.-2007.pdf>

2.3. Selbsthilfeförderung durch die Kommunen

In den Kommunen werden örtliche Selbsthilfegruppen und -organisationen sowie Selbsthilfekontaktstellen finanziell gefördert. In einzelnen Landesgesetzen, so z. B. im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen (Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG) vom 27. März 1995²¹ und dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes Nordrhein-Westfalen vom 25. November 1997²² wurde die Unterstützung und Förderung von Selbsthilfegruppen durch den öffentlichen Ge-

21 Brem. GBl. S. 175, 366-2120-F-1, zuletzt geändert am 30. April 2007 (Brem. GBl. S. 317).

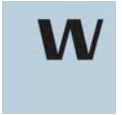
22 GV NW 1997, S. 430, zuletzt geändert durch Gesetz vom 1. März 2005 (GV NW S. 190).

sundheitsdienst explizit aufgenommen. So wird in § 13 Abs. 2 Nr. 2 ÖGDG Bremen festgelegt, dass die Unterstützung und Förderung kommunaler gesundheitsfördernder Aktivitäten und von Selbsthilfegruppen zu den Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich der Gesundheitsförderung zählt. Nach § 7 Abs. 3 Satz 1 ÖGDG Nordrhein-Westfalen soll die untere Gesundheitsbehörde die Arbeit der im Gesundheitsbereich tätigen, in ihrer Zielsetzung und Aufgabendurchführung freien Selbsthilfegruppen fördern und mit ihren Vereinigungen und Zusammenschlüssen zusammenarbeiten. Sie kann gemäß § 7 Abs. 3 Satz 2 dieses Gesetzes unter Berücksichtigung des Angebotes freier Träger auch Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen einrichten.

Der Förderumfang ist je nach kommunalen Gegebenheiten sehr unterschiedlich und lässt sich nicht genau bestimmen. Einheitliche Statistiken über Fördersummen existieren nicht. Nach einer Studie der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) erhielten im Jahr 1997 60 % der Selbsthilfekontaktstellen finanzielle Zuwendungen aus dem kommunalen Haushalt²³; im Jahr 2003 bezogen rund 56 % dieser Stellen kommunale Mittel, die im Durchschnitt rund 38 % ihres Finanzierungsvolumens ausmachten²⁴. In einer weiteren Studie ermittelte die NAKOS, dass im Jahr 2006 rund 61 % der Selbsthilfekontaktstellen kommunale Mittel erhielten, die im Durchschnitt rund 25 % ihres Finanzierungsvolumens ausmachten²⁵.

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge forderte bereits 1998 in einem Empfehlungspapier²⁶ die Kommunen und Landesministerien auf, durch verbesserte kommunale Rahmenbedingungen zur Absicherung der Selbsthilfeförderung beizutragen. Danach soll die Engagementbereitschaft der Bürgerinnen und Bürger und das soziale Klima durch die Einrichtung und Verstetigung struktureller Rahmenbedingungen (z. B. Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfebeirat) und die Festlegung von Zuständigkeiten für die Selbsthilfeförderung durch landeseinheitliche Richtlinien unterstützt werden.

-
- 23 Thiel, Selbsthilfegruppen-Unterstützung in Deutschland 1997 – Anzahl der Unterstützungsstellen, Träger, Personal und Förderspektrum, in: Selbsthilfegruppen Nachrichten 1998, hrsg. von der DAG SHG e. V., Gießen 1998, S. 45 - 52.
- 24 Vgl. Hundertmark-Mayser/Möller, Selbsthilfe im Gesundheitsbereich, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23, hrsg. vom Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, Berlin 2004, S. 28.
- 25 Hundertmark-Mayser, Selbsthilfeförderung, in: NAKOS 2006, Quelle: Bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe, Berlin 2006, S. 37 - 40. Expertise zum Fachgespräch über die Situation der Selbsthilfe sowie deren aktuelle Probleme in Deutschland im Rahmen einer öffentlichen Sitzung des Unterausschusses „Bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe“ des Deutschen Bundestages am 8. November 2006 in Berlin (UA Drs. 16/030), abrufbar im Internet unter http://www.nakos.de/site/data/UA_BE_10_Foerderung.pdf.
- 26 Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Selbsthilfeförderung auf kommunaler Ebene, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV), 1998, S. 129 - 132.



3. Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die Sozialversicherungsträger

3.1. Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die Krankenkassen

Die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die Krankenkassen richtet sich seit dem 1. Januar 2008 nach der durch Art. 1 Nr. 12 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26. März 2007²⁷ eingeführten Vorschrift des § 20c SGB V²⁸. Mit dieser Bestimmung hat der Gesetzgeber die gesundheitsbezogene Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen auf eine (neue) gesetzliche Grundlage gestellt, deren Bedeutung und Tragweite allerdings erst vor dem Hintergrund des bisherigen Rechts verständlich wird. Bevor die gesetzliche Neuregelung des § 20c SGB V im Einzelnen erläutert wird²⁹, soll deshalb nachfolgend zunächst die Entwicklung der maßgeblichen Rechtsgrundlagen von den Anfängen im Jahre 1992 bis Ende 2007 nachgezeichnet werden³⁰. Eine zumindest grobe Skizzierung der Vorläuferbestimmungen des heutigen § 20c SGB V ist darüber hinaus auch deshalb geboten, weil Zahlen und Datenmaterial zur Förderpraxis und zur Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen für die Selbsthilfeförderung in den letzten Jahren³¹ vor dem Hintergrund der bisherigen Rechtsentwicklung gesehen und bewertet werden müssen.

3.1.1. Rechtsgrundlagen bis Ende 2007

3.1.1.1. Entwicklung der gesetzlichen Grundlagen von 1992 bis 2007

3.1.1.1.1. § 20 Abs. 3a SGB V in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992

Die Förderung von Selbsthilfeeinrichtungen mit einer gesundheitspolitisch relevanten Zielsetzung durch die gesetzliche Krankenversicherung ist Ende 1992 – zunächst als Kann-Leistung – im SGB V gesetzlich verankert worden. Mit der Bestimmung des § 20 Abs. 3a SGB V, die durch Art. 1 Nr. 8 Buchstabe b) des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992³² mit Wirkung vom 1. Januar 1993³³ in das SGB V eingefügt wurde, erhielten die Krankenkassen erstmals die Möglichkeit, die Tätigkeit von Selbst-

27 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007, BGBl. I S. 378.

28 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung (Art. 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 5 des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024).

29 Vgl. hierzu eingehend unten zu Gliederungspunkt 3.1.3.

30 Vgl. hierzu nachfolgend zu Gliederungspunkt 3.1.1.

31 Vgl. hierzu nachfolgend zu Gliederungspunkt 3.1.2.

32 Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992, BGBl. I S. 2266.

33 Vgl. Art. 35 Abs. 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG).

hilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung durch Zuschüsse zu fördern, um sie stärker in ihr Konzept der Erhaltung und Förderung der Gesundheit einzubeziehen. Eine Vollfinanzierung solcher Einrichtungen war nicht vorgesehen³⁴.

3.1.1.1.2. § 20 Abs. 3 SGB V in der Fassung des Beitragsentlastungsgesetzes vom 1. November 1996

Mit dem Beitragsentlastungsgesetz vom 1. November 1996³⁵ wurden die Bedingungen für die Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen gegenüber dem bis Ende 1996 geltenden Rechts in einem neuen – am 1. Januar 1997 in Kraft getretenen³⁶ – § 20 Abs. 3 SGB V konkretisiert. Nach dieser Bestimmung, die auf die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zurückging³⁷, konnte die Krankenkasse Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen, die sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach § 20 Abs. 3 Satz 2 SGB V aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt hatten, durch Zuschüsse fördern (§ 20 Abs. 3 Satz 1 SGB V in der Fassung des Beitragsentlastungsgesetzes). In Satz 2 Halbsatz 1 des § 20 Abs. 3 SGB V wurde festgelegt, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder beschließen, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist. Sie hatten die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu beteiligen (§ 20 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V in der Fassung des Beitragsentlastungsgesetzes). Nach der Begründung in der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit hatte sich das Verzeichnis, das die Voraussetzungen für die Förderung beschreibt, an medizinischen Kriterien zu orientieren, z. B. Stoffwechselerkrankungen, Krebs, Suchtkrankheiten, neurologische Erkrankungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates³⁸. Dieses Verzeichnis haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich am 14. Februar 1997 beschlossen³⁹. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wurde beteiligt. Das Verzeichnis der Krankheitsbilder orientierte sich an medizinischen Kriterien.

34 Vgl. die Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz), in: BT-Drs. 12/6308 S. 77 sowie den Bericht des Ausschusses für Gesundheit, in: BT-Drs. 12/3937 S. 11.

35 Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz – BeitrEntlG) vom 1. November 1996, BGBl. I S. 1631.

36 Vgl. Art. 5 des Beitragsentlastungsgesetzes, BGBl. I S. 1631, 1633.

37 Vgl. BT-Drs. 13/5099 S. 6, 17.

38 Vgl. BT-Drs. 13/5099 S. 17.

39 Abgedruckt in: Die Ortskrankenkasse (DOK), Zeitschrift, 1997, S. 541.

3.1.1.1.3. § 20 Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999



Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999⁴⁰ wurde die Selbsthilfeförderung dann noch einmal präzisiert und durch eine Soll-Formulierung in dem neu geschaffenen § 20 Abs. 4 SGB V deutlich verpflichtender als bisher geregelt. § 20 Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 trat mit Wirkung vom 1. Januar 2000 an die Stelle des früheren Abs. 3 und regelte – mit verschiedenen Änderungen – ebenso die institutionelle Förderung der Selbsthilfe. Der Zweck der Vorschrift lag auch weiterhin darin, bei Prävention und Rehabilitation die vielfältigen Möglichkeiten der Selbsthilfe von Versicherten zur Ergänzung der professionellen Gesundheitsdienste zu nutzen⁴¹.

Im Rahmen der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Ermessensvorschrift (Kann-Regelung) in § 20 Abs. 3 Satz 1 SGB V in der Fassung des Beitragsentlastungsgesetzes⁴² war die Selbsthilfeförderung von den Krankenkassen unterschiedlich und teilweise unzureichend gehandhabt worden. Die neue Regelung in § 20 Abs. 4 Satz 1 SGB V machte die Förderung der Selbsthilfe deshalb als Soll-Vorschrift zu einer gesetzlichen Aufgabe der Krankenkassen mit stark verpflichtendem Charakter⁴³. Von dieser durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 begründeten Verpflichtung der Krankenkasse für den Regelfall („soll“) durfte die Krankenkasse lediglich in Ausnahmefällen abweichen. Der vom Gesetzgeber gewollte „stark verpflichtende Charakter“ dieser Aufgabe⁴⁴ wurde noch durch die Besonderheit unterstrichen, dass in § 20 Abs. 4 Satz 5 SGB V sogar ein ebenfalls verpflichtender Richtwert für die Ausgaben der Krankenkasse eingeführt wurde. Die Förderung der Selbsthilfe nach § 20 Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 richtete sich auch weiterhin nicht an einzelne Versicherte, sondern vor allem an deren Zusammenschlüsse in Gestalt von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen. Zu ihrer rechtlichen Absicherung wurden darüber hinaus auch die Selbsthilfeorganisationen, die die Interessenvertretung der Selbsthilfe nach außen leisten, in den Kreis der Begünstigten nach § 20 Abs. 4 Satz 1 SGB V aufgenommen.

Über die vorgenannten Änderungen hinaus wurden durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 auch die Aufgaben der Spitzenverbände der Kranken-

40 Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999, BGBl. I S. 2626.

41 Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), BT-Drs. 14/1245 S. 62.

42 Vgl. oben zu Gliederungspunkt 3.1.1.1.2.

43 Vgl. die Entwurfsbegründung in BT-Drs. 14/1245 S. 62.

44 Vgl. BT-Drs. 14/1245 S. 62.

kassen im Rahmen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfeförderung nach § 20 Abs. 4 SGB V erweitert. Neben dem schon nach damaligem Recht zu beschließenden Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig war, hatten die Spitzenverbände der Krankenkassen gem. § 20 Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 gemeinsam und einheitlich nunmehr auch Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe zu beschließen. Gemäß Abs. 4 Satz 4 i. V. m. Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 2 waren dabei auch die Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Mit der Neuregelung in Satz 3 wollte der Gesetzgeber die damalige unterschiedliche und unübersichtliche Förderpraxis der verschiedenen Krankenkassen beseitigen, die er laut Entwurfsbegründung als ein wesentliches Hemmnis für die Weiterentwicklung der Selbsthilfe ansah⁴⁵. Nach den Erwartungen des Gesetzgebers⁴⁶ sollten die gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze gem. Satz 3 zur Transparenz der Förderkriterien führen und eine flächendeckende, gerechtere Verteilung der Fördermittel gewährleisten. In diesen Fördergrundsätzen sollten nach der Entwurfsbegründung u. a. die Voraussetzungen, Inhalt, Umfang und Formen der Förderung – projektbezogene und pauschale Zuschüsse – sowie die Abstimmung zu anderen Fördersträngen wie etwa der öffentlichen Hand geregelt werden. Der Ausbau der Förderung durch die Krankenkassen sollte insbesondere nicht zu einem Rückzug anderer Kostenträger führen⁴⁷.

Durch die Neuregelung in Satz 3 Halbsatz 2 wurde zudem gesetzlich festgelegt, dass neben der Projektförderung auch die gesundheitsbezogene Arbeit der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Zuschüsse gefördert werden konnte. Möglich waren demnach pauschale Zuschüsse an alle Zusammenschlüsse und Stellen der Selbsthilfe⁴⁸. Vor der Gewährung von Förderleistungen war jedoch das Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen sorgfältig zu prüfen; es musste die Gewähr bestehen, dass die finanziellen Mittel effektiv und zuverlässig für Ziele der Krankheitsverhütung oder Rehabilitation eingesetzt werden. Nur solche Tätigkeiten durften pauschal bezuschusst werden, die „gesundheitsbezogen“, also feststellbar auf die Ziele des § 20 SGB V ausgerichtet waren. Eine Vollfinanzierung war nicht vorgesehen.

Um zu gewährleisten, dass die Krankenkassen – wie beabsichtigt – einen angemessenen Anteil ihrer Ausgaben für die Förderung der Selbsthilfe verwenden, wurde durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 in Abs. 4 Satz 5 des § 20 SGB V erstmals ein Richtwert für die Ausgaben der Krankenkasse zur institutionellen Förderung der Selbst-

45 Vgl. BT-Drs. 14/1245 S. 63.

46 Vgl. BT-Drs. 14/1245 S. 63.

47 Vgl. BT-Drs. 14/1245 S. 63.

48 Siehe BT-Drs. 14/1425 S. 63 und Ausschussbericht BT-Drs. 14/1977 S. 160.

hilfe festgelegt. Nach dieser Bestimmung sollten die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 20 Abs. 4 Satz 1 SGB V insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von einer Deutschen Mark⁴⁹ umfassen (§ 20 Abs. 4 Satz 5 Halbsatz 1 SGB V). Diese Ausgaben waren gem. Satz 5 Halbsatz 2 in den Folgejahren entsprechen der prozentualen Steigerung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV⁵⁰ zu dynamisieren. Nach der Entwurfsbegründung sind mit der in Satz 5 festgelegten Orientierung der Aufwendungen für die Förderung die für die Weiterentwicklung der Selbsthilfe notwendigen verlässlichen Rahmenbedingungen geschaffen worden. Die Regelung sollte zu einer deutlichen Steigerung der Fördermittel im Selbsthilfebereich führen⁵¹.

3.1.1.1.4. § 20 Abs. 3 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Änderung medizintechnischer und anderer Vorschriften vom 14. Juni 2007

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007⁵² wurde der vorgenannte Abs. 4 des § 20 SGB V zum 1. April 2007 aufgehoben⁵³ und die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die Krankenkassen in einer eigenen Vorschrift – dem neuen § 20c SGB V – grundlegend neu geregelt. Die Neubestimmung des § 20c SGB V sollte gem. Art. 1 Nr. 12 i. V. m. Art. 46 Abs. 8 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes allerdings erst am 1. Januar 2008 in Kraft treten, mit der Folge, dass es auf Grund der vorgenannten Regelungen im GKV-WSG für den Zeitraum vom 1. April 2007 bis zum 31. Dezember 2007 zu einer – vom Gesetzgeber nicht beabsichtigten – Lücke in der Finanzierung der Selbsthilfe durch die Krankenkassen gekommen wäre, wenn der Gesetzgeber auf dieses redaktionelle Versehen nicht reagiert hätte. Mit dem Gesetz zur Änderung medizintechnischer und anderer Vorschriften vom 14. Juni 2007⁵⁴ hat der Gesetzgeber den vorgenannten technischen Fehler im GKV-WSG jedoch behoben. Um die Finanzierung für die Selbsthilfe über den 31. März 2007 hinaus bis Ende 2007 sicherzustellen, wurde § 20 Abs. 4 SGB V in der bis zum

49 Durch Art. 1 Nr. 2 Buchstabe b) des Gesetzes zur Umstellung von Gesetzen und anderen Vorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auf Euro (Achten-Euro-Einführungsgesetz) vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) wurden mit Wirkung vom 1. Januar 2002 (vgl. Art. 44 des Achten-Euro-Einführungsgesetzes) in Abs. 4 Satz 5 die Wörter „einer Deutschen Mark“ durch die Angabe „0,51 Euro“ ersetzt.

50 Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – (Art. I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845) in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 86 [466]), zuletzt geändert durch Art. 3 des Gesetzes vom 8. April 2008 (BGBl. I S. 681).

51 Vgl. BT-Drs. 14/1245 S. 63.

52 BGBl. I S. 378.

53 Vgl. Art. 1 Nr. 11 Buchstabe c) i. V. m. Art. 46 Abs. 1 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes.

54 BGBl. I S. 1066.

31. März 2007 geltenden Fassung mit Wirkung ab dem 1. April 2007 als § 20 Abs. 3 SGB V wieder in das SGB V eingefügt⁵⁵ und zum 1. Januar 2008 wieder aufgehoben⁵⁶.

3.1.1.2. Die gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20 Abs. 4 SGB V

Auf der gesetzlichen Grundlage des § 20 Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999⁵⁷ haben die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung der Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen – BAG SELBSTHILFE – Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V., Düsseldorf, PARITÄTischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V., Berlin, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., Gießen, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Hamm – gemeinsame und einheitliche Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe entwickelt. Sie konkretisieren die gesetzliche Grundlage und beschreiben die inhaltlichen Voraussetzungen und Kriterien für eine Förderung von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen im Sinne des bis zum 31. März 2007 geltenden § 20 Abs. 4 SGB V in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000. Die „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Mai 2006“ sind als **Anlage 1** beigelegt. Sie berücksichtigen auch die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Umsetzung von § 20 Abs. 4 SGB V vom 9. Mai 2003.

3.1.2. Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen für die Selbsthilfeförderung in den Jahren 2000 - 2006

Die Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen für die Selbsthilfeförderung in den Jahren 2000 – 2006 muss als stark defizitär angesehen werden. Zwar sind langfristig die Pro-Kopf-Aufwendungen von 13 Cent je Versicherten im Jahr 2000 auf 39 Cent im Jahr 2006 angestiegen, haben sich also verdreifacht. Doch gab im Jahr 2006 keine der Kassenarten im Durchschnitt die vom Gesetzgeber geforderten 55 Cent je Versicherten für die Selbsthilfeförderung aus. Am nächsten kamen diesem Wert noch die Bundesknappschaft (52 Cent), die See-Krankenkasse (48 Cent), die Angestellten-Ersatzkassen (44 Cent) und die landwirtschaftlichen Kassen (42 Cent). Im mittleren Ausgabenbereich

55 Vgl. Art. 5 Nr. 1 i. V. m. Art. 10 Abs. 2 des Gesetzes zur Änderung medizinproduktrechtlicher und anderer Vorschriften vom 14. Juni 2007, BGBl. I S. 1066.

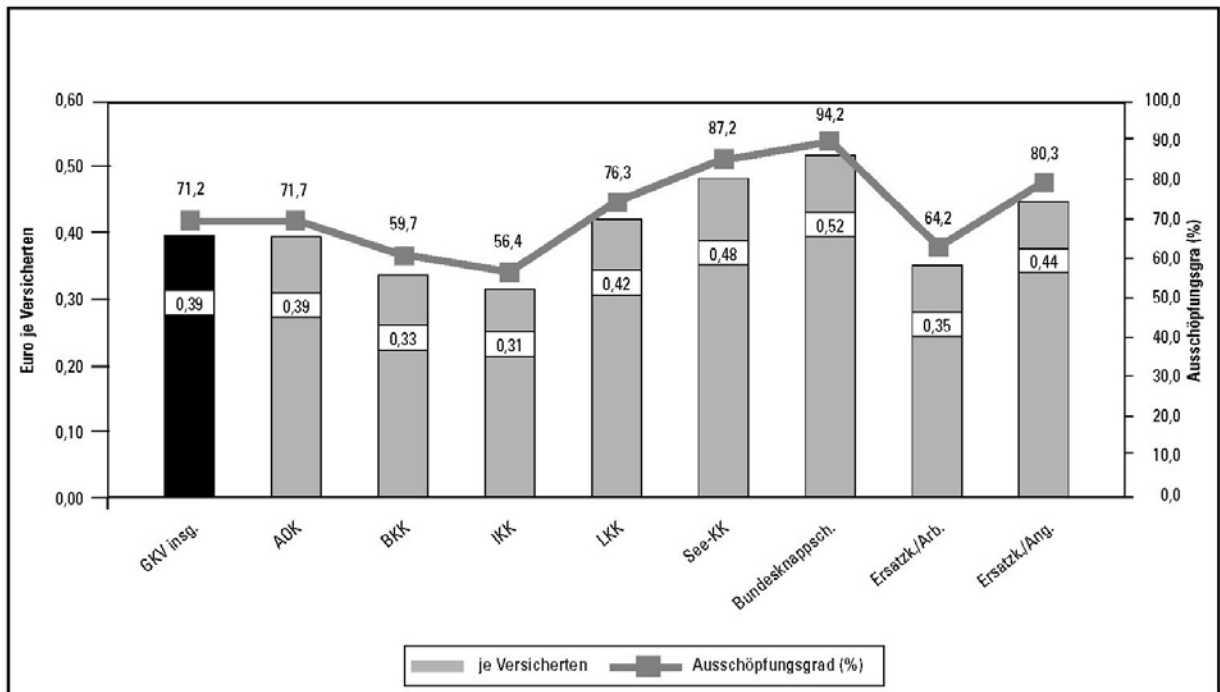
56 Vgl. Art. 6 Nr. 1 i. V. m. Art. 10 Abs. 3 des Gesetzes zur Änderung medizinproduktrechtlicher und anderer Vorschriften vom 14. Juni 2007, BGBl. I S. 1066.

57 BGBl. I S. 2626; vgl. oben zu Gliederungspunkt 3.1.1.1.3.



lagen die Ortskrankenkassen (39 Cent). Am unteren Ende der Skala rangierten die Innungskrankenkassen (31 Cent), die Betriebskrankenkassen (33 Cent) und die Arbeiter-Ersatzkassen (35 Cent). Entsprechend bewegten sich die kassenartspezifischen Ausschöpfungsquoten zwischen 56 % und 94 %; im Kassendurchschnitt werden 71 % erreicht (vgl. die nachfolgende Abbildung 2).

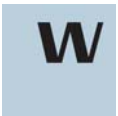
Abbildung 2: GKV-Ausgaben je Versicherten für Selbsthilfeförderung und Ausschöpfungsgrad im Jahr 2006 (1. - 4. Quartal)



Quelle: Priester, Klaus (2007). Krankenkassen schöpfen Finanzspielräume bei der Selbsthilfefinanzierung bei weitem nicht aus. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.). selbsthilfegruppenjahrbuch 2007, Gießen 2007, S. 163, 169 (auf der Grundlage von Daten des Bundesministeriums für Gesundheit [Statistiken: KJ 1, KV 45] und eigener Berechnungen). Abrufbar im Internet unter http://www.dag-selbsthilfegruppen.de/site/data/DAGSHG_shgJB2007.pdf

Bedenklich muss zudem die Entwicklung der kassentragenen Selbsthilfe-Förderung in den letzten Jahren stimmen: Seit 2004 haben sich im Kassendurchschnitt nicht nur die absoluten Ausgaben kaum noch erhöht. So gab die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt seit dem Jahr 2004 gerade einmal einen Cent mehr je Versicherten für die Selbsthilfe-Förderung aus (vgl. die nachfolgende Tabelle 4).

Tabelle 4: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Selbsthilfeförderung nach § 20 Abs. 4 SGB V in den Jahren 2000 - 2006



	GKV. insg.	AOK	BKK	IKK	LKK	See-KK	Bundes- knapp- schaft	Ersatz- kassen/ Arbeiter	Ersatz- kassen/ Angest.
Aussgaben insg. (Mio. €)									
2000	9,50	4,34	1,93	0,64	0,11	0,01	0,18	0,20	2,09
2001	15,72	6,17	3,87	1,02	0,14	0,01	0,36	0,21	3,94
2002	21,51	8,71	4,09	1,13	0,16	0,02	0,53	0,30	6,57
2003	24,22	9,18	4,82	1,35	0,30	0,02	0,63	0,33	7,58
2004	26,41	9,98	5,52	1,45	0,33	0,03	0,66	0,50	7,97
2005	27,05	10,32	4,98	1,63	0,34	0,03	0,71	0,54	8,50
2006 (1.-4. Quartal)	27,55	9,88	4,71	1,57	0,38	0,04	0,75	0,60	9,64
Veränderung 2000/2006 (in %)	190,2	127,4	144,6	146,8	247,3	244,2	322,5	195,6	360,8
Aussgaben je Versicherten (€)									
2000	0,13	0,16	0,18	0,14	0,10	0,16	0,13	0,13	0,08
2001	0,22	0,23	0,31	0,23	0,13	0,21	0,26	0,15	0,16
2002	0,30	0,34	0,31	0,26	0,16	0,31	0,39	0,21	0,28
2003	0,34	0,36	0,34	0,30	0,31	0,34	0,46	0,23	0,34
2004	0,38	0,39	0,37	0,32	0,34	0,37	0,46	0,34	0,36
2005	0,38	0,41	0,34	0,35	0,37	0,43	0,49	0,34	0,39
2006 (1.-4. Quartal)	0,39	0,39	0,33	0,31	0,42	0,48	0,52	0,35	0,44
Veränderung 2000/2006 (in %)	193,7	147,6	81,0	124,8	300,1	199,0	306,9	161,9	422,6
Soll (Mio.€)									
2000	36,34	13,91	5,42	2,35	0,53	0,03	0,71	0,76	12,62
2001	36,21	13,47	6,28	2,29	0,52	0,04	0,71	0,73	12,18
2002	36,81	13,47	6,90	2,30	0,52	0,04	0,71	0,74	12,13
2003	37,34	13,54	7,61	2,34	0,51	0,04	0,73	0,75	11,82
2004	37,95	13,66	7,96	2,42	0,51	0,04	0,76	0,80	11,80
2005	38,07	13,68	7,88	2,55	0,50	0,04	0,78	0,85	11,78
2006 (1.-4. Quartal)	38,72	13,78	7,89	2,78	0,50	0,04	0,79	0,93	12,00
Veränderung 2000/2006 (in %)	6,5	-1,0	45,7	18,4	-6,4	24,2	12,0	21,7	-4,9
Ausschöpfungsgrad (in %)									
2000	26,1	31,2	35,5	27,1	20,6	31,4	25,0	26,4	16,6
2001	43,4	45,8	61,6	44,7	26,2	41,6	50,5	29,4	32,3
2002	58,4	64,7	59,4	49,1	30,2	60,6	74,8		
2003	54,2								
2003	64,9	67,8	63,4	57,5	59,0	64,3	86,1	44,3	64,1
2004	69,6	73,0	69,3	60,0	63,7	67,9	86,1	62,5	67,5
2005	71,1	75,4	63,2	64,0	68,6	79,4	91,0	63,7	72,1
2006 (1.-4. Quartal)	71,2	71,7	59,7	56,4	76,3	87,2	94,2	64,2	80,3
Veränderung 2000/2006 (%)	172,4	129,6	67,9	108,5	271,0	177,3	277,3	142,8	384,6
Differenz Ist/Soll (Mio. €)									
2000	-26,85	-9,57	-3,49	-1,72	-0,42	-0,02	-0,53	-0,56	-10,53
2001	-20,49	-7,30	-2,41	-1,27	-0,38	-0,02	-0,35	-0,51	-8,24
2002	-15,29	-4,76	-2,80	-1,17	-0,36	-0,01	-0,18	-0,44	-5,56
2003	-13,12	-4,35	-2,78	-0,99	-0,21	-0,01	-0,10	-0,42	-4,24
2004	-11,53	-3,68	-2,44	-0,97	-0,19	-0,01	-0,11	-0,30	-3,84
2005	-11,02	-3,37	-2,90	-0,92	-0,16	-0,01	-0,07	-0,31	-3,28
2006 (1.-4. Quartal)	-11,17	-3,90	-3,18	-1,21	-0,12	-0,01	-0,05	-0,33	-2,37
Summe 2000-2006	-109,46	-36,93	-20,02	-8,25	-1,84	-0,10	-1,39	-2,88	-38,07

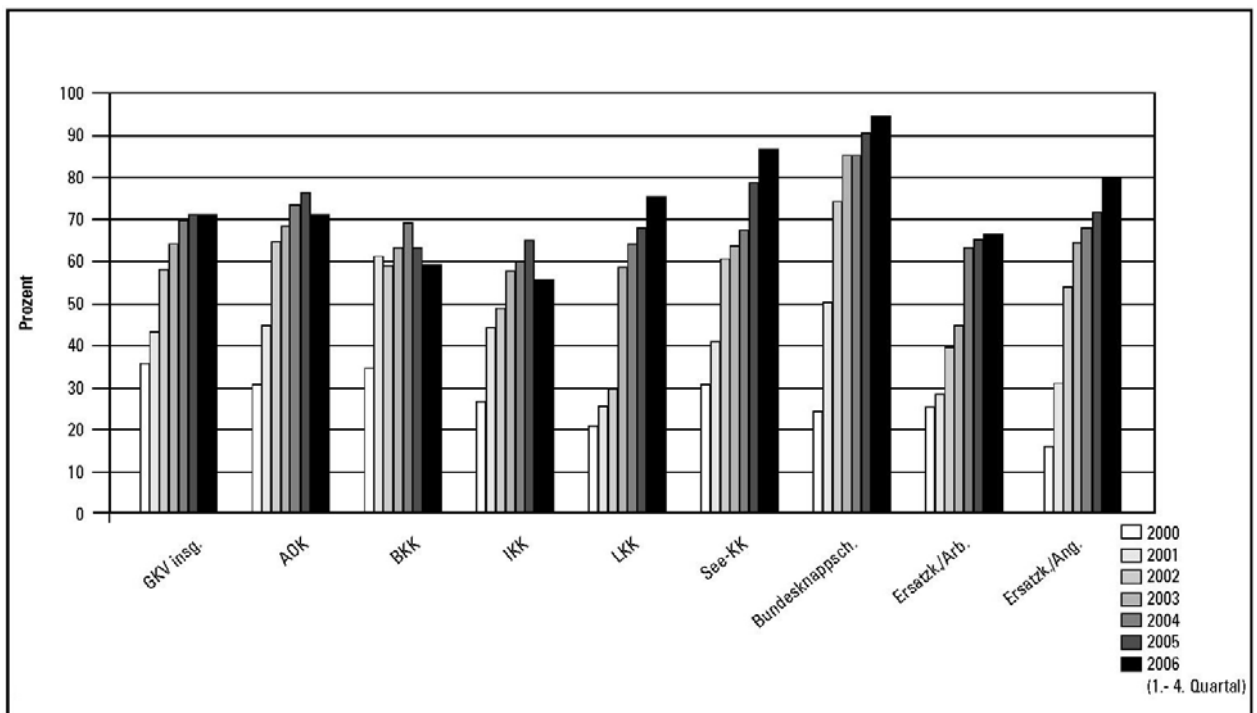
Quelle: Priester, Klaus (2007). Krankenkassen schöpfen Finanzspielräume bei der Selbsthilfefinanzierung bei weitem nicht aus. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.). selbsthilfegruppenjahrbuch 2007, Gießen 2007, S. 163, 170 (auf der Grundlage von Daten des Bundesministeriums für Gesundheit [Statistiken: KJ 1, KV 45] und eigener Berechnungen). Abrufbar im Internet unter http://www.dag-selbsthilfegruppen.de/site/data/DAGSHG_shgJB2007.pdf.

Darüber hinaus sind bei einigen Kassenarten die Selbsthilfe-Ausgaben absolut und je Versicherten seit einem oder mehreren Jahren sogar rückläufig, so bei den Betriebs-,



Orts- und Innungskrankenkassen. In ähnlicher Weise gilt dies für die kassenartenspezifischen Ausschöpfungsquoten im Selbsthilfebereich (vgl. die nachfolgende Abbildung 3).

Abbildung 3: GKV-Ausgaben je Versicherten für die Selbsthilfeförderung in den Jahren 2000 – 2006 (1. - 4. Quartal) nach Kassenarten – Ausschöpfungsgrad in Prozent



Quelle: Priester, Klaus (2007). Krankenkassen schöpfen Finanzspielräume bei der Selbsthilfefinanzierung bei weitem nicht aus. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.). selbsthilfegruppenjahrbuch 2007, Gießen 2007, S. 163, 171 (auf der Grundlage von Daten des Bundesministeriums für Gesundheit [Statistiken: KJ 1, KV 45] und eigener Berechnungen). Abrufbar im Internet unter http://www.dag-selbsthilfegruppen.de/site/data/DAGSHG_shgJB2007.pdf.

Insgesamt wurden für die Selbsthilfeförderung von den Kassen zwischen 2000 und 2006 knapp 110 Millionen Euro nicht ausgegeben, obwohl dies gesetzlich möglich gewesen wäre. Jeweils ein Drittel dieser Summe entfällt auf die Angestellten-Ersatzkassen (38 Millionen Euro) und die Ortskrankenkassen (37 Millionen Euro), ein knappes Fünftel auf die Betriebskrankenkassen (20 Millionen Euro).



3.1.3. Die am 1. Januar 2008 in Kraft getretene gesetzliche Neuregelung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfeförderung in § 20c SGB V

3.1.3.1. Entstehungsgeschichte und Normzweck des § 20c SGB V

Mit der durch Art. 1 Nr. 12 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26. März 2007⁵⁸ eingeführten Vorschrift des § 20c SGB V hat der Gesetzgeber die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die Krankenkassen mit Wirkung vom 1. Januar 2008⁵⁹ auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt und insbesondere eine unbedingte Förderverpflichtung der Krankenkassen geschaffen. Die Vorschrift ist Nachfolgeregelung des § 20 Abs. 3 SGB V in der vom 1. April bis 31. Dezember 2007 geltenden Fassung⁶⁰. Die Neufassung der Förderregelung in einer eigenen Vorschrift – dem neuen § 20c SGB V – soll nach der Gesetzesbegründung dem gestiegenen Stellenwert der Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen Rechnung tragen⁶¹. Die Förderung der Selbsthilfe werde weiter gestärkt und die Rechtsgrundlage im Interesse einer effizienten und antragstellerfreundlichen Durchführung der Förderung weiterentwickelt. Unter anderem sind nun 50 % der Fördermittel für eine kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung vorgesehen (vgl. § 20c Abs. 3 Satz 3 SGB V). Das Ausgabenvolumen wurde gem. § 20c Abs. 3 Satz 1 SGB V auf einen jährlich anzupassenden Betrag von 0,55 Euro pro Versicherten und Jahr festgelegt.

3.1.3.2. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der institutionellen Selbsthilfeförderung gem. § 20c Abs. 1 SGB V

3.1.3.2.1. Allgemeines

Nach § 20c Abs. 1 Satz 1 SGB V fördern die Krankenkassen und ihre Verbände 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. Durch die in § 20c Abs. 1 Satz 1 SGB V vorgenommene Umstellung von der bisherigen Soll-Regelung auf die unbedingte Förderverpflichtung im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3 wird laut Entwurfsbegründung⁶² sichergestellt, dass das vorgesehene Fördervolumen nicht unterschritten wird. Die Verknüpfung der Förderverpflichtung mit den Festlegungen zur Höhe der Fördermittel macht deutlich, dass auch nach der Neuregelung in § 20c SGB V kein Rechtsanspruch auf Förderung besteht. Schon weil die Fördermittel der Höhe nach begrenzt sind, besteht bei ihrer

58 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007, BGBl. I S. 378.

59 Vgl. Art. 46 Abs. 8 des GKV-WSG.

60 Vgl. hierzu näher oben zu Gliederungspunkt 3.1.1.1.4.

61 Vgl. die Entwurfsbegründung, in: BT-Drs. 16/3100 S. 98.

62 Vgl. die Entwurfsbegründung, in: BT-Drs. 16/3100 S. 98.

Vergabe weiterhin ein Entscheidungsspielraum sowohl zur Auswahl als auch zur Gestaltung der Förderungen. Mit der ausdrücklichen Nennung der Verbände der Krankenkassen in § 20c Abs. 1 Satz 1 SGB V wird klargestellt, dass die Verpflichtung zur Förderung der Selbsthilfe auch auf Landes- und Bundesebene zur Unterstützung der dort tätigen Organisationen gilt. Da die Strukturen der organisierten Selbsthilfe auf diesen beiden Ebenen für die Unterstützung der Selbsthilfegruppen auf der örtlichen Ebene und zur Interessenvertretung der Selbsthilfe von wesentlicher Bedeutung sind, müssen laut Entwurfsbegründung⁶³ auch sie bedarfsgerecht gefördert werden. Zu dem förderfähigen Selbsthilfeengagement gehört auf diesen Ebenen auch die Wahrnehmung von Aufgaben der Patientenbeteiligung in den Steuerungsgremien der gesetzlichen Krankenversicherung⁶⁴.

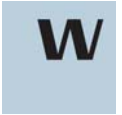
Soweit die in § 20c Abs. 1 Satz 1 SGB V enthaltene Beschreibung der Zielsetzung von Selbsthilfegruppen und -organisationen gegenüber der Formulierung des bisherigen § 20 Abs. 3 bzw. Abs. 4 SGB V durch den Begriff der „gesundheitlichen Prävention“ geändert worden ist, handelt es sich lediglich um eine redaktionelle Anpassung; eine inhaltliche Änderung des Adressatenkreises der Förderung ist damit nicht verbunden. Gefördert werden sollen nach Satz 1 1. Halbsatz auch zukünftig nur Selbsthilfegruppen und -organisationen, deren besondere Merkmale und Tätigkeitsfelder in den gemeinsamen und einheitlichen Fördergrundsätzen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 20c Abs. 2 SGB V beschrieben werden. Eine Förderung von Zusammenschlüssen mit ausschließlich gesundheitsförderlicher oder primär präventiver Zielsetzung bleibt danach ausgeschlossen⁶⁵.

Hervorzuheben ist, dass – in Übereinstimmung mit der bis Ende 2007 geltenden Rechtslage – auch nach der Neuregelung der Selbsthilfeförderung gem. § 20c SGB V kein Rechtsanspruch des einzelnen Versicherten auf Förderung besteht, sondern nur auf institutionelle Förderung. Die Förderung ist auf Zuschüsse beschränkt, die sowohl pauschal als auch für einzelne Vorhaben erfolgen können (vgl. § 20c Abs. 2 Satz 3 SGB V). Eine Vollfinanzierung der Selbsthilfearbeit bzw. der Selbsthilfeaktivitäten ist hingegen ausgeschlossen, was im Ergebnis auch dem Konzept der eigenverantwortlichen Selbsthilfe außerhalb staatlicher Organisationen und deren Kontrolle zuwiderlaufen würde. Die vorgesehene Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfearbeit soll diese stärker in das Konzept der Krankenkassen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit einbe-

63 Vgl. BT-Drs. 16/3100 S. 98.

64 Vgl. BT-Drs. 16/3100 S. 98.

65 Vgl. die Entwurfsbegründung, in: BT-Drs. 16/3100 S. 98.



ziehen und hat daher im Bereich der Regelungen der Gesundheitsförderung – und nicht beispielsweise bei der Rehabilitation – Eingang gefunden⁶⁶.

3.1.3.2.2. Förderungsempfänger

§ 20c Abs. 1 Satz 1 SGB V nennt – wie bereits erwähnt – als Förderungsempfänger Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die ihren Tätigkeitsbereich in der Prävention oder Rehabilitation haben⁶⁷.

Die in § 20c Abs. 1 Satz 3 SGB V aufgenommenen Anforderungen an Selbsthilfekontaktstellen, denen zufolge Selbsthilfekontaktstellen für eine Förderung ihrer gesundheitsbezogenen Arbeit themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sein müssen, schließen die Förderung von Einrichtungen, die sich auf wenige Selbsthilfe- und Krankheitsbereiche spezialisiert haben, aus. Die Unterstützung durch übergreifend arbeitende Selbsthilfekontaktstellen ist nach Auffassung des Gesetzgebers⁶⁸ für die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in den Regionen von besonderer Relevanz. Ein Missbrauch der Bezeichnung als Selbsthilfekontaktstelle durch Einrichtungen mit vorrangig anderen Tätigkeitsschwerpunkten soll auf diese Weise verhindert werden⁶⁹.

3.1.3.2.3. Verzeichnis der Krankheitsbilder

In sachlicher Übereinstimmung mit der bereits durch das Beitragsentlastungsgesetz vom 1. November 1996⁷⁰ eingeführten Regelung in § 20 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Fassung beschließen die Spitzenverbände der Krankenkassen⁷¹ gemäß § 20c Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V 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 (§ 20c Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V). Dieses Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei denen eine Förderung zulässig ist, haben – wie bereits er-

66 Vgl. Wagner, § 20c SGB V Rn. 3. In: Krauskopf, Dieter (Hrsg.) Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Kommentar, Loseblattwerk, Stand: 59. Ergänzungslieferung, Oktober 2007, München 2008.

67 Zu den Begriffsbestimmungen der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen vgl. oben zu Gliederungspunkt 1.2.2.

68 Vgl. die Entwurfsbegründung, in: BT-Drs. 16/3100, S. 99.

69 Vgl. die Entwurfsbegründung, in: BT-Drs. 16/3100, S. 99.

70 Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz – BeitrEntlG), BGBl. I S. 1631; vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 3.1.1.1.2.

71 Durch Art. 2 Nr. 1 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes – GKV-WSG wird mit Wirkung vom 1. Juli 2008 (vgl. Art. 46 Abs. 9 GKV-WSG) § 20c Abs. 1 Satz 2 SGB V geändert; an die Stelle der Spitzenverbände der Krankenkassen tritt dann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

wähnt⁷² – die Spitzenverbände 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 vom 1. November 1996 erarbeitet. Die Spitzenverbände haben dieses Krankheitsverzeichnis in ihren Grundsätzen vom 10. März 2000⁷³ niedergelegt, das bis zum Vorliegen der neuen „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze“ – voraussichtlich zum 30. Juni 2008 – weiterhin Gültigkeit hat⁷⁴. In diesem Krankheitsverzeichnis 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 konkreter chronischer Krankheiten hat lediglich exemplarischen Charakter.

3.1.3.3. Verteilung der Fördermittel auf der Grundlage des § 20c Abs. 2 SGB V

Nach § 20c Abs. 2 Satz 1 SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen⁷⁵ in gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen neben den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe auch die Verteilung der Fördermittel auf die unterschiedlichen Förderebenen und Förderbereiche zu regeln. Bei der Regelung der Verteilung sollen laut Entwurfsbegründung⁷⁶ das Antragsaufkommen und der Förderbedarf der letzten Jahre sowie die Empfehlungen der Spitzenorganisationen der Selbsthilfe, die nach § 20c Abs. 2 Satz 2 SGB V zu beteiligen sind, maßgeblich berücksichtigt werden. Die Verteilungsregelung sei zudem so flexibel zu gestalten, dass sich ändernden Förderbedarfen der verschiedenen Ebenen und Bereiche Rechnung getragen werden könne. Bei der Mittelverteilung auf der regionalen Ebene der Förderung soll nach der Gesetzesbegründung zusätzlich die besondere Situation von Regionen und Städten mit hohem Förderbedarf wie z. B. Mittelpunktstädten, die einen großen Einzugsbereich für Selbsthilfeengagierte aus dem Umland besitzen, beachtet werden⁷⁷.

Die finanzielle Förderung kann nach § 20c Abs. 2 Satz 3 SGB V sowohl durch projektbezogene, d. h. gezielt und zeitlich begrenzt für abgegrenzte Vorhaben und Aktionen

72 Vgl. oben zu Gliederungspunkt 3.1.1.1.2.

73 Vgl. den Anhang zu den „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Mai 2006“; beigelegt als **Anlage 1**.

74 Vgl. die Rahmenvorgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung nach § 20c SGB V ab dem 1. Januar 2008 vom 17. September 2007, S. 1 mit Fußnote 2; beigelegt als **Anlage 3**.

75 Durch Art. 2 Nr. 1 des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes – GKV-WSG wird mit Wirkung vom 1. Juli 2008 (vgl. Art. 46 Abs. 9 GKV-WSG) § 20c Abs. 2 Satz 1 SGB V geändert; an die Stelle der Spitzenverbände der Krankenkassen tritt dann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

76 Vgl. BT-Drs. 16/3100 S. 99.

77 Vgl. die Entwurfsbegründung, in: BT-Drs. 16/3100 S. 99.

(sog. Projektförderung), als auch durch pauschale Zuschüsse – insbesondere von Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen – erfolgen. Mit der Regelung in § 20c Abs. 2 Satz 3 SGB V sind die projektbezogene Förderung und die Förderung durch pauschale Zuschüsse gesetzlich gleichgestellt worden. Sie können auch nebeneinander Anwendung finden. Die Regelung soll nach der Entwurfsbegründung⁷⁸ zu einer stärkeren Nutzung der für die Antragsteller vielfach bedarfsgerechteren und weniger organisationsaufwändigen pauschalen Förderung führen. Die Förderung soll bedarfsbezogen und angemessen sein, wobei der effektive und zuverlässige Mitteleinsatz für Ziele der Krankheitsverhütung oder Rehabilitation sowie das Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen zu prüfen sind. Die Vollfinanzierung der Selbsthilfearbeit bzw. der Selbsthilfeaktivitäten ist ausgeschlossen.

3.1.3.4. Gesetzliche Rahmenbedingungen der Mittelverausgabung nach § 20c Abs. 3 SGB V

Nach § 20c Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V sollen die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 20c Abs. 1 Satz 1 SGB V insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,55 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches⁷⁹ anzupassen (§ 20c Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V). Für das Jahr 2008 liegt dieser Betrag bei 0,56 Euro pro Versicherten und Jahr. Ab dem Förderjahr 2008 sind diese Fördermittel vollständig an die Selbsthilfe auszuschütten. Gemäß § 20c Abs. 3 Satz 2 SGB V sind die Mittel für die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen entsprechend dem Wohnort der Versicherten aufzubringen (Wohnortprinzip). Diese Regelung gewährleistet, dass sich alle Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet auf diesen Ebenen nach der jeweiligen Zahl ihrer Versicherten an der Förderung der Selbsthilfe beteiligen können⁸⁰.

Eine grundlegende Neuerung gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Rechtslage besteht darin, dass der Gesetzgeber des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007⁸¹ mit den Bestimmungen in § 20c Abs. 3 Satz 3 bis 5 SGB V ab dem Förderjahr 2008 eine sog. kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung eingeführt hat. Während die Krankenkassen und ihre Verbände die Selbsthilfe bislang auf der Basis kassenindividueller Förderentscheidungen förder-

78 Vgl. BT-Drs. 16/3100 S. 99.

79 Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – (Art. I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845) in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 86 [466]), zuletzt geändert durch Art. 3 des Gesetzes vom 8. April 2008 (BGBl. I S. 681).

80 Vgl. die Entwurfsbegründung, in: BT-Drs. 16/3100 S. 99.

81 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007, BGBl. I S. 378.

ten, gibt es seit dem 1. Januar 2008 zwei Förderstränge: die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung⁸² und die krankenkassenindividuelle Förderung⁸³, die primär als Projektförderung ausgestaltet ist. Im Einzelnen gilt hier Folgendes:

3.1.3.4.1. Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung

Im Rahmen der sog. kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung fördern die Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbände auf Bundes-, Landes- und Ortsebene die Selbsthilfe gemeinschaftlich über Fonds. Nach § 20c Abs. 3 Satz 3 SGB V sind von den Krankenkassen und ihren Verbänden mindestens 50 % der jährlichen Fördermittel für die kassenartenübergreifende, nicht die jeweilige Landesgrenze überschreitende, Gemeinschaftsförderung aufzubringen. Die übrigen maximalen 50 % der Fördermittel verbleiben den Krankenkassen für die krankenkassenindividuelle Selbsthilfeförderung. Damit können bestehende, bewährte Selbsthilfeförderungen der einzelnen Krankenkassen fortgeführt werden und die noch nicht ausgeschöpften finanziellen Ressourcen für die gemeinsame Förderung antragstellerfreundlich genutzt werden⁸⁴.

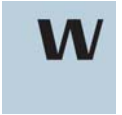
Diese Gemeinschaftsförderung kann nach der Gesetzesbegründung sowohl über sog. virtuelle als auch über reale Gemeinschaftsfonds organisiert werden. Das Modell des virtuellen Fonds belässt die Fördergelder bis zu den gemeinsamen Förderentscheidungen in der Verwaltung der einzelnen Krankenkassen/-verbände. Die Mittel müssen anders als bei einem realen Fonds nicht auf ein gemeinsames Konto überwiesen werden. Bei den Fördergemeinschaften ist auch eine Einbeziehung weiterer Förderer wie z. B. eine Beteiligung der öffentlichen Hand möglich. Insoweit sollen nach der Gesetzesbegründung alle in der Förderpraxis auf freiwilliger Basis bereits existierenden Modelle gemeinschaftlicher Förderung weiter zulässig sein und ausgebaut werden. Das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Selbsthilfe für die Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen auf der regionalen/örtlichen Ebene empfohlene sog. Ein-Ansprechpartner-Modell soll weiter verbreitet werden, damit von den Antragstellern hier möglichst nur noch ein Förderantrag gestellt werden muss. Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung und die in § 20c Abs. 3 Satz 5 SGB V enthaltene Verpflichtung, nicht verausgabte Fördermittel der kasseneigenen Förderung im Folgejahr in die Gemeinschaftsförderung zu geben, soll eine verlässliche Bereitstellung des jährlich vorgesehenen Fördervolumens gewährleisten und eine effiziente, zielgerichtete Förderung der Selbsthilfe sicherstellen⁸⁵. Die Gemeinschaftsfonds (virtuell oder real) werden auf den einzelnen Ebenen der Selbsthilfe-

82 Vgl. hierzu nachfolgend zu Gliederungspunkt 3.1.3.4.1.

83 Vgl. hierzu nachfolgend zu Gliederungspunkt 3.1.3.4.2.

84 Vgl. die Entwurfsbegründung, in: BT-Drs. 16/3100 S. 99.

85 So die Entwurfsbegründung, in: BT-Drs. 16/3100 S. 99.



förderung gebildet, die sich auf die jeweilige Unterstützung von Bundes- oder Landesorganisationen sowie von örtlichen Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen beziehen.

Über die Vergabe der Fördermittel aus der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung beschließen gem. § 20c Abs. 3 Satz 4 SGB V die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam nach Maßgabe der in § 20c Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Grundsätze und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Durch die jeweils gemeinsame Entscheidung der Krankenkassen oder ihrer Verbände über die Vergabe der Fördermittel aus den Gemeinschaftsfonds nach Abs. 3 Satz 4 wird die Transparenz der Förderung erhöht und eine abgestimmte Verteilung der Fördermittel erreicht. Das Antragsverfahren wird durch die Bündelung der Förderanträge bei den Gemeinschaftsfonds für die Antragsteller zudem erheblich erleichtert⁸⁶. Die Verpflichtung zur Beratung der Förderentscheidungen mit den jeweils maßgeblichen Vertretungen der Selbsthilfe gem. § 20c Abs. 3 Satz 4 SGB V dient zusätzlich der sachverständigen Vergabe der Fördermittel. Die Erarbeitung von Verfahrensempfehlungen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Selbsthilfe zur Einbeziehung der Selbsthilfevertretungen könnte nach der Gesetzesbegründung zu einer reibungslosen Umsetzung dieser Beteiligungsverpflichtung beitragen⁸⁷.

§ 20c Abs. 3 Satz 5 SGB V verpflichtet – wie bereits erwähnt – die einzelnen Krankenkassen, falls sie den Förderbetrag pro Versichertem insgesamt nicht ausschöpfen, den Differenzbetrag im Folgejahr in die Gemeinschaftsfonds zu geben. Dadurch wird sichergestellt, dass die gesetzlich vorgesehenen Fördermittel in jedem Fall die Selbsthilfe erreichen.

Für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen in Abstimmung mit ihren Mitgliedern und unter Beteiligung der Vertretungen der für die Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Rahmenvorgaben zur Förderung der Selbsthilfe verständigt⁸⁸. Sie werden Bestandteil der neuen „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20c SGB V“, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen bis spätestens zum 30. Juni 2008 unter Beteiligung der Vertretungen der Selbsthilfe überarbeitet werden. Nach den „Rahmenvorgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförde-

86 Vgl. die Entwurfsbegründung, in: BT-Drs. 16/3100 S. 99.

87 Vgl. die Gesetzesbegründung, in: BT-Drs. 16/3100 S. 99.

88 Vgl. die Rahmenvorgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung nach § 20c SGB V ab dem 1. Januar 2008 vom 17. September 2007; beigelegt als **Anlage 3**.

nung nach § 20c SGB V vom 17. September 2007“ wird die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung von den Krankenkassen und ihren Verbänden auf allen drei Förderebenen (Bund, Land, örtliche Ebene) durchgeführt und berücksichtigt dabei Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen. Die Förderung der Selbsthilfe im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung erfolgt durchgängig als Pauschalförderung. Die Antragstellung wurde stark vereinfacht. Seitens der Selbsthilfeorganisationen, -gruppen und -kontaktstellen reicht ein Antrag aus, der an den auf der jeweiligen Förderebene zuständigen federführenden Krankenkassenverband bzw. die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen/-verbände zu richten ist.

3.1.3.4.2. Krankenkassenindividuelle Förderung

Neben der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung gibt es nach wie vor auf allen Förderebenen die sog. krankenkassenindividuelle Förderung, die in der Regel als Projektförderung ausgestaltet ist. Nach § 20c Abs. 3 Satz 3 SGB V verbleiben den einzelnen Krankenkassen und Verbänden – wie bereits erwähnt – bis zu 50 % der Fördermittel zur Entfaltung eigener Förderaktivitäten und zur Bildung von zielgruppenspezifischen Förderschwerpunkten. Durch die hiermit eröffnete Möglichkeit von Kooperationen wird die inhaltliche Zusammenarbeit der Krankenkassen und ihrer Verbände mit der Selbsthilfe gestärkt. Zudem ist gewährleistet, dass neben der finanziellen Förderung auch die sächliche und infrastrukturelle Förderung der Selbsthilfe fortgesetzt wird⁸⁹.

3.1.3.4.3. Einstweilige Fortgeltung der gemeinsamen 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

Nach wie vor gelten – wie bereits erwähnt – die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen am 11. Mai 2006 zur Vorgängervorschrift des § 20 Abs. 4 SGB V beschlossenen „Gemeinsamen Grundsätze“ zur Konkretisierung des Förderverfahrens. Die „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Mai 2006“⁹⁰ gelten daher sowohl für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung als auch für die krankenkassenindividuelle Förderung nach § 20c SGB V. Die Spitzenverbände der Krankenkassen erarbeiten derzeit eine Neufassung der gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze unter Beteiligung der Vertreter der Selbsthilfe, um der gesetzlichen Neuregelung der Selbsthilfeförderung gem. § 20c SGB V Rechnung zu tragen. Diese Neufassung soll Mitte 2008 beschlossen werden.

89 So die Entwurfsbegründung, in: BT-Drs. 16/3100 S. 99.

90 Beigefügt als **Anlage 1**.



3.1.3.5. Ergänzende Informationen zur Selbsthilfeförderung durch die GKV nach § 20c SGB V

3.1.3.5.1. Selbsthilfeförderung auf Bundesebene

Über die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe auf Bundesebene informieren die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen jährlich durch ein gemeinsames Rundschreiben. Das aktuelle gemeinsame Rundschreiben für das Förderjahr 2008 des Arbeitskreises „Selbsthilfeförderung durch die GKV“ zur Förderung der Bundesorganisationen der Selbsthilfe nach § 20c SGB V mit den Hinweisen und Formularen für die Beantragung der Selbsthilfeförderung auf Bundesebene für das Antragsverfahren 2008 (für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung mit den Anlagen 1 bis 3⁹¹ und für die krankenkassenindividuelle Förderung mit den Anlagen I bis III⁹²) ist als **Anlage 4** dieser Ausarbeitung beigelegt.

3.1.3.5.2. Selbsthilfeförderung auf Landesebene

Die in den „Gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen“⁹³ und den „Rahmenempfehlungen“⁹⁴ niedergelegten Regelungen zur Selbsthilfeförderung gelten grundsätzlich auch für die Landesebene. Auch auf der Landesebene ist seit dem 1. Januar 2008 zwischen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung und der krankenkassenindividuellen Förderung zu unterscheiden. Hinsichtlich der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung stehen den Vertretern der Selbsthilfe auf Landesebene auch wichtige Mitberatungsrechte im Vergabeverfahren zu. Die Umsetzung der Fördervorschrift des § 20c SGB V gestaltet sich jedoch in den Bundesländern bzw. je nach Krankenkasse sehr unterschiedlich. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE) empfiehlt deshalb den Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene, sich vor Antragstellung diesbezüglich bei der Kassenseite zu informieren. Hierzu hat die BAG SELBSTHILFE eine Liste der Ansprechpartner der Kassen auf der Landesebene erstellt.

91 Beigelegt als **Anlage 5**.

92 Beigelegt als **Anlage 6**.

93 Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Mai 2006; beigelegt als **Anlage 1**.

94 Rahmenvorgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung nach § 20c SGB V ab dem 1. Januar 2008 vom 17. September 2007; beigelegt als **Anlage 3**.

3.1.3.5.3. Selbsthilfeförderung auf Ortsebene

Hinsichtlich der Ortsebene ist ebenfalls von unterschiedlichen Verfahrensweisen der Krankenkassen auszugehen, die von Selbsthilfegruppen und -organisationen vor Ort zu klären sind.

3.2. Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

3.2.1. Die derzeitigen gesetzlichen Voraussetzungen der Selbsthilfeförderung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 3 SGB VI

Nach derzeitiger Rechtslage können die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung die Selbsthilfe auf der Grundlage des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI⁹⁵ fördern. Nach dieser Bestimmung können durch die Rentenversicherungsträger als sonstige Leistungen zur Teilhabe Zuwendungen für Einrichtungen erbracht werden, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern. Bezogen auf den Bereich der Selbsthilfe bedeutet dies, dass von der Rentenversicherung eine Zuwendung nur dann erbracht werden darf, wenn das Vorhaben, für das eine finanzielle Förderung beantragt wird, einen engen Bezug zur Rehabilitation der Rentenversicherung aufweist. Ziel der Rehabilitation der Rentenversicherung ist es, gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte wieder in das Erwerbsleben zu integrieren. Förderungsfähig sind daher nur solche Aktivitäten und Projekte der Selbsthilfe, die einen unmittelbaren Bezug zu diesem gesetzlichen Versorgungsauftrag der Rentenversicherung haben, d. h. der Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten dienen⁹⁶.

Die Formulierung „können erbracht werden“ in § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI macht deutlich, dass es sich um eine Kann-Regelung handelt, also um eine freiwillige Leistung, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Erfasst sind nur Zuwendungen an andere Einrichtungen als die Träger der Rentenversicherung; Forschungen, die ein Träger selbst durchführt oder Dritte zielgerichtet durchführen lässt, sind ebenso wenig Gegenstand der Vorschrift wie trägereigene Aktivitäten zur Förderung der Rehabilitation⁹⁷. Zuwendungen der Rentenversicherungsträger nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI werden auf der Grundlage weitgehend einheitlicher Zuwendungsrichtlinien erbracht, die

95 Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) – Gesetzliche Rentenversicherung (Art. 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337) in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), zuletzt geändert durch Art. 5 des Gesetzes vom 8. April 2008 (BGBl. I S. 681).

96 Deutsche Rentenversicherung Bund (2007). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin 2007, S. 46. Abrufbar im Internet über <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de>.

97 Hauck, Karl (1997). § 31 SGB VI Rn. 18. In: Hauck, Karl; Noftz, Wolfgang (Hrsg.). Sozialgesetzbuch: Gesamtkommentar. Hier: SGB VI: Gesetzliche Rentenversicherung einschließlich Übergangsrecht für das Beitrittsgebiet, Kommentar, hrsg. v. Franz Terdenge, Loseblattwerk, Stand: März 2008, Berlin.

aber offenlassen, ob eher Selbsthilfegruppen und/oder deren Organisationen und/oder Selbsthilfekontaktstellen gefördert werden⁹⁸.

Die Aufwendungen für Zuwendungen durch die gesetzliche Rentenversicherung gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI sind wie die anderen sonstigen Leistungen von den zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln abhängig. Sie dürfen nach der Regelung in § 31 Abs. 3 SGB V im Kalenderjahr 7,5 vom Hundert der Haushaltsansätze für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die ergänzenden Leistungen nicht übersteigen.

3.2.2. Reformbemühungen zur Stärkung der Selbsthilfeförderung durch die Rentenversicherungsträger

Da die Möglichkeit der Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI mangels einer konkreten, auf die Selbsthilfe bezogene Regelung bisher unterschiedlich gehandhabt wurde, sieht der im Bundesministerium für Gesundheit erstellte Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention sowie zur Änderung anderer Gesetze vom 23. November 2007⁹⁹ vor, durch eine Ergänzung der Bestimmung ausdrücklich klarzustellen, dass auch die Selbsthilfeförderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu den Aufgaben der Träger der Rentenversicherung gehört¹⁰⁰. Normzweck der beabsichtigten Neufassung des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI ist es darüber hinaus sicherzustellen, dass die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe zukünftig von den Sozialversicherungsträgern stärker als Gemeinschaftsaufgabe verstanden und umgesetzt wird. Die Förderung soll sich nach der Entwurfsbegründung auf die Bereiche der Selbsthilfe beziehen, die der Rehabilitation von kranken oder behinderten Menschen dienen¹⁰¹.

98 Vgl. die Muster-Richtlinien über Zuwendungen durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung an Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern, nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI (Zuwendungsrichtlinien) vom 30. September 1991. Abgedruckt in: Kommentar zum Recht der Gesetzlichen Rentenversicherung, Sozialgesetzbuch: Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung, SGB VI, Band 1, bearbeitet von Manfred Benkler, Ludwig Bergner u. a., Loseblattwerk, Stand: 54. Ergänzungslieferung, Oktober 2006, Anlage 5 zu § 31 SGB VI, Weinheim, 2007; beigelegt als **Anlage 7**.

99 Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention sowie zur Änderung anderer Gesetze vom 23. November 2007 ist abrufbar im Internet unter <http://www.gesundheitberlin.de>.

100 Vgl. Art. 4 Nr. 4 des Referentenentwurfs in dem es wörtlich heißt: „In § 31 Abs. 1 Satz 1 werden nach der Nummer 5 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: dazu gehören auch Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen“

101 Vgl. Entwurfsbegründung zu Art. 4 Nr. 4 (§ 31 SGB VI) S. 34 f.

In ihrer Stellungnahme vom 4. Dezember 2007 zum vorgenannten Referentenentwurf hat die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)¹⁰² begrüßt, dass für den Regelungsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung die Begriffe Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen explizit genannt werden. Allerdings bleibe damit die Selbsthilfeförderung weiterhin nur für die Krankenkassen in § 20c SGB V verpflichtend geregelt; im SGB VI gebe es für die Rentenversicherung mit dem § 31 SGB VI keine Verpflichtung zur Selbsthilfeförderung. Um die Selbsthilfeförderung der Kranken- und Rentenversicherung auf gleicher Fördergrundlage zu regeln und gleichzeitig der Intention der §§ 13 Abs. 2 Nr. 6 und § 29 SGB IX¹⁰³ gerecht zu werden, schlägt die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. vor, die Selbsthilfeförderung der Rentenversicherung in Analogie zu § 20c SGB V oder auch in Anlehnung an die Regelungen des § 45d im Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)¹⁰⁴ zu fassen¹⁰⁵.

3.2.3. Zahlen und Datenmaterial zur Selbsthilfeförderung durch die Rentenversicherungsträger

Auf der Grundlage der vorgenannten Bestimmungen förderte die Deutsche Rentenversicherung Bund im Jahr 2006 die Selbsthilfe mit insgesamt 3.083.641 Euro und im Jahr 2007 mit insgesamt 3.234.547 Euro¹⁰⁶. Diese Zahlen entsprechen im Wesentlichen dem Ausgabeniveau für die Selbsthilfeförderung durch die (ehemalige) Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (jetzt Deutsche Rentenversicherung Bund) in den Jahren seit 1999 (im Einzelnen: 1999 und 2000 jeweils rund 3,4 Mio. Euro, 2001 bis 2004 jeweils rund 3,2 Mio. Euro und 2005 rund 3,3 Mio. Euro)¹⁰⁷. [REDACTED]

102 Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG), Stellungnahme vom 4. Dezember 2007 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention sowie zur Änderung anderer Gesetze, abrufbar im Internet unter <http://www.dag-shg.de/site/data/DAGSHG-Stellungnahme-Präventionsgesetz2007-12-04.pdf>.

103 Zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 6 i. V. m. § 29 SGB IX vgl. näher unten zu Gliederungspunkt 3.4.

104 Vgl. hierzu eingehend unten zu Gliederungspunkt 3.5.

105 Stellungnahme der DAG SHG a. a. O. S. 5.

106 Auf Anfrage [REDACTED] übermittelte Daten.

107 Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) Ausgaben in Millionen Euro für die Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer, die gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung Bund 1997 bis 2007, abrufbar im Internet unter http://www.nakos.de/site/data/Selbsthilfefoerderung1997_2007.pfd; beigelegt als **Anlage 8**.

Die Selbsthilfeförderung durch die gesetzliche Rentenversicherung erfolgt auf allen Ebenen der Selbsthilfe. Es werden sowohl einzelne Selbsthilfegruppen (mit in der Regel kleinen Beträgen) gefördert, als auch manche regionale Selbsthilfekontaktstellen (mit mittleren Beträgen) sowie Selbsthilfeorganisationen (mit größeren Beträgen) und deren Dachverbände (mit großen, d. h. sechsstelligen Beträgen)¹⁰⁸. Förderungsempfänger sind z. B. die Deutsche Krebsgesellschaft und ihre Landesverbände, die Deutsche Rheuma-Liga und ihre Landesverbände, die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) und die Landesstellen für Suchtfragen, die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e. V. (BAGH), die Deutsche Multiple Sklerose-Gesellschaft-Bundesverband und der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte¹⁰⁹.

3.3. Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die gesetzliche Unfallversicherung

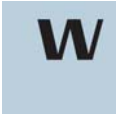
Die Förderung von Selbsthilfeeinrichtungen ist – anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung gem. § 20c SGB V – keine gesetzlich geregelte Pflichtaufgabe der Unfallversicherungsträger. Die Vorschriften für die gesetzliche Unfallversicherung im SGB VII¹¹⁰ enthalten keine expliziten Hinweise zur Förderung der Selbsthilfe. Mangels gesetzlicher Ermächtigungsgrundlage sind dementsprechend Leistungen finanzieller oder sächlicher Art an institutionelle Strukturen von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen oder andere Behindertenorganisationen und Initiativen von Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung bisher nicht erbracht worden¹¹¹. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass einzelnen Versicherten nach § 39 Abs. 1 SGB VII die Teilnahme an Angeboten der Selbsthilfe ermöglicht werden kann.

108 Vgl. Buschmann-Steinhage (2005), Bedeutung der Selbsthilfe für die Rehabilitation aus der Sicht der Rentenversicherung, in: Rehabilitation und Selbsthilfe, in: Borgetto, Bernhard; Klein, Martina (Hrsg.). Rehabilitation und Selbsthilfe, S. 100 (103) Abrufbar im Internet über <http://www.bmg.bund.de>.

109 Vgl. die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Dr. Ruth Fuchs, Dr. Klaus Grehn und der Fraktion der PDS, Gesellschaftliche Hilfe und Verantwortung für Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen, in: BT-Drs. 14/3265 S. 6 sowie Hundertmark-Mayser/Möller, Selbsthilfe im Gesundheitsbereich, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23, hrsg. vom Robert Koch-Institut, Berlin, 2004, S. 29.

110 Sozialgesetzbuch (SGB) Siebtes Buch (VII) – Gesetzliche Unfallversicherung (Art. 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), zuletzt geändert durch Art. 6a des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024).

111 Vgl. näher Weber-Falkensammer, Möglichkeiten und Grenzen der Finanzierung der Selbsthilfe durch die Sozialversicherung – Position der Gesetzlichen Unfallversicherung, in: Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen, hrsg. vom Bernhard Borgetto und Jürgen von Troschke, Schriftenreihe der „Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften“ an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg, Bd. 12, Freiburg 2001, S. 177 ff.



3.4. Die gemeinsame Empfehlung der Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 13 Abs. 2 Nr. 6 i. V. m. § 29 SGB IX

3.4.1. Rechtsgrundlagen

Nach § 29 SGB IX¹¹² sollen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, von den Trägern der medizinischen Rehabilitation nach einheitlichen Grundsätzen gefördert werden. Damit sind alle Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 SGB IX im Grundsatz zu einer solchen Förderung angehalten.

Die Vorschrift begründet aber keine allgemeine Leistungspflicht. Die Leistungsvoraussetzungen sind gem. § 7 Satz 2 SGB IX vielmehr in den jeweiligen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger geregelt. Dies ist für die Krankenkassen seit dem 1. Januar 2008 die Bestimmung des § 20c SGB V¹¹³, für die gesetzliche Rentenversicherung gilt § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 3 SGB VI¹¹⁴. Die Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII), der Jugendhilfe (SGB VIII), des Sozialhilferechts (SGB XII) sowie das Bundesversorgungsgesetz (BVG) enthalten demgegenüber keine ausdrücklichen Regelungen zur Förderung der Selbsthilfe¹¹⁵.

Die nach § 29 SGB IX vorgeschriebenen einheitlichen Fördergrundsätze sind gem. § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX in gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger zu vereinbaren. Hierzu sind von den Rehabilitationsträgern, zu den neben den Trägern der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung auch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gehören, gem. § 13 Abs. 6 Satz 1 SGB IX die maßgeblichen Interessenverbände der Selbsthilfe zu beteiligen. Ihren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen (§ 13 Abs. 6 Satz 2 SGB IX). Nach § 13 Abs. 6 Satz 3 SGB IX berücksichtigen die Empfehlungen auch die besonderen Bedürfnisse behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder. Die beteiligten Rehabilitationsträger vereinbaren gem. § 13 Abs. 7 Satz 1 SGB IX die gemeinsamen Empfehlungen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Ländern

112 Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (Art. 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046), zuletzt geändert durch Art. 8 Abs. 2 des Gesetzes vom 18. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2984).

113 Vgl. hierzu eingehend oben zu Gliederungspunkt 3.1.3.

114 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 3.2.

115 Zur Verankerung des Selbsthilfegedankens in den verschiedenen Büchern des Sozialgesetzbuches vgl. Helms, Ursula (2007). Die Verankerung des Selbsthilfegedankens in den Büchern des Sozialgesetzbuches. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.). selbsthilfegruppen-jahrbuch 2007, Gießen 2007, S.152 - 162. Abrufbar im Internet unter http://www.dag-selbsthilfegruppen.de/site/data/DAGSHG_shgJB2007.pdf [Stand: 15. April 2008].

auf der Grundlage eines von ihnen innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft vorbereiteten Vorschlags.

Die gesetzliche Vorgabe, die Selbsthilfe nach einheitlichen Grundsätzen zu fördern, haben die Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung durch die Vereinbarung der „Gemeinsamen Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe“ gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX vom 22. März 2004¹¹⁶ erfüllt, die am 1. Juli 2004 in Kraft getreten ist.

Das vom Gesetzgeber anvisierte Ziel einer aufeinander bezogenen Förderung der Selbsthilfe durch die Rehabilitationsträger konnte aufgrund der völlig unterschiedlichen spezialgesetzlichen Regelungen für die Förderung durch die Krankenkassen (verpflichtend) und die Rentenversicherungsträger (freiwillig) durch diese „Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe“ vom 22. März 2004 bisher jedoch nicht erreicht werden.

3.4.2. Ziele der Förderung

Die in der Vereinbarung vom 22. März 2004 beschriebenen Empfehlungen sollen der einheitlichen Rechtsanwendung und Transparenz der Förderung dienen, für alle Beteiligten das Verfahren erleichtern und durch abgestimmte Entscheidungsstrukturen zu einer besseren Planungssicherheit für die Selbsthilfe beitragen. Erreicht werden soll darüber hinaus eine flächendeckende und bedarfsgerechte Verteilung der Fördermittel auf den jeweiligen Ebenen, um die Handlungsfähigkeit der Einrichtungen der Selbsthilfe sicherzustellen. In den Vorbemerkungen zur „Gemeinsamen Empfehlung vom 22. März 2004“ wird außerdem besonders darauf hingewiesen, dass Selbsthilfeförderung für die besonderen Lebenslagen behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder unverzichtbar sei; hierdurch wird noch einmal der in § 1 Satz 3 SGB IX aufgestellten Forderung nach der Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.

3.4.3. Voraussetzungen der Förderung

3.4.3.1. Allgemeine Fördervoraussetzungen

Um eine Förderung zu erhalten, haben die Institutionen der Selbsthilfe ihren Bedarf offen zu legen. Dieser Bedarf ist Ausgangspunkt für die individuelle Förderung (§ 5 der Gemeinsamen Empfehlung). Der Kriterienkatalog für die Förderung der einzelnen Institutionen der Selbsthilfe ist in § 3 der Gemeinsamen Empfehlung dargestellt. In § 3 Abs. 2 wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nur gesundheitsbezogene Aktivitäten der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen gefördert werden. Außer-

116 Beigefügt als **Anlage 9**.

dem wird klargestellt, dass im Rahmen dieser Vorschrift nur diese Institutionen der Selbsthilfe gefördert werden und die Förderung von Wohlfahrts- und Sozialverbänden, Fördervereinen und Arbeitsgruppen bzw. Arbeitskreisen der Selbsthilfeorganisationen, Patientenstellen und Verbraucherverbänden, Berufs- und Fachverbänden, Kuratorien, Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheit, Koordinationsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzten der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht in Betracht kommt. Gefördert wird auch nur eine neutral ausgerichtete Selbsthilfearbeit; parteipolitische oder kommerziell ausgerichtete Aktivitäten werden nicht gefördert (§ 3 Abs. 1 der Gemeinsamen Empfehlung). Voraussetzung für die Förderung ist weiterhin, dass die Aktivitäten nicht durch Wirtschaftsunternehmen beeinflusst werden. Wäre dies der Fall, könnten die Aktivitäten der Institutionen der Selbsthilfe in den Verdacht geraten, „wirtschaftliche“ Tätigkeiten zu sein und nicht mehr rein gemeinnützig.

3.4.3.2. Besondere Fördervoraussetzungen

Entsprechend der unterschiedlichen Zielsetzungen, Arbeitsfelder und organisatorischen Ebenen werden in § 3 Abs. 1 der Gemeinsamen Empfehlung – ergänzend zu den unterschiedlichen gesetzlichen Fördergrundlagen – für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zum Teil unterschiedliche Fördervoraussetzungen aufgestellt. Besondere Fördervoraussetzungen sind für Selbsthilfegruppen und -organisationen grundsätzliche Offenheit für neue Mitglieder, Interessenwahrnehmung durch betroffene Menschen und verlässliche/kontinuierliche Gruppen- bzw. Verbandsarbeit; für Selbsthilfeorganisationen werden in § 3 Abs. 1 der Gemeinsamen Empfehlung außerdem noch überprüfbare Kassenführung, das Erfordernis des Vorhandenseins örtlicher/regionaler Selbsthilfegruppen sowie deren fachliche und organisatorische Unterstützung als besondere Voraussetzungen genannt. Für Selbsthilfekontaktstellen sind erforderlich, geregelte Strukturen, wie regelmäßige Öffnungs- und Sprechzeiten, Vorliegen eines Finanzierungskonzepts, hauptamtliches Fachpersonal sowie bereichs-, themen- und indikationsgruppenübergreifende Arbeit, aktive Mitarbeit in der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen und Kooperation mit den Landeskoordinierungsstellen und das Erfüllen bestimmter Dokumentationsanforderungen.

3.4.4. Formen der Förderung

§ 4 der Gemeinsamen Empfehlung regelt die Formen und Inhalte der Förderung. Nach dieser Bestimmung erfolgt die zweckgebundene Förderung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen vor allem durch finanzielle Zuschüsse in Form projektbezogener und/oder pauschaler Zuwendungen. Für eine finanzielle Förderung dieser Selbsthilfeeinrichtungen kommen insbesondere in Betracht: Information, Aufklärung und Beratung der betroffenen Menschen, ihrer Angehörigen oder weiterer Interessierter; Qualifizierungsmaßnahmen, die im Zusammenhang mit originärer Selbsthilfearbeit ste-

hen, insbesondere für die in der Selbsthilfe ehrenamtlich tätigen Menschen; Öffentlichkeitsarbeit und Durchführung von Veranstaltungen und Aktionen (z. B. Broschüren, Informationsmedien, Seminare, Selbsthilfetage, Fachtagungen); Zuschüsse zur Deckung sonstiger Ausgaben der Selbsthilfe (z. B. für Raumnutzung, Büromaterial, Telefongebühren) sowie Projektförderung einschließlich anteiliger Personal- und Sachkosten.

Neben dieser zweckgebundenen Förderung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch finanzielle Zuschüsse in Form projektbezogener und/oder pauschaler Zuwendungen ist nach § 4 der Gemeinsamen Empfehlung auch eine ideelle, strukturelle und sächliche Förderung z. B. in Form von Dienst- oder Sachleistungen durch die Vereinbarungspartner möglich. Durch die ideelle Förderung wird die Selbsthilfe z. B. durch Wertschätzung, Kooperation und partnerschaftliche Zusammenarbeit, Hinweise bzw. Verweis auf Selbsthilfegruppen und deren Arbeit unterstützt. Strukturell und sächlich können die Vereinbarungspartner die Selbsthilfe stützen, indem sie ihre Institutionsmöglichkeiten zur Verfügung stellen (z. B. Räume, Büroinfrastruktur, Kopien, Druck von Faltblättern, Hilfestellung bei sozialrechtlichen Fragen und sonstigen Problemstellungen, Vorträge im Rahmen von Veranstaltungen).

3.4.5. Förderverfahren

Nach § 6 der Gemeinsamen Empfehlung verfolgen die Vereinbarungspartner mit den Empfehlungen vom 22. März 2004 das Ziel, gemeinsam mit den Vertretern der Selbsthilfe die Selbsthilfeförderung und inhaltliche Zusammenarbeit als Gemeinschaftsaufgabe weiter zu entwickeln. Hierzu wird unter Nutzung bestehender Strukturen die Einrichtung von Arbeitskreisen der Rehabilitationsträger auf allen Ebenen empfohlen. Die näheren Einzelheiten zu dem Aufgabenprofil dieser Arbeitskreise sollen in einer gemeinsamen Geschäftsordnung oder Kooperationsvereinbarung geregelt werden. Aufgabe dieser Arbeitskreise ist es, auf den jeweiligen Förderebenen einvernehmliche Lösungen für die Förderpraxis zu entwickeln, beispielsweise durch Abstimmung über gemeinsame Antragsformulare und Antragsfristen (wie in § 6 ausdrücklich aufgeführt), aber auch Merkblätter oder Informationsbroschüren zu konzipieren sowie die Dokumentationsanfordernisse zu regeln.

3.4.6. Dokumentation

Zur Verbesserung der Transparenz der Selbsthilfeförderung wird in § 7 der Gemeinsamen Empfehlung die Dokumentation der Förderung und der Vergabepaxis unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen empfohlen. Näheres dazu sollen die Partner in den oben genannten Arbeitskreisen regeln. Die Transparenz der Förderung soll gewährleisten, dass die Leistungsempfänger nachvollziehen können, warum sie bzw. ihre Mitbewerber in einer bestimmten Höhe gefördert werden. Ein

transparentes Vergabeverfahren entspricht auch den grundsätzlichen Vorgaben von Art. 1 des EUV, wonach Entscheidungen möglichst offen und bürgernah getroffen werden. Eine Anwendung von Kollisionsnormen des Europarechts auf die Selbsthilfeförderung kommt allerdings nicht in Betracht, da Gegenstand der Förderung Tätigkeiten nichtwirtschaftlicher Art sind und damit die Vorschriften der Art. 87 ff EGV (Vorschriften über unzulässige Beihilfen) schon tatbestandsmäßig nicht einschlägig sind. Hierin besteht ein Unterschied im Vergleich zu der Förderung von Aktivitäten freier Wohlfahrtsverbände, die auch wirtschaftlicher Art sein können und die daher der Europäischen Kommission anzuzeigen ist, wenn die Förderbeträge den Schwellenwert i. H. v. 100.000 Euro binnen 3 Jahren überschreiten („Deminimis-Regel“)¹¹⁷.

3.5. Stärkung der Rolle der Selbsthilfe im Recht der gesetzlichen Pflegeversicherung durch das vom Deutschen Bundestag am 14. März 2008 verabschiedete Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Am 14. März 2008 hat der Deutsche Bundestag in zweiter und dritter Lesung den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)¹¹⁸ in der Fassung der Nummer 1 der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)¹¹⁹ verabschiedet. Nach der noch ausstehenden Zustimmung durch den Bundesrat soll das Gesetz gemäß Art. 17 Abs. 1 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Wesentlichen am 1. Juli 2008 in Kraft treten. Mit diesem Gesetz soll die Pflegeversicherung besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen ausgerichtet werden. Daher werden strukturelle Änderungen in der Pflegeversicherung vorgenommen, die dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ stärker als bisher Rechnung tragen.

3.5.1. Die Neuregelung des § 45d SGB XI im Überblick

Mit der neuen Bestimmung des § 45d, die durch Art. 1 Nr. 30 des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes in das SGB XI¹²⁰ eingefügt werden soll, wird die Möglichkeit geschaffen, ehrenamtliche Strukturen sowie die Selbsthilfe aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung zu fördern. Um den Einsatz der Gruppen ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen sowie von

117 Vgl. Brodtkorb, § 29 SGB IX Rn. 20, 22. In: Hauck, Karl; Noftz, Wolfgang (Hrsg.). Sozialgesetzbuch: Gesamtkommentar, hier: SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Kommentar, bearbeitet von Peter Masuch, Bernd Götze u. a., Loseblattwerk, Stand: 17. Ergänzungslieferung, Februar 2008.

118 BT-Drs. 16/7439.

119 BT-Drs. 16/8525.

120 Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung (Art. 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch Art. 5a des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024).

Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen als wichtige ergänzende Elemente der Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu unterstützen und zu ermöglichen, werden diese in den Kreis der förderungsfähigen Versorgungsstrukturen nach § 45c SGB XI einbezogen. Dies geht einher mit der Erhöhung des Fördervolumens des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gemäß § 45c Abs. 1 Satz 1 SGB XI um 15 Millionen Euro auf jährlich 25 Millionen Euro, wobei sich das Gesamtfördervolumen einschließlich Kofinanzierung gemäß § 45c Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf insgesamt 50 Millionen Euro erhöht¹²¹.

3.5.2. Förderung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige nach § 45c SGB XI

Mit § 45d SGB XI in der Fassung des vom Deutschen Bundestag am 14. März 2008 verabschiedeten Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes werden – wie zuvor bereits erwähnt – die in der bisherigen Regelung des § 45c SGB XI aufgeführten Möglichkeiten der Spitzenverbände der Pflegekassen¹²², die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige zu fördern, unter anderem um die Möglichkeit erweitert, auch Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, zu fördern. Da die Neuregelung des § 45d SGB XI somit in einem engen Regelungszusammenhang mit der Vorschrift des § 45c SGB XI steht, sollen nachfolgend zunächst die förderungsfähigen Versorgungsstrukturen nach § 45c SGB XI erläutert werden. Im Anschluss hieran wird sodann der Regelungsinhalt der neuen Bestimmung des § 45d SGB XI im Einzelnen dargelegt¹²³.

3.5.2.1. Entstehungsgeschichte und Normzweck des § 45c SGB XI

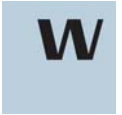
§ 45c SGB XI wurde durch Art. 1 Nr. 6 des Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz-PfLEG) vom 14. Dezember 2001¹²⁴ mit Wirkung vom 1. Januar 2002 in das SGB XI eingefügt. § 45c SGB XI trifft Regelungen zur Förderung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit

121 Die vorgenannte Erhöhung des Fördervolumens des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen geht auf die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) in BT-Drs. 16/8525 zurück; demgegenüber war im Gesetzentwurf der Bundesregierung eine Erhöhung des Fördervolumens des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen lediglich um 5 Millionen Euro auf jährlich 15 Millionen Euro vorgesehen, so dass sich das Gesamtfördervolumen einschließlich Kofinanzierung auf insgesamt nur 30 Millionen Euro erhöht hätte.

122 Ab 1. Juli 2008 Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

123 Vgl. unten zu Gliederungspunkt 3.5.3.

124 BGBl. I S. 3728.



erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und eröffnet die Möglichkeit der Durchführung von Modellvorhaben¹²⁵.

3.5.2.2. Wesentlicher Regelungsinhalt des § 45c SGB XI

3.5.2.2.1. Finanzielle Förderung niederschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben mit Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung (§ 45c Abs. 1, 3 und 4 SGB XI)

Nach § 45c Abs. 1 Satz 1 SGB XI in der Fassung des vom Deutschen Bundestag am 14. März 2008 verabschiedeten Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes fördern die Spitzenverbände der Pflegekassen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr¹²⁶ den Auf- und Ausbau von niederschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige.

Der Begriff der niederschwelligen Betreuungsangebote im Sinne des Abs. 1 Satz 1 ist in § 45c Abs. 3 Satz 1 SGB XI definiert. Nach dieser Bestimmung sind niederschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Abs. 1 Satz 1 Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Der Begriff der niederschwelligen Betreuungsangebote umfasst damit als Begünstigte auch solche Personen, die nicht pflegebedürftig wenigstens nach Pflegestufe I sind (sog. Pflegestufe 0), aber einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf haben¹²⁷. Die Förderung der niederschwelligen Betreuungsangebote erfolgt gemäß § 45c Abs. 3 Satz 2 SGB XI als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. Als grundsätzlich förderungsfähige niederschwellige Betreuungsangebote kommen gemäß § 45c Abs. 3 Satz 5 SGB XI in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a SGB XI sowie familienentlastende Dienste.

125 Vgl. die Entwurfsbegründung in BT-Drs. 14/6949, S. 16.

126 Nach derzeitiger Rechtslage liegt das Fördervolumen (noch) bei 10 Millionen Euro je Kalenderjahr.

127 Vgl. Gürtner, § 45c Rn. 3 und 5 SGB XI, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Loseblattwerk, Stand: 56. Ergänzungslieferung, 1. Dezember 2007, München 2007.

Im Rahmen der Modellförderung nach § 45c Abs. 1 Satz 1 SGB XI sollen gemäß § 45c Abs. 4 Satz 1 SGB XI insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden (§ 45c Abs. 4 Satz 2 SGB XI).

An der Förderung der niederschweligen Betreuungsangebote sowie der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Konzepte und Strukturen der Versorgung Pflegebedürftiger mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf haben sich nach § 45c Abs. 1 Satz 2 SGB XI auch die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, zu beteiligen, da die zu fördernden Betreuungsangebote auch den bei ihnen versicherten Pflegebedürftigen zugute kommen¹²⁸. Der in § 45c Abs. 1 Satz 2 SGB XI festgelegte Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen in Höhe von 10 vom Hundert der Gesamtfördersumme entspricht dem Verhältnis der Zahl der in der privaten Pflege-Pflichtversicherung Versicherten zur Gesamtzahl der in der gesetzlichen (sozialen und privaten) Pflegeversicherung Versicherten¹²⁹.

3.5.2.2.2. Förderungsempfänger (§ 45c Abs. 2 SGB XI)

Mit der Zuschussgewährung aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach § 45c Abs. 1 SGB XI sollen die regionalen Körperschaften nicht aus ihrer Verantwortung für die Vorhaltung einer entsprechenden Infrastruktur entlassen werden. Die Zuschussgewährung durch die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen soll gemäß § 45c Abs. 2 Satz 1 SGB XI vielmehr eine Förderung der niederschweligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft ergänzen. Der Zuschuss aus Mitteln der Pflegeversicherung wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass – nach Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes – insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr¹³⁰ für Fördermaßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der Pflegeversicherung zur Verfügung steht (§ 45c Abs. 2 Satz 2 in der Fassung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes). Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese gemäß § 45c Abs. 2 Satz 3 SGB XI einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt. Die Fördermittel der gesetzlichen Pflegeversicherung sind nicht nur für neu zu schaffende Infrastruktur ein-

128 Vgl. die Entwurfsbegründung in BT-Drs. 14/6949, S. 11, 16.

129 Vgl. BT-Drs. 14/6949, S. 11.

130 Nach derzeitiger Rechtslage steht ein Fördervolumen in Höhe von (nur) 20 Millionen Euro zur Verfügung.

zusetzen. Vielmehr kann es sich sowohl um ein bereits vorhandenes als auch um ein nach den Vorgaben des Abs. 3 Satz 1 ausgebauten oder ein neues Betreuungsangebot handeln. Die Länder oder Kommunen müssen dabei nicht selbst Träger dieser Einrichtungen sein, es genügt deren Förderung¹³¹.

3.5.2.2.3. Verteilung der Fördermittel (§ 45c Abs. 5 SGB XI)

Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung gemäß § 45c Abs. 5 SGB XI nach dem sog. Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Dieser geht zurück auf das Staatsabkommen der Länder über die Finanzierung wissenschaftlicher Forschungseinrichtungen vom 30./31. März 1949 und regelt die Aufteilung des Länderanteils bei gemeinsamen Finanzierungen. Dabei wird der Gesamtbetrag auf die einzelnen Länder zu zwei Dritteln nach dem Verhältnis ihrer Steuereinnahmen und zu einem Drittel nach dem Verhältnis ihrer Bevölkerungsanzahl umgelegt. Der Anwendungsbereich des Königsteiner Schlüssels geht heute weit über den Forschungsbereich hinaus. Zahlreiche Abkommen bzw. Vereinbarungen greifen inzwischen auf diesen Schlüssel zurück¹³².

3.5.2.2.4. Empfehlungen zur Umsetzung (§ 45c Abs. 6 SGB XI)

Gemäß § 45c Abs. 6 Satz 1 SGB XI beschließen die Spitzenverbände der Pflegekassen¹³³ mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niederschweligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können (§ 45c Abs. 6 Satz 2 SGB XI). Die Empfehlungen bedürfen gemäß § 45c Abs. 6 Satz 3 SGB XI der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit

131 Vgl. Gürtner, § 45c Rn. 4 SGB XI, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht.

132 Der Königsteiner Schlüssel hat folgenden aktuellen Wortlaut: „Der auf alle Länder entfallende Teil des Zuwendungsbetrages wird zu zwei Dritteln nach dem Verhältnis der Steuereinnahmen und zu einem Drittel nach dem Verhältnis der Bevölkerungszahl der Länder aufgebracht. Als Steuereinnahmen gelten die im Länderfinanzausgleich zu Grunde liegenden Steuereinnahmen der Länder. Die Steuereinnahmen erhöhen oder vermindern sich um die Beträge, welche die Länder im Rahmen des Länderfinanzausgleiches von anderen Ländern erhalten oder an andere Länder abführen. Maßgebend sind die Steuereinnahmen und die vom Statistischen Bundesamt für den 30. Juni festgestellte Bevölkerungszahl des dem Haushaltsjahr zwei Jahre vorhergehenden Haushaltsjahres.“ (Auszug aus dem Staatsabkommen der Länder der Bundesrepublik Deutschland über die Finanzierung wissenschaftlicher Forschungseinrichtungen vom 30./31. März 1949 und aktuelle Länderabkommen bzw. Verwaltungsvereinbarungen).

133 Ab 1. Juli 2008 beschließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

und der Länder. Die Empfehlungen sollen die notwendige Transparenz der Förderkriterien, die möglichst bundesweit einheitlich gelten sollen, schaffen¹³⁴.

Dem in § 45c Abs. 6 SGB XI normierten gesetzlichen Auftrag sind die Spitzenverbände und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch ihre „Empfehlungen zur Förderung von niederschweligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Abs. 6 SGB XI vom 24. Juli 2002¹³⁵“ nachkommen, denen das – damalige – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und die Länder zugestimmt haben. Diese Empfehlungen regeln Einzelheiten zu den förderungsfähigen Angeboten, die durch bürgerschaftliches Engagement getragen werden sollen und deren Anerkennung sich – als Voraussetzung für die Förderung – nach Landesrecht regelt (Ziffer I 2). Modellversuche werden in der Regel für drei Jahre gefördert, allenfalls für fünf Jahre (Ziffer II 3). Leistungen werden nur im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Pflegekassen gewährt (Ziffer I 5; II 4). Anzumerken ist, dass diese Empfehlungen allenfalls Richtlinien im Rang einer Verwaltungsvorschrift darstellen. Insoweit ist die Reichweite, die der Gesetzgeber den wenigstens rechtsnormkonkretisierenden und zum Teil -vertretenden Empfehlungen zugesteht, verfassungsrechtlich nicht unbedenklich¹³⁶.

§ 45c Abs. 6 Satz 4 SGB XI ermächtigt die Landesregierungen, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen. In der Gesetzesbegründung zu dieser Vorschrift¹³⁷ wird ausgeführt, dass die Entscheidung, ob und in welcher Höhe im konkreten Einzelfall ein niederschwelliges Betreuungsangebot oder ein Modellvorhaben gefördert werden soll, auf der Landesebene einheitlich und gemeinsam von den Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam mit dem fördernden Land oder der fördernden Kommune getroffen werden sollte und dass die Landesverbände der Pflegekassen durch die Entscheidung des Landes oder der Kommune über die Förderung eines bestimmten Projekts nicht gebunden werden sollten¹³⁸.

3.5.2.2.5. Zahlung der Fördermittel (§ 45c Abs. 7 SGB XI)

Die nach § 45c Abs. 1 SGB XI einzusetzenden Fördermittel werden unmittelbar aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65 SGB XI) finanziert, der vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird. Zur Erleichterung des Verwaltungsverfahrens kann gemäß § 45c Abs. 7 Satz 1 SGB XI der Finanzierungsanteil, der gemäß § 45c Abs. 1

134 Vgl. BT-Drs. 14/6949, S. 18.

135 Beigefügt als **Anlage 10**.

136 Vgl. Linke, § 45c Rn. 27 SGB XI, in: Krauskopf, Dieter (Hrsg.) Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Kommentar, Loseblattwerk, Stand: 59. Ergänzungslieferung, Oktober 2007, München 2008.

137 Vgl. BT-Drs. 14/6949, S. 18.

138 Vgl. BT-Drs. 14/6949, S. 18.

Satz 2 SGB XI auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung (§ 45c Abs. 7 Satz 2 SGB XI). Eine entsprechende Vereinbarung ist am 14. Januar 2003 getroffen worden¹³⁹.

3.5.3. Die Neuregelung des § 45d SGB XI im Einzelnen

3.5.3.1. Gesetzgeberischer Hintergrund und Normzweck der Vorschrift

Im Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)¹⁴⁰ wird zum gesetzgeberischen Hintergrund und Normzweck der neuen Regelung des § 45d SGB XI ausgeführt, die demographische Entwicklung und die wachsende Mobilität der klassischen Pflegepersonen würden zunehmend die häusliche Pflege durch Angehörige erschweren: Die Zahl der Pflegebedürftigen werde weiter ansteigen und der Bevölkerungsanteil jüngerer Menschen – also die potentiellen Pflegepersonen – werde sinken. Zudem würden Kleinfamilien sowie Einpersonenhaushalte stetig zunehmen. Es ergebe sich daher die Notwendigkeit, rechtzeitig ausreichend bedarfsorientierte alternative Hilfsangebote zu schaffen, um die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern sowie familiäre Pflegearrangements zu unterstützen und zu ergänzen. Der Einsatz ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen sowie die Selbsthilfe als wichtige ergänzende Elemente in der Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörige gewönnen daher zunehmend an Bedeutung.

Dies mache einerseits zusätzliche Aufwendungen erforderlich, helfe aber andererseits dabei, die Qualität der Pflege wirksam zu erhöhen und ermögliche beispielsweise den Verbleib in der eigenen häuslichen Umgebung. Hierbei liege der besondere Vorzug der Selbsthilfe in der Betroffenenkompetenz, die auf der Kenntnis der Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und deren Angehörigen beruhe, damit Akzeptanz bei den Betroffenen schaffe und auf diesem Wege eine bedarfsgerechte und sinnvolle Unterstützung des Pflegealltags erst ermögliche. Die Selbsthilfe werde daher in den Kreis der förderungsfähigen Versorgungsstrukturen nach § 45c einbezogen, und zwar sowohl für Menschen mit erheblichem all-

139 Beigefügt als **Anlage 11**.

140 BT-Drs. 16/7439, S. 65.

gemeinem Betreuungsbedarf als auch für Pflegebedürftige mit körperlichen Erkrankungen und deren Angehörige.

3.5.3.2. Die Förderung der Selbsthilfe gemäß § 45d Abs. 1 SGB XI i. V. m. § 45c SGB XI

Nach der Neuregelung in § 45d Abs. 1 Nr. 2 SGB XI können in entsprechender Anwendung des § 45c SGB XI die dort vorgesehenen Mittel des Ausgleichsfonds, die dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenziell Erkrankte zur Verfügung stehen, auch verwendet werden zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben. Die Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen ist auch neben einer Förderung nach § 20c SGB V zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung¹⁴¹ oder neben einer Förderung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung¹⁴² denkbar¹⁴³. Voraussetzung ist dabei, dass sich diese Gruppen bzw. Institutionen neben anderen Aufgaben auch die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben. Die Förderung nach dieser Vorschrift ist zweckgebunden und soll eine zusätzliche Fördermöglichkeit eröffnen. Sie darf nicht zu einer Substituierung der Förderung nach anderen Rechtsvorschriften genutzt werden. Damit das Gesamtbudget flexibel und bedarfsgerecht eingesetzt werden kann, findet keine Priorisierung einzelner Förderoptionen statt. Die Steuerverantwortung liegt bei den Ländern und Kommunen¹⁴⁴.

Die Regelungen des § 45c SGB XI¹⁴⁵ sind insgesamt entsprechend anzuwenden. Entsprechend der bisherigen Regelung des § 45c Abs. 1 Satz 2 SGB XI haben sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, deshalb in Höhe von 10 vom Hundert an der Förderung von ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe zu beteiligen. Die Förderung wird durch die Länder und Kommunen gesteuert. Der Zuschuss aus Mitteln der Pflegeversicherung wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss vom Land oder von der Kommune (vgl. § 45c Abs. 2 Satz 2 SGB XI). Auch im Hinblick auf die erweiterte Förderung nach § 45d SGB XI ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 45c Abs. 6 Satz 1 SGB XI

141 Zur Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 20c SGB V vgl. oben zu Gliederungspunkt 3.1.3.

142 Zur Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 3 SGB VI vgl. oben zu Gliederungspunkt 3.2.

143 Vgl. die Entwurfsbegründung in BT-Drs. 16/7439, S. 65f.

144 Vgl. die Entwurfsbegründung in BT-Drs. 16/7439, S. 66.

145 Vgl. hierzu oben zu Gliederungspunkt 3.5.2.

verpflichtet, gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der Betroffenen maßgeblichen Spitzenorganisationen und der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen zu den Voraussetzungen, zu Inhalt und Höchstumfang der Förderung zu beschließen¹⁴⁶. Durch die Regelung in § 45d Abs. 3 SGB XI wird darüber hinaus klargestellt, dass für die Förderung der Selbsthilfe auch die Verordnungsermächtigung des § 45c Abs. 6 Satz 4 SGB XI für die Länder entsprechend gilt.

3.5.3.3. Begriff der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d Abs. 1 SGB XI

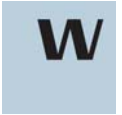
Nach der Legaldefinition in § 45d Abs. 2 Satz 1 SGB XI sind Selbsthilfegruppen im Sinne von § 45d Abs. 1 SGB XI freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen im Sinne von § 45d Abs. 1 SGB XI sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen nach Satz 1 in Verbänden (§ 45d Abs. 2 Satz 2 SGB XI). Selbsthilfekontaktstellen im Sinne von Abs. 1 sind gemäß § 45d Abs. 2 Satz 3 SGB XI örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.

3.5.3.4. Stellungnahmen von Fachverbänden zur Neuregelung des § 45d SGB XI

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG) und die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE) haben die Stärkung der Rolle der Selbsthilfe in der gesetzlichen Pflegeversicherung durch § 45d SGB XI im Grundsatz nachdrücklich begrüßt¹⁴⁷. Seitens der BAG SELBSTHILFE wird allerdings

146 Vgl. BT-Drs. 16/7439, S. 65.

147 Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG), Stellungnahme vom 13. November 2007 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), abrufbar im Internet unter <http://www.dag-shg.de/site/data/DAGSHG-Stellungnahme-Pflegeweiterentwicklungsgesetz2007-11-13.pdf>; Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE) zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) – BT-Drs. 16/7439 – vom 15. Januar 2008, abrufbar im Internet unter <http://www.bag-selbsthilfe.de/news/490/stellungnahme-der-bag-selbsthilfe-zum-pflege-weiterentwicklungsgesetz>.



kritisiert, dass die Förderung der Selbsthilfe durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 45d SGB XI lediglich als „Kann-Leistung“, nicht aber als echte Förderverpflichtung analog zur Vorschrift des § 20c SGB V ausgestaltet worden sei¹⁴⁸.

4. Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006). 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, Siegburg 2006. Abrufbar im Internet unter http://www.vdak-aev.de/vertragspartner/Selbsthilfe/Selbsthilfefoerderung/leitfaden_selbsthilfe.pdf [Stand: 15. April 2008].

Arbeitskreis „Selbsthilfeförderung durch die GKV“ (2007). Gemeinsames Rundschreiben 2008 des Arbeitskreises „Selbsthilfeförderung durch die GKV“ zur Förderung der Bundesorganisationen der Selbsthilfe nach § 20c SGB V [Stand: November 2007]. Abrufbar im Internet unter http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/sh_foerderung_rs_1107.pdf [Stand: 15. April 2008].

Braun, Joachim; Kettler, Ulrich; Becker, Ingo (1997). Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland: Aufgaben und Leistungen der Selbsthilfekontaktstellen in den neuen und alten Bundesländern. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms „Förderung sozialer Selbsthilfe in den neuen Bundesländern“ durch das Institut für sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung (ISAB) Köln. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Stuttgart 1997. [P 569158].

Brodkorb (2005). In: Hauck, Karl; Noftz, Wolfgang (Hrsg.). Sozialgesetzbuch: Gesamtkommentar, hier: SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Kommentar, bearbeitet von Peter Masuch, Bernd Götze u. a., Loseblattwerk, Stand: 17. Ergänzungslieferung, Februar 2008.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004). Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX vom 22. März 2004. Frankfurt am Main 2004. Abrufbar im Internet unter http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/sh_bar_empfehlungen.pdf [Stand: 15. April 2008].

148 Stellungnahme der BAG-SELBSTHILFE vom 15. Januar 2008, a. a. O., S. 8.

- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (2008). Stellungnahme der BAG SELBSTHILFE e. V. zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) – BT-Drs. 16/7439 anlässlich der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 21. und 23. Januar 2008. Düsseldorf 15. Januar 2008. Abrufbar im Internet über <http://www.bag-selbsthilfe.de>.
- Buschmann-Steinhage, Rolf (2005). Bedeutung der Selbsthilfe für die Rehabilitation aus der Sicht der Rentenversicherung. In: Borgetto, Bernhard; Klein, Martina (Hrsg.). Rehabilitation und Selbsthilfe, S. 100 - 110. Abrufbar im Internet über <http://www.bmg.bund.de> [Stand: 15. April 2008].
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (2007). Stellungnahme der DAG SHG vom 13. November 2007 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). Berlin 2007. Abrufbar im Internet unter <http://www.dag-shg.de/site/data/DAGSHG-Stellungnahme-Pflege-Weiterentwicklungsgesetz2007-11-13.pdf> [Stand: 15. April 2008].
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (2007). Stellungnahme der DAG SHG vom 4. Dezember 2007 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention sowie zur Änderung anderer Gesetze. Berlin 2007. Abrufbar im Internet unter <http://www.dag-shg.de/site/data/DAGSHG-Stellungnahme-Praeventionsgesetz2007-12-04.pdf> [Stand: 15. April 2008].
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2007). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin 2007. Abrufbar im Internet über <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> [Stand: 15. April 2008].
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (1998). Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Selbsthilfeförderung auf kommunaler Ebene. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche private Fürsorge, 1998, S. 129 - 132 [R 7123].
- Dierks, Marie-Luise; Seidel, Gabriele; Horch, Kerstin; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2006). Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 32, Robert Koch-Institut (Hrsg.) Berlin Juli 2006.
- Gürtner, Klaus (2004). Kommentierung zu § 45c SGB XI. In: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Loseblattwerk, Stand: 56. Ergänzungslieferung 1. Dezember 2007, München 2007.

- Helms, Ursula (2007). Die Verankerung des Selbsthilfegedankens in den Büchern des Sozialgesetzbuches. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.). *selbsthilfegruppenjahrbuch 2007*, Gießen 2007, S. 152 - 162. Abrufbar im Internet unter http://www.dag-selbsthilfegruppen.de/site/data/DAGSHG_shgJB2007.pdf [Stand: 15. April 2008].
- Helms, Ursula (2007). Gesetz folgt Gesellschaft – Förderung und Unterstützung von Selbsthilfe im Sozialrecht. Vortrag auf der Jahrestagung 2007 „Selbsthilfekontaktstellen als Orte der Vermittlung und Begegnung – Perspektiven, Partner, Herausforderung – der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. vom 25. bis 27. Juni 2007 in Potsdam. Abrufbar im Internet unter http://www.dag-shg.de/site/data/DAGSHG_JT07_15Helms_Vortrag_Gesetz.pdf [Stand: 15. April 2008].
- Hauck, Karl (1997). Kommentierung zu § 31 SGB VI. In: Hauck, Karl; Noftz, Wolfgang (Hrsg.). *Sozialgesetzbuch: Gesamtkommentar. Hier: SGB VI: Gesetzliche Rentenversicherung einschließlich Übergangsrecht für das Beitrittsgebiet, Kommentar*, hrsg. v. Franz Terdenge, Loseblattwerk, Stand: März 2008, Berlin.
- Hundertmark-Mayser, Jutta; Möller, Bettina (2004). *Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 23*, Robert Koch-Institut (Hrsg.). Berlin August 2004.
- Hundertmark-Mayser (2006). *Selbsthilfeförderung*. In: *Bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe. Expertise zum Fachgespräch über die Situation der Selbsthilfe sowie deren aktuelle Probleme in Deutschland im Rahmen einer öffentlichen Sitzung des Unterausschusses „Bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe“ des Deutschen Bundestages am 8. November 2006 in Berlin (UA-Drs. 16/030)*. Berlin 2006, S. 37 - 40.
- Linke, Tobias (2005). Kommentierung zu § 45c SGB XI. In: Krauskopf, Dieter (Hrsg.) *Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Kommentar*, Loseblattwerk, Stand: 59. Ergänzungslieferung, Oktober 2007, München 2008.
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2007). *NAKOS Studien: Selbsthilfe im Überblick 1.1. – Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland im Jahr 2007*. Berlin 2007. Abrufbar im Internet unter <http://www.nakos.de/site/data/NAKOS-Studien1.1.-2007.pdf> [Stand: 15. April 2008].
- Priester, Klaus (2007). Krankenkassen schöpfen Finanzspielräume bei der Selbsthilfefinanzierung bei weitem nicht aus. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (Hrsg.). *selbsthilfegruppenjahrbuch 2007*, Gießen 2007, S. 163 - 173. Abrufbar im Internet unter http://www.dag-selbsthilfegruppen.de/site/data/DAGSHG_shgJB2007.pdf [Stand: 15. April 2008].

- Weber-Falkensammer, Hartmut (2001). Möglichkeiten und Grenzen der Finanzierung der Selbsthilfe durch die Sozialversicherung – Position der Gesetzlichen Unfallversicherung. In: Borgetto, Bernhard; von Troschke, Jürgen (Hrsg.). Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Freiburg 2001, S. 177 - 183.
- Schubert, Kirsten; Glaeske, Gerd (2006). Einfluss des pharmazeutisch-industriellen Komplexes auf die Selbsthilfe – Ein Werkstattbericht zur Entwicklung und Förderung des internen Diskurses zwischen Krankenkassen und Selbsthilfegruppen. Universität Bremen – Zentrum für Sozialpolitik, November 2006. Abrufbar im Internet unter http://www.vdak-aev.de/vertragspartner/Selbsthilfe/selbsthilfe_werkstattbericht_01_2007.pdf [Stand: 15. April 2008].
- Spitzenverbände der Krankenkassen (2007). Rahmenvorgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung nach § 20c SGB V ab dem 1. Januar 2008 vom 17. September 2007. Abrufbar im Internet unter http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/selbsthilfe_spik_010108.pdf [Stand: 15. April 2008].
- Thiel, Selbsthilfegruppen – Unterstützung in Deutschland 1997 – Anzahl der Unterstützungsstellen, Träger, Personal und Förderspektrum. In: Selbsthilfegruppen Nachrichten 1998, herausgegeben von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG), Gießen 1998, S. 45 - 52.
- Wagner, Regine (2007), Kommentierung zu § 20c SGB V. In: Krauskopf, Dieter (Hrsg.) Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Kommentar, Loseblattwerk, Stand: 59. Ergänzungslieferung, Oktober 2007, München 2008.

5. Anlagenverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006). 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. Siegburg 2006. Abrufbar im Internet unter http://www.vdak-aev.de/vertragspartner/Selbsthilfe/Selbsthilfefoerderung/leitfaden_selbsthilfe.pdf [Stand: 15. April 2008].

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2007). NAKOS Studien: Selbsthilfe im Überblick 1.1.: – Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland im Jahre 2007. Berlin 2007. Abrufbar im Internet unter <http://www.nakos.de/site/data/NAKOS-Studien1.1.-2007.pdf> [Stand: 15. April 2008].

- Anlage 2 -

Spitzenverbände der Krankenkassen (2007). Rahmenvorgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung nach § 20c SGB V ab dem 01. Januar 2008 vom 17. September 2007. Abrufbar im Internet unter http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/selbsthilfe_spik_010108.pdf [Stand: 15. April 2008].

- Anlage 3 -

Arbeitskreis „Selbsthilfeförderung durch die GKV“ (2007). Gemeinsames Rundschreiben 2008 des Arbeitskreises „Selbsthilfeförderung durch die GKV“ zur Förderung der Bundesorganisationen der Selbsthilfe nach § 20c SGB V. Stand: November 2007. Abrufbar im Internet unter http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/sh_foerderung_rs_1107.pdf [Stand: 15. April 2008].

- Anlage 4 -

Anlage 1 bis 3 zum Gemeinsamen Rundschreiben 2008 des Arbeitskreises „Selbsthilfeförderung durch die GKV“ zur Förderung der Bundesorganisationen der Selbsthilfe nach § 20c SGB V. Stand: November 2007. Kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung nach § 20c SGB V – Antragsunterlagen für die Förderung der Bundesorganisationen der Selbsthilfe. Abrufbar im Internet unter http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/ppt/sh_foerderantrag_1107.doc [Stand: 15. April 2008].

- Anlage 5 -

Anlagen I bis III zum Gemeinsamen Rundschreiben 2008 des Arbeitskreises „Selbsthilfeförderung durch die GKV“ zur Förderung der Bundesorganisationen der Selbsthilfe nach § 20c SGB V. Stand: November 2007. Krankenkassenindividuelle Förderung nach § 20c SGB V – Antragsunterlagen für die Bundesorganisationen der Selbsthilfe. Abrufbar im Internet unter http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/ppt/sh_foerderung_anlagen_1_107.doc [Stand: 15. April 2008].

- Anlage 6 -

Muster-Richtlinien über Zuwendungen durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung an Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern, nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI (Zuwendungsrichtlinien) vom 30. September 1991. In: Kommentar zum Recht der Gesetzlichen Rentenversicherung, Sozialgesetzbuch: Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung, SGB VI, Band 1, bearbeitet von Manfred Benkler, Ludwig Bergner u. a., Loseblattwerk, Stand: 54. Ergänzungslieferung, Oktober 2006, Anlage 5 zu § 31 SGB VI, Weinheim, 2007.

- Anlage 7 -

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2007). Ausgaben in Millionen Euro für die Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer, die gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung Bund 1997 - 2007. Berlin 2007. Abrufbar im Internet unter <http://www.nakos.de/site/data/Selbsthilfefoerderung1997-2007.pdf> [Stand: 15. April 2008].

- Anlage 8 -

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004). „Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe“ gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX vom 22. März 2004. Frankfurt am Main 2004. Abrufbar im Internet unter http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/sh_bar_empfehlungen.pdf [Stand: 15. April 2008].

- Anlage 9 -

Spitzenverbände der Pflegekassen und Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (2002). Empfehlungen zur Förderung von niedrighschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Abs. 6 SGB XI vom 24.07.2002. In: Hauck, Karl; Noftz, Wolfgang (Hrsg.). Sozialgesetzbuch: Gesamtkommentar. Hier: SGB XI: Soziale Pflegeversicherung, herausgegeben von Siegfried Wiesner, Loseblattwerk, Stand: 29. Ergänzungslieferung, November 2007, Gliederungsziffer C 415, Berlin 2008.

- Anlage 10 -

Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und dem Bundesversicherungsamt nach § 45c Abs. 7 Satz 2 SGB XI vom 14. Januar 2003. In: Hauck, Karl; Noftz, Wolfgang (Hrsg.). Sozialgesetzbuch: Gesamtkommentar. Hier: SGB XI: Soziale Pflegeversicherung, herausgegeben von Siegfried Wiesner, Loseblattwerk, Stand: 29. Ergänzungslieferung, November 2007, Gliederungsziffer C 416, Berlin 2008.

- Anlage 11 -

