

Parkinson & Soziales

Aktualisierungen 2015

S. 19/22 – Krankengeld

Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, haben in der Regel keinen Anspruch auf Krankengeld.

Um bei Krankheit dennoch finanziell abgesichert zu sein, gibt es folgende Möglichkeiten:

- Erklärung gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll (sog. **Wahlerklärung**): Der Versicherte muss dann statt dem ermäßigten Beitragssatz von 14,0% den allgemeinen Beitragssatz von 14,6% zahlen, und hat ab der 7. Woche Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld (Basisschutz).
- Abschluss eines **Wahltarifs** für das Krankengeld, um den Basisschutz in Höhe und Dauer zu ergänzen oder zu ersetzen.
- Abschluss einer **privaten** Krankentagegeldversicherung

Höchstbetrag des Krankengelds

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2015 ein Betrag von 137,50 € (= Beitragsbemessungsgrenze 49.500,- € : 360). Da das Krankengeld 70% dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 96,25 € täglich betragen. Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung.

Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,03% bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. 12,28% bei kinderlosen Empfängern.

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft (Aussteuerung) und ist der Patient noch immer arbeitsunfähig, dann endet seine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkasse informiert das Mitglied rund 2 Monate vor der Aussteuerung über die Möglichkeit, seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu erklären. Liegt innerhalb von 2 Wochen keine Austrittserklärung vor, wird der Versicherte automatisch am Tag nach der Aussteuerung als **freiwilliges Mitglied weiterversichert** (obligatorische Anschlussversicherung, § 188 Abs. 4 SGB V). Besteht Anspruch auf **Familienversicherung**, hat diese Vorrang vor der freiwilligen Versicherung.

Praxistipps!

- Wer **nicht** als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchte, muss innerhalb der 2-Wochen-Frist seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären **und** einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z. B. eine private Krankenversicherung.
- Wer nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit bezieht, kann seinen ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt die Agentur für Arbeit.

S. 29/33 f. – Zuzahlungsbefreiung bei Erreichen der Belastungsgrenze

Freibetrag

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.103,- € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Nur für Mitglieder in der Krankenversicherung der Landwirte: für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.402,- € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.008,- € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.504,- €
- Für das erste Kind eines alleinerziehenden Versicherten 5.103,- € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes weitere Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.008,- €.

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen:	30.000,- €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger):	5.103,- €
minus Freibetrag für 2 Kinder (2 x 7.008,- €):	14.016,- €
ergibt Zwischensumme:	10.881,- €
davon 2 % = Belastungsgrenze:	217,62 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 217,62 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen. Nach Ablauf eines Kalenderjahres ist der Krankenkasse die weitere Dauer der Behandlung nachzuweisen. Auf Verlangen der Krankenkasse kann eine Überprüfung durch den MDK erfolgen.

Sonderregelung für Sozialleistungsempfänger

Berechnungsgrundlage für die Zuzahlungsgrenze bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist der Regelsatz des Regelbedarfsstufe 1, das heißt: Ein Sozialhilfeempfänger zahlt im Jahr 95,76 € zu, ein chronisch Kranker 47,88 €.

Sonderregelung für Sozialhilfebewohner im Heim

Heimbewohner, die Sozialhilfe beziehen, müssen nicht mehr Zuzahlungen leisten, bis sie die „1-%- bzw. 2-%-Grenze“ erreicht haben und damit eine Zuzahlungsbefreiung erhalten, sondern haben auch die Möglichkeit, dass der örtlich zuständige Sozialhilfeträger den Gesamtbetrag (95,76 € bzw. bei chronisch Kranken 47,88 €) an die Krankenkasse des Heimbewohners vorab überweist. Dieser als Darlehen gewährte Gesamtbetrag wird sodann in monatlichen kleinen Ratenbeträgen mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet.

S. 40 f. – Zuzahlungsbefreiung in der gesetzlichen Rentenversicherung

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- von Bezieherinnen von Übergangsgeld,
- von Bezieherinnen von Arbeitslosengeld II, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung,
- von Frauen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.135,- € liegt

Die Zuzahlung bei Antragstellung 2015 richtet sich nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.135,- €	keine
ab 1.135,- €	9,- €
ab 1.140,- €	9,50 €
ab 1.200,- €	10,- €

S. 52 – Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Voraussetzungen

Leistungsberechtigt sind Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland,

- die die Altersgrenze der Regelaltersrente (2015: 65 Jahre und 4 Monate) vollendet haben oder
- die das 18. Lebensjahr vollendet haben und wegen ihrer Krankheit dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und ihren Lebensunterhalt nicht selbst aus ihrem Einkommen und Vermögen bestreiten können (wenn z. B. einer alleinlebenden Frau, abzüglich Miete und Heizkosten, weniger als 399,- € im Monat zur Verfügung stehen. Ob die Kosten für Miete und Heizung angemessen sind, wird immer individuell vom Grundsicherungsamt geprüft.).

S. 74/75 – Pflegestufen der Pflegeversicherung

Pflegestufe I	€
Pflegegeld monatlich	244,-
Pflegegeld bei erheblichem, allgemeinem Betreuungsbedarf monatlich	316,-
Pflegesachleistungen monatlich	bis zu 468,-
Pflegesachleistung bei erheblichem, allgemeinem Betreuungsbedarf monatlich	bis zu 689,-
Kombinationsleistung monatlich	anteilig
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich	bis zu 468,-
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege bei erheblichem, allgemeinem Betreuungsbedarf monatlich	bis zu 689,-
Stationäre Kurzzeitpflege (längstens 4 Wochen/Jahr)	bis zu 1.612,-
Vollstationäre Pflege monatlich	1.064,-
Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch Fachkräfte und nicht verwandte Laienhelfer	bis zu 1.612,-
Ersatzpflege durch verwandte Laienhelfer	bis zu 244,-

Pflegestufe II		€
Pflegegeld monatlich		448,-
Pflegegeld bei erheblichem, allgemeinem Betreuungsbedarf monatlich		545,-
Pflegesachleistungen monatlich	bis zu	1.144,-
Pflegesachleistung bei erheblichem, allgemeinem Betreuungsbedarf monatlich	bis zu	1.298,-
Kombinationsleistung monatlich		anteilig
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich	bis zu	1.144,-
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege bei erheblichem, allgemeinem Betreuungsbedarf monatlich	bis zu	1.298,-
Stationäre Kurzzeitpflege (längstens 4 Wochen/Jahr)	bis zu	1.612,-
Vollstationäre Pflege monatlich		1.330,-
Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch Fachkräfte und nicht verwandte Laienhelfer	bis zu	1.612,-
Ersatzpflege durch verwandte Laienhelfer	bis zu	458,-

Pflegestufe III		€
Pflegegeld monatlich		728,-
Pflegesachleistungen monatlich		1.612,-
Kombinationsleistung monatlich		anteilig
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich	bis zu	1.612,-
Stationäre Kurzzeitpflege (längstens 4 Wochen/Jahr)	bis zu	1.612,-
Vollstationäre Pflege monatlich		1.612,-
Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch Fachkräfte und nicht verwandte Laienhelfer	bis zu	1.612,-
Ersatzpflege durch verwandte Laienhelfer	bis zu	728,-

Härtefall

Die Leistung bei Pflegesachleistungen bzw. bei vollstationärer Pflege im Härtefall beträgt monatlich bis zu 1.995,- €.

S. 76 f. – Pflegehilfsmittel

Zu Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind, zählen:

saugende Bettschutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch, Schutzbekleidung, Desinfektionsmittel.

Diese Pflegehilfsmittel werden direkt von einem zugelassenen Leistungserbringer (Sanitätshäuser und Apotheken) bezogen. Adressen dieser Vertragspartner erhält man von der Pflegekasse. Die Pflegekasse übernimmt Kosten dieser Sachleistung bis zu 40,- € im Monat. Nur in begründeten Fällen sind Ausnahmen möglich.

Der Versicherte muss den Betrag, der 40,- € monatlich übersteigt, beim Leistungserbringer bezahlen. Nicht zu den Pflegehilfsmitteln gehören Mittel des täglichen Lebensbedarfs, die allgemeine Verwendung finden und üblicherweise von mehreren Personen benutzt werden oder in einem Haushalt vorhanden sind.

S. 80 f. – Pflegezeit und Familienpflegezeit

Wenn trotz Berufstätigkeit der Wunsch besteht einen nahen Angehörigen mit Parkinson zu pflegen, können Arbeitnehmer die Pflegezeit oder Familienpflegezeit nutzen.

Nahe Angehörige sind: Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder. Auch Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartner, Schwiegersohn oder -tochter, Enkel zählen dazu. Seit 2015 zählen zu den nahen Angehörigen auch Stiefeltern, Schwäger/innen und lebenspartnerschaftsähnliche Gemeinschaften.

Pflegezeit und Familienpflegezeit können je nach persönlicher Lebenssituation kombiniert werden und jeweils ineinander übergehen. Beide Leistungen dürfen zusammen allerdings nur 24 Monate dauern. Während der Pflegezeit/Familienpflegezeit oder einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung bei akut auftretender Pflegesituation darf der Arbeitgeber in der Regel das Beschäftigungsverhältnis nicht kündigen.

Pflegezeit kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson in der Regel ohne Gehalt von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung in Form von Reduzierung bzw. Verteilung der Arbeitszeit ist möglich. Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht erst ab einer Betriebsgröße von 15 Beschäftigten. Der Arbeitgeber muss bei einer teilweisen Freistellung den Wünschen des Arbeitnehmers entsprechen, außer es gibt betriebliche Gründe, die dem entgegenstehen.

Seit 1.1.2015 gibt es ab einer Betriebsgröße von 25 Mitarbeitern einen Rechtsanspruch auf **Familienpflegezeit** bis zu 24 Monaten. Die Familienpflegezeit gliedert sich in eine Pflegephase und eine Rückzahlungsphase. In der Pflegephase verringert der Arbeitnehmer seine Arbeitszeit und erhält vom Arbeitgeber einen monatlichen Entgeltvorschuss. In der Rückzahlungsphase arbeitet er wieder voll und der Arbeitgeber behält den Vorschuss vom Gehalt ein.

Arbeitnehmer haben seit 1.1.2015 bei Pflegebedürftigkeit von Verwandten einen rechtlichen Anspruch auf unentgeltliche **Freistellung von bis zu 10 Arbeitstagen** (kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Während dieser kurzzeitigen Arbeitsverhinderung kann bei der Pflegekasse **Pflegeunterstützungsgeld** beantragt werden. Diese Lohnersatzleistung entspricht in der Höhe dem Krankengeld.

Praxistipp!

Während der Pflegezeit/Familienpflegezeit kann vom Arbeitnehmer beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben ein **zinsloses Darlehen** beantragt werden, um Lohnausfälle zu überbrücken.

Wer hilft weiter?

- Pflegekassen
- Das Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) und das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben haben ein gemeinsames **Servicetelefon Pflege** eingerichtet, Telefon 030 20179131, Mo–Do von 9–18 Uhr und bieten viele Informationen zur Familienpflege unter www.wege-zur-pflege.de und unter www.familien-pflege-zeit.de.

S. 108 – Wohnumfeldverbesserung

Höhe

Die Pflegekasse zahlt maximal 4.000,- € je Maßnahme und bis zu 16.000- €, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen.