

## **BLVN Seniorenvertretung**

### **Aktuelle Informationen**

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

Internet: [www.blv-nds.de](http://www.blv-nds.de)  
E-Mail: [info@blv-nds.de](mailto:info@blv-nds.de)

Peter Bahr      Steinweg 18      21335 Lüneburg      04131-46977      [bahr-lueneburg@t-online.de](mailto:bahr-lueneburg@t-online.de)

---

Nr. 122

NOVEMBER 2018

---

Themen dieser Ausgabe:

1. Behandlung im Krankenhaus
  2. Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung
  3. Organspende
  4. Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze
  5. Lebensversicherung und Steuern
  6. Mütterrente 2
  7. Patientenquittung
- 

### **1. Behandlung im Krankenhaus**

Beanspruchte Leistungen in Krankenhäusern (zugelassenen oder nicht zugelassenen) im Ausland (§§ 26, 26a BBhV) müssen bei der Beantragung der Beihilfe durch die Entlassungsanzeige und die Wahlleistungsvereinbarung (§ 51 Abs. 3 Satz 3 und 4 BBhV), wenn diese in Anspruch genommen wurden, nachgewiesen werden.

Die Höhe der Kosten können Privatpatienten beeinflussen, in dem sie auch im Ausland auf einen Teil oder ganz auf die Wahlleistungen verzichten. Auch die teilstationäre Behandlung anstelle der vollstationären reduziert die Kosten.

Sollten Sie sich über die Beihilfefähigkeit der entstehenden Anwendungen nicht sicher sein, eine Übersicht über die voraussichtlichen Kosten zur Prüfung durch Ihre Beihilfestelle muss Ihnen das Krankenhaus auf Anfrage erstellen.

---

### **2. Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung**

Der Internetauftritt des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung wird in den nächsten Wochen und Monaten kontinuierlich weiter ausgebaut und um Elemente insbesondere zur Gewährleistung von Barrierefreiheit ergänzt werden.

Die neue Homepage spiegelt das wider was erreicht werden soll:

- eine klare und nachvollziehbare Ausrichtung an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der in der Pflege Beschäftigten.

Das neue Design des Internetauftritts [www.pflegebevollmaechtigter.de](http://www.pflegebevollmaechtigter.de) erscheint ab jetzt in deutlich verbesserter Benutzerfreundlichkeit: optisch, technisch, inhaltlich und funktional. Schlankere Navigation erleichtert das intuitive Auffinden von Inhalten.

---

### 3. Organspende

Muss man einer Organspende aktiv zustimmen oder aktiv widersprechen?

Wie die Organspende geregelt ist, unterscheidet sich von Land zu Land. Die gesetzlichen Regelungen der Länder legen fest, wann und unter welchen Umständen die Organe einer verstorbenen Person entnommen werden dürfen.

- Bei der **Zustimmungslösung** können nur dann Organe und Gewebe entnommen werden, wenn die verstorbene Person zu Lebzeiten einer Organspende zugestimmt hat.
- Bei der **erweiterten Zustimmungslösung** müssen die Angehörigen stellvertretend für die verstorbene Person entscheiden, falls diese zu Lebzeiten keine Entscheidung getroffen und dokumentiert hat (*Dänemark, Griechenland, Großbritannien, Litauen, Rumänien, Schweiz*).
- Bei der **Entscheidungslösung** gilt ebenfalls, dass eine Organentnahme nur zulässig ist, wenn eine Zustimmung vorliegt.
- Bei der **Widerspruchslösung** hat die verstorbene Person einer Organspende zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen, zum Beispiel in einem Widerspruchsregister des jeweiligen Landes vermerkt, können Organe zur Transplantation entnommen werden (*Bulgarien, Frankreich, Irland, Italien, Lettland, Liechtenstein, Luxemburg, Österreich, Polen, Portugal, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Türkei, Ungarn, Zypern*).
- In einigen Ländern haben die Angehörigen das Recht einer Organentnahme bei der verstorbenen Person zu widersprechen, sollte keine Entscheidung der verstorbenen Person vorliegen. Die **Widerspruchsregelung mit Einspruchsrecht** der Angehörigen gilt in *Belgien, Estland, Finnland, Litauen und Norwegen*.
- Gilt in einem Staat (*Bulgarien*) die **Notstandslösung** haben Sie keine Chance auf Widerspruch!
- Verstorbene, die keine schriftliche Ablehnung bei sich tragen, können automatisch als Spender angesehen werden, wenn der Hirntod festgestellt wird. Angehörige müssen vorher informiert werden und können von ihrem Einspruchsrecht Gebrauch machen.

Den bei uns in Deutschland üblichen Organspendeausweis gibt es in 28 Sprachen. Es ist vor einem Auslandsaufenthalt ratsam, einen Organspendeausweis in der entsprechenden Landessprache auszufüllen und zu den Personalpapieren zu legen, so dass der persönlichen Entscheidung entsprochen werden kann.

Zusammengefasst:

- Im Ausland gilt grundsätzlich die Regelung des jeweiligen Landes. Das bedeutet, verstirbt eine deutsche Staatsbürgerin oder ein deutscher Staatsbürger im Ausland, so wird sie oder er nach der gesetzlichen Regelung des jeweiligen Landes behandelt.
- Grundsätzlich gilt noch, dass einer Organspende aktiv durch den Organspendeausweis zugestimmt oder aktiv widersprochen werden kann, siehe Rückseite.
- Bei Reisen ins Ausland sollte der Widerspruch in dem Widerspruchsregister des jeweiligen Landes eingetragen werden.

Sie erfahren mehr unter [www.organspende-info.de](http://www.organspende-info.de) , [www.stiftung-patientenschutz.de](http://www.stiftung-patientenschutz.de) und [www.transplantation-informationen.de](http://www.transplantation-informationen.de) .

---

### 4. Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze

Auch 2019 werden die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) deutlich erhöht. Das hat die Bundesregierung mit der Verordnung über die Sozialversicherungsrechengrößen 2019 beschlossen.

Die Folge: Die Beiträge für viele gesetzlich Versicherte steigen spürbar, während Arbeitnehmern gleichzeitig der Wechsel in eine Private Krankenversicherung (PKV) erschwert wird:

- Die Beitragsbemessungsgrenze in der Kranken- und Pflegeversicherung steigt von 53.100 Euro auf 54.450 Euro pro Jahr. Für freiwillig GKV-Versicherte mit einem Einkommen oberhalb der bisher geltenden Grenze bedeutet dies, dass sich mit einem Schlag drei Beiträge erhöhen: der allgemeine Beitrag zur Krankenversicherung, der kassenindividuelle Zusatzbeitrag und der Beitrag zur Pflegeversicherung.

Die GKV-Versicherten, deren Einkommen über der neuen Grenze liegt, müssen dann ab dem kommenden Jahr durchschnittlich 707,85 Euro im Monat für die Krankenversicherung und 138,39 Euro für die Pflegeversicherung (Kinderlose: 149,74 Euro) zahlen. Zusammen sind das 846,24 Euro im Monat bzw. 857,59 Euro bei Kinderlosen.

Für Privatversicherte hat die Beitragsbemessungsgrenze grundsätzlich keine Bedeutung. Eine Ausnahme sind Versicherte im Basis- und Standardtarif. In beiden ist der maximal zu zahlende Beitrag auf den GKV-Höchstbeitrag begrenzt, er könnte also unter Umständen ebenfalls steigen. Allerdings ist der tatsächliche Beitrag im Standardtarif meist deutlich geringer, da die dort Versicherten in der Regel

schon lange in der PKV sind und ihre Rückstellungen im Standardtarif berücksichtigt werden. Daher liegt der Beitrag im Durchschnitt bei rund 300 Euro monatlich.

Mit der Verordnung steigt gleichzeitig die Versicherungspflichtgrenze von 59.400 Euro auf 60.750 Euro pro Jahr. Erst ab diesem Einkommen haben Arbeitnehmer die Möglichkeit, sich privat zu versichern. Wer weniger verdient ist versicherungspflichtig in der GKV, das heißt, er muss zwangsweise dort versichert bleiben. Davon gibt es nur wenige Ausnahmen. Der Zugang zur privaten Krankenversicherung wird damit erneut per Rechtsverordnung weiter eingeschränkt.

Grundsätzlich sind Privatversicherte, deren Einkommen unter die Versicherungspflichtgrenze sinkt, gezwungen, wieder in die GKV zurückzukehren. Das Gesetz sieht aber eine Reihe von Ausnahmen vor, bei denen man sich von dieser Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen kann.

Die gilt zum Beispiel für Arbeitnehmer, deren Gehalt nur deswegen unter die Versicherungspflichtgrenze fällt, weil diese angehoben wird. Um privat versichert zu bleiben, müssen die Betroffenen dann innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht einen Befreiungsantrag bei einer gesetzlichen Krankenkasse stellen.

Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

---

## **5. Lebensversicherung und Steuern**

Lebens- und Rentenversicherungen bis zum Jahr 2004 haben steuerlich große Vorteile. Haben Sie Ihre Versicherung 2005 oder später abgeschlossen können auch Sie massiv Steuern sparen.

Das Finanzamt behält von Ihren Erträgen erst einmal die Abgeltungssteuer ein. Sie erhalten somit rund ein Viertel weniger auf Ihrem Konto gutgeschrieben.

Einen Teil davon können Sie sich unter bestimmten Voraussetzungen zurückholen.

Voraussetzungen: Sie sind bei der Auszahlung 60 Jahre oder älter und Ihre Versicherung läuft mindestens zwölf Jahre.

Wenn das Fall ist, dann müssen Sie nur die Hälfte dieser Erträge versteuern.

Für das Steuerjahr 2017 können Sparer erstmals die Vorzüge dieser sogenannten Halbeinkünfterregelung nutzen; die 2005er Verträge haben die zwölf Jahrelaufzeit voll. Künftig werden immer mehr Sparer den Steuerspartrick nutzen können.

Sie müssen aber selbst tätig werden und den Ertrag aus der Lebensversicherung in der Steuererklärung 2017 angeben.

Geben Sie Ihre Steuererklärung freiwillig ab oder haben Sie bis Ende September verlängert, sollten Sie unbedingt die Anlage KAP ausfüllen. Haben Sie den Steuerbescheid für 2017 schon erhalten, setzen Sie sich mit Ihrem Finanzamt in Verbindung.

Quellen: Finanztip, t-online

---

## **6. Mütterrente 2**

Die Ausweitung der Mütterrente wird voraussichtlich zum Jahresbeginn 2019 noch nicht voll umgesetzt. Die Auszahlung der Mütterrente 2 wird wie bei der Einführung der Mütterrente 1 im Jahre 2014 erfolgen. Danach werden Berechtigte, die ab 1. Januar 2019 neu in Rente gehen, bereits von der ersten Rentenzahlung an die Leistungsverbesserung erhalten. Bei den Müttern und Vätern, deren Rentenzahlung vorher begonnen hat, kann die Reform erst im Laufe der ersten Jahreshälfte 2019 umgesetzt werden. Vorgesehen sind in diesen Fällen Nachzahlungen wie bei der Mütterrente 1.

Die Koalition will die Mütterrente zum 1. Januar 2019 ausweiten. Allen Berechtigten mit Erziehungszeit, deren Kinder vor 1992 geboren wurden, soll zusätzlich ein halber Rentenpunkt gutgeschrieben werden.

Die Mütterrente 2 muss im Normalfall nicht beantragt werden, nur bei der Gruppe der Hinterbliebenenrentner empfiehlt es sich einen Antrag auf Zuerkennung der Mütterrente 2 zu stellen.

Zuvor sollte allerdings geprüft werden, ob bei Zuerkennung eventuell nicht eine Kürzung der Rente erfolgen kann.

Die Mütterrente 2 wird im Einzelfall zu einer spürbaren Rentenerhöhung führen.

Zugangsrentnerinnen und Rentner, deren Rente sich auf Basis von Mindestentgeltpunkten errechnet, das sind meistens Mütter mit Teilzeitjobs von 35 Jahren Dauer oder Ähnlichem, können unter Umständen von der neuen Mütterrente 2 auch benachteiligt werden. Zehntausende Zugangsrentner wird das betreffen, meistens bemerken die Betroffenen hiervon nichts, weil die Rentenberechnung für den Laien nicht zu durchschauen ist.

Die Deutsche Rentenversicherung hat in einer Stellungnahme darauf hingewiesen, es gibt aber seitens des Gesetzgebers keine Bereitschaft hier etwas zu ändern. Bestandsrentner sind von der Regelung nicht betroffen.

Rechengröße:

Ein Rentenpunkt pro Monat liegt seit 1. Juli 2018

- im Osten bei 30,69 Euro, ein halber Rentenpunkt bei rd. 15,35 Euro und
- im Westen bei 32,03 Euro, ein halber Rentenpunkt bei rd. 16,02 Euro.

Quelle: Deutsche Rentenversicherung

---

## **7. Patientenquittung**

Als Mitglied der gesetzlichen Krankenkassen erfahren Sie nicht automatisch, welche Leistungen der Arzt abgerechnet und welche Kosten damit verbunden sind.

Wenn Sie dies wünschen, können Sie nach § 305 Abs. 2 SGB V vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus eine Patientenquittung mit Kosten- und Leistungsdaten in verständlicher Form erhalten.

Sie können sich vom behandelnden Arzt entweder

- direkt im Anschluss an die Behandlung oder
- nach Ablauf des Abrechnungsquartals eine Patientenquittung ausstellen lassen.

Für die quartelsweise schriftliche Unterrichtung wird eine Gebühr von einem Euro erhoben. Möchten Sie eine Zustellung durch die Post kommen die Versandkosten hinzu.

Zusätzlich können Sie nach § 305 Abs. 1 SGB V auch von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse auf Antrag Informationen über die von Ihnen in den letzten 18 Monaten in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten erhalten.

Auf der Patientenquittung finden Sie eine Aufstellung aller Leistungen und Kosten in übersichtlicher Form. Damit können Sie besser nachvollziehen, wann welche Leistungen zu welchen Kosten Ihre Ärztin oder Ihr Arzt erbracht hat.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

---