

Info

für Eltern- und Betreuerbeiräte
in Werkstätten und Wohnstätten

Geschäftsstelle:

L V E B
Schlaunweg 20
59394 Nordkirchen
Tel.: 02596 - 667035
Fax: 02596 - 529886
E-Mail:
buero@lveb-nrw.de

Herbst 2008

Ausgabe

28

Liebe Eltern, Angehörige und Betreuer,

in der Frühjahrsinfo hatten wir Ihnen von einer Reihe beabsichtigter Veränderungen und Gesetzesvorhaben in der Werk- und Wohnstättenlandschaft sowie im Pflegeversicherungsrecht berichtet.

Davon ist das Pflege – Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) seit 1. Juli in Kraft. Es hat auch für Menschen mit geistiger Behinderung positive Veränderungen gebracht, ohne dass alle notwendigen Verbesserungen erfolgt sind. (Wir haben bereits in der letzten INFO einige Bestimmungen dargelegt). Inzwischen sind zu allen Neuerungen Richtlinien veröffentlicht worden. Es fehlen lediglich noch vorgesehene neue Einrichtungen (z. B. Pflegestützpunkte).

Ein Referentenentwurf zum Gesetz über „Unterstützte Beschäftigung“ liegt inzwischen vor. Dieser Entwurf und das mit diesem Gesetz angestrebte Ziel wird zwar von vielen Verbänden (u. a. der BAG WfbM und der Lebenshilfe) in ihren Stellungnahmen grundsätzlich begrüßt, aber in Teilen sehr kritisch beurteilt.

Das „Wohn- und Teilhabegesetz“ (WTG), das neue Heimgesetz für NRW, ist inzwischen an den Landtag zur ersten Lesung gegangen und den Verbänden zur Stellungnahme zugeleitet worden. Am 10./11. September fand eine Anhörung zu diesem Gesetz im Sozialausschuss des Landtags statt. Dazu hat der Landesverband (LVEB) eine weitere Stellungnahme eingereicht. Die Vertreter des LVEB konnten bei dieser Anhörung noch einmal den Standpunkt des Landesverbandes nachdrücklich vertreten.

Veränderungen gab es auch in unserm Landesverband. Der langjährige Sprecher des Landesverbandes, Herr Wilhelm Büker, hat das Amt des Sprechers aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben. Wir werden im Weiteren darauf zurückkommen.

Dazu gab es einige weitere geringe finanzielle Verbesserungen.

Regelsatzerhöhung zum 01.07. 2008

Nach dem Gesetz zur Rentenanpassung 2008 ist eine Rentenwerterhöhung um einen Anpassungsfaktor von 1,1 % vorgenommen worden. Da sich nach SGB II und SGB XII die Regelleistungen jeweils zum 01.07. um den Prozentsatz verändern, um den sich der Rentenwert verändert, wurde auch die monatliche Leistung der Grundsicherung nach SGB II ab dem 01.07.2008 für alleinstehende Personen (Eckregelsatz) auf 351 € erhöht.

Dem folgte für die Grundsicherung nach SGB XII auch die Landesregierung NRW. Gleichzeitig wurden auch die übrigen Regelsätze verbessert.

So erhöht sich nun die jeweilige Regelleistung wie folgt:

Regelleistung für Haushaltsvorstand	100 %	351 €
Regelleistung für Partner	90 %	316 €
Regelleistung für sonstige Mitglieder einer Bedarfsgemeinschaft	80 %	281 €
Sozialhilfeempfänger bis zum 14. Lebensjahr	60 %	211 €
Mehrehrbedarfe bei Alleinerziehung pro Kind bis maximal 60 %	12 % 24 % 36 % 48 % 60 %	42 € 84 € 126 € 168 € 211 €

Einkommenseinsatz aus Beschäftigung (§ 88 Abs. 1 SGB XII) für Wohnstättenbewohner

Nach dem genannten Paragraphen sind alle behinderten Beschäftigten einer Werkstatt, die in einer Wohnstätte leben, verpflichtet, sich in angemessenem Umfang an den Kosten der stationären Unterbringung zu beteiligen, wenn sie Einkommen haben. Dabei muss den Beschäftigten allerdings ein angemessener Betrag zur persönlichen Verfügung verbleiben.

Bei der Berechnung des Einkommenseinsatzes wird das Nettoeinkommen zugrunde gelegt. Dazu gehören der Arbeitslohn, Arbeitsprämien und Ähnliches, nicht aber Renten(*), Kranken- und Arbeitslosengeld sowie das Arbeitsförderungsgeld nach § 43 SGB IX.

Nach den schon genannten Paragraphen werden gemäß Abs. 2 von dem Einkommen zunächst **1/8 des Eckregelsatzes von € 351, also € 43.88** abgezogen. Darüber hinaus wird der verbleibenden Teil nochmals **um 25 %** gemindert. Der verbleibende Restbetrag geht an den Landschaftsverband (*). Die Renten (z.B. Waisen- und Erwerbsminderungsrente) werden bei dieser Berechnung nicht berücksichtigt, aber auf Grund anderer Bestimmungen, wie bisher, ebenfalls zu den Kosten der stationären Unterbringung herangezogen.

Barbetrag (Taschengeld) für Wohnstättenbewohner

Wohnstättenbewohner erhalten vom zuständigen Sozialhilfeträger einen monatlichen Barbetrag als Taschengeld. Auf Grund der Erhöhung des Eckregelsatzes auf € 351 wurde der Barbetrag ab 01.07.2008 auf **€94.77** erhöht.

Der **Zusatzbarbetrag** (nach § 133 a SGB XII) für diejenigen Bewohner, die ihn bis zum 31.12.2004 bereits erhalten haben, **bleibt unverändert**.

Zuzahlungen für Krankenbehandlung und Heilmittel

Auf Grund des § 35 Abs. 3-5 SGB XII kann der Träger der Sozialhilfe (LVR) für die entsprechenden Leistungsberechtigten (z.B. Bewohner von Wohneinrichtungen) die jährlichen Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 SGB V übernehmen. Bei der Festlegung der Zuzahlung nach SGB XII ist der Regelsatz des Haushaltsvorstands maßgebend.

Dementsprechend gilt **ab Januar 2009** das zugrunde liegende jährliche Einkommen **in Höhe von 12 x 351 € = 4.212.- € als Berechnungsbasis**.

Für Personen, die für ihre Krankenkasse als **schwerwiegend chronisch krank** gelten und deren Belastungsgrenze sich demnach auf 1% des 12fachen Eckregelsatzes beläuft, beträgt die

jährliche Belastungsgrenze 1% von €4.212.- = €42.12

und für Personen, die **nicht als chronisch krank** gelten und deren Belastungsgrenze infolgedessen sich auf 2 % des 12fachen Eckregelsatzes beläuft, ist die

jährliche Belastungsgrenze 2 % von €4.212.- = €84.24.

Wie bisher können für diese Belastungen Darlehen nach §35 Abs. 3-5 SGBXII in Anspruch genommen werden. Dabei entsteht folgende Rückzahlungsverpflichtung:

Bei einem **Darlehen von €42.12** beträgt die **monatliche Rückzahlung €3.51**. Um diesen Betrag wird der monatliche **Barbetrag (Taschengeld) auf €91.26** gekürzt.

Bei einem **Darlehen von €82.24** beträgt die **monatliche Rückzahlung €7.02**. Der um diese Summe **gekürzte Barbetrag (Taschengeld)** reduziert sich dann **auf €87.75**.

Für diejenigen Personen, für die seit 2006 bereits Darlehensverfahren laufen, brauchen keine neuen Erklärungen abgegeben zu werden. Es ist allerdings darauf zu achten, dass die Einstufungen in Abstimmung mit den Krankenkassen auf dem aktuellen Stand sind. **Neuanträge auf Bereitstellung eines Darlehens** hätten lt. Mitteilung der Landschaftsverbände bis **spätestens 15.10.2008** eingereicht werden sollen.

Antragsvordrucke können beim LVR downloadfähig unter der Internetfundstelle www.soziales.lvr.de heruntergeladen werden.

Gesundheitsuntersuchungen für wesentlich Geistigbehinderte

Der gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat gemäß § 62 Abs. 1 Nr. 5 SGB V in einem Beschluss vom 19.08.2008 geregelt, dass Personen, die im Sinne des § 2 Eingliederungshilfeverordnung wesentlich geistig behindert sind, nicht verpflichtet sind, die in der gesetzlichen Krankenversicherung in § 25 Abs. 1 SGB V genannten Gesundheitsuntersuchungen regelmäßig vornehmen zu lassen, wenn sie in den Genuss der reduzierten Belastungsgrenze von 1% des o. g. Betrages kommen wollen.

Erhöhung des Ausbildungsgeldes im EV/BBB und Grundbetrags für den Arbeitsbereich

Mit Wirkung vom 1. August ist das Ausbildungsgeld für das Eingangsverfahren und den Berufsbildungsbereich von der Bundesagentur für Arbeit erhöht worden.

Da der Grundbetrag für das Arbeitsentgelt dem im letzten Jahr des BBB gezahlten Ausbildungsgeld in Höhe von €73.- entspricht, erhöht sich dementsprechend der Grundbetrag des Arbeitsentgeltes. Dabei besteht für die Werkstatt die Möglichkeit, die Erhöhung auf die Leistungszulage anzurechnen, so dass in diesem Falle keine Erhöhung des Arbeitsentgeltes erfolgt.

Zur Umsetzung des Pflege -Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG)

Pflegeberatung

Ab dem 1. Januar 2009 besteht ein Anspruch auf Pflegeberatung. Dazu müssen die gesetzlichen wie die privaten Pflegekassen geeignete (geschulte) Pflegeberater bereithalten. Die Spitzenverbände der Pflegekassen hatten dazu Empfehlungen über Anzahl und Qualität der Berater bis spätestens 31.08. auszuarbeiten.

Begutachtungsrichtlinien der Pflegekassen

Die Begutachtungsrichtlinien waren an die neuen Maßgaben für das Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (z.B. neue Fristenregelungen für MDK - Begutachtungen) anzupassen.

Verfahren zur Feststellung der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz

Außerdem waren die Begutachtungsrichtlinien darauf hin zu ändern, dass in Zukunft bei jeder Begutachtung geprüft werden muss, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt. Bei bereits zuerkannten Pflegestufen wird in der Regel keine Neubegutachtung erfolgen. Es ist demnach nicht zu befürchten, dass die Besitzstandswahrung Pflegebedürftiger der Pflegestufe II aus dem Jahre 1995 in Gefahr gerät. Es wird lediglich geprüft, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt. Antragsformulare für das Betreuungsgeld (sowohl für ein Betreuungsgeld von €100.- wie auch von €200.-) liegen bereits vor.

Bei Erst- und Wiederholungsprüfungen gehört in Zukunft auch die Prüfung des Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung als selbstverständlicher Bestandteil nach § 18 Abs. 1 SGB XI dazu. Das bedeutet, dass der MDK bei diesen Begutachtungen auch festzustellen hat, ob und in welchem Grade ein erheblicher Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht. Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben hierzu am 17.06.08 die **Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz** und zur Bewertung des Hilfebedarfs (nach den §§ 45a Abs.2, 45b Abs.1 Satz 4 SGB XI) beschlossen. Die Entscheidung über das Vorliegen eines hohen Bedarfs muss **die Pflegekasse** unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK treffen.

Wenn der MDK bereits früher eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt hat, muss er prüfen, ob die festgestellten Beeinträchtigungen noch bestehen oder sich verstärkt haben.

In der erwähnten Richtlinie ist in einer Übergangsregelung bis zum 31.12.2009 die Entscheidungsmöglichkeit der Pflegekassen erweitert worden sowie auch eine erweiterte

Möglichkeit der Begutachtung nach **Aktenlage** durch den MDK vorgesehen, um einen Antragsstau zu vermeiden.

Bisherige Empfänger von Betreuungsleistungen im ambulanten (häuslichen) Bereich

Hat der MDK bei Leistungsempfängern des bisherigen zusätzlichen Betreuungsbetrags von €460.- jährlich im Rahmen einer früheren Pflegebegutachtung eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt („Altfälle“), so erhält er – wenn er nicht den erhöhten Betrag beantragt – den **Grundbetrag von €100.- monatlich ohne eine erneute Prüfung** durch den MDK. Wird der **erhöhte Betrag von €200.-** monatlich beantragt, prüft zunächst die Pflegekasse, ob **zu** den Mindestvoraussetzungen von zwei Kriterien, davon mindestens einmal aus den festgelegten Kriterien 1 – 9, noch eines der Kriterien 1,2,3,4,5,9 oder 11 vorliegt. (Diese Kriterien sind in den bisherigen Richtlinien zur Pflegebegutachtung bereits vorhanden.) Ist das der Fall, zahlt die Pflegekasse ohne Einschaltung des MDK den erhöhten Betrag von €200.-. In Zweifelsfällen legt die Pflegekasse die Unterlagen dem MDK vor. Der MDK prüft dann, ob eine Entscheidung auf Grund der Aktenlage möglich ist. Ist dies nicht der Fall, muss eine Begutachtung im häuslichen Umfeld erfolgen, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung des erhöhten Betreuungsbetrags vorliegen.

Geht aus der Aktenlage das Vorliegen der Voraussetzungen nicht hervor, müssen sie in jedem Fall dem MDK zugeleitet werden. Dieser befindet dann, ob eine Entscheidung nach Aktenlage möglich ist oder eine Begutachtung im häuslichen Umfeld vorgenommen werden muss.

Leistungshöchstbetrag für die Ersatz- und Kurzzeitpflege

Mit dem 01.07.2008 wurde die Ersatzpflege, die bis zum 30.06.2008 €1.432.- betrug, um €38.- auf € 1.470.- erhöht. Das bedeutet nicht, dass im zweiten Halbjahr 2008 € 1.470.- in Anspruch genommen werden können, wenn im ersten Halbjahr bereits €1.432.- beansprucht worden sind. Es können lediglich € 38.- gewährt werden. Allerdings steht im zweiten Halbjahr der im ersten Halbjahr noch nicht ausgeschöpfte Betrag zuzüglich der Erhöhung von €38.- dem Versicherten zur Verfügung.

Zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs.2)

Die Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden von der Pflegekasse bis zu einem Betrag von €31.- übernommen. Sind die Kosten höher, so muss der Versicherte den übersteigenden Betrag selbst tragen. Der Versicherte kann wählen, ob er solche Pflegehilfsmittel als Sachleistung oder in Form der Kostenerstattung für selbst beschaffte Pflegehilfsmittel in Anspruch nehmen will. Wenn der Versicherte die Kostenerstattung wählt, so sollte der Einfachheit halber auf die monatliche Vorlage der entsprechende Belege verzichtet werden. Das setzt aber voraus, dass der Bedarf in Höhe von mindestens €31.- nachgewiesen werden kann (beispielsweise wenn im letzten Halbjahr die zustehende Leistung von € 31.- immer gänzlich ausgeschöpft wurde und dies höchstwahrscheinlich auch in Zukunft zu erwarten ist). In diesen Fällen kann der monatliche Höchstbetrag ohne weitere Prüfung ausgezahlt werden.

Dienstleister für die Betreuung bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Diese Betreuungsleistungen sollen von niedrighschwelligem Diensten erbracht werden. Dazu gehört u.a. auch der Familienunterstützende Dienst der Lebenshilfe. Es können ebenso Einzelpersonen solche Betreuungsleistungen erbringen, wenn sie mit der zuständigen Pflegekasse dazu einen Vertrag abgeschlossen haben. Für diese Betreuungsdienste wurden von den Spitzenverbänden der Pflegekassen unter Beteiligung des MDK der Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 31.08. Richtlinien über Qualifikation und Aufgaben der Betreuungskräfte erarbeitet werden.

Diese Betreuungsleistungen können auch Bewohner stationärer Einrichtungen in Anspruch nehmen. Die Einrichtung erhält hierfür Vergütungszuschläge. Die Höhe der Vergütungszuschläge hängt von der festgestellten Zahl von Bewohnern mit erheblichem Betreuungsbedarf und dem Grad des Betreuungsbedarfs ab. Leider ist das nur bei Pflegeheimen möglich.

Pflegestützpunkte

Wenn die jeweiligen obersten Landesbehörden eine entsprechende Bestimmung erlassen haben, müssen Pflege- und Krankenkassen die im Gesetz vorgesehenen Pflegestützpunkte einrichten

Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI

Bei der Pflegeberatung und dem Aufbau von Pflegestützpunkten geht es nicht nur um den Bereich der Pflege. Es sollen auch – und das ist Auftrag - umfassende Versorgungspläne erstellt werden. Diese Versorgungspläne greifen in Bereiche ein, für die andere Sozialleistungsträger zuständig sind (Sozialhilfeträger, Unfallversicherungsträger, Versorgungsämter, Rentenversicherungsträger).

Dazu hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) zusammen mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen ein neues Konzept für die Begutachtung pflegebedürftiger Menschen erarbeitet, das den z. Z. geltenden Begutachtungsauftrag weit überschreitet und nicht nur den Pflegebedarf eines behinderten Menschen, sondern u.a. auch seinen Bedarf an Rehabilitation und Teilhabe/ Eingliederung möglichst vollständig erfasst

In diesem Zusammenhang haben Pflegewissenschaftler der Universität Bielefeld ein umfassendes Konzept entworfen, das in einem im BMGS eingerichteten „Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ im SGB XI beraten und in der Praxis bereits erprobt wird. Beabsichtigt war, bis Ende Oktober 2008 einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff für das SGB XI zu entwickeln und ein Begutachtungsverfahren zu entwerfen, das den Hilfebedarf eines Menschen gänzlich erfasst und die Zuteilung zu den Pflegestufen nach dem Grad der Abhängigkeit des Pflegebedürftigen von der Hilfe anderer Menschen bemisst. Das könnte dazu führen, dass die Eingliederungshilfe verdrängt wird und für Wohnstätten die Gefahr einer Umwandlung in reine Pflegeeinrichtungen heraufbeschworen.

Häusliche Krankenpflege – Häusliche Pflegeleistung

Die neue Richtlinie „Häusliche Krankenpflege“ – die Richtlinie ist in Kraft getreten - schreibt u.a. vor, dass in Zukunft „Häusliche Krankenpflege“ nach § 37 SGB V an jedem „geeigneten Ort“ geleistet werden kann. Zu den „geeigneten Orten“ gehören neben Kindergärten, Schulen usw. insbesondere auch „betreute Wohnformen“, zu denen nach entsprechender Einzelfallprüfung auch Wohnrichtungen der Behindertenhilfe zu zählen sind.

Durch diese Erweiterung des Anwendungsbereichs der häuslichen Krankenpflege veranlasst fragt man sich, ob nicht der Zeitpunkt gekommen ist, den Begriff des häuslichen Ortes für Pflegeleistungen, die dem SGB XI zugrunde liegt, sei es für Sach- oder auch Geldleistungen, in gleicher Weise den veränderten Wohnverhältnissen im Bereich der Behindertenhilfe und Pflege anzupassen.

Es ist doch widersinnig, wenn für eine Wohneinrichtung der Behindertenhilfe Leistungen der häuslichen Krankenpflege beansprucht werden können, allerdings häusliche Pflegeleistungen nach den §§ 36 ff SGB XI verweigert würden, weil eine Wohneinrichtung für behinderte Menschen die Voraussetzungen des Begriffs der „Häuslichkeit“ im Pflegerecht nicht erfüllt.

Der Begriff „betreute Wohnformen“ nach dem § 37 SGB V muss deshalb auch Grundlage für die Anwendung der Pflegesach- und Geldleistungen werden.

Verhinderungspflege - Auslandsaufenthalt

Das Pflegegeld wird nach § 37 SGB XI wie auch das anteilige Pflegegeld nach § 38 SGB XI bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland von **bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr** weiter gewährt. Bei der Pflegesachleistung gilt das nur, wenn die Pflegekraft, die normalerweise die Pflege leistet, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthalts begleitet. Daran angelehnt besteht bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt und von **Deutschland heraus organisierter Ersatzpflege** (mitreisende Ersatzpflegekraft) ein Anspruch auf Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI besteht (gem. Urteil des LSG Baden – Württemberg vom 11.05.2007 – Az.: L 4 P 2828/06).

Rentenversicherung der Pflegeperson nach SGB XI § 44

Für Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI (nicht erwerbsmäßige Pflege) entrichten die Pflegekassen gemäß § 44 SGB XI Rentenversicherungsbeiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist und der Pflegebedürftige mindestens die Pflegestufe I hat. Eine weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden wöchentlich in der häuslichen Umgebung pflegt.

In der letzten Zeit treten vermehrt Fälle auf, bei denen die Pflegekassen zwar noch die Pflegestufe I dem Pflegebedürftigen zuerkennen, aber von einer Pflegezeit von weniger als 14 Stunden ausgehen. Die Pflegekassen beziehen sich dabei ausschließlich auf die Pflegezeit, die vom MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung des Pflegebedürftigen festgestellt wurde.

Nach einem Urteil des LSG NRW vom 03.06.05 (Az.: L 4 RJ 58/05) dürfen jedoch **nicht nur im Rahmen der Regelung der Pflegeversicherung zugrunde gelegten Zeiten** berücksichtigt werden. Vielmehr ist der Begriff der Pflege nach dem Urteil des LSG NRW in einem ganzheitlichen Sinne zu verstehen. Dementsprechend müsse bei der Ermittlung der Mindeststundenzahl auch die Zeit eingerechnet werden, die neben der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung für die **ergänzende Pflege und Betreuung (im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB XI)** benötigt wird. Es sei demgemäß auch – so das Gericht – der **zeitliche Aufwand für familiäre Pflege und Betreuung** zu berücksichtigen, der nicht aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert wird. Der zusätzliche Pflegeaufwand müsse jedoch krankheits- oder behinderungsbedingt sein.

Als zusätzlich zu berücksichtigende Zeiten kommen z. B. Fahrten zu therapeutischen und gesellschaftlichen Veranstaltungen, zu Schulen und Kursen sowie Beaufsichtigungen und Hilfe bei nicht verrichtungsbezogenen Tätigkeiten infrage.

Sofern jemand sich im unteren Grenzbereich der Pflegestufe I befindet und für den wegen der fehlenden Mindestpflegezeit von 14 Stunden laut MDK Gutachten keine Rentenversicherungsbeiträge mehr zuerkannt werden, empfiehlt es sich, zunächst im Rahmen der Pflegeeinstufung Widerspruch einzulegen. Im Weiteren sollte die Frage der Rentenversicherung der Pflegeperson mit der für die Pflegeperson zuständigen Rentenversicherung abgeklärt werden.

Diskriminierung einer Arbeitnehmerin wegen Pflege eines behinderten Kindes – ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes

Der Europäische Gerichtshof hatte über die Auslegung der Richtlinie 2000/78/EG des Europäischen Rates vom 27.11.2007 wegen der Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf zu entscheiden. Es war fraglich, ob sich die Richtlinien (auf die auch das deutsche Antidiskriminierungsgesetz beruht) nur auf das Verbot der Diskriminierung von behinderten Menschen selbst bezieht oder ob damit auch ein Verbot der Diskriminierung von Arbeitnehmern wegen der Behinderung eines Kindes verbunden ist.

Der Europäische Gerichtshof entschied sich für eine weite Auslegung, auch zugunsten von Arbeitnehmern, die Eltern behinderter Kinder sind.

Dem Urteil lag ein Gesuch um Vorabentscheidung eines englischen Arbeitsgerichts zugrunde. In diesem Fall war eine Anwaltssekretärin Mutter eines schwer behinderten Sohnes geworden. Der Zustand des Sohnes machte eine besonders spezialisierte Pflege notwendig, für die die Sekretärin zum größten Teil verantwortlich war. Nach dem Mutterschaftsurlaub verwehrte man ihr u.a. die Rückkehr auf den früheren Arbeitsplatz. Außerdem seien der Mutter die gleichen flexiblen Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen wie den Kollegen versagt worden. Man habe sie als faul bezeichnet, wenn sie frei nehmen wollte, um ihr Kind zu betreuen, während Eltern nicht behinderter Kinder dies gewährt worden sei. Ihr sei die Entlassung angedroht worden. Unter diesen Umständen habe die Mutter der freiwilligen Entlassung zugestimmt. Sie machte jedoch geltend, dass sie Opfer einer sozialwidrigen Kündigung wegen der Behinderung ihres Sohnes geworden sei.

Dazu urteilte der Europäische Gerichtshof u. a. wie folgt:

Zweck des Diskriminierungsverbots sei, in Beschäftigung und Beruf jede Form der Diskriminierung aus Gründen der Behinderung zu bekämpfen. Deshalb könne der für diesen Bereich in der Richtlinie verankerte Gleichheitsgrundsatz nicht nur für Personen gelten, die selbst behindert sind, sondern müsse auch für Personen gelten, die benachteiligt werden und die Benachteiligung im Zusammenhang mit der Behinderung eines angehörigen Kindes stehe.

Ein gutes Urteil, das zur Grundlage für ähnliche Fälle im nationalen Bereich dienen kann!

Steuerpflicht für ehrenamtliche Betreuer?

Nach § 1835 a des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) steht rechtlichen Betreuern und Betreuerinnen eine jährliche Aufwandspauschale von €323.- zu. (Wir erinnern jedes Jahr an die Beantragung dieser Pauschale in der Frühjahr – INFO.) An der Übernahme einer rechtlichen Betreuung interessierte Bürger und Bürgerinnen werden jedoch davon abgehalten, wenn sie erfahren, dass die Aufwandspauschale grundsätzlich der Steuerpflicht unterliegt.

Mit der Aufwandspauschale gedachte man die Entschädigung der ehrenamtlichen Betreuer/innen zu vereinfachen. Sie sollte jedoch nicht zum „Steuerbumerang“ werden. Um zu verhindern, dass Betreuer/innen für ihre Tätigkeit von der Pauschale noch zur Kasse gebeten werden, hat man einen

Erllass herausgegeben, wonach die Aufwandspauschale unter die „sonstigen Einkünfte“ zu rechnen ist, für die nach § 22 Nr. 3 EStG ein Freibetrag von jährlich €256.- festgelegt ist. Das aber sind €67.- zu wenig, um die völlige Steuerfreiheit der Aufwandspauschale zu erreichen. Deshalb teilten die Finanzbehörden mit, dass keine Bedenken bestehen, die tatsächlichen Aufwendungen des Betreuers auch ohne Nachweis mit 25 % der Pauschale anzuerkennen. Nach Abzug von €80.75 (= 25% von € 323.-) bleibt dann eine Restsumme von € 242.25 übrig, die niedriger als die Steuerfreigrenze von € 256.- ist. So ist für ehrenamtliche Betreuer/innen die Steuerfreiheit gewährleistet, wenn sie nur **eine** rechtliche Betreuung führen.

Zum Kindergeldanspruch

Eltern und ihnen gleichgestellte Angehörige erhalten nach § 32 EStG Kindergeld ohne altersmäßige Begrenzung, wenn deren behinderte oder von ihnen betreute Kinder wegen geistiger, körperlicher oder psychischer Behinderung **außerstande sind, sich selbst zu unterhalten**. Voraussetzung dafür ist, dass die Behinderung vor Vollendung des 27. Lebensjahres eingetreten ist. Gleichzeitig ist zu beachten, dass die Einkünfte und Bezüge des behinderten Kindes die festgelegte Grenze, die, abgesehen vom Grundbetrag in Höhe von €7.680.-, individuell verschieden ist, nicht überschritten wird.

Aus gegebenem Anlass weisen wir darauf hin, dass von der Summe der Einkünfte und der Bezüge die **Sozialversicherungsbeiträge** abgezogen werden können. Das Brutto der Einkünfte und der Bezüge kann, wenn es knapp über der errechneten Grenze liegt, aber nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge darunter liegen, so dass ein Anspruch auf Kindergeld geltend gemacht werden kann. Die Berechtigung hierzu hat das BVerfG bereits vor einigen Jahren in einem einschlägigen Urteil (Az.: 2 BvR 167/02) bestätigt.

Grundsicherung und Anrechnung von Kindergeld

Aus gegebenem Anlass äußern wir uns erneut zu dieser Frage. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass **das Kindergeld Einkommen der Eltern** ist. Dies hat der BFH in seinen Urteilen vom 14. Oktober 1999 ohne Einschränkung festgelegt. Infolgedessen kann es auch nicht auf **die Grundsicherung** angerechnet werden, **wenn sie eine Sozialleistung an den Leistungsberechtigten** (hier die Eltern bzw. ihnen gleichgestellte Sorgeberechtigte) ist. Alle diesbezüglichen Bescheide, die dies nicht beachten, sind daher nicht rechtskonform.

Die **Situation ist aber anders**, wenn die Eltern oder Sorgeberechtigten **das Kindergeld auf das Konto ihres Betreuten übergeleitet haben**. **In dem Augenblick**, in dem das Kindergeld auf dem Konto des Betreuten erscheint, **wird es Einkommen des Betreuten**. Dies ist die gültige Rechtsprechung des BFH. Alle Einlassungen und Widersprüche sind in diesen Fällen vergeblich. Man sollte daher grundsätzlich darauf achten, dass das Kindergeld nicht auf ein Konto des behinderten Betreuten überwiesen wird.

Abschläge bei der Erwerbsminderungsrente (EU – Rente) sind rechtens

Das BSG hat hierzu ein z.Z. abschließendes Urteil gefällt. Abschläge bei der Erwerbsminderungsrente sind auch bei Rentnern unter 60 Jahren rechtmäßig. Diese Entscheidung beruht auf dem einhelligen Urteil des 5. und des 13. Senats des BSG, die seit einiger Zeit für Rentenfragen zuständig sind.

Diese Entscheidung beruht auf der seit 2001 bestehenden gesetzlichen Vorschrift, dass Erwerbsminderungsrentner Abschläge hinnehmen müssen, wenn sie noch nicht das 63. (inzwischen das 65.) Lebensjahr vollendet haben. Er beträgt 0,3 % für jeden Monat, für den die Rente nach Vollendung des 60. (nun 62.) Lebensjahres und vor Vollendung des 63. (nun 65.) Lebensjahres beansprucht wird. Demnach kann sich der Abschlag auf höchstens 10,8 % (36 x 0,3 %) belaufen.

In vielen Fällen wurde jedoch die Altersrente bereits von unter 60jährigen beansprucht. Die Rentenversicherungsträger haben auch in diesen Fällen einen Abschlag von 10,8 % vorgenommen. Auf Grund vieler Einsprüche und Überprüfungsanträge (110 000) hatte der 4. Senat des BSG entschieden, dass die Abschläge nicht zulässig sind, wenn der Erwerbsminderungsrentner unter 60 Jahre alt ist (Urteil vom 16.06.2006 Az.: B 4 RA 22/05 R).

Wie oben bereits dargelegt, ist inzwischen nicht mehr der 4. Senat, sondern der 13. zusammen mit dem 5. Senat des BSG für Rentenfragen zuständig. Beide haben leider das Urteil des 4. Senats nicht bestätigt (Az.: B 5 R 32/07 R, B 5 R 88/07, B 5 R 98/07 R und B 5 R 140/07 R).

Einer der Sozialverbände, die die Verfahren als Musterverfahren unterstützen, beabsichtigt, Verfassungsbeschwerde einzulegen. Dazu müssen jedoch erst die Begründungen des BSG veröffentlicht sein.

Handlungsbedarf bei behinderten Menschen im Krankenhaus

„Wir haben dringenden Handlungsbedarf, um die Situation behinderter Menschen im Krankenhaus zu verbessern.“ Dies teilte die NRW Landesbeindertenbeauftragte Angelika Gemkow in einer Pressekonferenz vom 23.10. mit. Die behinderten Menschen „sind vom Personalabbau im Krankenpflegebereich besonders hart getroffen. Durch die `Pfleger im Laufschrift´ bleibt oft keine Zeit, während eines Krankenhausaufenthaltes auf die besonderen persönlichen Bedürfnisse behinderter Menschen einzugehen.“ Hier müsse sofort Abhilfe geschaffen werden, erklärte Frau Gemkow als Fazit der unter ihrem Vorsitz stattgefundenen Sitzung des Landesbeindertenbeirats mit dem Schwerpunkt Thema: „Behinderung und Krankenhaus“.

Immer wieder schilderten behinderte Menschen ihre Erlebnisse im Krankenhaus, das ohnehin häufig überlastete Pflegepersonal sei nicht auf behinderte Menschen eingestellt, es käme zu Problemen in der Versorgung und Behandlung. Unerfahrenheit und fehlende Informationen im Umgang mit den ganz unterschiedlichen Hilfebedarfen behinderter Menschen kämen hinzu.

Die Verantwortlichen im Gesundheitswesen fordert Frau Gemkow auf, die besondere Situation der behinderten Menschen in unseren Krankenhäusern kurzfristig zu verbessern und die Mängel zum Thema zu machen. Aus ihrer Sicht müssten vier Punkte schnellstmöglich umgesetzt werden:

- Bei der Aufnahme in ein Krankenhaus muss der behinderungsbedingte Bedarf des behinderten Menschen immer abgefragt werden.
- In jedem Krankenhaus muss ein fachkompetenter Ansprechpartner benannt werden, an den sich das Pflegepersonal bei Fragen wenden kann.

- Die besondere Pflege und Behandlung behinderter Menschen gehört in jede Aus- und Weiterbildung. Dabei müssen die Krankenhäuser die Behindertenorganisationen einbeziehen. Sie sind Fachleute in eigener Sache. Ihre spezielle Kompetenz muss in Rahmenempfehlungen und Schulungskonzepte einfließen.
- Behinderte Menschen mit einer persönlichen Assistenz im Lebensalltag müssen diese bei Bedarf auch im Krankenhaus zur Verfügung stehen.

Wir begrüßen diesen Vorstoß von Frau Gemkow und des Landesbehindertenbeirats als eine Forderung, die schon längst in den Gremien der Angehörigenvertretungen diskutiert wird, aber bisher in der Öffentlichkeit kaum ein Echo gefunden hat, obwohl es ein so dringendes, für Menschen mit Behinderung existenzielles Problem darstellt.

Wir danken Frau Gemkow für ihren Einsatz und hoffen, ja erwarten, dass dieser Vorstoß nicht nutzlos verhallt, sondern von der Politik auch zügig aufgegriffen wird.

Minister Karl-Josef Laumann zum Ambulant Betreuten und stationären Wohnen

Auf der Fachtagung „Selbständiges Wohnen behinderter Menschen“ am 24. September lobte der Minister die Erfolge des Umbauprozesses in der Behindertenhilfe zu mehr ambulanten Wohnformen. Den Landschaftsverbänden und der Freien Wohlfahrtspflege sei es gelungen, die Zahl der behinderten Menschen, die betreut in den eigenen vier Wänden lebten, von 15 000 (in 2004) auf 26 400 (in 2007) zu steigern. 11 000 Menschen mit Behinderung mehr hätten nun die Möglichkeit, ihre Lebens- und Wohnformen selbst zu gestalten. Die Landschaftsverbände kalkulierten mit 40 bis 60 Euro pro Tag für das ambulant betreute Wohnen – deutlich weniger als die 100 Euro, die ein Wohnheimplatz pro Tag koste. Dadurch hätten sie für die Kommunen zurzeit schon Mehrausgaben von 40 – 50 Millionen Euro pro Jahr gespart.

Er betonte aber auch: „Ambulant betreutes Wohnen darf nicht zum Zwang werden. Behinderte Menschen müssen wählen können, ob sie lieber in einer stationären Einrichtung wohnen (wollen) oder ob sie alternativ betreute Wohnformen bevorzugen“

Mitteilungen aus dem Landesverband

In der Sitzung der gAg des LVEB vom 17. Mai 2008 hat Herr Wilhelm Büker, der langjährige Sprecher des LVEB, aus persönlichen Gründen seinen Rücktritt vom Amt des ersten Sprechers des LVEB erklärt. Der Verband hat ihm für seine jahrelange Arbeit für die Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung und deren Angehörigen herzlich gedankt. Nach einer kurzen Ansprache übergab er der gAg zur Weitergabe an seinen Nachfolger als 1. Sprecher einen in den Freckenhorster Werkstätten (Ahlen) angefertigten großen Staffelstab und für den 2. Sprecher einen kleineren. Herr Büker ist weiterhin Mitglied der gAg. Wie bisher so bleibt er 1. Sprecher der Freckenhorster Werkstätten und Mitglied des Eltern-, Angehörigen- und Betreuerbeirats der Caritas – Wohnstätte in Enigerloh.

Nach Vorgesprächen in den letzten Sitzungen der gAg kandidierte Herr Elias Hadjiandreu für den 1. Sprecher. Die Wahl erfolgte einstimmig. Herr Hadjiandreu ist erster Sprecher des Eltern-, Angehörigen- und Betreuerbeirats der Lebenshilfe – Werkstätten Wuppertal und der angeschlossenen Wohnstätten der Lebenshilfe.

Zum stellvertretenden Sprecher wurde Herr Theo Eichberg gewählt. Herr Eichberg ist 1. Vorsitzender des Eltern-, Angehörigen- und Betreuerbeirats der Reha – Betriebe Erftland gGmbH mit zwei Werkstätten, eine in Bergheim und eine in Brühl – Vochem und stellvertretender Vorsitzender der „Perspektive Rhein – Erft – Kreis e.V.“, die sich um Freizeitangebote für geistig und mehrfach behinderte Menschen bemüht.

Die Geschäftsführung bleibt weiterhin in den bewährten Händen von Herrn Wolfgang Helms, Nordkirchen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr LVEB

Abkürzungen:	BA	Bundesagentur für Arbeit
	BBB	Berufsbildungsbereich
	BFH	Bundesfinanzhof
	BGH	Bundesgerichtshof
	BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
	BVerfG	Bundesverfassungsgericht
	EStG	Einkommensteuergesetz
	GEZ	Gebühreneinzugszentrale
	GSiG	Grundsicherungsgesetz
	gAg	Geschäftsführende Arbeitsgruppe des LVEB
	LSG	Landessozialgericht
	LVEB	Landesverband der Eltern-, Angehörigen- und Betreuerbeiräte
	LVR	Landschaftsverband Rheinland
	LWL	Landschaftsverband Westfalen – Lippe
	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
	PflegeVG	Pflegeversicherungsgesetz
	PfWG	Pflege - Weiterentwicklungsgesetz
	RdL	Rechtsdienst der Lebenshilfe
	SG	Sozialgericht
	SGB V	Sozialgesetzbuch V: Gesetzliche Krankenversicherung
	SGB IX	Sozialgesetzbuch IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
	SGB XI	Sozialgesetzbuch XI: Pflegeversicherungsgesetz
	SGB XII	Sozialgesetzbuch XII: Sozialhilferecht