



...alles was *Recht* ist...

Sozial-Info 04/06



1. Weihnachtsbeihilfe für Heimbewohner

Im Zuge der SGB XII- Änderungen zum 1.1.2007 wurde festgelegt, dass alle Bewohner von Wohnstätten für behinderte Menschen sowie von Alten- oder Pflegeheimen im Dezember eine Weihnachtsbeihilfe in Höhe von mind. 36,-- €ausgezahlt bekommen. Für das Jahr 2005 besteht definitiv kein Anspruch auf Weihnachtsbeihilfe – evtl. Klageverfahren sollten eingestellt werden.

Heimbewohner, die ihren Heimplatz selbst zahlen müssen, können im Dezember 06 zusätzlich einen Betrag von 36,-- €vom einzusetzenden Einkommen in Abzug bringen.

Blinde Heimbewohner, die ja wegen der Zahlung von Blindengeld keinen Barbetrag erhalten, bekommen diese 36,-- €Weihnachtsbeihilfe dann ausgezahlt, wenn sie auch Anspruch auf die Bekleidungs pauschale haben.

Es handelt sich hier um eine Ausnahmeregelung – ab 2007 gibt es keine Weihnachtsbeihilfe mehr.

2. Änderung des Barbetrages für Heimbewohner ab 1.1.2007

Der **Barbetrag wird von 26 % des Eckregelsatzes (89,70 €) auf 27 % = 93,15 € angehoben.** Aus der Differenz von 3,45 €/ Monat sind ab Januar 2007 Ansparungen für Weihnachten zu tätigen.

3. Zuzahlung in der Krankenversicherung für Heimbewohner

Beim Petitionsausschuss des deutschen Bundestages ist folgende Petition eingereicht worden: „Die Petentin möchte erreichen, dass Heimbewohner von Zuzahlungen für Medikamente und Hilfsmittel befreit werden. Dies sollte auch nicht verschreibungspflichtige, aber nötige Medikamente und Hilfsmittel umfassen.“

Begründung:

Heimbewohner erhalten einen Barbetrag von z. Zt. 89,70 €im Monat. Bei Zuzahlungen in Höhe von 41,40 €jährlich. Dafür kann ein Darlehen in Anspruch genommen werden, dass zurückzuzahlen ist. Der Barbetrag wird dann monatlich um 3,45 €gekürzt, wenn die Menschen chronisch krank sind, ansonsten entstehen Zuzahlungen in Höhe von 82,80 €mit einer monatlichen Kürzung des Barbetrages von 6,90 € Sofern ein Heimbewohner zusätzlich noch nicht verschreibungspflichtige Medikamente und Hilfsmittel benötigt, entstehen weitere Kosten, die den Barbetrag schmälern. Die Praxis zeigt, dass es inzwischen Heimbewohner gibt, die auf die Nutzung von Medikamenten verzichten, weil sie diese nicht mehr finanzieren können. Das halte ich für eine problematische Entwicklung in einem Sozialstaat. Auch verursacht die jährlich erforderliche Antragstellung auf Befreiung von Zuzahlungen erhebliche Verwaltungsvorgänge und damit Kosten.

Wir haben diese Petition unterstützt und werden Sie über den Ausgang weiter informieren.

4. Änderung der Regelsätze ab 1.1.2007

Ab 1.1.2007 werden die Regelsätze bundeseinheitlich gewährt und den Regelungen im SGB II angepasst.

| | Regelleistung | |
|----------|---|-------|
| 345,00 € | Regelleistung Alleinstehende/ Haushaltsvorstand | 100 % |
| 311,00 € | Regelleistung volljährige Partner in Bedarfsgemeinschaft | 90 % |
| 276,00 € | Haushaltsangehörige ab 14 Jahren | 80 % |
| 207,00 € | Kinder von 0 – 13 Jahren | 60 % |

Leben z.B. 2 behinderte Menschen zusammen im Betreuten Wohnen so erhält ab Januar jeder einen Regelsatz in Höhe von 311,-- € Davon sind auch evtl. Mehrbedarfszuschläge zu ermitteln.

5. Unterkunft und Heizung im SGB XII

Eine bei Abschluss eines Mietvertrages vom Träger der Sozialhilfe gestellte Mietkaution soll als Darlehen geleistet werden. Eine Mietkaution ist darauf angelegt, dass ein Mieter sie nach Beendigung des Mietverhältnisses zurückerhält. Durch eine darlehensweise Erbringung der Mietkaution kann sichergestellt werden, dass diese vom Leistungsberechtigten nach der Rückzahlung durch den Vermieter an den Träger der Sozialhilfe zurückgezahlt wird.

6. Mehrbedarf wegen Gehbehinderung

Nach der derzeitigen Rechtslage ist der Mehrbedarf davon abhängig, dass die Leistungsberechtigten tatsächlich einen entsprechenden Schwerbehindertenausweis besitzen; der Besitz eines entsprechenden Feststellungsbescheides nach dem SGB IX reicht nicht aus. Dies hat zur Folge, dass der Mehrbedarf auch erst ab dem Zeitpunkt der Ausstellung des Schwerbehindertenausweises und damit regelmäßig erst mehrere Wochen nach Bekanntgabe des Feststellungsbescheides in Anspruch genommen werden kann.

Bescheid und Ausweis haben faktisch denselben Beweiswert. Außerdem kann ein Teil der betroffenen Leistungsberechtigten – bis auf den Mehrbedarf – keine der damit verbundenen Vorteile nutzen, d.h. die Mehrzahl dieser Leistungsberechtigten würden voraussichtlich auf Grund der Änderung ab 1.1.2007 in Zukunft auf die Ausstellung des Ausweises verzichten. Die Änderung erleichtert somit den Zugang der Leistungsberechtigten zu den ihnen zustehenden Leistungen, indem es sie von nicht erforderlichen Behördengängen bzw. vermeidbarem Schriftverkehr mit Behörden entlastet. Sie trägt dadurch gleichzeitig bei den für das Feststellungsverfahren zuständigen Behörden und den Trägern der Sozialhilfe zum Abbau von Verwaltungsaufwand bei.

7. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung – Leistungsberechtigte

Ab 1.1.2007 können Leistungsberechtigte, die über Vermögen verfügen, dessen Einsatz nicht sofort möglich oder zumutbar ist, die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung darlehensweise erhalten. Diesem Personenkreis konnte bisher allenfalls Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt gewährt werden, was wegen der deutlich ungünstigeren Regelungen u.a. hinsichtlich der Heranziehung von Unterhaltspflichtigen eine nicht vertretbare Härte bedeutet. Diese Härte wird durch die Änderung ausgeräumt.

8. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Es gibt immer noch in einigen Städten und Gemeinden Probleme mit der Anrechnung des Kindergeldes als Einkommen des behinderten Kindes. Beim Bundessozialgericht sind hierzu einige Verfahren anhängig – wann mit einer Entscheidung zu rechnen ist – keine Ahnung! Im Zuge der SGB XII- Änderungen war ja geplant, bei Heimbewohnern das Kindergeld an denjenigen auszuzahlen, der den überwiegenden Unterhalt bestreitet. Das sind nun mal überwiegend die Sozialhilfeträger. Diese Überlegungen sind zunächst einmal von der Bundesregierung wieder zurückgestellt worden und werden im Zuge der Neugliederung der Eingliederungshilfe erneut spruchreif werden.

Der BFH hat mit Urteil vom 23.2.2006, III R 65/04 entschieden:

1. Ist ein behindertes volljähriges Kind auf Kosten des Sozialhilfeträgers vollstationär in einer Pflegeeinrichtung untergebracht und wird der Kindergeldberechtigte aufgrund der Billigkeitsregelung in § 91 Abs. 2 Satz 2 BSHG a.F. nicht in Anspruch genommen, kommt dieser seiner Unterhaltspflicht nicht nach, so dass die Familienkasse das Kindergeld nach § 74 Abs. 1 Sätze 1 und 4 EStG an den Sozialhilfeträger abzweigen kann.
2. Auch wenn der Kindergeldberechtigte neben den Leistungen des Sozialhilfeträgers nur geringe eigene Unterhaltsleistungen für das Kind erbringt, ist die Ermessensentscheidung der Familienkasse, ob und in welcher Höhe das Kindergeld an den Sozialhilfeträger abgezweigt wird, nicht dahin gehend auf Null reduziert, dass das gesamte Kindergeld an den Sozialhilfeträger auszuzahlen ist.

Es wird also bis zu einer endgültigen Entscheidung durch das Bundessozialgericht über die Zuordnung des Kindergeldes bei den unterschiedlichen Anrechnungsweisen der Sozialhilfeträger bleiben.

Kosten der Unterkunft

Bestandteil der Leistungen der Grundsicherung sind auch die Unterkunftskosten. Viele Eltern, die in einem eigenen Haus oder Eigentumswohnung mit ihrem behinderten Kind zusammenleben haben mit dem Kind einen Mietvertrag abgeschlossen.

Die Sozialämter gehen teilweise hin und fragen beim Finanzamt nach, ob die Eltern die Mieteinkünfte bei der Steuererklärung angegeben haben.

Kostenloses Mittagessen in der WfbM

Mit der Kürzung des Regelsatzes um die Ersparnis für das Mittagessen beschäftigen sich derzeit alle Sozialgerichte in Deutschland und kommen hier auch zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass hier keine Kürzung nach der Sachbezugsverordnung durchgeführt werden darf (das wären 54,61 €pro Monat). Es darf lediglich der Betrag vom Regelsatz einbehalten werden, der auch für das Mittagessen darin enthalten ist. Dies wären 8 % vom Eckregelsatz 345 € = 27,60 €/ Monat. Teilweise sind die Gerichte auch davon überzeugt, dass diese Kürzung rechtmäßig ist, auch wenn der behinderte Mensch das Mittagessen nicht in der WfbM einnimmt, weil es ihm dort z.B. nicht schmeckt.

9. Einsatz von Einkommen im SGB XII

Bei der Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist ein Betrag in Höhe von 30 % des Einkommens aus selbständiger und nicht-selbständiger Tätigkeit der Leistungsberechtigten abzusetzen **höchstens jedoch 50 % des Eckregelsatzes**. Mit dieser Höchstgrenze (max. 172,50 €) soll erreicht werden, dass Zuverdienste über dieser Grenze angerechnet werden. Ein ausreichend großer Anreiz bleibt erhalten, allzu hohe Freilassungen werden jedoch ausgeschlossen. **Diese Regelung betrifft jedoch nicht die Mitarbeiter in der Werkstatt für behinderte Menschen.**

Änderungen im SGB IX

10. Unentgeltliche Beförderung schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Personenverkehr

Das **Merkzeichen B** im Schwerbehindertenausweis berechtigt behinderte Menschen zwar zur Mitnahme einer Begleitperson, es enthält jedoch keine Verpflichtung zur Mitnahme. Damit wird geklärt, dass das Merkzeichen B im Schwerbehindertenausweis nicht die Pflicht zur Mitnahme einer Begleitperson beinhaltet, also auch eine Beförderungspflicht bei allein reisenden Personen mit diesem Merkzeichen besteht.

Die Gesetzesänderung stellt ausdrücklich klar, dass der Nachteilsausgleich des Merkzeichens „B“ nicht zum Nachteil für die Berechtigten verwendet werden darf.

In den letzten Monaten sind Versuche bekannt geworden, in Bereichen außerhalb des Personenbeförderungsrechts Rechtsfolgen aus dem Merkzeichen B abzuleiten, die sich zum Nachteil der behinderten Person auswirken. Ursache hierfür ist die veraltete Terminologie des Gesetzes, die von „Gefahr für sich oder andere“ sowie von der „Notwendigkeit ständiger Begleitung“ spricht. Das AG Flensburg (Urt. v. 31.10.2003, 67 C 281/03, bestätigt durch Beschluss des LG Flensburg v. 04.05.2004, 7 S 189/03) hat den Träger eines Wohnheimes für Menschen mit geistiger Behinderung zu Schadenersatz verurteilt, nachdem eine Bewohnerin, die alleine unterwegs war, im Straßenverkehr einen Unfall mit verursacht hatte. Das Gericht begründete die Haftung zwar nicht unmittelbar aus dem Merkzeichen B, entwickelte aus der Tatsache des Merkzeichens jedoch eine Beweislastumkehr, die im Ergebnis dazu führte, dass an die Beweisführung des Heimträgers, seine Aufsichtspflichten nicht verletzt zu haben, wegen des Merkzeichens deutlich erhöhte Anforderungen gestellt wurden.

Außerdem gibt es viele öffentliche oder dem allgemeinen Verkehr zugängliche Einrichtungen (z.B. Schwimmbäder), deren Nutzungsbedingungen die (an sich sinnvolle) Regelung enthalten, dass Personen, die eine Gefahr für sich und andere darstellen, der Zutritt verweigert oder nur in Begleitung gestattet werden kann. Bei der Auslegung solcher Regelungen (auch in Form von schriftlichen Empfehlungen an das Personal) kann das Merkzeichen B als Indiz angesehen werden, dass die betreffende Person unter die genannte Regelung fällt. Auch hier entsteht die Verbindung durch die missverständliche Formulierung des Gesetzes.

Durch die Änderung der Formulierung im SGB IX wird dafür gesorgt, dass das Merkzeichen B nicht als pauschaler Anknüpfungspunkt für den Ausschluss behinderter Menschen von bestimmten Angeboten dienen kann. Bei der Änderung handelt es sich lediglich um eine Klarstellung des vom Gesetzgeber Gemeinten. Eine Ausweitung oder Einengung des berechtigten Personenkreises erfolgt damit nicht.

11. Gesundheitsreform ab 1.4.2007

Zum 1.4.2007 soll die Gesundheitsreform in Kraft treten – ihr folgt dann die Reform der Pflegeversicherung. Nachstehend schon mal einige Neuigkeiten der geplanten Reform.

Alle bisher nicht versicherten Bürgerinnen und Bürger erhalten einen Anspruch auf Krankenversicherungsschutz.

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind folgende Regelungen vorgesehen, die zum 1. April 2007 in Kraft treten sollen:

- Alle Einwohner **ohne Absicherung** im Krankheitsfall, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen. Dies betrifft auch Auslandsrückkehrer, die früher einmal in Deutschland gesetzlich versichert waren, oder die dem Bereich der GKV deshalb zuzurechnen sind, weil sie zum Beispiel als Arbeitnehmer tätig waren.

- **Anwartschaftsversicherung:** Die Möglichkeit, Anwartschaften zu bilden, war bislang nur auf freiwillig gesetzlich Versicherte beschränkt, die während eines berufsbedingten Auslandsaufenthalts keinen Anspruch auf Leistungen hatten. Künftig wird diese Möglichkeit ausgeweitet auf andere vergleichbare Personengruppen wie Rentner, Studenten, die einen Teil ihres Studiums in Ländern verbringen, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht, Strafgefangene und Zivildienstleistende. Das erleichtert den genannten Personengruppen die spätere Rückkehr in eine gesetzliche Krankenversicherung. Eine vergleichbare Anwartschaftsversicherung ist auch für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung vorgesehen.

In der privaten Krankenversicherung gilt künftig Folgendes:

- Alle Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die vormalig in der PKV versichert waren oder der PKV systematisch zuzuordnen sind, erhalten das Recht, sich in einem neuen Basistarif der PKV zu versichern. Gleiches gilt für alle bereits in der PKV Versicherten sowie für freiwillig in der GKV Versicherte. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen diesen Basistarif ab 1. Januar 2008 anbieten. Er ersetzt den bisherigen Standardtarif der privaten Krankenversicherung. Die Leistungen dieses Tarifs müssen dem Leistungsumfang in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Die privaten Krankenversicherungen dürfen niemanden zurückweisen, der sich im Basistarif versichern will. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse sind nicht erlaubt.

Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Der durchschnittliche Höchstbeitrag in der GKV beträgt derzeit rund 500 €. Sind Ehegatten oder Lebenspartner auch im Basistarif, darf die Prämie für beide Partner insgesamt nicht mehr als 150 Prozent des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung betragen.

Würde die Bezahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne von SGB II (Grundsicherung für Arbeit Suchende) oder SGB XII (Sozialhilfe) auslösen, stellen weitere gesetzliche Regelungen sicher, dass die Betroffenen nicht finanziell überfordert werden.

- Was bisher in der privaten Krankenversicherung nicht möglich war, wird mit der Reform eingeführt: Wenn ein privat Krankenversicherter in ein anderes PKV-Unternehmen wechseln will, kann er **Alterungsrückstellungen** im Umfang des Basistarifs mitnehmen. Dadurch können die Versicherten in Zukunft leichter zwischen den Versicherungsunternehmen wechseln.
- Versicherte im Basistarif erhalten ebenso wie gesetzlich Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf ärztliche Versorgung. Die Sicherstellung der Versorgung von Versicherten im Basistarif ist künftig Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen.
- Die Verpflichtung (Kontrahierungszwang) der privaten Krankenversicherung, freiwillig Versicherte der GKV in den Basistarif aufzunehmen, gilt für einen Zeitraum von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifs beziehungsweise für einen Zeitraum von sechs Monaten nach Beginn der Wechselmöglichkeit (Bei Arbeitnehmern bedeutet das: Das Einkommen lag drei Jahre lang über der Versicherungspflichtgrenze). Hierdurch sollen Versicherungsunternehmen und Privatversicherte davor geschützt werden, dass Personen im Status der Nichtversicherung bis zum Eintritt einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes verbleiben, um dann in den Basistarif einzutreten.
- Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die ehemals privat versichert waren oder der PKV aufgrund ihres beruflichen Status zuzuordnen sind, müssen bei der Wahl des Basistarifs keine Frist beachten.

Fehlt eine frühere Krankenversicherung, werden die Einwohner in dem Krankenversicherungssystem versichert, dem sie zuzuordnen sind.

Dies ist zum Beispiel für Selbständige und Beamte die private Krankenversicherung, für Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung die gesetzliche Krankenversicherung.

Gesundheitsfonds

Ab 1. Januar 2009 gilt bundesweit ein einheitlicher Beitragssatz. Das bedeutet: Alle Krankenkassen verlangen den gleichen prozentualen Beitragssatz. Diesen Beitragssatz legt die Bundesregierung fest.

Die Beiträge, die wie bisher vom beitragspflichtigen Einkommen berechnet und von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bezahlt werden, fließen gemeinsam mit Steuermitteln in den neuen Gesundheitsfonds.

Der Gesundheitsfonds wird ab 1. Januar 2009 die Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung transparenter machen. Er bringt den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern mehr Klarheit, wohin ihre Gelder fließen. Jeder Versicherte kann unmittelbar erkennen, ob seine Kasse wirtschaftlich arbeitet. Und zwar daran, ob seine Kasse ihm Geld zurück erstattet oder einen Zusatzbeitrag erheben muss.

Dies setzt ein deutlicheres Preissignal als die gegenwärtigen, nur in Prozentpunkten benennbaren Unterschiede zwischen den verschiedenen Beitragssätzen der Kassen.

Den Krankenkassen werden mit der Reform umfangreiche neue Möglichkeiten für eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten an die Hand gegeben. Sie können mit Arzneimittelherstellern Rabattverträge schließen, mit Heilmittelerbringern verhandeln, Hilfsmittel günstig durch Ausschreibung einkaufen, Verträge mit besonders qualifizierten Ärzten schließen, mit Krankenhäusern die ambulante Behandlung für schwer kranke Versicherte vereinbaren.

Eine Krankenkasse, die diese Möglichkeiten gut nutzt, wird ihre Versicherten an den Einsparungen teilhaben lassen und ihnen Prämien auszahlen können. Kommt eine Kasse hingegen mit dem aus dem Fonds zugewiesenen Geld nicht aus, muss sie von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag erheben.

Eine Klausel schützt vor Überforderung

Grundsätzlich gilt: Erhebt eine Kasse einen Zusatzbeitrag oder erhöht den Zusatzbeitrag, besteht ein Sonderkündigungsrecht. Der Versicherte kann kündigen und zu einer anderen Krankenkasse wechseln. Auf jeden Fall muss die Krankenkasse ihre Mitglieder auf die Möglichkeit des Kassenwechsels hinweisen. Um ihre Mitglieder nicht zu überfordern, gilt darüber hinaus generell: Der monatliche Zusatzbeitrag darf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen. Dabei kann eine Kasse zwischen einem festen Zusatzbeitrag in Euro und einem prozentualen Zusatzbeitrag wählen. Verlangt eine Kasse von ihren Mitgliedern einen festen Zusatzbeitrag bis zu 8 €, findet keine Einkommensprüfung statt.

Dies ist ein Beitrag zur Entbürokratisierung. Liegt der Zusatzbeitrag einer Kasse über 8 €, erfolgt eine Einkommensprüfung, und der Versicherte zahlt in jedem Fall höchstens ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Grundsätzlich zahlt jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung den Zusatzbeitrag seiner Kasse. Für seine Kinder oder den mitversicherten Partner zahlt man keinen Zusatzbeitrag. Versicherte, die Sozialhilfe erhalten oder Grundsicherung, weil ihre Rente gering ist, oder Heimbewohner, die ergänzende Sozialhilfe bekommen, zahlen einen möglichen Zusatzbeitrag nicht selbst. Wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, übernimmt das Grundsicherungs- oder das Sozialamt auch den Zusatzbetrag.

Fahrtkosten

Um den überproportionalen Ausgabenanstieg bei Fahrtkosten zu kompensieren, werden Ausgabenabschläge in Höhe von 3 Prozent vorgenommen. In diese Abschläge sind auch Rettungsfahrten einzubeziehen.

Gezielter Ausbau notwendiger medizinischer Leistungen

Für die Behandlung bestimmter Krankheiten wie Krebs, Mukoviszidose oder Aids sind spezialisierte Krankenhäuser oft besser gerüstet als eine Arztpraxis. Deshalb wird den von bestimmten schweren oder seltenen Krankheiten betroffenen Patienten der Zugang zur ambulanten Behandlung am Krankenhaus künftig erleichtert. Im Rahmen der Integrierten Versorgung können Verträge mit Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung dieser Patienten auch ohne die Einbindung eines niedergelassenen Vertragsarztes mit entsprechendem Zulassungsstatus geschlossen werden. Darüber hinaus werden ausgewählte Kliniken mit ihrem ambulanten Versorgungsangebot prinzipiell allen Versicherten zur Verfügung stehen. Welche Klinik was anbieten darf, wird in Zulassungsverfahren des jeweiligen Bundeslandes entschieden.

Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung haben künftig Anspruch auf eine spezialisierte ambulante **Palliativversorgung**. So genannte **Palliative Care Teams** aus ärztlichem und pflegerischem Personal werden diesen Menschen ein würdevolles Sterben mit möglichst wenig Schmerzen ermöglichen. Mit dem Ausbau der ambulanten Palliativversorgung kommt die Gesundheitsreform dem Wunsch vieler schwerkranker Menschen entgegen, in der häuslichen Umgebung zu bleiben.

Die Rahmenbedingungen für **Kinderhospize** werden verbessert. Müssen die Einrichtungen bislang einen Kostenanteil von zehn Prozent selbst tragen (durch Spenden und ehrenamtliches Engagement), wird sich dieser Anteil künftig auf fünf Prozent verringern.

Damit ältere Menschen nach einem Unfall oder einer Krankheit nicht in ein Pflegeheim müssen, wird die **Rehabilitation für ältere Menschen** verbessert. So können sie weiter nach ihren eigenen Vorstellungen den Alltag gestalten. Die Versorgung kann wohnortnah oder durch mobile Reha-Teams durchgeführt werden.

Wichtige Impfungen müssen künftig von den Krankenkassen bezahlt werden. Alle von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen werden in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen.

Die medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter oder Väter wird verbessert. Notwendige **Vater-/Mutter-Kind-Kuren** werden zu Pflichtleistungen der Krankenkassen.

Die **betriebliche Gesundheitsförderung** und die Prävention bei arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren werden gestärkt. Die Krankenkassen werden verpflichtet, Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen zu fördern.

Chronisch Kranke

Der Staat sorgt dafür, dass jeder die medizinische Hilfe bekommt, die er benötigt. Doch auch der Einzelne trägt eine Verantwortung: für die eigene Gesundheit und für einen sorgsam Umgang mit den medizinischen Versorgungsangeboten. Um diese Verantwortung zu fördern, werden die Teilnahme an Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung und ein

therapiegerechtes Verhalten im Krankheitsfall künftig stärker belohnt. Die Regelung über die reduzierte Belastungsgrenze für chronisch Kranke wird entsprechend ergänzt:

- Versicherte, die bereits heute chronisch krank sind und von der reduzierten Belastungsgrenze profitieren, können diese auch weiterhin in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist allerdings, dass sie sich therapiegerecht verhalten. Deshalb darf die Bescheinigung über die Fortdauer der chronischen Erkrankung nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Patienten feststellt. Therapiegerechtes Verhalten kann zum Beispiel die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm sein. In Fällen, in denen ein solches nicht besteht, wird die geeignete Therapie vom Arzt bestimmt.
- Für alle Versicherten, die bei Inkrafttreten des Gesetzes 45 Jahre alt oder älter sind, gilt dasselbe, wenn sie einmal chronisch krank werden sollten.
- Für jüngere Versicherte wird eingeführt, dass sie empfohlene Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung wahrnehmen müssen, um bei einer späteren chronischen Erkrankung einen Anspruch auf die reduzierte Belastungsgrenze geltend machen zu können. Je nach Alter und Geschlecht der Versicherten sind hier unterschiedliche Untersuchungen relevant und deshalb auch unterschiedliche Stichtage.

Die näheren Einzelheiten wird der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen. Auch notwendige Ausnahmen von dieser Regelung werden noch definiert.

Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen soll, ähnlich wie bei den Zahnvorsorgeuntersuchungen, in einem Bonusheft dokumentiert werden.

Und wer die angebotenen Untersuchungen nutzt, kann außerdem noch von seiner Kasse belohnt werden, zum Beispiel in Form von Zuzahlungsermäßigungen oder Prämien.

Mehr Eigenverantwortung gilt auch bei Folgeerkrankungen aufgrund nicht notwendiger medizinischer Eingriffe wie zum Beispiel Komplikationen in Folge von Schönheitsoperationen oder Piercing. Hier müssen die Krankenkassen die Versicherten an den Behandlungskosten beteiligen.

Hausarzttarife

Alle Krankenkassen müssen Hausarzttarife für ihre Versicherten anbieten. Die Teilnahme bleibt sowohl für Ärzte wie Versicherte freiwillig. Ein verpflichtendes Hausarztmodell ist damit nicht verbunden.

Häusliche Krankenpflege

Der Haushaltsbegriff zur Gewährung häuslicher Krankenpflege muss so verändert werden, dass diese auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen (zum Beispiel Einrichtungen der Lebenshilfe) und in besonderen Ausnahmefällen auch in Heimen erbracht werden kann.

Heil- und Hilfsmittel

Die Wettbewerbs- und Regulierungsmechanismen im Heil- und Hilfsmittelbereich erzielen hinsichtlich der Preisgestaltungen nicht immer die gesetzlich intendierten Wirkungen. Daher müssen insbesondere das Festbetragskonzept für Hilfsmittel und die vertraglichen Preisvereinbarungen für Heil- und Hilfsmittel so umgestaltet werden, dass sie echten Preiswettbewerb ermöglichen. Dabei soll für Hilfsmittel der Preiswettbewerb über Ausschreibungen erfolgen.

Mehr Wirtschaftlichkeit bedeutet mehr Qualität

Die Gesundheitsreform sieht daher umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit vor:

Nicht jedes Arzneimittel, das teuer ist, ist auch gut. Deshalb wird künftig geprüft, ob die Preise für Arzneimittel in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem therapeutischen Nutzen stehen. Aufgrund dieser Kosten-Nutzen-Bewertungen können für bestimmte Arzneimittel Höchstbeträge für die Kostenübernahme bestimmt werden.

- Alle Arzneimittelpreise sind künftig **Höchstpreise** und können im Einzelfall unterschritten werden. Höchstpreise bedeuten für die Apotheken, dass sie diese Arzneimittel preiswerter abgeben können, indem sie eine Ermäßigung auf den höchstzulässigen Handelszuschlag gewähren. Bei der Abgabe von Arzneimitteln auf Kassenrezept kann die Apotheke dadurch auf die Erhebung von Zuzahlungen gegenüber den Versicherten teilweise verzichten. Höchstpreise bedeuten für die Pharmaunternehmen, dass die Krankenkassen Rabatte mit Arzneimittelherstellern vereinbaren und dadurch die Arzneimittelzuzahlungen für ihre Versicherten senken können.
- **Vier-Augen-Prinzip:** Bei der Verordnung von speziellen, hochinnovativen und teuren Arzneimitteln, insbesondere bio- und gentechnologisch hergestellten Arzneimitteln und Diagnostika, muss künftig vorher eine ärztliche Zweitmeinung bei einem dafür eigens ausgewiesenen Arzt eingeholt werden. Das erhöht die Sicherheit der Patienten sowie die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung.
- Die Möglichkeiten zur **Versorgung mit Einzeldosen von Arzneimitteln** werden verbessert: Apotheken können künftig leichter einzelne Tabletten an Patienten abgeben.
- Die Kassen werden verpflichtet, einer missbräuchlichen Verwendung der Versichertenkarte durch weitere geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken – zum Beispiel durch die tagesaktuelle Bereitstellung von Informationen zur Karte (Verlustmeldung, Beendigung des Versicherungsschutzes, Änderungen beim Zuzahlungsstatus) an die Leistungserbringer.

Reibungslose Übergänge in der Versorgung

Oft werden beim Wechsel zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen (zum Beispiel zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten) Behandlungsabläufe unterbrochen. Die Gesundheitsreform enthält deshalb gezielte Maßnahmen, um Patienten einen reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege zu ermöglichen – ohne unnötige Mehrfachuntersuchungen und Wartezeiten bei der Behandlung.

Zum Beispiel durch

- ein verbessertes Entlassungsmanagement: Zur Vermeidung von Versorgungslücken wird Krankenhausärzten die Möglichkeit eröffnet, Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, für längstens drei Tage häusliche Krankenpflege zu verordnen und Arzneimittel mitzugeben.
- eine stärkere Berücksichtigung von besonderen Lebensumständen bei der häuslichen Krankenpflege. Sie wird künftig auch in Wohngemeinschaften oder neuen Wohnformen sowie in besonderen Ausnahmefällen in Heimen als Leistung gewährt.
- Künftig werden integrierte Versorgungsangebote, die flächendeckend für Volkskrankheiten wie zum Beispiel Diabetes oder Bandscheibenerkrankungen entwickelt werden, gezielt gefördert. Unter Integrierter Versorgung versteht man eine abgestimmte Versorgung, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich sowie gegebenenfalls Apotheken koordiniert zusammenwirken.

12. Aufwandspauschale für gesetzliche Betreuer

Bitte denken Sie daran, dass Sie die Aufwandspauschale bis zum 31.3.2007 bei dem zuständigen Vormundschaftsgericht beantragen.

Erstattung der pauschalen Aufwendungen für Betreuer

Absender

Datum

An das
Amtsgericht.....
AZ:.....
Postfach.....

PLZ..... Ort.....

Betrifft: Betreuung/Aktenzeichen:.....
Name des/der Betreuten:.....

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich, mir für die Führung oben genannter Betreuung eine Aufwands-
pauschale gem. § 1835a BGB in Höhe von 323,- € aus der Landeskasse zu bewilligen.

Der/die Betreute ist mittellos. Ich habe für die Aufwendungen in diesem Zeitraum keinen
Aufwendungsersatz und keine Vergütung erhalten.

Der Antrag bezieht sich auf den Zeitraum von bis

Ich bitte um Überweisung des Betrages auf mein Konto Nr..... bei der
..... BLZ.....

Mit freundlichen Grüßen

13. Schlußwort.....

Lassen wir uns doch alle im neuen Jahr von den weiteren Reformideen unserer Politiker
überraschen – es wird bestimmt nicht langweilig.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen und Ihren Familien eine besinnliche Weihnachtszeit
und für das neue Jahr alles Gute.

- Evelyn Küpper -