



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

Sozial-Info 02/09



1. Neue Regelsätze ab 1. Juli 2009

Im Juli steigen die Renten um 2,41% im Westen und um 3,38% im Osten. Diese ungewöhnlich hohe Anpassung ist - neben den merklichen Entgeltsteigerungen des vergangenen Jahres - das Ergebnis des Aussetzens der so genannten »Riester-Treppe«, eines »statistischen Überarbeitungseffekts« bei den Ost-Entgelten sowie des Umstandes, dass der ursprünglich als »Dämpfungsfaktor« entwickelte Nachhaltigkeitsfaktor der Anpassungsformel zum dritten mal in Folge anpassungserhöhend wirkt. Da die Regelsätze des SGB XII und des SGB II an die Erhöhung der Renten gekoppelt sind, werden auch die Beträge für das Arbeitslosengeld II, das Sozialgeld und die Sozialhilfe erhöht. Damit steigen zum Juli 2009 die Eckregelleistungen des SGB II und des SGB XII von 351 € auf **359 €** oder um 2,28%.

Weiterhin gibt es einen **erhöhten Regelsatz** für Kinder zwischen 7 und 14 Jahren (70 % der Regelleistung) – allerdings befristet für den Zeitraum vom 01.07.2009 bis 31.12.2011. Damit soll dem erhöhten Bedarf von Kindern Rechnung getragen werden.

Die Regelsätze ab 1.7.2009 betragen:

| | | |
|--|--------------|-----------------|
| Regelleistung - Eckregelsatz Alleinstehende/ Haushaltungsvorstand | 100 % | 359,00 € |
| Regelleistung volljährige Partner in Bedarfsgemeinschaft | 90 % | 323,00 € |
| Kinder von 0 – 6 Jahren | 60 % | 215,00 € |
| Kinder von 7 – 14 Jahren | 70 % | 251,00 € |
| Haushaltsangehörige ab 14 Jahren | 80 % | 287,00 € |

2. Barbetrag in Wohnstätten

Durch die Regelsatzerhöhung ändert sich ebenfalls der Barbetrag und zwar von 94,77 € pro Monat auf **96,93 €** ab 1.7.2009.

3. Regelsätze und Mehrbedarfzuschläge bei Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ab 01.07.2009

| | | |
|---|--------------|-----------------|
| Eckregelsatz | 100 % | 359,00 € |
| Alleinstehende | 100 % | 359,00 € |
| Mehrbedarfzuschlag wg. Erwerbsminderung Erwachsene Partner jeweils | 17 % | 61,03 € |
| Mehrbedarfzuschlag wg. Erwerbsminderung | 90 % | 323,00 € |
| Mehrbedarfzuschlag wg. Erwerbsminderung | 17 % | 54,91 € |
| Haushaltsangehöriger mit Vollendung des 14. Lebensjahres | 80 % | 287,00 € |
| Mehrbedarfzuschlag wg. Erwerbsminderung | 17 % | 48,79 € |
| Mehrbedarf bei kostenaufwändiger Ernährung | 10 % | 35,90 € |
| Mehrbedarf bei kostenaufwändiger Ernährung | 20 % | 71,80 € |

4. Anteil der Kosten der Warmwasserbereitung an der Regelleistung ab 1.7.2009

Da im Regelsatz die Kosten für Strom und Wasser enthalten sind und diese vielfach in den Heiz- bzw. Nebenkostenabrechnungen auftauchen, müssen diese gesondert berücksichtigt werden:

| Regelleistung | Anteil in % | Warmwasserbereitung |
|---------------|-------------|---------------------|
| 359,00 € | 100 % | 6,79 € |
| 323,00 € | 90 % | 6,11 € |
| 287,00 € | 80 % | 5,43 € |
| 251,00 € | 70 % | 4,75 € |
| 215,00 € | 60 % | 4,06 € |

Der Anteil der Warmwasserbereitung beträgt 1,8905 % des maßgeblichen Regelsatzes

5. Abzweigung des Kindergeldes an den Sozialhilfeträger, der Grundsicherungsleistungen für volljährige, behinderte Kinder erbringt

BUNDESFINANZHOF Urteil vom 17.12.2008, III R 6/07

Die Voraussetzungen des § 74 Abs. 1 Satz 4 i.V.m. Satz 1 und 3 EStG für eine Abzweigung des Kindergeldes an den Sozialleistungsträger sind dem Grunde nach auch dann erfüllt, wenn der Kindergeldberechtigte nicht zum Unterhalt seines volljährigen, behinderten Kindes verpflichtet ist, weil es Grundsicherungsleistungen nach § 41 ff. SGB XII erhält.

In dem o.g. Urteil ging es darum, ob die Eltern, die beide Hartz IV-Leistungen beziehen, Anspruch auf Kindergeld für die beiden volljährigen behinderten Kinder haben.

Das Gericht kam zu der Überzeugung, dass die Eltern aufgrund eigener Sozialhilfebedürftigkeit gar nicht in der Lage sind, eigene Unterhaltsleistungen für die Kinder zu erbringen, da ihnen hierzu die Mittel nicht zur Verfügung stünden. Somit deckte der Sozialhilfe durch die Grundsicherungsleistungen den Lebensunterhalt und die Kosten der Unterkunft der beiden Kinder ab und hat somit Anspruch auf Überleitung des Kindergeldes.

6. Hilfsmittelversorgung

Im Rahmen der Reform zum GKG-WSG hat der Gesetzgeber die geplante Pflicht der Kassen zur Ausschreibung dergestalt revidiert, dass die Krankenkassen nunmehr ausschreiben „können“, wenn dies zweckmäßig ist. Durch diese Änderung kann hier die Einschränkung der Wahlfreiheit zumindest unter Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten überprüft werden; zudem haben die Selbsthilfeverbände auch die Möglichkeit, auf die Gesichtspunkte der Zweckmäßigkeit Einfluss zu nehmen, da hier gesetzlich ein Anhörungsrecht der maßgeblichen Patientenorganisationen verankert wurde.

Gleichzeitig wurde jedoch vom Gesetzgeber festgeschrieben, dass der bisherige Zulieferer von Hilfsmitteln nicht ab dem 1.1.2009 zur Lieferung berechtigt ist, wenn eine **Ausschreibung** stattgefunden hat. Ab dann ist nur noch der Ausschreibungsgewinner lieferungsberechtigt, er muss jedoch auch Hilfsmittel von anderen Herstellern liefern; ggf. hat der Versicherte dann jedoch Aufzahlungen zu leisten, wenn er sich für ein Hilfsmittel von einem anderen Hersteller entscheidet. Nur noch ausnahmsweise ist der bisherige Zulieferer zur Versorgung berechtigt sein, wenn der Versicherte ein **berechtigtes Interesse** geltend macht.

Anders ist die Situation, wenn die Krankenkasse die Leistung nicht ausgeschrieben, sondern die Versorgung der Versicherten durch einfache Verträge ohne vorherige Ausschreibung geregelt hat. In diesem Falle ist der bisherige Leistungserbringer noch bis zum 31.12.2009 berechtigt, den Versicherten zu beliefern, wenn er dem Vertrag beitrifft. Gleichzeitig wurde ein so genanntes Präqualifizierungsverfahren eingeführt, welches in Zukunft die Zulassung der Leistungserbringer regeln soll. Wie dies im Einzelnen ablaufen wird, muss jedoch noch von den Spitzenverbänden der Hilfsmittelhersteller und der Krankenkassen bis 30. 6. 2010 geklärt werden. Bei der Klärung, welche Anforderungen die Leistungserbringer im Rahmen des

Präqualifizierungsverfahrens zu erfüllen haben, sind nach dem Gesetz die maßgeblichen Patientenorganisationen beteiligt.

Derzeit finden Beratungen statt, in welchen Fällen die Hilfsmittelversorgung von den gesetzlichen Krankenkassen im Wege von Ausschreibungen geregelt werden kann. Hierzu gibt es bei den Verbänden erheblichen Abstimmungsbedarf.

Es bleibt also weiterhin ein Glücksspiel, ob man wirklich seitens seiner Krankenkasse noch über den vertrauten Lieferanten versorgt werden kann. Die Zukunft wird zeigen, inwieweit sich evtl. ein Kassenwechsel anbieten würde.

7. Gesundheitsfonds und Einheitsbeitrag

Was ist der Gesundheitsfonds eigentlich und wie funktioniert er?

Der Gesundheitsfonds ist letztendlich nichts anderes als eine Geldsammelstelle für die von den Krankenkassen eingezogenen Beiträge. Mit Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 gibt es einen einheitlichen Beitragssatz für alle Mitglieder, den die Bundesregierung mit 15,5 % festlegt (ab 1.7.2009 sinkt der Beitragssatz auf **14,6 %**). Außerdem sollen in den Fonds Steuermittel fließen. Aus dem Fonds erhalten dann die Krankenkassen pro Versicherten eine Grundpauschale plus einem risikoadjustierten Zu- bzw. Abschlag (**morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich**). Reicht das Geld zur Versorgung der Versicherten nicht aus, so ist die Krankenkasse gezwungen, einen Zusatzbeitrag bei den Mitgliedern zu erheben, der in Form eines zusätzlichen Beitragssatzes (maximal 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze) oder als Pauschalbetrag (maximal 8 Euro ohne Einkommensprüfung) erhoben werden kann. Umgekehrt kann es sein, dass eine Kasse mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds erhält, als sie zur Versorgung ihrer Versicherten benötigt. In diesem Fall kann der Überschuss in Form einer Prämie an die Mitglieder ausgezahlt werden.

Was geschieht, wenn eine Krankenkasse nicht mit dem vom Gesundheitsfonds überwiesenen Geld auskommt?

Sollte eine Krankenkasse mit der aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Summe nicht auskommen, ist sie gezwungen, einen **Zusatzbeitrag** zu erheben. Dieser muss ohne Arbeitgeberbeteiligung allein von dem jeweiligen Mitglied einer Krankenkasse aufgebracht werden. Bis **8 €** findet keine Einkommensprüfung durch die Krankenkasse statt. Benötigt die Krankenkasse einen über 8 Euro liegenden Zusatzbeitrag, dann ist dieser auf höchstens ein Prozent der beitragspflichtigen Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze begrenzt ("Härtefallregelung") und liegt zurzeit bei maximal **36 Euro** monatlich.

Wer muss keinen Zusatzbeitrag zahlen?

Für Kinder oder mitversicherte Partner erheben die Krankenkassen keinen Zusatzbeitrag. Versicherte, die ergänzende Sozialhilfe erhalten oder Grundsicherung, weil ihre Rente gering ist, zahlen diesen Zusatzbeitrag nicht selbst. Das gilt auch für Heimbewohner, die ergänzende Sozialhilfe bekommen. Hier wird der Zusatzbeitrag durch das Grundsicherungs- oder das Sozialamt übernommen. Für ALG-II-Bezieher wird der Zusatzbeitrag in Härtefällen von der Bundesagentur für Arbeit übernommen.

8. Behinderte Kinder haben ein Recht auf Unterricht an Allgemeinen Schulen - Bundesländer müssen UN-Behindertenrechtskonvention jetzt umsetzen

Der Sozialverband Deutschland (SoVD), der Deutsche Behindertenrat (DBR) und die Elterninitiative „Gemeinsam leben - gemeinsam lernen“ fordern die Bundesländer auf, jetzt unverzüglich mit der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention zu beginnen. Die Bundesrepublik hat sich mit der Unterzeichnung der Konvention u. a. verpflichtet, ein

inklusives Bildungssystem zu verwirklichen. Ziel ist, dass behinderte und nicht behinderte Kinder gemeinsam an Allgemeinen Schulen unterrichtet werden. Bei einer gemeinsamen Pressekonferenz in Berlin forderten die drei Verbände konkrete Schritte zur Umsetzung des gemeinsamen Unterrichts für behinderte und nicht behinderte Kinder. Damit wollen die Verbände im Vorfeld der Sitzung der zuständigen Arbeitsgruppe der Kultusministerkonferenz, des Internationalen Aktionstages zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen am 5. Mai und vor der Nationalen Bildungskonferenz des Ministeriums für Arbeit und Soziales am 6./7. Mai den politischen Druck verstärken.

„Derzeit besuchen nur 15,7 Prozent der Kinder mit Behinderungen und Lernbehinderungen die Allgemeine Schule. Damit ist Deutschland ein Schlusslicht in Europa“, kritisierte Hannelore Loskill, Sprecherratsvorsitzende des Deutschen Behindertenrats (DBR). In vielen europäischen Ländern sei der Anteil der Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die an Allgemeinen Schulen unterrichtet werden, weitaus höher. Die UN-Behindertenrechtskonvention hat das Ziel, dass 80 bis 90 Prozent der behinderten Schüler an Allgemeinen Schulen unterrichtet werden.

Sibylle Hausmanns, Projektleiterin der Elterninitiative „Gemeinsam leben – gemeinsam lernen“, erklärte: „In den vergangenen Jahren wurden tausende von Kindern gegen ihren und ihrer Eltern Willen und mit Billigung der Gerichte in Förderschulen (d. h. Sonderschulen) eingewiesen. Jetzt hat sich die juristische Lage verändert und Eltern werden die neuen Möglichkeiten nutzen, um das Regel-Ausnahme-Verhältnis zwischen inklusiver und separierender Bildung umzukehren. Wir erwarten von der Kultusministerkonferenz einen Plan, wie dieser Umbruch bewältigt werden kann, ohne dass die Qualität des Bildungs- und Unterstützungsangebotes für die behinderten Schüler leidet.“

SoVD-Präsident Adolf Bauer forderte: „Die Bundesländer müssen jetzt ein verbindliches Aktionsprogramm für inklusive Bildung vorlegen, das konkrete Schritte zur Umsetzung und einen Zeitplan enthält. Der Vorrang für den gemeinsamen Unterricht behinderter und nicht behinderter Kinder muss in den Landesschulgesetzen verankert werden. Auch das Wahlrecht der Eltern, d. h. ihr verbindlicher Rechtsanspruch auf die Aufnahme ihres behinderten oder lernbehinderten Kindes an einer allgemeinen Schule muss gesetzlich festgeschrieben werden. Außerdem müssen Schulen barrierefrei werden. Behinderte Kinder müssen endlich bessere Bildungschancen bekommen.“

9. Gesetzesänderungen

Assistenzkräfte behinderter Menschen werden auch im Krankenhaus bezahlt

Das **Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs** im Krankenhaus sieht wichtige Verbesserungen für bestimmte pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen vor. Bisher konnten Menschen mit Behinderungen, die auf eine Assistenzpflege angewiesen waren, die gewohnten Pflegekräfte bei einem Krankenhausaufenthalt nicht mitnehmen. Das ist künftig möglich: Menschen mit Behinderung stehen auch im Krankenhaus die gewohnten Pflegekräfte zur Verfügung.

Das Gesetz sieht weitere Neuerungen vor:

Es ist u.a. vorgesehen, einen neuen Leistungstatbestand **„Hilfe für die Betreuung in einer Pflegefamilie“** zu schaffen. Damit wird sichergestellt, dass für die Betreuung körperlich und geistig behinderter Kinder und Jugendlicher Leistungen der **Eingliederungshilfe** auch in einer Pflegefamilie gewährt werden.

Hund als „zusätzliche kostenlose Begleitperson“ im öffentlichen Nahverkehr

Schwerbehinderte Menschen, die sich bei der unentgeltlichen Nutzung des ÖPNV kostenlos von einer anderen Person begleiten lassen dürfen (Merkzeichen B im Behindertenausweis),

können künftig auch gleichzeitig ihren Hund mitnehmen dürfen. Nach der derzeitigen Regelung können sie den Hund lediglich anstelle der Begleitperson bei sich haben.

Besserer Verbraucherschutz bei kombinierten Wohn- und Pflegeleistungen

Der Bundesrat billigte am 10.7.09 das neue Heimgesetz.

Die Neuregelung legt Bedingungen für Verträge über Wohnraum, kombiniert mit Pflege- oder Betreuungsleistungen fest.

Älteren, pflegebedürftigen oder behinderten volljährigen Menschen oder ihren Angehörigen fällt es häufig schwer, den Markt für derartige Leistungen und die vertraglichen Regelungen zu überblicken. Fehlende Erfahrung und mangelndes Wissen verhindert nicht selten, dass sie den Anbietern als gleichberechtigte Verhandlungspartner begeben können.

Der jetzt verabschiedete Gesetzentwurf sieht deshalb klare Regelungen für Verträge über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen vor:

- Die Verbraucher haben künftig vor Vertragsabschluss Anspruch auf schriftliche und leicht verständliche **Informationen über Leistungen, Entgelte und das Ergebnis von Qualitätsprüfungen.**
- Die Verträge werden grundsätzlich schriftlich abgeschlossen und auf unbestimmte Zeit. Für Kurzzeitpflege ist eine Befristung möglich.
- Eine **Vertragskündigung** ist für die Unternehmen nur aus wichtigem Grund möglich. Die Verbraucherinnen und Verbraucher können dagegen jederzeit kurzfristig aus den Verträgen aussteigen.
- Das vereinbarte **Entgelt** muss angemessen sein. Erbringt das Unternehmen eine Leistung nicht oder nicht wie vereinbart, können die Verbraucher das Entgelt entsprechend kürzen.
- Ändert sich der Pflege- oder Betreuungsbedarf, besteht Anspruch auf eine **Anpassung des Vertrages.**

Das Gesetz gilt **nicht** für Verträge, in denen Wohnraum ausschließlich mit allgemeinen Betreuungsleistungen vermietet wird. Das sind beispielsweise Wohnformen, die - wie etwa im Seniorenheim - nur mit hauswirtschaftlicher Versorgung, dem Hausnotrufdienst oder der Vermittlung von Pflege oder Betreuungsleistungen verbunden sind. Hierfür gilt nach wie vor das allgemeine Mietrecht des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

Der Entwurf des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes knüpft an die bisherigen Regelungen des Heimgesetzes zum Heimvertrag an. Er entwickelt diese im Sinne eines modernen Verbraucherschutzes weiter. Die bisherigen heimgesetzlichen Regelungen werden aufgehoben.

Durch die Föderalismusreform ist das **Heimgesetz** im September 2006 in die Zuständigkeit der Länder übergegangen. Einige Regelungen stehen aber weiterhin der Gestaltung durch den Bundesgesetzgeber offen. Das gilt vor allem für die Zuständigkeit für die bürgerlich-rechtlichen Vorschriften nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 1 Grundgesetz.

10. Endlich mehr Rechtssicherheit beim Umgang mit Patientenverfügungen

Der Gesetzesentwurf setzt die rechtspolitisch erkannte Notwendigkeit der Regelung der Patientenverfügung um. Damit kann das verfassungsrechtlich verankerte Selbstbestimmungsrecht des Menschen besser berücksichtigt werden, selbst wenn eine Einwilligungsfreiheit wegen Unfalls oder Krankheit nicht mehr gegeben ist. Die Rechtsprechung hat die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen auch erkannt (BGH 17.3.2003). Die ausdrückliche

Regelung der Patientenverfügung soll Rechts- und Verhaltenssicherheit für alle Beteiligten schaffen.

Inhalt des Gesetzes

Das Gesetz modifiziert Vorschriften des BGB sowie des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG).

1. Änderungen in das BGB

Die Patientenverfügung ist in den neu eingefügten § 1901a BGB verankert. Nach Abs. 1 können **einwilligungsfähige Volljährige** schriftlich ihre Einwilligung oder Nichteinwilligung in noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen oder ärztliche Eingriffe für den Fall der späteren Einwilligungsunfähigkeit erteilen. Eine Patientenverfügung, die den gesetzlichen Anforderungen entspricht, ist **bindend**. Der Betreuer hat jedenfalls zu prüfen, ob die Patientenverfügung die in Betracht kommende Behandlung umfasst und ob diese Entscheidung dem Willen des Patienten entsprechen würde. Die Patientenverfügung hat schriftlich zu erfolgen und ist jederzeit formlos widerrufbar.

Für die Wirksamkeit der Patientenverfügung kommt es nach der Gesetzesbegründung nicht auf die Geschäftsfähigkeit, sondern auf die **Einwilligungsfähigkeit** des Betroffenen an. Das ist der Fall, wenn er die Art, Tragweite und die Risiken der Maßnahmen versteht und seinen Willen entsprechend ausrichten vermag.

§ 1901a Abs. 2 BGB sieht eine Regelung für den Fall vor, dass es keine Patientenverfügung vorliegt oder dass diese die in Betracht kommende Behandlung nicht erfasst. Dann hat der Betreuer den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln. Hierfür sind vorherige Äußerungen des Patienten, seine religiöse Überzeugung, seine persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung und das Erleiden von Schmerzen maßgebend. Für diese Entscheidung hat der Betreuer die Meinung von nahen Angehörigen sowie von Vertrauenspersonen des Patienten zu berücksichtigen.

§ 1901a Abs. 3 BGB stellt klar, dass die Wirksamkeit der Patientenverfügung unabhängig von der Art und Stadium der Erkrankung des Betreuten ist.

Des Weiteren ergänzt der Entwurf § 1904 BGB. Nach dem neu eingefügten Abs. 2 bedarf die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn auf Grund des Unterbleibens der Maßnahme die Gefahr besteht, dass der Patient stirbt oder erhebliche gesundheitliche Schäden erleidet. Das Gericht hat die Genehmigung zu erteilen, wenn die Einwilligung oder der Nichteinwilligung dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

Eine Genehmigung ist entbehrlich, wenn der Betreuer und der betreuende Arzt einig darüber sind, dass die Erteilung oder Nichterteilung der Einwilligung dem Willen des Patienten entsprechen würde (§ 1904 Abs. 4 BGB).

2. Änderungen in das Gesetz über die Angelegenheiten der Freiwilligen Gerichtsbarkeit

Zudem modifiziert der Gesetzesentwurf Vorschriften des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG). Auf diese Weise werden der Schutz und die Rechte des Patienten auch verfahrensrechtlich besser berücksichtigt.

Der Gesetzesentwurf erweitert die Pflicht zur Bestellung eines Pflegers für das Verfahren durch das Gericht, wenn es um die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts nach § 1904 BGB geht (§ 67 Abs. 1 S. 5 FGG). Darüber hinaus muss das Vormundschaftsgericht vor der Entscheidung über die Genehmigung nach § 1904 Abs. 1 und 2 BGB ein Gutachten eines Sachverständigen einholen (§ 69d Abs. 2 FGG).

Gegen diese Entscheidung des Vormundschaftsgerichts können die Angehörigen des Betroffenen Beschwerde einlegen (§ 69g Abs. 1 S. 1 FGG).

Umbenennung ab 1.9.2009

Das Gesetz zur Reform des Verfahrens in Familiensachen und in den Angelegenheiten der Freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) enthält eine vollständige Neukodifizierung und wird als neues Stammgesetz das bisherige FGG und das Buch 6 der ZPO zum 01.09.2009 ablösen. Hierin enthalten ist auch eine Neuzuweisung der gerichtlichen Zuständigkeiten. Die Zuständigkeiten für Angelegenheiten Minderjähriger sollen beim Familiengericht konzentriert werden, die Betreuungs- und Unterbringungsangelegenheiten verbleiben beim Vormundschaftsgericht, das dann aber **Betreuungsgericht** genannt wird. Die Vormundschaftsrichter werden dann folgerichtig als **Betreuungsrichter** bezeichnet werden.

11. Grundsicherungsstellen und Familienkassen bereiten Auszahlung des „Schulstarterpaketes“ vor - Keine gesonderte Antragstellung erforderlich

Im Rahmen des Konjunkturpaketes II wurde die Einführung des so genannten Schulstarterpaketes beschlossen. Um bei den Aufwendungen für die Schule entlastet zu werden, erhalten Familien mit geringem Einkommen im August jeden Jahres zusätzlich **100 Euro** ausgezahlt. Die Leistung dient vorrangig dem Erwerb von Gegenständen zur persönlichen Ausstattung für die Schule, zum Beispiel Schulranzen, Sportbekleidung oder Schulmaterialien.

Anspruch auf das Schulstarterpaket haben Schülerinnen und Schüler, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und eine allgemein- oder berufsbildende Schule besuchen.

Voraussetzung ist, dass sie oder mindestens ein im Haushalt lebender Elternteil Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung („Hartz IV“) haben. Die Auszahlung der zusätzlichen Leistung für die Schule erfolgt Ende Juli zusammen mit dem Arbeitslosengeld II für den Monat August. Im Bereich der Grundsicherung wird diese zusätzliche Leistung an rund 1.300.000 Kinder ausgezahlt. Dies entspricht Ausgaben in Höhe von 130 Millionen Euro. Das Schulstarterpaket wird außerdem für Kinder gezahlt, die Anspruch auf den **Kinderzuschlag** haben. In diesem Fall, erfolgt die Auszahlung über die Familienkassen zusammen mit dem Kinderzuschlag.

Für das Schulstarterpaket ist keine gesonderte Antragstellung erforderlich.

12. Aktuelles zur Pflegeversicherung

Leistungen für die Pflegeperson - Rentenversicherungsbeiträge

| Werte für die Zeit vom 1.7. – 31.12.2009– alte Bundesländer | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------|--|
| Stufe | Mindestpflegezeit pro Woche | beitragspflichtiges Entgelt pro Jahr | monatl. Beitragshöhe | monatl. Bruttorente für 1 Jahr ehrenamtl. Pflege |
| I | 14 Stunden | 8.064,01 € | 133,73 € | 7,10 € |
| II | 14 Stunden | 10.751,98 € | 178,30 € | 9,47 € |
| II | 21 Stunden | 16.127,99 € | 267,46 € | 14,21 € |
| III | 14 Stunden | 12.096,00 € | 200,59 € | 10,65 € |
| III | 21 Stunden | 18.144,00 € | 300,89 € | 15,98 € |
| III | 28 Stunden | 24.192,00 € | 401,18 € | 21,31 € |

| Werte für die Zeit vom 1.7. – 31.12.2009– neue Bundesländer | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------|--|
| Stufe | Mindestpflegezeit pro Woche | beitragspflichtiges Entgelt pro Jahr | monatl. Beitragshöhe | monatl. Bruttorente für 1 Jahr ehrenamtl. Pflege |
| I | 14 Stunden | 6.832,00 € | 113,30 € | 6,34 € |
| II | 14 Stunden | 9.109,32 € | 151,06 € | 8,45 € |
| II | 21 Stunden | 13.663,99 € | 226,59 € | 12,67 € |
| III | 14 Stunden | 10.248,00 € | 169,95 € | 9,50 € |
| III | 21 Stunden | 15.372,00 € | 254,92 € | 14,26 € |
| III | 28 Stunden | 20.496,00 € | 339,89 € | 19,01 € |

13. Pflegezeitgesetz

Fragen und Antworten zur Pflegezeit/Pflegeversicherung

Wie ist der Versicherungsschutz in der Krankenversicherung während einer vollständigen Freistellung von der Arbeit sichergestellt?

Da gibt es zwei Varianten:

Wenn jemand verheiratet ist und der Ehegatte ebenfalls der gesetzlichen Krankenversicherung angehört, kann der Arbeitnehmer **kostenfrei familienversichert** werden. Die Voraussetzungen einer Familienversicherung müssen allerdings erfüllt sein.

Ist eine Familienversicherung nicht möglich, kann der Arbeitnehmer sich **freiwillig weiterversichern**. Die Beiträge werden aus den beitragspflichtigen Einnahmen berechnet.

Dazu gehören beispielsweise auch Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung oder aus Zinsen. Werden keine oder nur geringe Einnahmen erzielt, werden die Beiträge mindestens aus einer gesetzlich vorgeschriebenen Mindestbeitragsbemessungsgrundlage (840 €) berechnet.

Wer zahlt im Fall einer freiwilligen Krankenversicherung die Beiträge?

Der Arbeitnehmer erhält einen **Beitragszuschuss** von der Pflegekasse in Höhe der Beiträge. So ist er im Ergebnis nicht mit eigenen Beiträgen belastet. Beiträge muss der Arbeitnehmer nur selbst zahlen, wenn während der Pflegezeit höhere Einnahmen als 840 € zu berücksichtigen wären. Für einen evtl. Zuschlag bei Kinderlosigkeit wird ebenfalls kein Zuschuss gezahlt.

Wer zahlt den Beitragszuschuss für eine freiwillige Krankenversicherung während einer vollständigen Freistellung von der Arbeitsleistung bei Pflegezeit?

Die **Pflegekasse des Pflegebedürftigen** zahlt den Beitragszuschuss. Ist der Pflegendende bei einer anderen Pflegekasse als der Pflegebedürftige versichert, gilt: Zahlungspflichtig ist dennoch ausschließlich die Pflegekasse des Pflegebedürftigen. Auch für die soziale Absicherung des Pflegenden ist sie zuständig. Die soziale Absicherung äußert sich durch

- Beitragszuschüsse für eine freiwillige oder private Krankenversicherung und
- die Übernahme evtl. Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung aufgrund der Pflege während der Pflegezeit.

Das gilt auch dann, wenn der Pflegebedürftige einer privaten Pflegekasse angehört.

Den Antrag auf Beitragszuschuss kann der Pflegendende auch bei der eigenen Pflegekasse stellen. Sie hat ihn an die zuständige Pflegekasse weiterzuleiten (§ 16 SGB I).

Während einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz soll auch Arbeitslosenversicherungspflicht bestehen, wenn ja, wer zahlt dafür die Beiträge?

Die Arbeitslosenversicherungspflicht während der Pflegezeit ist in der Tat durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz neu eingeführt worden. Zahlungspflichtig für die Beiträge ist

immer die **Pflegekasse des Pflegebedürftigen**. Die Beiträge werden nach 10 % der monatlichen Bezugsgröße (2.520 € x 10 % = 252 €) bemessen. Somit ergibt sich bei einem Beitragssatz von 2,8 % ein Beitrag von **7,06 €**

Während der Pflegezeit soll auch Rentenversicherungspflicht bestehen. Wo ist dies gesetzlich geregelt?

Für (nicht erwerbsmäßig tätige) Personen gibt es eine Rentenversicherungspflicht. Diese existiert bereits seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 für nicht erwerbsmäßige Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen. Deshalb enthält das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz keine Sonderregelungen über die Rentenversicherungspflicht.

Auch bei Pflegezeit entsteht deshalb Rentenversicherungspflicht, wenn

- der Pflegenden den Pflegebedürftigen an 14 Stunden wöchentlich pflegt,
- die Pflege mindestens zwei Monate dauern soll und
- keine Beschäftigung von mehr als 30 Stunden wöchentlich ausgeübt wird.

Die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Pflegestufe, der der Pflegebedürftige zugeordnet ist. In den Pflegestufen II und III wird dabei noch nach dem Pflegeaufwand differenziert. Die Beiträge werden allein von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen getragen. Das gilt auch dann, wenn der Pflegebedürftige der privaten Pflegekasse angehört.

Wie ist es in einem Kleinbetrieb mit weniger als 15 Arbeitnehmern, wenn mit einem Arbeitnehmer auf freiwilliger Basis eine Freistellung von der Arbeitsleistung wegen Pflegezeit vereinbart wurde. Wird der Arbeitnehmer trotzdem sozial abgesichert?

Das ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Die Pflegekassen sind jedoch der Ansicht, dass es der Gesetzgeber beabsichtigt hat, die Pflege von nahen Angehörigen auch beschäftigten Personen zu ermöglichen. Damit wäre es nicht vereinbar, die Arbeitnehmer von Kleinbetrieben auszuschließen, die sich mit ihrem Arbeitgeber auf eine freiwillige Pflegezeit nach § 3 PflegeZG verständigen. Die Pflegekassen werden auch in diesen Fällen

- Beitragszuschüsse für eine freiwillige Krankenversicherung und Pflegeversicherung gewähren sowie
- Versicherungspflicht in der Renten- und/oder Arbeitslosenversicherungspflicht durchführen.

Immer vorausgesetzt die sonstigen Voraussetzungen sind erfüllt.

14. letztes Seminar 2009 in Königswinter

02.09. – 04.09.09 Kurs-Nr.6.144. Seminargebühr 160,- €

Nach der Reform ist vor der Reform - die Pflegeversicherung - Neue Perspektiven für die Pflege ?

Seit Einführung der Pflegeversicherung wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI (Sozialgesetzbuch XI - Soziale Pflegeversicherung) als zu eng, zu verrichtungsbezogen und zu einseitig somatisch diskutiert. Dadurch würden wesentliche Aspekte, wie beispielsweise die Kommunikation und soziale Teilhabe, ausgeblendet und der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, zu wenig berücksichtigt.

Der "Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs" war beauftragt, konkrete und wissenschaftlich fundierte Vorschläge für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein damit eng verbundenes neues Begutachtungsverfahren zu erarbeiten.

In diesem Seminar beschäftigen wir uns schwerpunktmäßig mit dem geplanten neuen Begutachtungsverfahren und den damit verbundenen Auswirkungen auf die Leistungen für pflegebedürftige Menschen

Sie können die Seminarflyer direkt bei mir anfordern oder sich auf der Internetseite des AZK anmelden. www.azk.de – dann auf Soziale Dienste. Dort finden Sie die Ausschreibungen, Anmeldeformulare und Infos zu Bildungsschecks und Preisnachlässen für Grundversicherungsempfänger.

Ich wünsche Ihnen eine schöne, sonnige und ruhige Sommerzeit bis uns der „heiße“ Wahlkampf im Herbst erreicht.

- Evelyn Küpper -