

# betaListe

Die wichtigsten Änderungen 2009 zur 8. Ausgabe der betaListe finden Sie auf folgenden Seiten:

- Arbeitslosengeld II und Sozialgeld – Seite 2
- Betragsbemessungsrenten Beitragssätze – Seite 2
  - Bezugsgröße – Seite 2
  - Gesundheitsfonds – Seite 2
- Grad der Behinderung – Seite 3
  - Kindergeld – Seite 4
  - Krankengeld – Seite 4
  - Krankenkostzulage – Seite 4
- Medizinische Rehabilitation > Zuzahlungen – Seite 4
  - Patientenverfügung – Seite 5
- Private Krankenversicherung – Seite 6
  - Regelsätze der Sozialhilfe – Seite 7
- Sozialmedizinische Nachsorge – Seite 7
  - Steuerliche Vergünstigungen – Seite 7
  - Versicherungspflichtgrenzen – Seite 7
- Zuzahlungen Rentenversicherung – Seite 8
- Zahlungsbefreiung Krankenversicherung – Seite 8

Stand 01.07.2009

betaCare

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

## Seite 35 Arbeitslosengeld II und Sozialgeld

### 2.1. Pauschalierte Regelleistungen

Die pauschalierten Regelleistungen dienen der Sicherung des Lebensunterhalts und sollen die Kosten für Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie ohne Heizkosten, Bedarfe des täglichen Lebens und Teilnahme am kulturellen Leben abdecken.

Pauschalierte Regelleistungen seit 1.7.2009		
Alleinstehende, Allein-erziehende, Personen mit einem minder-jährigem Partner	100 %	359,- €
Partner ab dem 18. Geburtstag jeweils	90 %	323,- €
Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils	60 %	215,- €
Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag	70 %	251,- €
Kinder vom 14. bis zum 25. Geburtstag jeweils	80 %	287,- €
Minderjährige Partner	80 %	287,- €

## Seite 57 Beitragsbemessungsgrenzen Beitragsätze

### 1. Beitragsbemessungsgrenzen

Folgende Grenzen gelten 2009:

- Kranken- und Pflegeversicherung: 44.100,- € jährlich, 3.675,- € monatlich.
- Renten- und Arbeitslosenversicherung: 64.800,-/54.600,- € (West/Ost) jährlich, 5.400,-/4.550,- € (West/Ost) monatlich.

### 2.1. Krankenversicherung

Seit 1.1.2009 gibt es einen **einheitlichen Beitragsatz** für alle Versicherten. Seit 1.7.2009 beträgt dieser Beitragsatz 14 %. Zusätzlich fällt ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 % an, der **Beitragsatz** beläuft sich somit auf **14,9 %**. Davon übernimmt der Arbeitgeber 7 %, der Arbeitnehmer 7,9 %. Der ermäßigte Beitrag in Höhe von 14,3 % (= 13,4 % ermäßigter Beitragsatz plus 0,9 % Sonderbeitrag) gilt für freiwillig Versicherte.

### 2.4. Arbeitslosenversicherung

Beitragsatz: 2,8 %

## Seite 71 Bezugsgröße

### Höhe

Die Bezugsgröße wird jedes Jahr ermittelt und beträgt 2009:

- West jährlich 30.240,- €
- Ost jährlich 25.620,- €
- West monatlich 2.520,- €
- Ost monatlich 2.135,- €

## Neu Gesundheitsfonds

### Das Wichtigste in Kürze

Mit Einführung des Gesundheitsfonds wurde die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) neu gestaltet. Seit 1.1.2009 fließen alle Einnahmen der GKV in den Gesundheitsfonds und werden dann an die einzelnen Krankenkassen weiterverteilt. Für alle Versicherten gilt ein einheitlicher Beitragsatz, den die Bundesregierung festlegt.

## 1. Hintergrund

---

Der Gesundheitsfonds ist ein Bestandteil der Gesundheitsreform 2007 bzw. des „Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz), das seit 1.4.2007 in Kraft ist.

Ziel des Gesundheitsfonds sollen gerechtere Voraussetzungen für den Wettbewerb der Krankenkassen sein. Die Gelder werden an die einzelnen Krankenkassen verteilt. Für jeden Versicherten gibt es einen Grundbetrag, dazu kommen Zuschläge, die sich nach Alter, Geschlecht und schweren oder chronischen Erkrankungen zusammensetzen.

## 2. Beitragssatz

---

Seit 1.1.2009 gilt für alle Krankenkassen ein einheitlicher Beitragssatz für alle Versicherten. Seit 1.7.2009 ist der einheitliche Beitragssatz 14,9%. Außerdem gibt es einen ermäßigten Beitragssatz von 14,3% für freiwillig Versicherte ohne Krankengeldanspruch. Der Beitragssatz soll bis zum 1.11. eines Jahres, mit Wirkung ab dem 1.1. des darauffolgenden Jahres, durch die Bundesregierung festgelegt werden.

Soll der Beitragssatz innerhalb eines Jahres angepasst werden, dann muss dies 2 Monate vorher angekündigt werden.

Beispiel: Eine Beitragssatzerhöhung zum 1.7.2010 muss spätestens am 1.5.2010 angekündigt werden.

## 3. Zusatzbeitrag

---

Die Krankenkassen können einen Zusatzbeitrag für die Versicherten erheben, wenn das Geld aus dem Gesundheitsfonds für die Leistungen nicht ausreicht.

Der Zusatzbeitrag darf maximal 1% der beitragspflichtigen Einnahmen betragen. Erhebt eine Krankenkasse diesen Zusatzbeitrag, dann kann der Versicherte vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen.

Krankenkassen, die mit dem zugewiesenen Geld aus dem Fonds auskommen, können ihren Mitgliedern Prämienauszahlungen oder andere finanzielle Vergünstigungen gewähren. Zahlt die Krankenkasse diese Prämie nicht oder verringert sie die Höhe der Zahlung, kann der Versicherte auch vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen. Empfänger von Sozialhilfe und einer Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung müssen den Zusatzbeitrag nicht selbst aufbringen, dies übernimmt das Sozialamt bzw. das Grundsicherungsamt. Bei Empfängern von Arbeitslosengeld II kann die Agentur für Arbeit die Beiträge in Härtefällen übernehmen.

## Seite 114 Grad der Behinderung

### 1. Versorgungsmedizinische Grundsätze

---

*ersetzt: 1. Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit*

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB bzw. GdS. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB/GdS ist vom individuellen Einzelfall abhängig. Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ ersetzen seit 1.1.2009 die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht“ und werden vom Bundesjustizministerium unter [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de) > Gesetze/Verordnungen > V > VersMedV > Anlage zu § 2 > Anlage als Download angeboten.

## Seite 146 Kindergeld

### 4. Höhe

---

Das Kindergeld beträgt:

- je 164,- € monatlich für das erste und zweite Kind.
- 170,- € monatlich für das dritte Kind.
- je 195,- € monatlich für das vierte und jedes weitere Kind.

## Seite 161 Krankengeld

### 1.2. Freiwillig Versicherte

Freiwillig versicherte Arbeitnehmer und hauptberuflich Selbstständige, die den allgemeinen Beitragssatz von 14,9% zahlen, haben einen Krankengeldanspruch ab der 7. Woche Arbeitsunfähigkeit.

## Seite 168 Krankenkostzulage

### 1. Höhe

---

Die nachfolgenden Beträge für die Höhe der Krankenkostzulage entsprechen den Empfehlungen des Deutschen Vereins. Es handelt sich um Richtwerte.

- Niereninsuffizienz (Nierenversagen) – eiweißdefinierte Kost: 36,- €
- Niereninsuffizienz mit Hämodialysebehandlung – Dialysediät: 72,- €
- Zöliakie/Sprue (Durchfallerkrankung bedingt durch Überempfindlichkeit gegenüber Klebereiweiß) – Glutenfreie Kost: 72,- €

- Mehrbedarf aufgrund einer verzehrenden Krankheit wie HIV-Infektion, Krebs, Leberversagen, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Multiple Sklerose: 36,- €. Allerdings nur bei schweren Verläufen oder dem Vorliegen besonderer Umstände.

## Seite 182 Medizinische Rehabilitation > Zuzahlungen

### 1. Dauer und gegenseitige Anrechnung

---

Die Dauer der Zuzahlung ist abhängig von der Art der Leistung, von der Dauer der Leistung, vom Kostenträger und von bereits im selben Kalenderjahr anderweitig geleisteten Zuzahlungen, z. B.:

- Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, muss der Patient für ambulante und stationäre Rehamaßnahmen in der Regel **zeitlich unbegrenzt** zuzahlen. Dauert jedoch die ambulante Reha-Maßnahme aus medizinischen Gründen länger als 42 Behandlungstage bzw. die stationäre Reha-Maßnahme aus medizinischen Gründen länger als 6 Wochen, ist die Zuzahlung auf 28 Tage begrenzt.
- Für stationäre Medizinische Reha-Maßnahmen des **Rentenversicherungsträgers** zahlt der Patient längstens **42 Tage** innerhalb eines Kalenderjahres zu. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.
- Bei einer Anschlussheilbehandlung der **Krankenkasse** zahlt der Patient längstens **28 Tage** innerhalb eines Kalenderjahres zu.

- Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für Krankenhausbehandlung an die Krankenkasse und für eine Anschlussheilbehandlung an den Rentenversicherungsträger werden angerechnet.
- Bei einer Anschlussheilbehandlung des **Rentenversicherungsträgers** zahlt der Patient längstens **14 Tage** innerhalb eines Kalenderjahres zu. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für medizinische RehaMaßnahmen an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Der Versicherte sollte immer den Kostenträger der RehaMaßnahme über bereits im Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen informieren und klären, was davon berücksichtigt wird.

## Seite 204 Patientenverfügung – Gesetzliche Regelung seit September 2009

### Das Wichtigste in Kürze

Zum 1.9.2009 trat erstmalig eine gesetzliche Regelung zu Patientenverfügungen in Kraft. Die neuen gesetzlichen Regelungen schreiben weitgehend die bisherige Praxis fest. Näheres unter Patientenverfügung, S. 204 ff.

### 1. Neuerungen, Klärungen und Ergänzungen

Nachfolgend sind die wichtigsten Informationen zu den gesetzlichen Regelungen aufgelistet:

- Die Patientenverfügung wird gesetzlich geregelt in den §§ 1901 a ff. BGB.
- Die Patientenverfügung muss schriftlich erfolgen.
- Der Ersteller einer Patientenverfügung muss volljährig und einwilligungsfähig sein.
- Die Patientenverfügung kann jederzeit widerrufen werden.
- Treffen die Festlegungen der Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, so muss der Betreuer/Bevollmächtigte dem Patientenwillen Geltung verschaffen.
- Mit anderen Worten: Enthält die Patientenverfügung eine Entscheidung über die Einwilligung/Nichteinwilligung in bestimmte Untersuchungen, Heilbehandlungen, ärztliche Eingriffe etc., die auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation zutrifft, ist eine Einwilligung des Betreuers/Bevollmächtigten in die anstehende ärztliche Behandlung nicht erforderlich, da der Betreute/Vollmachtgeber (= Patient) diese Entscheidung bereits selbst getroffen hat und diese für den Betreuer/Bevollmächtigten bindend ist.
- Treffen die Festlegungen der Patientenverfügung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation **nicht zu oder** gibt es **keine** Patientenverfügung, so muss der Betreuer/Bevollmächtigte den mutmaßlichen Patientenwillen ermitteln. Dies geschieht mit Bezug auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen oder sonstige persönliche Wertvorstellungen des Patienten. Die Errichtung einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragschlusses (z. B. eines Heimvertrags) gemacht werden.
- Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens (§ 1901 b BGB)

- Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme indiziert ist.
- Arzt und Betreuer/Bevollmächtigter erörtern die Maßnahmen unter Berücksichtigung des Patientenwillens.
- Bei der Entscheidung sollten nahe Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen miteinbezogen werden.

Die Patientenverfügung trägt wesentlich zur Ermittlung des Patientenwillens bei.

- Genehmigung der ärztlichen Maßnahmen durch das Betreuungsgericht (§ 1904 BGB)
  - Die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers/Bevollmächtigten in medizinische Eingriffe bedürfen der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die medizinischen Eingriffe derart schwerwiegend sind, dass der Patient sterben oder einen schweren, länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte.
  - Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die medizinische Maßnahme bzw. das Unterbleiben einer medizinischen Maßnahme dem Willen des Patienten entspricht.
  - Eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts ist **nicht** erforderlich, wenn zwischen Betreuer/Bevollmächtigtem und behandelndem Arzt Einvernehmen über den Patientenwillen besteht. Die Patientenverfügung ist hierbei entscheidendes Kriterium und bindend.

## 2. Schiedsstelle der Hospiz Stiftung

Die Deutsche Hospiz Stiftung hat eine Schiedsstelle eingerichtet, die bei Konflikten rund um Patientenverfügungen berät. Angehörige und Ärzte können dort Expertenhilfe in Anspruch nehmen, wenn die Auslegung einer Verfügung zweifelhaft ist. Der Service ist kostenlos.

Die Schiedsstelle ist erreichbar

- unter Telefon 0231 7380730
- unter [www.die-schiedsstelle.de](http://www.die-schiedsstelle.de)

## Seite 242 Private Krankenversicherung

### 1. Basistarif

*ersetzt: 1. Standardtarif*

Seit 1. Juli 2007 mussten alle PKVen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anbieten. Dieser Tarif ging zum 1.1.2009 automatisch in den Basistarif über und muss folgende Bedingungen erfüllen:

- Die Leistungen entsprechen ungefähr denen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Allerdings können Angehörige nicht familienversichert werden.
- Der Beitrag darf höchstens so hoch sein wie der Krankenkassenhöchstbeitrag: 2009 sind das ca. 550,- €. Er darf nach Alter und Geschlecht variieren.
- Risikozuschläge sind nicht erlaubt.
- Eine Prüfung des Gesundheitsstatus darf nur stattfinden, um Daten für den Risikostrukturausgleich zwischen den Versicherungen zu erheben, und darf nicht zu einer Erhöhung des Beitrags führen.
- In finanziellen Notlagen muss der Beitrag halbiert werden, bei Bedürftigkeit bezuschussen Sozialamt, Agentur für Arbeit oder Arbeitsgemeinschaft (ARGE) den Beitrag.
- Bereits privat Versicherte können nur in den Basistarif ihrer Versicherung wechseln, wenn sie bestimmten Voraussetzungen erfüllen, z. B. Erwerbsunfähigkeit, ab 55 Jahren oder finanzielle Not.

## Seite 246 Regelsätze der Sozialhilfe

### 2. Höhe

Seit 1.7.2009 gelten folgende Regelsätze:

Regelsätze für		Höhe
Haushaltsvorstand oder Alleinstehende (= Eckregelsatz)	100 %	359,- €
Ehe- oder Lebenspartner jeweils	90 %	323,- €
Haushaltsangehörige bis zum 6. Geburtstag	60 %	215,- €
Haushaltsangehörige vom 6. bis zum 14. Geburtstag	70 %	251,- €
Haushaltsangehörige ab dem 14. Geburtstag	80 %	287,- €

## Seite 284 Sozialmedizinische Nachsorge

### 1. Voraussetzungen

Die Krankenkasse muss sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen unter folgenden Voraussetzungen erbringen oder fördern:

- chronisch oder schwerstkrankes Kind
- 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, in besonders schwerwiegenden Fällen bis zum 18. Lebensjahr

## Seite 293 Steuerliche Vergünstigungen

### 5.1. Hilfe im Haushalt

entfällt komplett, inkl. Praxistipps

## Seite 318 Versicherungspflichtgrenzen

### Das Wichtigste in Kürze

Die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung entspricht dem monatlichen Einkommen, bis zu dem jeder Arbeitnehmer in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sein muss. Es liegt 2009 bei monatlich 4.050,- €.

### Befreiung von der Versicherungspflicht

Arbeitnehmer werden erst dann pflichtversicherungsfrei und können in die private Krankenversicherung wechseln, wenn ihr jährliches Bruttoeinkommen die Versicherungspflichtgrenze (2009: 48.600,- € bzw. monatlich 4.050,- €) in 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren überschreitet (Neuregelung der Gesundheitsreform 2007).

Für Arbeitnehmer, die bereits am 31.12.2002 aufgrund der zu diesem Zeitpunkt geltenden Regelungen wegen des Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze (auch Jahresarbeitsentgeltgrenze genannt) versicherungsfrei waren, gilt für 2009 die Versicherungspflichtgrenze von 44.100,- € (monatlich 3.675,- €).

**Seite 348**  
**Zuzahlungen**  
**Rentenversicherung**

**3.1. Teilweise zuzahlungsfrei**

Tabelle S. 348

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.009,- €	Keine
ab 1.009,- €	8,- €
ab 1.020,- €	8,50 €
ab 1.080,- €	9,- €
ab 1.140,- €	9,50 €
ab 1.200,- €	10,- €

- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 3.864,- € (§ 32 Abs. 6 EStG).
- Für das erste Kind eines alleinerziehenden Versicherten: 4.536,- € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes weitere Kind eines alleinerziehenden Versicherten: 3.864,- €.

**3. Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II, Grundsicherung**

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, wird jeweils nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Das heißt: Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 86,16 €, bei chronisch Kranken 43,08 €.

**Seite 351**  
**Zuzahlungsbefreiung**  
**Krankenversicherung**

**2.2 Freibetrag**

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt werden ein oder mehrere Freibeträge abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten: 4.536,- € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 3.024,- € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).  
 Dieser Punkt gilt nur für Mitglieder in der Krankenversicherung der Landwirte.

**Noch Fragen?**



**www.betanet.de**

– für Ihre Online-Recherche!

Über das betanet greifen Sie rund um die Uhr auf die größte Suchmaschine für Sozialfragen in Deutschland zu.