

Selbsthilfeförderung nach § 20 c SGB V

Empfehlung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zum Umgang mit nicht verausgabten Fördermitteln eines Förderjahres vom 27. Januar 2010*

Grundsätzliches

§ 20c Abs. 3 SGB V sieht folgende Regelung vor, falls eine Krankenkasse ihre Fördermittel in einem Förderjahr nicht gemäß der gesetzlichen Vorgabe der Selbsthilfe zur Verfügung stellt: „Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 1 genannten Betrag der Förderung in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen“.

Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene:

AOK-Bundesverband GbR, Berlin

BKK Bundesverband GbR, Essen

IKK e.V., Berlin

Knappschaft, Bochum

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

haben sich auf die nachstehende Empfehlung zum Umgang mit nicht verausgabten Fördermitteln der Krankenkassen verständigt. Sie haben die Vertretungen der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe beteiligt.

* Beschlossen vom Arbeitskreis II der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene am 27. Januar 2010.

Verfahren

Zur Umsetzung der gesetzlichen Regelung zum Umgang mit nicht verausgabten Fördermitteln soll wie folgt verfahren werden:

1. Basis für die Ermittlung der Mittel, die eine Krankenkasse ggf. im Folgejahr der Gemeinschaftsförderung zuzuführen hat, stellt die amtlich beglaubigte Versicherten- und Ausgabenstatistik dar (KM6 und KJ1).
2. Die Bereitstellung der Fördermittel durch die Krankenkassen erfolgt versichertenbezogen nach der KM6 zum Stichtag 01. Juli des Vorjahres des Förderjahres (Summe aller Versicherten einer Krankenkasse, unabhängig vom Wohnort). Die sich daraus ergebende Fördersumme stellt die Basis dar für die Budget- bzw. Haushaltsaufstellung einer Krankenkasse (Plan-Soll im Förderjahr).
3. Die Ausgabenstatistik KJ1 eines jeden Kalenderjahres gibt retrospektiv Auskunft über die von einer Kassenart und Krankenkasse im Vorjahr verausgabten Mittel. Sie liegt in der Regel im Sommer des auf das Förderjahr folgenden Kalenderjahres vor (Abrechnungsjahr). Die dort ausgewiesenen Ausgaben werden mit dem Plan-Soll verglichen. Sollte das Plan-Soll nicht erreicht worden sein, muss die Differenz „Plan-Soll minus tatsächliche Ausgaben nach KJ1“ der Gemeinschaftsförderung zugeführt werden. Eine Überschreitung des Plan-Solls löst keine weiteren Handlungsschritte aus.
4. Jede Kassenart identifiziert anhand der vorgenannten amtlichen Statistik innerhalb ihres Systems den sich evtl. ergebenden Abweichungsbetrag, der der Gemeinschaftsförderung zuzuführen ist und meldet ihn dem für die jeweilige Ebene für die GKV-Gemeinschaftsförderung zuständigen Federführer. Für die Richtigkeit der Angaben sind die Krankenkassen oder die von ihnen beauftragten Verbände verantwortlich.
5. Die identifizierten nicht verausgabten Mittel einer Krankenkasse aus dem Abrechnungsjahr fließen im Folgejahr in die Gemeinschaftsförderung. Die Verteilung der Mittel erfolgt jeweils auf der Ebene, auf der sie nicht verausgabt worden sind.
6. Das Budget der Gemeinschaftsförderung im Folgejahr setzt sich demnach zusammen aus:
 - mindestens 50 % der gesetzlich vorgegebenen Pflichtmittel (§ 20c Abs. 3, Satz 1 bis 3 SGB V) zuzüglich
 - ggf. nicht verausgabte Mittel der Gemeinschaftsförderung aus dem Vorjahr und
 - ggf. nicht verausgabte Mittel aus der krankenkassenindividuellen Förderung aus dem Vorjahr.

7. Der Arbeitskreis „Selbsthilfeförderung“ der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene wird zu gegebener Zeit über die Umsetzung dieser Empfehlung einen Erfahrungsaustausch führen.

Anmerkung: Bei Zusammenschlüssen von Krankenkassen bzw. bei kassenartenübergreifenden Fusionen stellt der Rechtsnachfolger sicher, dass die nicht verausgabten Fördermittel der fusionierten Krankenkasse(n) ordnungsgemäß bereitgestellt werden.

