

Information

Neue Beitragsbemessungsgrenzen und andere Sozialversicherungs-Rechnungsgrößen

Auch in 2005 gibt es neue Rechengrößen in der Sozialversicherung. Die Tabelle gibt einen Überblick über die in 2005 geltenden Zahlen und Beitragsbemessungsgrenzen .

Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten

Beitragsbemessungsgrenze West: 5.200 Euro/Monat (62.400 Euro/Jahr)

Beitragsbemessungsgrenze Ost: 4.400 Euro/Monat (52.800 Euro/Jahr)

Rentenversicherung der Bundesknappschaft

Beitragsbemessungsgrenze West: 6.400 Euro/Monat (76.800 Euro/Jahr)

Beitragsbemessungsgrenze Ost: 5.400 Euro/Monat (64.800 Euro/Jahr)

Kranken- und Pflegeversicherung

Beitragsbemessungsgrenze West: 3.525 Euro/Monat (42.300 Euro/Jahr)

Beitragsbemessungsgrenze Ost: 3.525 Euro/Monat (42.300 Euro/Jahr)

Versicherungspflichtgrenze West: 3.900 Euro/Monat (46.800 Euro/Jahr)

Versicherungspflichtgrenze Ost: 3.900 Euro/Monat (46.800 Euro/Jahr)

Für Arbeitnehmer, die bereits am 31.12.2002 aufgrund der zu diesem Zeitpunkt geltenden Regelungen wegen des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei waren (PKV-Versicherte), gilt 2005 für die Versicherungspflicht die Jahresarbeitsentgeltgrenze von 42.300 Euro/Jahr (Ost und West). Dieser Wert ist identisch mit der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bezugsgröße

Die Bezugsgröße, die für viele Werte in der Sozialversicherung Bedeutung hat - z.B. in der gesetzlichen Krankenversicherung für die Festsetzung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für freiwillige Mitglieder sowie für das Mindestarbeitsentgelt und in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Beitragsberechnung von versicherungspflichtigen Selbstständigen oder Pflbergerinnen - wird für das Jahr 2005 auf die gleichen Beträge festgesetzt wie für

Änderungen I

Das ändert sich im Bereich Rente

Beitragssatz bleibt stabil bei 19,5 Prozent

Der Beitragssatz in der gesetzlichen Rentenversicherung, der je zur Hälfte von Arbeitnehmer und Arbeitgeber getragen wird, bleibt 2005 stabil bei 19,5 Prozent.

Bewertung von (Hoch-) Schulausbildung sowie beruflicher Ausbildung

Mit dem Rentenversicherungs-Nachhaltigkeitsgesetz hat der Gesetzgeber die künftige Bewertung und Anrechnung von Schul- und Ausbildungszeiten neu geregelt.

Schrittweiser Abbau der Bewertung von (Hoch-)Schulausbildung



Bestell-Nr.: [A 815](#)

Bisher werden bis zu drei Jahre der schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres rentenrechtlich bewertet. Diese Zeiten werden mit einer vierjährigen Übergangsregelung zukünftig als unbewertete Anrechnungszeit ausgestaltet, soweit es sich um einen Schul- oder Hochschulbesuch handelt. Das heißt: Bei Neurentnern, die im Januar 2005 in Rente gehen, wird die Schul- oder Hochschulausbildung bis zu drei Jahren noch zu maximal 75 Prozent des Durchschnittsentgelts rentenrechtlich bewertet; bei Rentenbeginn im Februar 2005 sind es noch 73,44 Prozent. Die rentenrechtliche Bewertung nimmt dann in monatlichen Schritten bis zum 31. Dezember 2008 ab. Ab 2009 erfolgt keine Bewertung mehr. Nicht betroffen sind Zeiten eines Fachschulbesuchs und der Teilnahme an einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme. Diese Zeiten werden bis zu drei Jahre mit maximal 75 Prozent des Durchschnittsentgelts bewertet.

Damit wird die bisherige rentenrechtliche Besserstellung von Versicherten mit Zeiten akademischer Ausbildung nach dem 17. Lebensjahr beseitigt, die - bei typisierender Betrachtung - bereits durch ihre Ausbildung und die damit im Regelfall einhergehenden besseren Verdienstmöglichkeiten überdurchschnittliche Rentenanwartschaften aufbauen können. Beispielsweise hatte der Durchschnittsarbeitnehmer mit Lehre im Jahr 1998 ein Brutto-Monatseinkommen von 1.480 Euro, während ein durchschnittlicher Akademiker auf einen Brutto-Monatsverdienst von 2.299 Euro kam.

Höherbewertung der ersten 36 Kalendermonate mit Pflichtbeitragszeiten nur noch bei tatsächlicher beruflicher Ausbildung

Im Zeitraum, in dem die ersten 36 rentenrechtlichen Pflichtbeiträge gezahlt werden, führen künftig nur noch Zeiten einer tatsächlichen Berufsausbildung zu einer Höherbewertung, nicht wie bisher pauschal der ganze Zeitraum. Mit einer vierjährigen Übergangsregelung entfällt ab 1. Januar 2005 die bisherige pauschale Anhebung der ersten 36 Pflichtbeiträge. Das heißt: Bei anderen Zeiten als einer Berufsausbildung, zum Beispiel Aushilfstätigkeiten, entfällt die Höherbewertung.

Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung

Die Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung bringt mehr Wirtschaftlichkeit, mehr Effektivität und mehr Bürgernähe. Der Vorteil des neuen Systems ist, dass durch die Zuordnung der Auskunft- und Beratungsstellen zu den Landesversicherungsanstalten alle Versicherten orts- und bürgernah nur noch eine Ansprechstelle haben.

Die Neuregelungen zum 1. Januar 2005:

- Die überholte Unterscheidung zwischen Arbeiterrentenversicherung und Angestelltenversicherung wird aufgegeben und durch einen einheitlichen Versichertenbegriff im Rahmen der allgemeinen Rentenversicherung ersetzt.
- Für die Arbeitgeber bedeutet dies eine Entlastung, weil nur noch ein einheitlicher Rentenversicherungsbeitrag ohne Kennzeichnung an die Einzugsstellen abgeführt wird.
- Für die Rentenversicherungsträger werden stabile Rahmenbedingungen geschaffen, weil die Zuständigkeit für neue Versicherte im Rahmen der zentralen Vergabe der Versicherungsnummer nach einer festen Quote zwischen den Regionalträgern (55 Prozent), der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (40 Prozent) sowie der Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse (zusammen 5 Prozent) festgelegt wird.

Zusätzliche Altersvorsorge

Mit dem Alterseinkünftegesetz treten zum 1. Januar 2005 Neuerungen in Kraft, die die zusätzliche Altersvorsorge noch attraktiver machen. Mit der Einführung der Riester-Rente bei der Rentenreform 2001 wurde eine positive Entwicklung in Gang gesetzt. Bei den Bürgern entwickelt sich zunehmend das Bewusstsein, dass sie selbst für ihre zusätzliche Altersvorsorge aktiv werden müssen. Über 15 Millionen Beschäftigte haben Anwartschaften auf eine Betriebsrente. Rund 4,2 Millionen Bürgerinnen und Bürger haben einen Riester-Vertrag abgeschlossen. Damit haben bereits rund 20 Millionen Menschen zusätzlich fürs Alter vorgesorgt.

Die Änderungen im Einzelnen:

Die private "Riester-Rente"

- Berechtigte müssen künftig nicht mehr jährlich einen neuen Zulagenantrag stellen. Sie können ihre Anbieter bevollmächtigen, für sie den Zulagenantrag auf elektronischem Wege zu stellen. Eine entsprechende Bevollmächtigung des Anbieters kann bereits bei Vertragsabschluss erteilt werden und gilt bis auf Widerruf. Das papierlose Dauerzulageverfahren ist wesentlich unbürokratischer und damit bürgerfreundlicher.
- Die Zahl der Kriterien, die eine Riester-Rente erfüllen muss, verringert sich ab Januar von elf auf fünf. Unter anderem wird künftig eine Einmalauszahlung in Höhe von 30 Prozent des Kapitals gesetzlich zugelassen. Dadurch gewinnen die Riesterprodukte an Flexibilität und Attraktivität.
- Der Verbraucherschutz wird verbessert. Im Rahmen der vorvertraglichen Informationspflichten müssen die Anbieter künftig Angaben über die Anlagemöglichkeiten, die Struktur des Portfolios und das Risikopotential machen. Außerdem ermöglichen obligatorische Standardberechnungen seitens der Anbieter den Verbrauchern einen besseren Produktvergleich.
- Für Altersvorsorgeverträge, die nach dem 1.1.2006 abgeschlossen werden, sind geschlechtsneutrale Tarife, so genannte "Unisex-Tarife" vorgeschrieben. Dies stellt sicher, dass Frauen und Männer bei gleichen Beiträgen auch die gleichen monatlichen Leistungen erhalten.
- Bei geringerem Einkommen und hohem Zuzahlungsanspruch kann es passieren, dass bereits allein die Zulagen vier Prozent des sozialversicherungspflichtigen Einkommens erreichen oder übersteigen. Dann muss - um die volle Zulage zu erhalten - dennoch ein Sockelbetrag als Mindestbeitrag geleistet werden. Dieser Sockelbetrag, der sich bisher nach der Zahl der Kinder richtete, wird vereinheitlicht. Ab Januar beträgt er einheitlich 60 Euro.

- Im Jahr 2005 müssen zwei Prozent des sozialversicherungspflichtigen Vorjahreseinkommens in einen Riester-Vertrag eingezahlt werden, um die volle staatliche Förderung zu erhalten. Der Staat unterstützt dabei den Zulagenberechtigten mit 76 Euro. Paare bekommen 152 Euro Zulage, wenn der Zulagenberechtigte und der Ehepartner jeweils einen eigenen Riester-Vertrag abschließen. Für jedes Kind gibt es zusätzlich 92 Euro. Eine Familie mit zwei Kindern und einem Einkommen von 30.000 Euro/Jahr muss demnach einen Eigenbetrag von 264 Euro aufbringen und vom Staat gibt es 336 Euro hinzu. Das ergibt 600 Euro, also zwei Prozent von 30.000 Euro/Jahr. Darüber hinaus kann der gesamte Versorgungsaufwand (im Beispiel wären es 600 Euro) steuerlich geltend gemacht werden. (Maximal können 2005 1.050 Euro steuerlich geltend gemacht werden). Ist der Steuervorteil höher als die Gesamtzulage, erstattet das Finanzamt mit der Einkommenssteuererklärung den Differenzbetrag.

Die betriebliche Altersversorgung

- Durch die durchgängige Einführung der nachgelagerten Besteuerung wird das System der betrieblichen Altersversorgung auf lange Sicht einfacher, vergleichbarer und damit verbraucherfreundlicher. So sind künftig auch die Beiträge für eine Direktversicherung - wie derzeit bereits Zahlungen an eine Pensionskasse oder einen Pensionsfonds - bis zu einer Grenze von vier Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (2005: 2.496 Euro) steuerfrei. Das gilt aber aus Gründen des Vertrauensschutzes nur für die ab Januar 2005 getroffenen Zusagen. Diese neue Möglichkeit kommt vor allem Kleinbetrieben entgegen. Die 2.496 Euro sind darüber hinaus sozialabgabenfrei. Für Beiträge, die im Wege der Entgeltumwandlung finanziert werden, gilt dies allerdings nur noch bis Ende 2008. Danach werden sie sozialabgabenpflichtig. Für neu erteilte Versorgungszusagen wird außerdem der Förderrahmen ab 2005 um weitere 1.800 Euro erweitert. Somit können ab Januar bei Neuzusagen insgesamt 4.296 Euro für die betriebliche Altersversorgung steuerfrei eingesetzt werden.
- Mit dem Alterseinkünftegesetz werden die Mitnahmemöglichkeiten erworbener Betriebsrentenanwartschaften bei einem Arbeitgeberwechsel erheblich verbessert. Die neuen Regelungen tragen den Ansprüchen einer mobilen Gesellschaft und den daraus resultierenden geänderten Erwerbsbiografien besser Rechnung.
 - Bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses kann im Einvernehmen der Beteiligten die Betriebsrentenanwartschaft des Arbeitnehmers künftig weitgehend problemlos auf den neuen Arbeitgeber übertragen werden. In bestimmten Grenzen hat der Arbeitnehmer beim Arbeitgeberwechsel zudem das Recht, das für ihn gebildete Kapital in die Versorgungseinrichtung des neuen Arbeitgebers mitzunehmen. Dieses Recht gilt innerhalb eines Jahres nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses, wenn die betriebliche Altersversorgung über einen Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder eine Direktversicherung durchgeführt worden ist und das gebildete Kapital einen Höchstbetrag (derzeit 61.800 Euro) nicht übersteigt. Das Recht auf Mitnahme ist aus Vertrauensschutzgründen und aus Gründen der praktischen Durchführbarkeit auf Neuzusagen ab 2005 begrenzt.
- Die betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung setzt voraus, dass auch tatsächlich Entgelt gezahlt wird. Während der Elternzeit oder des Krankengeldbezugs ist das nicht der Fall. Künftig haben Beschäftigte deshalb das Recht, während dieser Zeiten eigene Beiträge zum Aufbau ihrer Betriebsrente zu leisten. Diese neue Regelung kommt besonders Frauen zugute, da die Elternzeit überwiegend von ihnen in Anspruch genommen wird.

Bestell-Nr.: [A 817](#)

das Jahr 2004.

Bezugsgröße West: 2.415 Euro/Monat (28.980 Euro/Jahr)

Bezugsgröße Ost: 2.030 Euro/Monat (24.360 Euro/Jahr)

Bezugsgröße in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: 2.415 Euro/Monat (28.980 Euro/Jahr)

Änderungen II

Das ändert sich im Bereich Gesundheit

Zahnersatz - befundbezogene Festzuschüsse

An die Stelle des bisherigen prozentualen Anteils der gesetzlichen Krankenkassen an den Kosten für Zahnersatz treten ab Januar 2005 befundbezogene Festzuschüsse. Befundbezogene Festzuschüsse stellen nicht auf die medizinische Versorgung im Einzelfall, sondern auf prothetische Regelversorgungen bei bestimmten Befunden ab. Mit der Einführung befundbezogener Festzuschüsse durch die Spitzenverbände der Krankenkassen wird sichergestellt, dass sich Versicherte für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden können, ohne den Anspruch auf den Festzuschuss zu verlieren. Die Regelversorgung orientiert sich dabei an medizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen.

Arzneimittel - Festbeträge

Damit auch in Zukunft die für die Patientinnen und Patienten wirklich wichtigen Innovationen im Arzneimittelbereich bezahlbar bleiben, hat der Gesetzgeber auch für patentgeschützte Arzneimittel Festbeträge eingeführt - soweit sie nicht einen therapeutischen Zusatznutzen beinhalten. Festbeträge sind in der gesetzlichen Krankenversicherung maximale Erstattungsbeträge für Arzneimittel. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für ein Medikament jeweils bis zu dem von den Spitzenverbänden der Krankenkassen dafür festgelegten Betrag. Die gesetzlichen Vorgaben sehen vor, dass eine ausreichende Auswahl von vergleichbaren Arzneimitteln unter oder zum Festbetrag zur Verfügung steht. Die Ärztin oder der Arzt kann also zwischen therapeutisch gleichwertigen und qualitativ hochwertigen Arzneimitteln auswählen. Verschreibt die Ärztin oder der Arzt ein Arzneimittel, dessen Preis über dieser Höchstgrenze liegt, zahlt der Versicherte die Differenz. Die Ärzte sind aber verpflichtet, den Versicherten vorab auf diese Differenzzahlung hinzuweisen. Die gesetzlichen Vorgaben stellen außerdem sicher, dass Hersteller, die erstmals neue Wirkstoffe oder neue Wirkprinzipien entwickeln, auch in Zukunft vom Festbetrag freigestellt bleiben, bis mindestens zwei weitere pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe auf den Markt kommen. Dadurch bleibt der Anreiz zur Entwicklung echter Innovationen nicht nur erhalten, sondern er wird gestärkt. Für folgende Gruppen hat der Gemeinsame Bundesausschuss Festbeträge festgelegt. Zum 1. Januar 2005 gelten also Festbeträge für:

- Protonenpumpenhemmer (gegen Magenbeschwerden),
- Statine (zur Cholesterinsenkung),
- Sartane (zur Blutdrucksenkung) und
- Triptane (gegen Migräne).

Allein aus diesen vier neuen Gruppen sind Einsparungen von jährlich rund 440 Millionen Euro zu erwarten. Im Laufe des Jahres 2005 wird der Gemeinsame Bundesausschuss weitere Gruppen festlegen, die dann gelten.

Fallpauschalen

Ab dem nächsten Jahr wird die Umstellung der Vergütung von Krankenhausleistungen auf Fallpauschalen *stufenweise* *direkt* *ökonomisch* *wirksam*. In den Jahren 2003 und 2004 ist in über 1.500 Akutkrankenhäusern ein neues Vergütungssystem eingeführt worden, bei dem die Krankenhausleistungen nicht mehr nach Tagessätzen, sondern in Abhängigkeit von der durchgeführten Behandlung vergütet

werden. Je Behandlungsfall wird eine Fallpauschale gezahlt, deren Höhe sich an der Schwere der Erkrankung (Diagnosen) und den gegebenenfalls durchgeführten Eingriffen (Prozeduren) bemisst. Dieses diagnoseorientierte Fallpauschalensystem (englisch Diagnosis Related Groups) wird im Jahr 2005 auch bei den rund 300 bisher noch nicht umgestellten Akutkrankenhäusern eingeführt.



Bestell-Nr.: [A 400](#)

Mit der Umstellung auf diese DRG-Fallpauschalen wird eine differenziertere Vergütung der Krankenhausleistungen erreicht. Ziel ist es, gleiche Preise für gleiche Leistungen zu bezahlen und die Verweildauer in Krankenhäusern auf das medizinisch notwendige Maß zu beschränken.

Das DRG-Vergütungssystem wurde in den Jahren 2003 und 2004 budgetneutral eingeführt. Es hat in dieser Zeit bereits den Wettbewerb um Qualität und Leistungen in der stationären Versorgung gestärkt. Krankenhäuser haben begonnen, ihre Leistungsstrukturen zu optimieren und besser zusammenzuarbeiten sowie ihre Kosten und die Verweildauern der Patienten zu senken.

Zum 1. Januar 2005 beginnt nun die sogenannte Konvergenzphase, in der die Fallpauschalen erstmals direkt ökonomisch wirksam werden. Die derzeit unterschiedlich hohen Krankenhausbudgets werden bis zum Jahr 2009 stufenweise auf ein landeseinheitliches Preisniveau angeglichen. Bei dieser leistungsorientierten Umstrukturierung werden Krankenhäuser Budgetanteile verlieren, andere Krankenhäuser Budgetzuwächse erhalten. Der mehrjährige Umstellungsprozess gibt den Krankenhäusern jedoch ausreichend Zeit, sich auf die neuen finanziellen Rahmenbedingungen einzustellen.

Hilfsmittel - Festbeträge

Ab 2005 gelten für Hilfsmittel wie orthopädische Einlagen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Sehhilfen, Inkontinenzhilfen und Stoma-Artikel bundesweit einheitliche Festbeträge. Sie wurden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschlossen. Damit erhalten die Versicherten in ganz Deutschland den gleichen Betrag von ihrer Krankenkasse für Hilfsmittel erstattet. Bis dahin gab es landesweit einheitliche Festbeträge mit großen Preisunterschieden. Warum wurden für eine Einlage zum Beispiel in Sachsen 41,41 Euro, in Nordrhein-Westfalen 44,48 Euro und im Saarland 53,17 Euro gezahlt? Nun erhalten alle Versicherten 46,64 Euro von ihrer Krankenkasse. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde die Festsetzung von bundeseinheitlichen Festbeträgen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen (Federführung durch den IKK-Bundesverband) beschlossen. Die Festbeträge ermöglichen den Versicherten eine eigenanteilsfreie Versorgung bei gleichzeitig anerkannter Qualität der Produkte. Denn es werden nur die Produkte im Hilfsmittelverzeichnis berücksichtigt, die die geltenden Qualitätsstandards erfüllen. Der technische Fortschritt wird dabei berücksichtigt.

Hinweis:

Für Hilfsmittel beträgt die Zuzahlung grundsätzlich zehn Prozent, mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. Windeln bei Inkontinenz) ist eine Zuzahlung von zehn Prozent, höchstens jedoch zehn Euro für den Monatsbedarf zu leisten. Diese gesetzliche Zuzahlung ist auch bei Hilfsmitteln zu leisten, für die Festbeträge bestehen.

Zuzahlungen für Heimbewohner

Um Härten für Heimbewohner mit Taschengeld zu vermeiden, hat der Gesetzgeber eine neue Regelung geschaffen, auf die sich das Bundessozialministerium, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kommunalen Spitzenverbände geeinigt haben. Künftig kann der Zuzahlungshöchstbetrag gleichmäßig auf das ganze Jahr verteilt werden. Das bringt den Heimbewohnern Vorteile. Der örtlich zuständige Sozialhilfeträger gibt ab 2005 den in Heimen lebenden

Sozialhilfeempfängern ein Darlehen in Höhe des jährlichen Zuzahlungshöchstbetrags. Das sind 82,80 Euro (79,40 Euro Ost) oder bei chronisch Kranken 41,40 Euro (39,70 Euro Ost). Die Beträge richten sich nach dem Regelsatz des Haushaltsvorstands und können je nach Bundesland etwas höher oder geringer ausfallen. Mit dem Darlehen ist der Zuzahlungshöchstbetrag für das ganze Jahr bezahlt. Das Geld bekommt unmittelbar die jeweils zuständige Krankenkasse. Die Rückzahlung des Darlehens erfolgt in kleinen Teilbeträgen über das gesamte Kalenderjahr. Die Teilbeträge werden jeden Monat direkt mit dem Barbetrag verrechnet, den jeder Sozialhilfeempfänger im Heim bekommt. Auf das Kalenderjahr verteilt ergibt sich daraus ein Betrag von 3,45 Euro (3,31 Euro Ost) im Monat. Nicht chronisch kranke Heimbewohner zahlen zwei Prozent des Eckregelsatzes von 345 Euro (331 Euro Ost), also 6,90 Euro (6,62 Euro Ost) im Monat. Im Jahr 2004 wurden Zuzahlungen zum Teil in kurzer Zeit fällig. Aufgrund von Arztbesuchen oder dem Erwerb von mehreren Medikamenten zum Jahresbeginn wurde manchen Heimbewohnern die Gesamtsumme von rund 72 Euro (oder 36 Euro bei Chronikern) in den ersten Wochen des Jahres vom Taschengeld abgezogen. Hierauf hat der Gesetzgeber reagiert.

Änderungen III

Das ändert sich in anderen Bereichen

Pflegeversicherung

Der Beitragssatz in der Pflegeversicherung liegt auch 2005 bei 1,7 Prozent. Zusätzlich zahlen kinderlose Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung unter 65 Jahren ab 1. Januar 2005 einen Beitragszuschlag von 0,25 Prozentpunkten.



Bestell-Nr.: [A 503](#)

Das Bundesverfassungsgericht hat den Gesetzgeber verpflichtet, die Kinderziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Mit dem Kinderberücksichtigungs-Gesetz hat der Gesetzgeber das Urteil umgesetzt. Kinderlose Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung zahlen ab 1. Januar 2005 neben dem je zur Hälfte vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu tragenden Pflegeversicherungsbetrag von 1,7 Prozent einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten (AG = 0,85 Prozent, AN ohne Kind = 0,85 Prozent + 0,25 Prozent). Mitglieder, die Kinder haben oder gehabt haben, werden also in der sozialen Pflegeversicherung auf der Beitragsseite relativ besser gestellt als solche ohne Kinder. Kinderlose Rentner, die vor dem Stichtag 1. Januar 1940 geboren sind (also die im Jahre 2005 über 65-Jährigen), werden von der Zuschlagspflicht ausgenommen. Ausgenommen sind auch Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II, Wehr- und Zivildienstleistende. Der erhöhte Beitrag ist nicht zu zahlen, wenn nachgewiesen wird, dass Kinder erzogen wurden oder werden. Berücksichtigt werden auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder. Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben gemeinsam Empfehlungen darüber beschlossen, welche Nachweise geeignet sind, die Elterneigenschaft des Mitglieds zu belegen. Diese Empfehlungen liegen bereits vor und können bei den Pflegekassen bezogen werden. Wer nicht nachweist, dass er ein Kind hat, gilt bis zum Ablauf des Monats, in dem der Nachweis erbracht wird, als kinderlos und muss den Beitragszuschlag tragen. Erfolgt die Vorlage des Nachweises innerhalb von drei Monaten nach der Geburt eines Kindes, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht, ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird. Es ist eine Übergangsregelung vorgesehen, nach der in der Übergangszeit vom Inkrafttreten des Gesetzes bis zum 30. Juni 2005 die Vorlage des Nachweises der Elterneigenschaft zurückwirkt bis zum 1. Januar 2005. Es erfolgt also eine Rückabwicklung.

Verbesserter Unfallschutz für Ehrenamtliche



Bestell-Nr.: [A 329](#)

Durch das Gesetz, das zum 1. Januar 2005 in Kraft tritt, werden mehr ehrenamtlich Engagierte als bisher in den Schutz der Unfallversicherung einbezogen. Bürgerinnen und Bürger, die sich in Vereinen oder Verbänden im Auftrag oder mit Zustimmung von Kommunen oder Kirchen ehrenamtlich engagieren, werden nunmehr versichert sein, unabhängig davon, ob dies direkt für die Kommune oder Kirche geschieht oder mittelbar als Vereinsmitglied. Das ist vor dem Hintergrund bedeutsam, dass viele Städte und Gemeinden verstärkt auf Bürgerbeteiligung zur Sicherung ihrer kommunalen Infrastruktur setzen. Damit wird die Vereinsmitgliedschaft, die in der Vergangenheit den Versicherungsschutz regelmäßig hat scheitern lassen, unschädlich für

das Bestehen des Unfallversicherungsschutzes sein.

Sachbezugsverordnung 2005

Der Wert für Verpflegung wird um 2,55 Euro auf 200,30 Euro angehoben. Für die Unterkunft in den alten Ländern erhöht sich der Wert um 2,50 Euro auf 194,20 Euro und in den neuen Ländern um 4,00 Euro auf 178,00 Euro.

Sozialhilfe

Sozialhilfereform und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Integration des Bundessozialhilfegesetzes und des Grundsicherungsgesetzes (GSiG) ins SGB XII

Das am 1. Januar 2005 in Kraft tretende Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) löst das Bundessozialhilfegesetz und das Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ab. Gleichzeitig tritt auch das neue Sozialgesetzbuch II (SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende) in Kraft.

Erwerbsfähige Sozialhilfeempfänger erhalten ab Januar 2005 Arbeitslosengeld II nach dem SGB II



Wegen der Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für Erwerbsfähige erhalten ab dem kommenden Jahr Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe, sofern sie erwerbsfähig sind, die neue Leistung Arbeitslosengeld II. Erwerbsfähig nach § 8 SGB II ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Zuständig für das Arbeitslosengeld II ist die Bundesagentur für Arbeit.

Schwerpunkte der Sozialhilfereform

Bestell-Nr.: [A 208](#) Neben der Einbeziehung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in das SGB XII zeichnet sich das neue Sozialhilferecht insbesondere durch

- die Stärkung der Eigenverantwortung, vor allem durch Umsetzung des Grundsatzes "fördern und fordern" (zum Beispiel aktivierende Leistungen),
- die gerechte Leistungsbemessung entsprechend dem erforderlichen Bedarf der Menschen,
- die konsequente Umsetzung des Grundsatzes "ambulant vor stationär" (zum Beispiel Persönliches Budget),
- die Fortsetzung der Verwaltungsvereinfachung (zum Beispiel Pauschalierung von Leistungen) sowie
- die Erhöhung der Transparenz des Rechts und der Verbesserung der Rechtssicherheit aus.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die bisher im Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG) enthaltenen Vorschriften sind künftig im Vierten Kapitel des SGB XII (§§ 41 bis 46 SGB XII) enthalten. Die Leistungsvoraussetzungen werden dabei

unverändert übernommen, ebenso das Erfordernis eines Antrags auf Grundsicherung sowie der Verzicht auf den Unterhaltsrückgriff.

Neue Regelsätze ab 1. Januar 2005

Mit der neuen Regelsatzverordnung zum SGB XII wird den Sozialhilfeempfängern die Führung eines Lebens ermöglicht, das der Würde des Menschen entspricht. Die Regelsätze werden ab 1. Januar 2005 im Westen im Durchschnitt im Monat 345 Euro und im Osten im Durchschnitt 331 Euro betragen. Die Bemessung basiert auf statistisch erfassten Verbrauchsausgaben unterer Einkommensgruppen. Mit einer Öffnungsklausel wird es den Ländern aber ermöglicht, die Höhe des jeweiligen monatlichen Regelsatzes entsprechend den regionalen Gegebenheiten abweichend festzulegen. Der neue Regelsatz verbessert die Situation der betroffenen Menschen. Bisher bekamen die Empfänger von Leistungen den Regelsatz und zusätzlich einmalige Leistungen, die einzeln beantragt werden mussten. Der neue Regelsatz umfasst dagegen mit einem pauschalierten monatlichen Betrag neben dem bisherigen Regelsatz - von Ausnahmen abgesehen - auch die bisher einzeln erbrachten einmaligen Leistungen. Damit haben die Bezieherinnen und Bezieher von Sozialhilfe die Möglichkeit, über die Verwendung des Geldes selbst zu bestimmen. Dies bedeutet neben mehr Selbstständigkeit auch mehr Selbstverantwortung.

Mit der neuen Regelsatzverordnung werden außerdem die Leistungen für Familien durch Neufestsetzung der Altersabstufungen gerechter festgesetzt: Die bisher vorhandenen vier Altersstufen bei der Bemessung der für Haushaltsangehörige (Kinder) maßgebenden Regelsätze werden auf zwei Altersgruppen vermindert (siehe Tabelle). Wegen der besonderen Situation von Alleinerziehenden erhalten diese nach der Neuregelung im SGB XII künftig einen Mehrbedarfzuschlag. Bisher profitierten nur Alleinerziehende mit einem Kind unter sieben Jahren beziehungsweise mit mehreren Kindern unter 16 Jahren von einem Mehrbedarfzuschlag. Nach der neuen Regelung erhalten nun alle anderen Alleinerziehenden, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, einen Mehrbedarfzuschlag in Höhe von zwölf Prozent für jedes Kind. Ausgehend von den heutigen Sozialhilfebezieherinnen werden damit erstmals die 70.000 Alleinerziehenden mit einem Kind ab sieben Jahre einbezogen sowie knapp 10.000 Alleinerziehende mit mehreren Kindern, die aufgrund des Alters der Kinder bisher keinen Mehrbedarfzuschlag erhalten haben. Für Alleinerziehende, die bereits nach geltendem Recht einen Mehrbedarfzuschlag erhalten, erhöht sich dieser um durchschnittlich sechs Euro im Monat.

Neue Altersabstufungen

Alte Regelung	Neue Regelung
(Eckregelsatz 295 Euro)	(Eckregelsatz 345(W)/331(O) Euro)
0-6 Jahre: 50% (55% bei Alleinerziehenden)	0-14 Jahre: 60%
7-13 Jahre: 65%	
14-17 Jahre: 90%	Ab 14 Jahre: 80%
Ab 18 Jahre: 80%	