

## Gesetzliche Finanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Wandel

Bei der Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 1982 appellierten die Gesundheitsminister\*innen der Länder „an alle im Gesundheitswesen Verantwortlichen, [...] den Gedanken der Selbsthilfe, der Selbsthilfeinitiativen und -gruppen zu unterstützen [...] und die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, um die Arbeit beziehungsweise die Initiierung gesundheitsbezogener Selbsthilfegruppen zu erleichtern“ (Kriwy-Gottschalk 1999). Mitte der 1980er Jahre wurde die Selbsthilfeförderung durch die öffentliche Hand als sinnvoll und notwendig erachtet (Heudorf 1995). Sie wurde jedoch für Bund, Länder und Kommunen nie legislativ geregelt und ist deshalb keine gesetzliche Pflichtaufgabe. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wurde eine gesetzliche Grundlage für die Selbsthilfeförderung 1993 geschaffen (Helms 2007).

### Selbsthilfeförderung durch Bund, Länder und Kommunen

Auf Bundesebene stellen verschiedene Ministerien Mittel für die Förderung der Selbsthilfestrukturen bereit. Für die Förderung auf Bundesebene sind das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zuständig. Der Deutsche Bundestag entscheidet im Rahmen des Bundeshaushalts jährlich über die von den Ministerien bereitzustellenden Fördervolumina. Neben der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) werden bundesweit agierende Selbsthilfeorganisationen und Modellvorhaben gefördert (WD 2008; Helms et al. 2006). Das Bundesministerium für Gesundheit reduzierte seine Zuwendungen von 2007 bis 2018 deutlich von 2,5 Millionen Euro auf 1,7 Millionen Euro. Auch die jährliche Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat sich von 300.000 Euro (2008) um Zweidrittel auf 100.000 Euro (2018) verringert (NAKOS 2020).

Die Förderpraxis der Länder ist heterogen. Einige Bundesländer legen einen Schwerpunkt ihrer Förderung auf Selbsthilfekontaktstellen, andere fördern bevorzugt regionale Selbsthilfegruppen und -organisationen. Zudem werden im Vergleich erhebliche Unterschiede bei den Fördervolumina der einzelnen Bundesländer sichtbar (NAKOS 2014). Die Entwicklung der Gesamtsumme der bereitgestellten Mittel der Länder von 1993 (14,7 Millionen Euro) bis 2014 (10,6 Millionen Euro) ist sehr schwankend und mit einer rückläufigen Tendenz (NAKOS 2008, 2009, 2020). Auf kommunaler Ebene erfolgt die Förderung vorrangig von Selbsthilfekontaktstellen sowie örtlichen

Selbsthilfegruppen. Wie auf Länderebene ist die Förderpraxis sehr unterschiedlich (Helms et al. 2006). Rund zwei Drittel der Kontaktstellen (68 %) erhalten nach eigenen Angaben Fördermittel der Kommunen für ihre Arbeit (NAKOS 2020).

Die Finanzierung der Strukturen der Selbsthilfe durch die öffentliche Hand erfolgt überall ausschließlich als freiwillige Leistung.

## **Eingang in die Sozialgesetzgebung**

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes wurde das SGB V zum 1. Januar 1993 um den § 20 Abs. 3a ergänzt und somit den gesetzlichen Krankenkassen erstmals mit einer Kann-Regelung ermöglicht, Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen zu fördern. In dem von CDU/CSU, SPD und FDP eingebrachten Gesetzentwurf wird diese Neuerung dahingehend begründet, dass die Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen stärker in das Konzept zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung der Krankenkassen einbezogen werden sollen. Eine Vollfinanzierung war nicht vorgesehen (BT-Drs. 12/3608). Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages stellte zudem klar, dass diese Regelung nur für Institutionen gilt, die eine gesundheitspolitisch relevante Zielsetzung verfolgen (BT-Drs. 12/3937).

Die Förderbedingungen wurden zum 1. Januar 1997 durch den § 20 Abs. 3 SGB V spezifiziert, sodass Krankenkassen Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen durch Zuschüsse fördern können, die sich der Rehabilitation und Prävention bestimmter Krankheitsbilder zum Ziel gesetzt haben. Um eine einheitliche Rechtsanwendung der Krankenkassen zu gewährleisten, wurden die Spitzenverbände der Krankenkassen dazu verpflichtet, ein Verzeichnis der Krankheitsbilder zu beschließen, deren Förderung zulässig ist. Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages konkretisierte diese Forderung dahingehend, dass sich dieses Verzeichnis an medizinischen Kriterien zu orientieren habe. Als Beispiele wurden unter anderem Krebs, Sucht- und Stoffwechselerkrankungen aufgeführt (BT-Drs. 13/5099). Das Verzeichnis wurde am 14. Februar 1997 durch die Spitzenverbände der Krankenkassen beschlossen (WD 2008). An der Erarbeitung waren die zu diesem Zeitpunkt bereits etablierten „Vertreter der Selbsthilfe“, die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH), der Paritätische Wohlfahrtsverband (DPWV) und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beteiligt (Hundertmark-Mayser/Balke 2002).

## **Selbsthilfeförderung wird Pflichtaufgabe der Krankenkassen**

Im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000, das zum 1. Januar 2000 in Kraft trat, wurde die bis dahin geltende Regelung im § 20 Abs. 4 SGB V erheblich präzisiert. Die bis dahin geltende „Kann-Regelung“ wurde neugefasst: Die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe wurde zu einer Soll-Vorschrift mit stark

verpflichtendem Charakter. Die Regierungsfractionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen unterstrichen die Wirksamkeit gesundheitsbezogener Selbsthilfe und stellten fest, dass diese zur Weiterentwicklung verlässliche Rahmenbedingungen brauche. Sie beobachteten, dass die bisherige Kann-Regelung zu einer unterschiedlichen, teilweise unzureichenden und unübersichtlichen Förderpraxis der Krankenkassen führte. Der stark verpflichtende Charakter wurde damit unterstrichen, dass ein Richtwert als Förderbetrag von maximal 1,- DM (heute: 0,51 Euro) je Versichertem je Kalenderjahr bereitzustellen sei. Dies sollte zu einer deutlichen Steigerung der Fördermittel im Selbsthilfebereich führen. Gemäß § 20 Abs. 4 S. 5 SGB V ist dieser Betrag in den darauffolgenden Jahren zu dynamisieren (WD 2008).

Um eine gerechtere und flächendeckende Verteilung der Fördermittel zu sichern und die gebotene Transparenz über die Förderkriterien herzustellen, sollten gemeinsame und einheitliche Grundsätze zur Selbsthilfeförderung erarbeitet werden (BT-Drs. 14/1245). Gemäß dem neugefassten § 20 Abs. 4 SGB V hatten die Spitzenverbände der Krankenkassen dabei neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch die maßgeblichen Vertreter der Selbsthilfe zu beteiligen. Jürgen Matzat kommentierte diese Beteiligung als „ganz ungewöhnliche[n] Vorgang in unserem Gesundheitswesen, welches ja gemeinhin als ‚anbieterorientiert‘ charakterisiert wird“ (Matzat 2002). Zudem wurde erstmals die Förderfähigkeit von Selbsthilfeorganisationen durch die Krankenkassen gesetzlich verankert (BT-Drs. 14/1245). Damit fanden die drei Erscheinungsformen der Selbsthilfebewegung (Gruppen, Organisationen und Kontaktstellen) Eingang in die Gesetzgebung (Matzat 2002). Weiter wurde durch eine Neuregelung (Satz 3 Halbsatz 2) 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 Selbsthilfe. 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.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 wurde die Selbsthilfeförderung grundlegend reformiert: Paragraph 20c SGB V trat zum 1. Januar 2008 in Kraft. Seitdem sind die Krankenkassen zur Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe verpflichtet. Die bis dahin geltende Regelung, dass Krankenkassen über ihre Selbsthilfeförderung individuell entscheiden, wurde durch zwei Förderstränge abgelöst: Für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung müssen die gesetzlichen Krankenkassen mindestens die Hälfte ihrer Fördermittel zur Verfügung stellen. Die übrigen Mittel können sie wie zuvor individuell verausgaben, um eigene Schwerpunkte zu setzen. Sofern bereitgestellte Mittel im laufenden Jahr nicht verausgabt wurden, sind sie in dem sogenannten Überlauftopf zu sammeln und im Folgejahr der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung

zuzuführen. Damit sollte sichergestellt werden, dass das Budget tatsächlich für die Selbsthilfe verwandt wird. Weiter wurde mit Inkrafttreten des § 20c SGB V den Selbsthilfevertretungen ein Mitberatungsrecht bei der Vergabe der Mittel aus der Gemeinschaftsförderung eingeräumt (Hundertmark-Mayser 2008). Kurzzeitig war die Selbsthilfeförderung in Gefahr, weil der alte § 20 Abs. 4 SGB V zum 1. April 2007 aufgehoben wurde und der neugefasste § 20c SGB V erst zum 1. Januar 2008 in Kraft treten sollte. Damit für den Zeitraum vom 1. April bis zum 31. Dezember 2007 die Förderung gesetzlich verankert blieb, wurde der alte § 20 Abs. 4 SGB V als § 20 Abs. 3 SGB V wieder eingeführt und zum 1. Januar 2008 durch den zuvor verabschiedeten § 20c SGB V ersetzt (WD 2008).

Der Gesetzentwurf für das Präventionsgesetz vom 11. März 2015 sah vor, dass die Selbsthilfeförderung unverändert von dem § 20c SGB V in den § 20h SGB V überführt werden sollte. Aus der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages vom 17. Juni 2015 ging jedoch eine wesentliche Änderung hervor: Der zwischenzeitlich auf 0,55 Euro angestiegene Betrag, den die Krankenkassen je Versicherten und Kalenderjahr für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe aufzuwenden hatten, wurde auf 1,05 Euro ab 1.1.2016 fast verdoppelt (BT-Drs. 18/5261). Damit erkannte der Gesetzgeber die wichtige Rolle der Selbsthilfe für die Prävention, insbesondere im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention an (Hundertmark-Mayser 2015).

2019 wurde der § 20h SGB V gleich zwei Mal geändert. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz wurde der Anteil der zur Verfügung zu stellenden pauschalen Mittel von 50 auf 70 Prozent (in 2020 insgesamt 58 Millionen Euro) angehoben. Damit sollte eine ausreichende Basisfinanzierung für die Selbsthilfestrukturen gewährleistet werden (BT-Drs. 19/14867). Im Rahmen des Digitale-Versorgung-Gesetzes wurde auf Empfehlung des Gesundheitsausschusses der § 20h Abs. 2 SGB V dahingehend neugefasst, dass auch Zuschüsse für digitale Anwendungen im Rahmen der Selbsthilfeförderung ermöglicht wurden (BT-Drs. 19/14867). Diese Neuerung stellte die Nutzung von analogen und digitalen Angeboten in der gesundheitlichen Selbsthilfe gleichberechtigt nebeneinander (Hundertmark-Mayser 2020). Der Ausschuss begründete die Erweiterung damit, dass Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zunehmend digitale Anwendungen (Chat-Foren, Online-Beratungen, Apps usw.) im Rahmen ihrer Arbeit nutzen und darüber hinaus über digitale Angebote weitere Zielgruppen (u. a. junge Menschen, Menschen in infrastrukturschwachen Regionen, Menschen mit eingeschränkter Mobilität) erreicht werden können. Innovative und nachhaltige Formate sowie ausschließlich im Internet agierende Selbsthilfeszusammenschlüsse sind ab 2020 deshalb auch durch die Krankenkassen zu fördern (BT-Drs. 19/14867).

## Fazit und Ausblick

Aufgrund der beschriebenen legislativen Änderungen in der Finanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die Krankenkassen lässt sich ein stetiger Zuwachs des Fördervolumens verzeichnen. Das Jahr 2000 kann hier als Meilenstein bezeichnet werden, weil die Finanzierung der drei Erscheinungsformen (Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen) zu einer Soll-Aufgabe mit stark verpflichtendem Charakter geregelt wurde. Innerhalb von 20 Jahren hat sich das Fördervolumen durch die Krankenkassen von 9,5 Millionen Euro in 2000 auf 83,8 Millionen Euro in 2019 fast verneunfacht (BT-Drs. 18/8810; vdek 2021). Dieser starke Anstieg verdeutlicht, welchen Stellenwert die gesundheitsbezogene Selbsthilfe im Rahmen der Gesundheitspolitik zwischenzeitlich erreicht hat, nachdem die Selbsthilfearbeit in den 1970er Jahren in der Politik und bei den Akteuren des Gesundheitssektors kaum Beachtung gefunden hatte beziehungsweise teils kritisch beäugt wurde.

Es lässt sich feststellen, dass die gesundheitsbezogene Selbsthilfe einen besonderen Stellenwert im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems erhalten hat. Auch wenn diese nach wie vor nicht durch eine gesetzliche Regelung ausfinanziert ist, stand der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe noch nie ein solch hohes Fördervolumen zur Verfügung wie heute. Gleichzeitig lässt sich feststellen, dass sich die Selbsthilfeförderung in den vergangenen zwei Jahrzehnten auf die gesetzlichen Krankenkassen fokussierte. Angesichts des kontinuierlichen und maßgeblichen Anstiegs des kassenseitigen Fördervolumens und der gleichzeitig angespannten Finanzsituationen in Kommunen und Ländern ist zu befürchten, dass sich die öffentliche Hand zunehmend aus der Förderung weiter zurückziehen wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Zuschüsse der öffentlichen Hand weiter fließen müssen, um eine Fördervoraussetzung der Krankenkassenförderung zu erfüllen. Eine Verschiebung der Selbsthilfeförderung durch die öffentliche Hand von der freiwilligen zur verpflichtenden Leistung ist aus den genannten Gründen daher sehr erstrebenswert, um nachhaltig die Selbsthilfearbeit abzusichern.

Die Einführung der pflegebezogenen Selbsthilfe im § 45d SGB XI hat gezeigt, dass man die Finanzierung der Selbsthilfe als Gemeinschaftsaufgabe der gesetzlichen, sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegeversicherungen und der Bundesländer regeln kann. Bei der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe tragen die gesetzlich Versicherten die Hauptlast, obwohl das Angebot unabhängig vom Versichertenstatus allen offen steht. Analog zum § 45d SGB XI sollte der Gesetzgeber die Länder und die privaten Krankenversicherungen in die Pflicht nehmen und damit für mehr Gerechtigkeit bei der Finanzierung sorgen.

Nicht alle Selbsthilfeszusammenschlüsse haben Zugang zu den Fördermitteln der GKV. Gruppen, die sich mit sozialen Themen (z. B. Alleinerziehende, Trauer, LGBTIQ) beschäftigen, wird der Gesundheitsbezug häufig abgesprochen. Dabei gilt es zu bezweifeln, dass diese Zusammenschlüsse nicht auch zur seelischen Gesundheit

beziehungsweise Gesunderhaltung der Gruppenmitglieder in einem besonderen Maße beitragen oder sogar drohenden seelischen Belastungen vorbeugen. Diese Ungleichbehandlung muss endlich abgeschafft werden.

#### Literatur

- Deutscher Bundestag: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P., Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung – Drucksache 12/3608 (1992a), S. 77*
- Deutscher Bundestag: Bericht des Ausschusses für Gesundheit (15. Ausschuss) – Drucksache 12/3937 (1992b), S. 5, 11*
- Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) – Drucksache 13/5099 (1996), S. 17*
- Deutscher Bundestag: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 – Drucksache 14/1245 (2008), S. 4*
- Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) – Drucksache 18/5261 (2015b), S. 60*
- Deutscher Bundestag: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 18/8810 (2016), S. 11*
- Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) – Drucksache 19/14867 (2019), S. 8, 86*
- Heudorf, Frank: Selbsthilfekontaktstellen in der kommunalen Sozialplanung. In: NAKOS (Hrsg.): NAKOS EXTRA Nr. 26, Selbsthilfekontaktstellen und finanzielle Förderung von Selbsthilfegruppen in der Kommune. Berlin 1995, S. 8-18*
- Kriwy-Gottschalk, Eva: Vorwort. In: NAKOS (Hrsg.): NAKOS EXTRA Nr. 30, Selbsthilfe im nächsten Jahrhundert. Berlin 1999, S. 4-7*
- Helms, Ursula: Die Verankerung des Selbsthilfegedankens in den Büchern des Sozialgesetzbuches. In: DAG SHG (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2007. Gießen 2007, S. 152-162*
- Helms, Ursula; Hundertmark-Mayser, Jutta; Thiel, Wolfgang: 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) (2006)*
- Hundertmark-Mayser, Jutta: Neuregelung im § 20h SGB V: Analoge und digitale Angebote der Selbsthilfe werden zukünftig gleichberechtigt gefördert, Leitfaden zur Selbsthilfeförderung in aktualisierter Fassung verabschiedet. In: NAKOS (Hrsg.): NAKOS INFO 122. Berlin 2020, S. 43-44*
- Hundertmark-Mayser, Jutta: Neues Präventionsgesetz. Mit dem § 20h SGB V werden ab 2016 die Fördermittel für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe um mehr als 60 Prozent erhöht. In: NAKOS (Hrsg.): NAKOS INFO 113. Berlin 2015, S. 60-62*
- Hundertmark-Mayser, Jutta: Von der Soll- zur Pflichtleistungen. Der neue Paragraph 20 c SGB V: Umsetzungserfordernisse und -schritte. In: DAG SHG (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2008. Gießen 2008, S. 146-155*

*Hundertmark-Mayser, Jutta / Balke, Klaus: Zwei Jahre Selbsthilfeförderung nach §20,4 SGB V aus Sicht der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. In: NAKOS (Hrsg.): NAKOS EXTRA 32. Berlin 2002, S. 6-19*

*Matzat, Jürgen: Die Selbsthilfe als Korrektiv und vierte Säule im Gesundheitswesen. In: Forschungsjournal NSB 2002, 15 (3), S. 89-97*

*NAKOS (Hrsg.): NAKOS Studien, Selbsthilfe im Überblick 1, Zahlen und Fakten 2007. Berlin 2008*

*NAKOS (Hrsg.): NAKOS Studien, Selbsthilfe im Überblick 2, Zahlen und Fakten 2008. Berlin 2009*

*NAKOS (Hrsg.): NAKOS Studien, Selbsthilfe im Überblick 4, Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland im Jahr 2013. Berlin 2014*

*NAKOS (Hrsg.): NAKOS Studien, Selbsthilfe im Überblick 6, Zahlen und Fakten 2019. Berlin 2020*

*vdek - Verband der Ersatzkassen e.V. (2021). Selbsthilfeförderung durch die GKV. <https://www.vdek.com/vertragspartner/Selbsthilfe.html>*

*WD - Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages: Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe durch die öffentliche Hand und die Sozialversicherungsträger - Rechtsgrundlagen und Förderpraxis (2008).*

*Andreas Schleimer, Vorstand der SEKIS Trier und Sprecher der LAG KISS Rheinland-Pfalz*

*Kontakt: [kontakt@sekis-trier.de](mailto:kontakt@sekis-trier.de)*