

BLVN Seniorenvertretung

Aktuelle Informationen

Ellernstraße 38
30175 Hannover
Telefon: (0511) - 324073
Telefax: (0511) - 3632203

Internet: www.blv-nds.de
E-Mail: info@blv-nds.de

Peter Bahr Steinweg 18 21335 Lüneburg 04131-46977 bahr-lueneburg@t-online.de

Nr. 134

NOVEMBER 2019

Themen dieser Ausgabe:

1. Verhinderungspflege (Urlaubs-/Krankheitsvertretung)
 2. Kein Unfallversicherungsschutz für Mitglieder/Ehrenamtliche
 3. Besteuerung von Geldzuwendungen im Zusammenhang mit nachbarschaftlichen Hilfeleistungen im Bereich Pflege
 4. Stärkung des Ehrenamtes durch zusätzliche steuerliche Anreize
 5. Zuschuss für Rentner die freiwillig krankenversichert sind
 6. Zuzahlungsbefreiung
 7. Erbe ausschlagen?
 8. Lücken der Pflegeversicherung
-

1. Verhinderungspflege (Urlaubs-/Krankheitsvertretung)

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit oder aus anderen Gründen vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr, die sogenannte Verhinderungspflege, wenn die pflegebedürftige Person mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht jedoch erst, nachdem die Pflegeperson den pflegebedürftigen Menschen mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Wird die Verhinderungspflege von Personen sichergestellt, die nicht mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, beläuft sich die Leistung auf bis zu 1.612 Euro je Kalenderjahr.

Wird die Ersatzpflege durch nahe Angehörige oder Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft leben, nicht erwerbsmäßig sichergestellt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse grundsätzlich den 1,5 fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nicht überschreiten. Wenn in diesem Fall notwendige Aufwendungen der Ersatzpflegeperson (zum Beispiel Fahrkosten oder Verdienstausschluss) nachgewiesen werden, kann die Leistung auf bis zu insgesamt 1.612 Euro aufgestockt werden.

Insgesamt dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag von 1.612 Euro nicht überschreiten.

Es gilt:

- Bei einem Pflegegrad **1** werden die Kosten nicht erstattet.
- Bei einem Pflegegrad **2 - 5** werden bis zu 1.612 Euro für eine notwendige Ersatzpflege für den Zeitraum von maximal 6 Wochen pro Kalenderjahr erstattet.

Quelle: Bundesgesundheitsministerium

2. Kein Unfallversicherungsschutz für Mitglieder/Ehrenamtliche

Beschluss:

Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen
(Beschluss vom 28. August 2019 – L 6 U 78/18)

Celle, den 27. September 2019

Wer das Gelände eines Sportvereins instand hält, ist nur unter besonderen Umständen wie ein Arbeitnehmer versichert.

Wo die Grenze zur üblichen Vereinsarbeit verläuft, hat das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (LSG) in einer aktuellen Entscheidung klargestellt.

Geklagt hat ein Vereinsmitglied. Es hat mit anderen Vereinsmitgliedern im Rahmen der üblichen Winterarbeit einen Baum gefällt und wurde von einem schweren Ast des im Wege stehenden Baumes getroffen und erlitt ein Polytrauma.

Die gesetzliche Unfallversicherung lehnte die Anerkennung eines Arbeitsunfalls ab, da die Tätigkeit als satzungsgemäße Arbeitsstunde des Vereinsmitglieds zu bewerten sei.

Das Mitglied war der Meinung, dass es als sog. „Wie-Beschäftigter“ versichert sei, da die Arbeiten sehr gefährlich gewesen seien und eine besondere Fachkunde erfordert hätten.

Das LSG hat die Rechtsauffassung der Unfallversicherung bestätigt, da die unfallbringende Tätigkeit mitgliederschäftlich und nicht arbeitnehmerähnlich geprägt gewesen sei. Die Arbeiten seien nicht über die normalen Pflichten als Vereinsmitglied hinausgegangen, denn nach der Vereinsatzung hätten die Mitglieder 60 Arbeitsstunden pro Jahr u.a. in Form von Platz- und Wegearbeiten auszuführen, wozu ausdrücklich auch der Rückschnitt von Büschen sowie das Fällen und Zersägen von Bäumen gehören würden. Solche Arbeiten würden auch von mehreren Mitgliedern erledigt. Eine andere rechtliche Beurteilung könne sich nur ergeben, wenn Sonderaufgaben ausgeführt würden, die über die geregelten Arbeiten aus der Vereinsatzung hinausgingen.

Quelle: LSG

3. Besteuerung von Geldzuwendungen im Zusammenhang mit nachbarschaftlichen Hilfsleistungen im Bereich Pflege

Urteil:

Niedersächsisches Finanzgericht
Az. 9 K 101/18 – Urteil vom 26.06.2019

1. Es geht um nachbarschaftliche Hilfeleistungen, die nach dem Gesamtbild der Umstände nicht mit Pflegetätigkeiten gleichzusetzen sind. Sie werden typischerweise im Rahmen eines Leistungsaustausches gegen Entgelt erbracht bzw. lösen eine Gegenleistung aus, können der einkommensteuerlich unbeachtlichen Privatsphäre zuzuordnen sein.
2. Von dem Bereich der steuerbaren sonstigen Leistung sind die Fälle zu unterscheiden, in denen tatsächlich keine erwerbswirtschaftlichen Zwecke, sondern private Motive (im Streitfall: langjährige Nachbarschaft und freundschaftliche Verbundenheit) für das Verhalten des Steuerpflichtigen entscheidend sind.
3. Eine erst nachträglich (im Streitfall: 8 Jahre nach Beginn der Hilfeleistungen) gezahlte „Vergütung“ für zuvor erbrachte nachbarschaftliche Hilfeleistungen kann in einem solchen Fall als unentgeltliche Zuwendung (Schenkung) zu werten sein.

Quelle: Niedersächsisches Finanzgericht

4. Stärkung des Ehrenamtes durch zusätzliche steuerliche Anreize

Beschluss der Finanzministerinnen und Finanzminister vom 05.09.2019

- Anhebung der sog. Übungsleiterpauschale um 600 Euro auf 3.000 Euro jährlich und der Ehrenamtspauschale um 120 Euro auf 840 Euro.
- Wer zum Beispiel in Sportvereinen oder kulturellen Einrichtungen ehrenamtlich tätig ist, soll künftig einen höheren Betrag steuerfrei als Aufwandsentschädigung bzw. Vergütung erhalten dürfen.
- Auch die Grenze, bis zu der ein vereinfachtes Verfahren für die Bestätigung von Spenden gilt, soll von 200 Euro auf 300 Euro erhöht werden.
- Darüber hinaus soll die Freigrenze für die nicht der Körperschaft- und Gewerbesteuer unterliegenden Einnahmen aus wirtschaftlichen Geschäftsbetrieben, die keine Zweckbetriebe

sind, von 35.000 Euro auf 45.000 Euro angehoben werden. Dies entlastet insbesondere kleinere Vereine und die für solche Vereine tätigen Ehrenamtlichen von übermäßigen steuerlichen Verpflichtungen.

Quelle: Nds. Finanzministerium

5. Zuschuss für Rentner die freiwillig krankenversichert sind

Rentner, die freiwillig krankenversichert sind, können einen Zuschuss zu ihrer Krankenversicherung beantragen. Dieser wird am besten gleich zusammen mit der Rente beantragt, rät die Deutsche Rentenversicherung.

Die Höhe des Zuschusses zur Rente hängt vom allgemeinen Beitragssatz zur Krankenversicherung und dem Zahlbetrag der Rente ab. Dieser Beitragssatz beträgt zurzeit 14,6 Prozent und wird zur Hälfte – in Höhe von 7,3 Prozent – von der Rentenversicherung übernommen. Dies gilt auch für den individuellen Zusatzbeitrag der Krankenkasse, der seit 2019 wieder paritätisch von den Versicherten und den Versicherungen getragen wird.

Beim Beitrag zur Pflegeversicherung wird unterschieden zwischen Arbeitnehmern und Rentnern. Während Arbeitnehmer nur die Hälfte der Kosten für die Pflegeversicherung zu zahlen haben, tragen Rentner diese in voller Höhe.

Wer privat krankenversichert ist, kann ebenfalls einen Zuschuss beantragen. Dieser wird zunächst wie bei freiwillig Versicherten berechnet. Er wird jedoch maximal in Höhe der Hälfte der Versicherungsprämie gezahlt.

Auch für Rentner, die in der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert sind, übernimmt die Rentenversicherung den Beitragsanteil in Höhe von 7,3 Prozent. Das erfolgt aber automatisch, ein Antrag ist hierfür nicht nötig.

Quelle: Deutsche Rentenversicherung

6. Zuzahlungsbefreiung

Sie stellen fest, dass über das Jahr die Zuzahlungen für Medikamente einen erheblichen Kostenaufwand darstellen und stellen auch fest, dass Sie mehr Medikamente für den Erhalt oder die Wiederherstellung Ihrer Gesundheit benötigen.

Damit Patienten durch die Zahlungen nicht übermäßig belastet werden, gibt es die Möglichkeit sich von den Zuzahlungen durch die Krankenkasse befreien zu lassen, es gibt Höchst- bzw. Belastungsgrenzen.

Eckpunkte:

- Die Belastungsgrenze liegt bei 2 Prozent der Bruttoeinkünfte zum Lebensunterhalt aller im Haushalt lebenden Personen pro Kalenderjahr, bei chronisch Kranken liegt sie bei 1 Prozent.
- Grundlage für die Berechnung ist die Summe aller gesetzlichen Zuzahlungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Um die Höchst- bzw. Belastungsgrenzen ausloten zu können, müssen Sie aktiv werden, indem Sie und alle im Haushalt mitlebenden Personen sämtliche quitierten Belege über geleistete Zuzahlungen sammeln und aufbewahren. Es gelten die gesetzlichen Zuzahlungen aller, die für die Ermittlung der Belastungsgrenze herangezogen werden.

Am Ende des Jahres überschlagen Sie alle Bruttoeinkünfte. Sollte sich herausstellen, dass die Summe der Zuzahlungsbeträge aller Beteiligten die oben erwähnten Prozentzahlen übersteigen, beantragen Sie eine Zuzahlungsbefreiung für das laufende Jahr.

Hierfür benötigt die Krankenkasse alle gesammelten quitierten Originalbelege und die Kopien der Einkommensnachweise aller im Haushalt lebenden Personen.

Die Krankenkasse stellt Ihnen nach der Prüfung und Bewilligung eine Befreiungsbescheinigung aus und brauchen somit für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen zu leisten. Bereits zu viel geleistete Zuzahlungen werden Ihnen erstattet.

Bei Versicherten, denen der Arzt eine chronische Erkrankung bescheinigt hat und keine Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten ist, zum Beispiel bei Pflegebedürftigkeit, können die Krankenkassen nach Rücksprache auf einen jährlichen Nachweis verzichten. Chronisch Kranke reichen die Bescheinigung über die Dauerbehandlung zur Befreiung auf Zuzahlung bei der Krankenkasse ein.

Zu beachten ist, dass die Krankenkasse Sie nicht automatisch benachrichtigt, wenn Sie die persönliche Belastungsgrenze erreicht haben und den Antrag auf Zuzahlungsbefreiung doch stellen sollten! Ihr fehlen ganz einfach die vorher erwähnten Angaben zur häuslichen Situation.

Quelle: Verbraucherzentrale

7. Erbe ausschlagen?

Hinterbliebene können ein Erbe ausschlagen. Doch was passiert, wenn sie die Entscheidung bereuen?

Eine aktuelle Gerichtsentscheidung zeigt eine Handlungsmöglichkeit.

Urteil:

Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf

Az.: 3 Wx 166/17

Das Oberlandesgericht hat entschieden, dass Betroffene dann eine Ausschlagung anfechten und damit rückgängig machen können.

Der Fall:

Ein Mann war ohne Testament gestorben. Nach dem Gesetz erbten daher seine Witwe und die beiden gemeinsamen Kinder.

Diese wollten jedoch, dass nur ihre Mutter erbt und sie selbst erst nach deren Tod an die Reihe kommen. Aus diesem Grund schlugen sie das Erbe aus.

Die Folge:

Hierdurch wurde die Mutter nur zu drei Vierteln Erbin, das restliche Viertel erhielt nach der gesetzlichen Regelung der Bruder des Verstorbenen. Zusammen mit seinem eigenen Vermögen könnte er das geerbte restliche Viertel später an seine Erben weitervererben.

Davon hatten die Kinder des Verstorbenen nichts gewusst. Dazu kam, dass der Notar, der die Ausschlagung beurkundete, den Kindern sagte, dass der Onkel kein Problem darstellen würde.

Die Kinder fochten daraufhin ihre eigene Ausschlagung an. Mit Erfolg, wie die Richter urteilten.

Irrt sich jemand bei der Ausschlagung beachtlich, kann er sie anfechten und damit ungeschehen machen.

Im verhandelten Fall ging es den Kindern darum, mit ihrer Ausschlagung zu lenken, wer ihren Erbteil erhalten würde. Da sich ihre Vorstellung nicht mit der wahren Rechtslage deckte, war eine Anfechtung möglich. Dadurch werden die Mutter und die beiden Kinder Erben und schließen damit den Onkel aus.

Quelle: Arbeitsgemeinschaft Erbrecht des Deutschen Anwaltsvereins (DAV)

8. Lücken der Pflegeversicherung

Die sogenannte „Pflegelücke“ ist in diesem Jahr erneut deutlich angestiegen: Inzwischen beträgt der durchschnittliche Eigenanteil, den Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen bei einer Unterbringung in einem Heim selbst tragen müssen, bundesweit etwa 1.928 Euro. Vor einem Jahr waren es noch etwa 115 Euro weniger. Das zeigt eine Auswertung der Pflegedatenbank des PKV-Verbandes, in der die Daten von mehr als 11.000 der insgesamt etwa 13.000 vollstationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland erfasst sind.

Die Auswertung der PKV-Datenbank basiert auf den Vergütungsvereinbarungen zwischen gesetzlichen Pflegekassen und Heimen. Diese Vereinbarungen gelten für privat und gesetzlich Versicherte gleichermaßen. Denn anders als in der Krankenversicherung ist der Leistungsanspruch in der Pflegeversicherung für gesetzlich und privat Versicherte gleich.

Vergleicht man die einzelnen Bundesländer, so zeigt die Auswertung deutliche regionale Unterschiede beim zu zahlenden Eigenanteil.

Am meisten müssen die Pflegebedürftigen in Nordrhein-Westfalen selbst zuschießen: Hier lag der Eigenanteil zum 1. September 2019 bei 2.406 Euro. Danach kommen das Saarland mit 2.301 Euro und Baden-Württemberg mit 2.250 Euro.

Am wenigsten bezahlen Pflegebedürftige in Mecklenburg-Vorpommern mit 1.346 Euro, Sachsen mit 1.350 Euro und Sachsen-Anhalt mit 1.401 Euro.

Im Gegensatz zur Regelung vor der Pflegereform 2017 ist der zu zahlende Eigenanteil nicht mehr abhängig vom Pflegegrad. Stattdessen setzt er sich zusammen aus dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) für die pflegebedingten Kosten der Pflegegrade 2 bis 5, den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie den Investitionskosten.

Quelle: PKV
