



...alles was Recht ist...

Sozial-Info 03/03



Nach einem wettermäßig wunderschönen Sommer, den Sie hoffentlich alle genossen haben, kommt nun die etwas dunklere Jahreszeit mit Riesenschritten auf uns zu – der Herbst und der Winter. Von angenehmen Temperaturen bis zu 40 Grad wird es nun wieder kalt in Deutschland! So kalt, dass es einem schon wieder heiß den Rücken herunterläuft, wenn man Nachrichten hört oder liest. **Sparen – sparen – sparen** ist das Schlagwort in dieser Zeit! Und gespart wird an und bei allen – nun also auch bei den Menschen mit Behinderungen. Die Sparentwürfe des Bundes, der Länder und Kommunen ändern sich fast täglich und sind **noch** Entwürfe – bei dem Tempo, das in Regierungskreisen auf allen Ebenen vorgelegt wird, ist die Zeit zwischen Entwurf und Inkrafttreten der einzelnen Änderungen recht kurz.

Ich möchte Ihnen nachfolgend eine kurze Übersicht darüber geben, welche Sparmaßnahmen im Einzelnen geplant sind und welche Auswirkungen sich daraus auf Sie als behinderten Menschen bzw. als Angehörige ergeben:

#### Krankenversicherung

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
<b>Zuzahlungen :</b>  ... beim Arztbesuch	<b>Praxisgebühr von 10 €</b> pro Quartal beim Arzt oder Zahnarzt - auch beim Notarzt -	<b>Überweisungen:</b> Wer von einem Arzt zu einem anderen Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt. <b>Vorsorge:</b> Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungstermine, Schutzimpfungen sind ausgenommen.	<b>10 Euro pro Quartal</b>  <i>bedeutet:</i> egal, wie oft man zu einem Arzt geht, und egal, zu wie vielen Ärzten man (mit Überweisung) geht: man zahlt insgesamt nicht mehr als 10 Euro Praxisgebühr innerhalb eines Quartals
... bei Arzneimitteln und Verbandmitteln	Zuzahlung von 10 % des Preises, jedoch mindestens 5 € und maximal 10 € pro Arzneimittel. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.		<b>Beispiele:</b> Ein Medikament kostet 10 €. Zuzahlung beträgt den Mindest-anteil von 5 €. Medikament kostet 75 €. Zuzahlung beträgt 10 % vom Preis = 7,50 €. Ein Medikament kostet 120 €. Zuzahlung ist auf den Maximalanteil von 10 € begrenzt.

Rückfragen an: Evelyn Küpper - Tel.: 02151-305592 -

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege	Zuzahlung von 10 % der Kosten des Mittels zuzüglich 10 € je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt)		<b>Beispiel:</b> Wenn z.B. auf einem Rezept sechs Massagen verordnet werden, beträgt die Zuzahlung 10 Euro für diese Verordnung und zusätzlich 10 Prozent der Kosten pro Massage.
... bei Hilfsmitteln			
... bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe	Zuzahlung von 10 % für jedes Hilfsmittel (z.B. Hörgerät, Rollstuhl), jedoch mindestens 5 € und maximal 10 € . In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels  Zuzahlung von 10% der kalendertäglichen Kosten, jedoch höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro	<b>Ausnahme:</b> Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z.B. Windeln bei Inkontinenz): Zuzahlung von 10 % je Verbrauchseinheit – aber max. 10 € pro Monat	
... bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation	Zuzahlung von 10 € pro Tag, bei Anschlußheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage		
... bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter	Zuzahlung von 10 € pro Tag		
... im Krankenhaus	Zuzahlung von 10 € pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr		Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauert 9 Tage.

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
<b>Leistungen der Krankenkasse</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sterbegeld</li> <li>- Entbindungsgeld</li>   <li>- Sterilisation</li>   <li>- Künstliche Befruchtung</li> </ul>	<p>Werden aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen</p> <p>Sofern eine Sterilisation der persönlichen Lebensplanung dient, muß diese Leistung künftig vom Versicherten selbst finanziert werden</p> <p>Reduzierung von vier auf drei Versuche, die von der Krankenkasse zu jeweils 50 % bezahlt werden. Altersbegrenzung für Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, für Männer bis 50 Jahre</p>	<p><b>Ausnahme:</b> Wenn eine Sterilisation medizinisch notwendig ist, werden diese Kosten auch weiterhin von der Krankenkasse übernommen.</p>	
- Sehhilfen / Brillen	Grundsätzlich werden sich die Krankenkassen daran nicht mehr beteiligen	<p><b>Ausnahme:</b> Ein Leistungsanspruch besteht auch weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen</p>	
- Fahrkosten	Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen	<p><b>Ausnahme:</b> Wenn es zwingende medizinische Gründe gibt, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten übernehmen</p>	
	<p>Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den Gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr erstattet.</p> <p>Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (z.B. Viagra) werden nicht mehr erstattet.</p>	<p><b>Ausnahmen:</b> Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören.</p>	

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
<b>Leistungen der Krankenkasse</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutterschaftsgeld</li> <li>- Empfängnisverhütung</li> <li>- Schwangerschaftsabbruch</li> <li>- Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</li> </ul>	Werden zukünftig über Steuern finanziert. Für den Versicherten ändert sich nichts, da diese Leistungen auch weiterhin über die Krankenkasse abgerechnet werden.		Da es sich um Leistungen handelt, die im gesamtgesellschaftlichen Interesse sind, werden diese künftig aus Steuermitteln finanziert. Zu diesem Zweck wird die Tabaksteuer in drei Stufen bis 2005 um insgesamt 1 € pro Packung erhöht.
<b>... beim Zahnersatz</b>	Ausgliederung aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen ab 2005, aber: bleibt eine Pflichtversicherung, die man sowohl bei einer der Gesetzlichen Krankenkasse als auch bei einer privaten Krankenversicherung abschließen kann. In der Gesetzlichen Krankenversicherung wird der monatliche Beitrag pro Versicherten voraussichtlich 6 Euro betragen. Mitversicherte Familienangehörige zahlen keinen Beitrag		Es werden „befundbezogene Festzuschüsse“ eingeführt. Kosten oberhalb dieser Festzuschüsse tragen die Versicherten selbst. Am Umfang und an der Qualität der Versorgung wird sich gegenüber heute nichts ändern.
<b>... beim Krankengeld</b>	Ab 2006 wird von den Versicherten ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,5 % erhoben		

Es ist noch nicht abschließend geklärt, wie z.B. die Zuzahlungen geregelt werden, die dann die Personen leisten müssen, die heute von der Zuzahlungspflicht befreit sind. Es stellt sich weiterhin die Frage, ob ab 2004 dann für Leistungen, die die Krankenversicherung nicht mehr erbringt ( z.B. Brillen ) die Sozialhilfe zuständig sein wird oder ob behinderte Menschen in Einrichtungen diese Kosten selbst finanzieren müssen ( wie auch immer ).

Das Sozialhilferecht wird komplett reformiert und die heutigen Sozialhilfeleistungen werden in das neue Sozialgesetzbuch XII ( SGB XII ) aufgenommen. Parallel dazu wird das Sozialgesetzbuch II ( SGB II ), benannt als „Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ als Zusammenlegung der bisherigen Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für erwerbsfähige Personen eingeführt. Ob behinderte Mitarbeiter in der Werkstatt für behinderte Menschen auch in den Leistungsbereich nach dem SGB II fallen, ist noch offen, da in den vorliegenden Entwürfen auf die Besonderheiten dieses Personenkreises nicht eingegangen wird.

Die im neuen SGB XII vorgesehenen gravierenden Änderungen sehen wie folgt aus:

### **Wunsch-und Wahlrecht**

Das Wunsch-und Wahlrecht wird nicht mehr angewandt, wenn bei einer Gegenüberstellung der Kosten für den stationären oder teilstationären Bereich hier unverhältnismäßige Mehrkosten entstehen. In der Praxis bedeutet das, daß z.B. bei der Wahl zwischen Wohnstätte und betreutes Wohnen immer die kostengünstigere Lösung bewilligt wird.

### **Notwendiger Lebensunterhalt**

Zum notwendigen Lebensunterhalt gehört die Ernährung, Unterkunft, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Heizung und persönliche Bedürfnisse des tägl. Lebens.

### **Regelbedarf, Inhalt Regelsätze**

Die Regelsätze werden neu berechnet und beinhalten den gesamten Bedarf außerhalb von Einrichtungen ( wie oben unter notwendiger Lebensunterhalt ) zzgl. der Kosten der Unterkunft und Heizung. Einmalige Leistungen wie Kleidergeld, Weihnachtsbeihilfe fallen weg. Die Regelsätze werden so bemessen, daß der Hilfeempfänger daraus Ansparungen für größere Anschaffungen wie Kleidung, Möbel oder Renovierungsarbeiten tätigen kann. Zur Zeit beträgt der Regelsatz für einen Haushaltsvorstand in NRW 296,-- € pro Monat. Der besondere Bedarf wird zusätzlich gewährt. Ab 1.7.2004 würde dieser **Eckregelsatz** in den alten Bundesländern bei **337,-- €** pro Monat liegen ( in den neuen Ländern bei **326,-- €**). Haushaltsangehörige werden nur noch in 2 Gruppen unterteilt – bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres und nach Vollendung des 14. Lebensjahres.

### **Einmalige Leistungen**

Hierzu gehören ausschließlich die Erstausstattungen für die Wohnung einschl. Haushaltsgeräten; Erstaussstattung für Bekleidung einschl. bei Schwangerschaft und Geburt; mehrtägige Klassenfahrten im Rahmen der schulrechtlichen Bestimmungen.

### **Notwendiger Lebensunterhalt in Einrichtungen**

Hierzu gehört neben den Kosten des notwendigen Lebensunterhalts auch die Kleidung und ein angemessener Barbetrag zur persönlichen Verfügung ( derzeit 88,80 € pro Monat ). Der Barbetrag soll 26 % des Eckregelsatzes betragen und würden nach den derzeit vorliegenden Zahlen bei 85,-- € pro Monat liegen. Der **Zusatzbarbetrag** ( zur Zeit max. 44,40 € pro Monat bei Beziehern von Renten, die als Kostenbeitrag an den Landschaftsverband übergeleitet wird) wird komplett **gestrichen**.

### **Anrechnung von Arbeitsförderungsgeld**

Das Arbeitsförderungsgeld bleibt wie bereits für Wohnstättenbewohner auch für Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt ( z.B. im betreuten Wohnen ) anrechnungsfrei. Inwieweit diese Regelung auf die Leistungen der Grundsicherung zu übertragen sind, bleibt abzuwarten.

### **Einkommengrenzen**

Die 3 bestehenden Einkommengrenzen ( 590,-- €; 853,-- € und 1.705,-- € ) fallen weg und werden auf den doppelten Eckregelsatz festgelegt – wahrscheinlich ca. **674,-- €**.

### **Inanspruchnahme von Unterhaltspflichtigen**

Hier wird jetzt noch für behinderte Kinder in Wohnstätten ebenso wie für behinderte Menschen im betreuten Wohnen ein pauschaler Unterhaltsanspruch in Höhe von 26,-- € gefordert. Zu diesen 26,-- € werden ab 1.7.2004 zusätzlich 20,-- € Unterhaltsbeitrag als Anteil der Hilfe zum Lebensunterhalt gefordert. Somit erhöhen sich die Zahlungen der Eltern auf **46,-- €** pro Monat.

### **Vermögensfreigrenzen**

Diese betragen bei der Hilfe zum Lebensunterhalt **1.600,-- €** zzgl. 614,-- € für den Ehe- oder Lebenspartner zzgl. 256,-- € für jede weitere Person, die vom Hilfeempfänger unterhalten wird. Für auf Dauer voll erwerbsgeminderte Menschen und Personen über 60 Jahren beträgt die Vermögensfreigrenze **2.600,-- €**.

Nach den vorliegenden Gesetzentwürfen wird unsere Regierung im Bereich der Sozialhilfe **279 Mio. Euro** einsparen – dafür müssen aber zunächst einmal **213 Mio. Euro** mehr ausgegeben werden.

### **Kosten Wohnstätten**

Auch die Kosten in den Wohnstätten steigen. Die Pflegesätze, die der Landschaftsverband an den Träger zahlt, setzen sich zusammen aus einer Pauschale für Unterkunft und Verpflegung, Maßnahmenpauschale ( gestaffelt nach Leistungstypen individuell für den einzelnen Bewohner) und der Investitionspauschale. Die Pflegesätze liegen in Düsseldorf je nach Leistungstyp und Investitionspauschale zwischen 70,-- und 120,-- € pro Tag. Mit diesen Pflegesätzen muß der Träger alle Kosten abdecken. Erhöhte Personalkosten, die durch Tarifverträge festgelegt werden, müssen von den Trägern aus eigenen Mitteln finanziert werden. Diese Mehrbelastung liegt z.B. im Jahr 2003 bei ca. **90.000 €**, die nicht refinanziert werden.

Weiterhin wird bei mehr als 3-tägiger Abwesenheit des Bewohners von der Wohnstätte der Pflegesatz auf das sog. Bettengeld um **25 %** gekürzt. Jeder Bewohner kann nach den Vorschriften des Landschaftsverbandes an 28 Tagen im Jahr außerhalb von Wohnstätten betreut werden ( z.B. im Elternhaus oder im Urlaub).

Beispiel:

Pflegesatz 100,-- € pro Tag x 365 Tage x 150 Bewohner = **5.475.000,-- €**

gekürzter Pflegesatz für 28 Tage Abwesenheit ( 100,-- € ./ 25 % = 75,-- €):

Differenz bei 28 Tagen Abwesenheit: 25,-- € x 28 Tage x 150 Bewohner = **105.000,-- €**

**Die durchschnittliche Abwesenheit der Bewohner von der Wohnstätte liegt zwischen 60 und 80 Tagen – in einigen Einzelfällen sogar bei über 140 Tagen!**

Holen Sie sich doch mal einen Taschenrechner und rechnen Sie den Verlust für die Einrichtung aus!

Sie können davon ausgehen, daß der Landschaftsverband in absehbarer Zeit die Frage stellen wird, ob überhaupt ein Wohnheimplatz vorgehalten werden muß, wenn der Bewohner die meiste Zeit sowieso nicht in der Einrichtung ist.

Im Rahmen der Sparmaßnahmen müssen wir leider davon ausgehen, daß zunächst eine grundsätzliche Überprüfung seitens der Kostenträger durchgeführt wird, ob auch jeder behinderte Mensch, der derzeit einen Wohnstättenplatz hat, diesen auch weiter behalten soll oder ob eine Unterbringung im betreuten Wohnen nicht kostengünstiger sein wird. Es wird nämlich im nächsten Jahr nicht mehr damit argumentiert werden können, daß der behinderte Mensch bis zu seinem Lebensende in der gewohnten Einrichtung verbleiben kann. Und wenn dann auch noch festgestellt wird, daß der Platz im Wohnheim nur zu  $\frac{3}{4}$  der Zeit genutzt wird, dann ist doch das weitere Prozedere glasklar vorhersehbar.

Ich bin kürzlich auf eine Rahmenvereinbarung zwischen Pflegekassen und überörtlichen Sozialhilfeträgern gestoßen, in der ein **Datenabgleich** zwischen den beiden Trägern nicht ausgeschlossen wurde. Das heißt also, daß für jeden Tag, für den tageweises Pflegegeld in Anspruch genommen wird, auch eine Meldung an den Kostenträger erfolgen wird. Auf den Abgleich der Daten bei der tageweisen Grundsicherung muß ich nicht weiter eingehen.

Ich habe den Eindruck, daß es jetzt in allen Bereichen ans Eingemachte geht. Es gilt jetzt für alle, nach praktikablen Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Ein Ansatzpunkt wäre zum Beispiel, die abrechenbaren Fehltag im Wohnheim auf die vorgegebenen 28 Tage zu begrenzen. Das würde nicht zwingend bedeuten, daß Sie Ihren behinderten Angehörigen nur noch an 28 Tagen im Jahr nach Hause holen könnten, sondern eigentlich nur 28 Tage im Jahr mit Pflegekasse und Landschaftsverband abrechnen würden. Als Mutter eines behinderten Sohnes kann ich mir eine solche Lösung sehr gut vorstellen, wenn ich damit dazu beitragen kann, daß der Wohnstättenplatz für meinen Sohn erhalten bleibt – auch für die Zeit, wenn wir als Eltern nicht mehr leben.

#### **Fazit:**

Es bläst uns ein sehr eisiger Wind ins Gesicht. Wir können uns jetzt umpusten lassen – und das war's dann. Wir sind aber ein **Selbsthilfeverein** – also aktivieren wir doch unser **Selbsthilfepotenzial** und suchen gemeinsam nach Möglichkeiten, um die Zukunft unserer behinderten Angehörigen innerhalb der Lebenshilfe zu sichern. Als ich vor 17 Jahren mit der Beratung innerhalb der Lebenshilfe begonnen habe, tat ich das unter dem Motto: **Wir haben alle eines gemeinsam – unser behindertes Kind!** Daran hat sich bis heute nichts geändert. Ich zähle auf Sie!

#### **Schluß.....**

Ich hätte noch gut 10 Seiten mehr über Sparmaßnahmen und ähnliches schreiben können – aber wir wollen ja auch mit gutem Beispiel vorangehen und schon mal Papier sparen. In diesem Sinne werde ich jetzt weiter nach Schlupflöchern in den einzelnen Gesetzen suchen...

