



**Informationen
der Versichertensprecher
Nord - West**

**Versichertensprecher
Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft Bahn See
Bahnhofstraße 1 – 5
48135 Münster**

der DB AG bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See



Aus dem Sozialbereich Stand: Juli 2024

für Senioren

Kranken- / Pflegeversicherung

Rentenversicherung / Rente und Steuern / Hinterbliebenenrente

Unfallversicherung

Robert Prill 0174 32 47 103 robert.prill@kbs.de	Claudia Huppertz 0151 27 44 0001 claudia.huppertz@kbs.de	Günter Schernus 0170 83 01 032 guenter.schernus@kbs.de	Ralph Borkowski 0151 51 45 7352 ralph.borkowski@kbs.de
Nordrhein-Westfalen	Nordrhein-Westfalen, Hannover	Nordrhein-Westfalen	Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein, Niedersachsen

Inhaltsverzeichnis



- 3 Die Rentenanpassung 2024
Die Rentenerhöhung in der Diskussion
- 4 Gibt es im Juli ein doppeltes Rentenplus?
- 5 Wie viel dürfen Rentner 2024 hinzuverdienen?
Rentner in der Grundsicherung
- 6 Krankenkassen warnen vor höheren Beiträgen
- 7 Auch in der Pflegeversicherung werden für 2024 rote Zahlen erwartet
- 8 Die Pflegeversicherung
- 9 Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen
- 10 Voraussetzung für Leistungsansprüche
- 11 Änderung zum 1. Juli 2023: Telefonische Pflegebegutachtung
Die Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick
- 12 Pflege zu Hause
- 14 Pflege im Heim / Welche Kosten sind bei vollstationärer Pflege nicht abgedeckt?
- 17 Leistungen der Pflegeversicherung 2024 im Überblick
- 18 Tod des Ehemannes – Wie geht es weiter?
- 21 Die Einkommensanrechnung, für Hinterbliebene in der gesetzlichen
Rentenversicherung
- 22 Was tun im Todesfall - Ratgeber für den Sterbefall
- 24 Renten-Zusatzversicherung (ehemalige BVA Abt. B)
- 26 Die Betriebsrente für Hinterbliebene
- 27 Einkommensanrechnung für Hinterbliebene in der Renten - Zusatzversicherung
- 28 Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung
- 30 Gesetzliche Rente und Steuer
Welcher Besteuerungsprozentsatz gilt bei einer Teilrente
- 31 Betriebsrenten und Steuern
Riester-Renten Kapitalerträge aus Fondsparplänen, Aktien und Steuer
- 32 Doppelte Rente: Achtung Grenzbetrag bei Unfallrenten
- 33 Von A (Arzneimittel) bis Z (Zuschuss) das gilt 2023 in der gesetzlichen Krankenversicherung
- 34 Das E-Rezept macht das Leben einfacher

Impressum

Informationen aus dem Sozialbereich / Für Senioren

Erscheint 2x im Jahr, Auflage 500

Herausgeber: Versichertensprecher Nord - West

Quellen Bilder ohne Angabe: Robert Prill, Microsoft Office, Fotalia, pixabay, DB AG

Verantwortlich: Robert Prill, Bahnhofstraße 1-5, 48135 Münster, Tel.: 0174 / 32 47 103

Die Rentenanpassung 2024:

Renten steigen erneut deutlich

Mit der Rentenanpassung zum 1. Juli 2024 erhöhen sich die Renten für die rund 21 Millionen Rentnerinnen und Rentner um 4,57 Prozent. Da die Angleichung der Renten in Ost und West bereits im vergangenen Jahr vorgezogen wurde, gibt es einen einheitlichen Anpassungswert für die alten und neuen Bundesländer.

Man muss darauf hinweisen, dass auch die gesetzliche Rente zum steuerpflichtigen Einkommen zählt. Seit 2005 richtet sich die steuerliche Behandlung der Renteneinkünfte nach dem Jahr des Rentenbeginns. Je später die Rente beginnt, desto höher ist der steuerpflichtige Anteil der Rente (siehe Seite 30 u.f.).

Ob man als Rentner regelmäßig eine Einkommensteuererklärung abgeben muss, hängt von den persönlichen Verhältnissen ab und wird vom Finanzamt geprüft. Die Daten für die gesetzliche Rente werden dem Finanzamt automatisch übermittelt.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See stellt auf Wunsch eine kostenlose Rentenbezugsbescheinigung aus. Diese kann man digital im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/onlinedienste anfordern. Künftig erhält man die Bescheinigung dann jährlich automatisch zugesandt.



Die Rentenerhöhung führt nicht zwangsläufig zur Steuerpflicht
Grundsätzlich gilt:

Überschreitet der Gesamtbetrag der Einkünfte den Grundfreibetrag, müssen Rentnerinnen und Rentner eine Steuererklärung abgeben. Für das Jahr 2024 liegt der Grundfreibetrag bei 11.604 Euro.

Die Rentenerhöhung in der Diskussion

Die Rentenanpassung im Jahr 2024 fällt erneut deutlich höher aus als die erwartete durchschnittliche Preisentwicklung. Die Bundesregierung erwartet gemäß Jahreswirtschaftsbericht 2024 einen Anstieg der Verbraucherpreise um 2,8 Prozent.

Auch wenn populistische Äußerungen etwas anderes suggerieren, sind auch in der Vergangenheit die Renten im Durchschnitt stärker gestiegen als die Verbraucherpreise. So stiegen seit 2014 die Renten im Westen im Jahresdurchschnitt um 2,9 Prozent, die Renten im Osten um 3,9 Prozent. Im selben Zeitraum haben sich die Verbraucherpreise um durchschnittlich 2,4 Prozent jährlich erhöht.

Das eigentliche Problem liegt im Rentenniveau so fordern Wissenschaftlerinnen und Forscher der Uni Duisburg-Essen, das Rentenniveau noch höher festzuschreiben als von der Bundesregierung geplant.

Für eine verlässliche Versorgung im Alter ist es nach Ansicht der Forscher aufgrund der Entwicklung in den vergangenen 20 Jahren unumgänglich, die gesetzliche Rentenversicherung zu stärken und den weiteren Rückgang des Rentenniveaus zu verhindern. Zwar sei die im Rentenpaket II der Bundesregierung vorgesehene Festschreibung des Rentenniveaus bei 48 Prozent bis zum Jahr 2039 und die gleichzeitige Stabilisierung des Rentenbeitrags bei höchstens 22,3 Prozent ein notwendiger und wichtiger Schritt. Allerdings zeigten die bisher vorliegenden Daten zur privaten (und betrieblichen) Altersvorsorge, "dass eine Lösung des Alterssicherungs-Problems damit bei weitem noch nicht erreicht ist", heißt es in der Studie. Grund dafür sei, dass auch ein Rentenniveau von 48 Prozent eine ausreichende Alterssicherung "keineswegs" garantiere.

Vorschläge zur Behebung des Altersvorsorge-defizits in Deutschland liegen nach Ansicht der Wissenschaftler bereits vor. Dazu zählten einerseits die von den Gewerkschaften schon seit Jahren geforderte "Wieder-Anhebung des Rentenniveaus auf mindestens 50 Prozent".

Aber auch die bisher für pflichtversicherte Beschäftigte nicht mögliche Einzahlung zusätzlicher Rentenbeiträge, wie sie unter dem Schlagwort „Soli-Rente Plus“ von den Gewerkschaften diskutiert werde, sei ein Anhaltspunkt für eine zielführende Reform.

Der Gewerkschaftsplan geht dahin, den schon jetzt möglichen Rückkauf von Rentenabschlägen "vom vorgezogenen Rentenbeginn zu lösen und Sonderbeitragszahlungen grundsätzlich allen Arbeitnehmenden möglich zu machen".

Relevante Faktoren für die Rentenanpassung	
Lohnfaktor	1,0472
Nachhaltigkeitsfaktor	0,9984
Beitragssatzfaktor	1,0000
Vorläufiges Ergebnis nach Rentenanpassungsformel	
aktueller Rentenwert	39,31 EUR
Rentanpassung	4,55 %
Sicherungsniveau	47,99 % Mindestsicherungsniveau unterschritten!
Endgültiges Ergebnis nach Anpassung nach Niveauschutzklausel	
aktueller Rentenwert	39,32 EUR
Rentanpassung	4,57 %
Sicherungsniveau	48,0 %

Gibt es im Juli ein doppeltes Rentenplus?

Für rund drei Millionen Rentnerinnen und Rentner gibt es zu der normalen Rentenerhöhung noch einen Zuschlag zu ihrer bisherigen Rente in Höhe von 4,5 oder 7,5 Prozent.

Den Zuschlag gibt es, wenn ein Rentenbezieher vor 2019 Erwerbsminderungsrente erhalten hatte.

Damit sollen die Bestandsrentner an den Verbesserungen bei der Erwerbsminderungsrente, durch einen einheitlichen Zuschlag, profitieren.

Der Zuschlag beträgt 7,5 Prozent, wenn die Erwerbsminderungs- oder Hinterbliebenenrente zwischen Januar 2001 und Juni 2014 begann.

Bei einem Rentenbeginn zwischen Juli 2014 und Dezember 2018 gibt es einen Zuschlag von 4,5 Prozent.

Veränderungen für Rentner im Jahr 2024

Wie viel dürfen Rentner 2024 hinzuverdienen?

Bei allen Altersrenten gilt schon seit 2023, dass ein Hinzuverdienst in beliebiger Höhe möglich ist, ohne dass die Rente gekürzt wird. Jobbende Rentner müssen die Rentenversicherung auch nicht über eine Arbeitsaufnahme informieren.

Bei Erwerbsminderungsrenten gilt eine andere Regel!

Bei diesen ist 2024 auch ein etwas höherer Hinzuverdienst möglich, ohne dass die Rente gekürzt wird.

Wer eine Rente wegen voller Erwerbsminderung erhält, darf jährlich 18.558,75 Euro (2023: 17.823,75 Euro) nebenher verdienen, ohne dass die Rente gekürzt wird.

Die Rechenregel ist dabei: Anrechnungsfrei ist ein monatliches Bruttoentgelt bis zur Höhe von drei Achteln der 14fachen monatlichen Bezugsgröße.

Wichtig allerdings: Bei den EM-Renten kommt es nicht nur auf die Höhe des Hinzuverdienstes an. Gegebenenfalls entfällt durch die Erwerbstätigkeit die „Geschäftsgrundlage“ für die Rente. Denn **eine Rente wegen voller Erwerbsminderung erhält nur, wer täglich nur noch weniger als drei Stunden arbeiten kann.**

Bezieher einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung dürfen 2024 in jedem Fall bis zu 37.117,50 Euro hinzuverdienen und zugleich ihre volle Rente weiterbeziehen. Der anrechnungsfreie Mindestbetrag ist hier doppelt so hoch wie bei der Rente wegen voller Erwerbsminderung. Sofern vor Eintritt der Erwerbsminderung ein höheres Einkommen erzielt wurde, gilt weiterhin eine höhere individuelle Hinzuverdienstgrenze.

Rentner in der Grundsicherung

2024 werden mehr Rentner Anspruch auf diese Alterssozialhilfe haben. Die Regelsätze erhöhen sich deutlich und parallel dazu steigt der Rentenfreibetrag auf bis zu 281,50 Euro.

Was ist der Rentenfreibetrag?

Das ist ein Freibetrag bei den Grundsicherungsleistungen, der allen Rentner zusteht, die lange Jahre in der Deutschen Rentenversicherung versichert waren. Konkret: Verlangt sind 33 Jahre mit Grundrentenzeiten. Die meisten Rentner dürften diese Voraussetzung erfüllen. Denn hierbei zählen unter anderem alle Zeiten mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und die Kinderberücksichtigungszeiten bis zum 10. Geburtstag eines Kindes.

Wie hoch ist der Rentenfreibetrag?

Das hängt von der Höhe der Rente ab. In den meisten Fällen beträgt er 281,50 Euro. Dies gilt immer dann, wenn die Bruttorente – also die Rente vor Abzug der Sozialversicherungsbeiträge – 705 Euro oder höher ist.

Dies gilt allerdings nur bei Bedürftigkeit. So müssen Alleinstehende den Teil ihrer Geldrücklagen, der über 10.000 Euro liegt, zunächst aufbrauchen, bevor sie Anspruch auf Grundsicherung haben.



Krankenkassen warnen vor höheren Beiträgen

Bei den Ausgaben der Krankenkassen gibt es keinen Hinweis auf Entwarnung. Im ersten Quartal 2024 wuchsen sie um 7,1 Prozent je Versicherten. Für das gesamte Jahr rechnet der Verband der gesetzlichen Krankenversicherung mit einer Zunahme von 6,5 Prozent und für 2025 von 5,0 bis 5,5 Prozent.

Laut GKV-Verband werden rund 17 Kassen den Zusatzbeitrag mitten im Jahr 2024 anheben müssen.

Die Möglichkeit, aus Finanzpuffern der Kassen noch etwas zuzuschießen, wurde vom Gesundheitsminister beseitigt. Hintergrund ist, dass die Kassen in den vergangenen Jahren teils wegen gesetzlicher Vorgaben Milliarden-Rücklagen abgeschmolzen haben.

Um die gesetzlichen Krankenkassen zu stabilisieren, hatte die Ampel-Koalition für 2023 bereits eine extra Finanzspritze gesetzt, die ein sonst erwartetes Defizit von 17 Milliarden Euro abwendete.

Das Geld kam unter anderem aus Kassenreserven und einem Anstieg beim Zusatzbeitrag von 0,15 Punkten auf 1,70 Prozent. Der Bund stockte seinen regulären Zuschuss von 14,5 Milliarden Euro um zwei Milliarden Euro auf, auch Pharmabranche und Apotheken wurden herangezogen. Unter dem Strich stand bei den Kassen laut GKV-Verband 2023 ein Minus von 1,9 Milliarden Euro.

Eine neue Finanzspritze des Bundes für 2025 ist vorerst nicht in Sicht, zumal die Verhandlungen über den Haushalt schon schwierig genug sind.

Gesundheitsminister Karl Lauterbach hat mehrfach deutlich gemacht, dass Leistungskürzungen für ihn generell nicht infrage kommen. Die Kassen sehen es mit Sorge, dass gleich mehrere Vorhaben des SPD-Politikers die Ausgabenschraube sogar noch weiterdrehen – von einem Fonds für die Neuaufstellung der Kliniken über Anreize für

Pharmafirmen im Kampf gegen Lieferengpässe bis zu besseren Bedingungen für Hausärzte.

Für 2025 dürfte daraus ein zusätzliches Ausgabenrisiko von zwei Milliarden Euro resultieren.

Seit längerem machen die Kassen Front dagegen, dass Beitragsgeld für allgemeine öffentliche Leistungen verwendet wird – etwa, wenn die Kassen auf einem Teil der Versorgungskosten von Bürgergeldempfängern sitzen bleiben.

Es sei nicht egal, woher das Geld komme, argumentierte der Co-Verwaltungsratsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands, Uwe Klemens. Steuermittel würden von allen aufgebracht, Beiträge nur von den Kassenmitgliedern und Arbeitgebern, wobei Privatversicherte außen vor seien und Gutverdiener von einer Obergrenze profitierten.

Krankenhausreform

Die Krankenhausreform ist ein Beispiel wie Aufgaben der öffentlichen Hand in die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung verlagert werden.

Allein zum Umbau der Krankenhauslandschaft im Rahmen des Transformationsfonds wird die Versichertengemeinschaft mit jährlich bis zu 2,5 Milliarden Euro, also 0,15 Beitragssatzpunkten belastet werden.

Zu befürchten ist auch das in der aktuellen Fassung die Reform nicht zu mehr Qualität und Konzentration in der Versorgung führen wird. Die Länder werden im Rahmen der Verhandlungen mit dem Bund Abstriche bei den Qualitätskriterien verlangen, um mehr Krankenhäuser zu erhalten. Zusätzlich führt die faktische Abschaffung der Einzelfallprüfung durch die Krankenkassen im Fall einer Krankenhausbehandlung und die zusätzlichen Liquiditätshilfen, zu einem massiven Ausgabenschub in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Auch in der Pflegeversicherung werden für 2024 rote Zahlen erwartet

In der alternden Gesellschaft sind mehr und mehr Menschen auf Pflege angewiesen - doch wie kann das bezahlt werden?

Die Pflegeversicherung erwartet für dieses Jahr wieder rote Zahlen und warnt vor noch wachsenden Finanzrisiken. Im ersten Quartal 2024 habe ein Defizit von 650 Millionen Euro bestanden. Im Gesamtjahr 2024 wird mit einem Minus von 1,5 Milliarden Euro gerechnet, für 2025 dann von 3,4 Milliarden Euro. Dies entspräche einer Beitragsanhebung von 0,2 Punkten.

Kurz nach einer Stabilisierungsaktion der Politik drohen damit schon wieder neue Probleme. Im vergangenen Jahr hatte die Pflegeversicherung einen Überschuss von 1,79 Milliarden Euro verbucht - Grund waren höhere Einnahmen durch eine Reform der Ampel-Koalition mit einer Beitragsanhebung zum 1. Juli 2023. Für Menschen ohne Kinder stieg der Beitrag auf 4 Prozent und für Beitragszahler mit einem Kind auf 3,4 Prozent. Familien mit mindestens zwei Kindern zahlen - bezogen auf den Arbeitnehmeranteil - nun weniger als zuvor. Die Reform, die auch Entlastungen für Pflegebedürftige festlegt, sollte die Finanzen eigentlich vorerst bis 2025 absichern.

Laut GKV-Verband ist der Finanzdruck aber schon im aktuellen Jahresverlauf erheblich, sodass die Pflegekassen mit bestimmten Instrumenten ihre Liquidität sichern müssten. Zu Beginn des kommenden Jahres dürfte der Bestand bei den Rücklagen dann unter der gesetzlichen Vorgabe liegen. Um die Zahlungsfähigkeit zu sichern, seien daher ab Januar 2025 zusätzliche Mittel nötig. Ursachen seien mehr Leistungsbezieher und anstehende weitere Entlastungen für Pflegebedürftige.

Mehrere Negativ-Trends kommen zusammen

So stiegen der Versorgungsbedarf und die Zahl der Betroffenen. Ende 2023 gab es demnach erstmals mehr als fünf Millionen Leistungsbezieher, nämlich 5,24 Millionen. Dabei nahm die Zahl seit 2017 im Schnitt um 320.000 pro Jahr zu, 2023 gab es aber einen stärkeren Anstieg um 360.000. Zugleich könne der Ausbau des Versorgungsangebots mit der Zunahme der Pflegebedürftigen nicht mithalten. Diese Entwicklung gehe stark zulasten pflegender Angehöriger zu Hause.

Das System ist am Wackeln, deshalb ist eine grundlegende Finanzreform dringend nötig, um die Pflege zukunftsfest zu machen. Nur an der Beitragsschraube zu drehen, ist keine nachhaltige Lösung. Die eingeführten Zuschläge für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zur Entlastung von selbst zahlenden Anteilen kosteten die Pflegekassen 2023 rund 4,5 Milliarden Euro.

Kanzler Olaf Scholz (SPD) hatte kürzlich deutlich gemacht, dass eine Pflegereform angegangen werden soll, bei der es auch um die Finanzierung und die Beitragshöhe gehen sollte.

Einen Zuschuss für die Pflegeversicherung aus dem Bundeshaushalt befürworteten 79 Prozent, wie eine Umfrage des Meinungsforschungsinstituts YouGov im Auftrag der Deutschen Presse-Agentur ergab.

Eher ablehnend dazu äußerten sich 12 Prozent. Erhöhungen der Pflegebeiträge stoßen demnach mehrheitlich auf Ablehnung.

Ein von der Vorgängerregierung eingeführter Bundeszuschuss von jährlich einer Milliarde Euro war im Zuge der Haushaltssanierung 2024 gestrichen worden.

Die Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung wurde am 1. Januar 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Es gilt eine Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Versicherten. Alle, die gesetzlich krankenversichert sind, sind automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Privat Krankenversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen.

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert, die Arbeitnehmer und Arbeitgeber größtenteils paritätisch entrichten. Wann und welche Leistungen Pflegebedürftige aus der Versicherung bekommen, hängt von der Dauer der Pflegebedürftigkeit, vom Pflegegrad und der Art der Pflege ab.

Braucht jemand nur Hilfe beim täglichen Waschen und Einkaufen? Kann die Person sich gut orientieren? Kann sie zu Hause wohnen oder braucht sie rund um die Uhr Betreuung in einem Pflegeheim? Je nach Umfang des Hilfebedarfs gibt es verschiedene Pflegegrade.

Die Pflegeversicherung gibt dabei den Pflegebedürftigen die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden wollen. Sie haben die Wahl, ob sie Hilfe von professionellen Fachkräften in Anspruch nehmen oder aber Geld beziehen wollen, welches sie den pflegenden Angehörigen als finanzielle Anerkennung geben können.

Oberstes Ziel ist es, den pflegebedürftigen Menschen weitestgehend ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Allerdings deckt die soziale Pflegeversicherung häufig nicht alle Kosten der Pflege ab.



Den Rest tragen die Pflegebedürftigen oder ihre Familien selbst. Die Pflegeversicherung wird deshalb auch als "Teilkostenversicherung" bezeichnet. Im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) finden sich alle wichtigen Regelungen zur Pflegeversicherung.

Warum ist die Pflegeversicherung notwendig?

Alle Industrienationen haben eines gemeinsam: Ihre Gesellschaften werden immer älter. Nach den Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung wird in Deutschland die Anzahl älterer Personen (67 Jahre und älter) bis zum Jahr 2040 voraussichtlich auf knapp 21,5 Millionen steigen. Sie wird damit um 6,3 Millionen oder um 42 Prozent höher sein als die Anzahl der über 67-Jährigen im Jahr 2013. Pflegebedürftigkeit bedeutet für Betroffene und ihre Angehörigen große physische, psychische und finanzielle Belastungen, zumal sich Familienstrukturen verändert haben: In den Familien gibt es weniger Kinder, oft sind diese berufstätig und können sich nicht so intensiv um ihre Eltern kümmern, wie es früher einmal der Fall war.

Wie viele Menschen sind derzeit auf die Pflegeversicherung angewiesen?

Rund 4,1 Millionen Menschen nehmen jeden Monat Leistungen der

Pflegeversicherung in Anspruch. Die meisten Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger, rund 3,3 Millionen, erhalten ambulante Leistungen. Stationär gepflegt werden rund 818.000 Menschen (Stand: Ende 2020.).

Wer ist versichert?

Es besteht grundsätzlich eine Absicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung. Dies wird durch die nachfolgend dargestellten Regelungen gewährleistet. Generell ist jede und jeder dort pflegeversichert, wo sie beziehungsweise er krankenversichert ist.

Pflegegrade

Der Pflegegrad entscheidet welche Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden können.

Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

Antragstellung

Pflegeleistungen beantragen

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden; dies kann auch telefonisch erfolgen. Die Pflegekasse befindet sich bei der Krankenkasse. Die Antragstellung können auch Familienangehörige, Nachbarinnen



und Nachbarn oder gute Bekannte übernehmen, wenn sie dazu bevollmächtigt werden.

Privat Versicherte stellen einen Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen. Die Begutachtung erfolgt dort durch Gutachterinnen oder Gutachter des Medizinischen Dienstes MEDICPROOF.

Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt 25 Arbeitstage.

Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung ist die Begutachtung durch den MD oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter innerhalb einer Woche durchzuführen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist.

Befindet sich die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ist eine Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Antragsingang durchzuführen.

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder werden die verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an die Antragstellerin beziehungsweise den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die Antragstellerin oder der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

festgestellt wurden (mindestens Pflegegrad 2).

Voraussetzung für Leistungsansprüche

Um Pflegeleistungen voll in Anspruch nehmen zu können, muss die beziehungsweise der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung zwei Jahre als Mitglied in die Pflegekasse eingezahlt haben oder familienversichert gewesen sein.

Begutachtung

Die Pflegekasse lässt vom Medizinischen Dienst (MD), von anderen unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern oder bei knappschaftlich Versicherten vom Sozialmedizinischen Dienst (SMD) ein Gutachten erstellen, um die Pflegebedürftigkeit und den Pflegeaufwand im Einzelnen zu ermitteln; bei privat Versicherten erfolgt die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst von MEDICPROOF. Zur Begutachtung kommt die jeweilige Gutachterin oder der jeweilige Gutachter (Pflegefachkraft oder Ärztin beziehungsweise Arzt) ausschließlich nach vorheriger Terminvereinbarung in die Wohnung oder die Pflegeeinrichtung – es gibt keine unangekündigten Besuche. Zum Termin sollten idealerweise auch die Angehörigen oder Betreuerinnen und Betreuer des erkrankten Menschen, die ihn unterstützen, anwesend sein.

Zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad kommt ein Begutachtungsinstrument zum Einsatz, das von der individuellen Pflegesituation ausgeht. Es orientiert sich an Fragen wie: Was kann der oder die Pflegebedürftige im Alltag allein leisten? Welche Fähigkeiten sind noch vorhanden? Wie selbstständig ist der oder die Erkrankte? Wobei benötigt er oder sie Hilfe?

Um festzustellen, wie selbstständig eine pflegebedürftige Person ist, wirft die Gutachterin oder der Gutachter einen genauen Blick auf folgende sechs Lebensbereiche:

Modul 1 "Mobilität": Die Gutachterin oder der Gutachter schaut sich die körperliche Beweglichkeit an. Zum Beispiel: Kann die betroffene Person alleine aufstehen und vom Bett ins Badezimmer gehen? Kann sie sich selbstständig in den eigenen vier Wänden bewegen, ist Treppensteigen möglich?

Modul 2 "Geistige und kommunikative Fähigkeiten": Dieser Bereich umfasst das Verstehen und Reden. Zum Beispiel: Kann sich die betroffene Person zeitlich und räumlich orientieren? Versteht sie Sachverhalte, erkennt sie Risiken und kann sie Gespräche mit anderen Menschen führen?

Modul 3 "Verhaltensweisen und psychische Problemlagen": Hierunter fallen unter anderem Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für die pflegebedürftige Person, aber auch für ihre Angehörigen, belastend sind.

Modul 4 "Selbstversorgung": Kann sich die Antragstellerin oder der Antragsteller zum Beispiel waschen und anziehen, kann sie oder er selbstständig die Toilette aufsuchen sowie essen und trinken?

Modul 5 "Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen – sowie deren Bewältigung": Die Gutachterin oder der Gutachter schaut, ob die betroffene Person zum Beispiel Medikamente selbst einnehmen, den Blutzucker eigenständig messen, mit Hilfsmitteln wie Prothesen oder Rollator umgehen und eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt aufsuchen kann.

Modul 6 "Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte": Kann die betroffene Person zum Beispiel ihren Tagesablauf selbstständig gestalten? Kann sie mit anderen Menschen in direkten Kontakt treten oder die Skatrunde ohne Hilfe besuchen?

Für jedes Kriterium in den genannten Lebensbereichen ermitteln die Gutachterinnen und Gutachter den Grad der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person, in der Regel anhand eines Punktwerts zwischen 0 (Person kann Aktivität ohne eine helfende Person, gegebenenfalls mit Hilfsmitteln, durchführen) und – in der Regel - 3 (Person kann die Aktivität nicht durchführen, auch nicht in Teilen). Am Ende fließen die Punkte mit unterschiedlicher Gewichtung zu einem Gesamtwert zusammen, der für einen der fünf Pflegegrade steht.

Zusätzlich bewerten die Gutachterinnen und Gutachter die außerhäuslichen Aktivitäten und die Haushaltsführung. Die Antworten in diesen Bereichen werden nicht für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit herangezogen, weil die hierfür relevanten Beeinträchtigungen schon bei den Fragen zu den sechs Lebensbereichen mitberücksichtigt sind.

Pflegegrade

Änderung zum 1. Juli 2023: Telefonische Pflegebegutachtung in Form eines Telefoninterviews

Die im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie entwickelte Möglichkeit einer telefonischen Begutachtung zur Ermittlung eines Pflegegrades durch den Medizinischen Dienst (MD) oder einen anderen Gutachter wird nun dauerhaft ermöglicht werden. Allerdings nicht in allen Situationen und nur, wenn der Versicherte damit einverstanden ist. Die aktualisierte Begutachtungsrichtlinie ist entsprechend geändert und seit dem 18. November 2023 in Kraft.



Fünf Pflegegrade ermöglichen es, Art und Schwere der jeweiligen Beeinträchtigungen unabhängig davon, ob diese körperlich, geistig oder psychisch bedingt sind, zu erfassen. Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5).

Die Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

Die Leistungen der Pflegeversicherung hängen davon ab, wo und von wem Sie oder eine Ihnen nahestehende Person gepflegt werden und wie groß der Unterstützungsbedarf ist.

Grundsätzlich stehen den Versicherten unterschiedliche Formen beziehungsweise Einrichtungen der Pflege und Betreuung zur Verfügung. Für welche Möglichkeit sich die Betroffenen und ihre Angehörigen entscheiden, hängt zum einen von der Schwere der Pflegebedürftigkeit, zum anderen aber auch von den persönlichen Lebensumständen der Personen ab, die die Pflege übernehmen möchten.

Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden nach der Art der Leistung unterschieden. Sie reichen von ambulanten Pflegediensten und Einzelpflegekräften, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause unterstützen, über neue Wohnformen wie Pflege-

Wohngemeinschaften oder Angebote von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen bis zu einer umfassenden Versorgung und Betreuung in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Mit den drei Pflegestärkungsgesetzen in der letzten Legislaturperiode wurden die Leistungen, die der Unterstützung und Stärkung der häuslichen Pflege sowie der Entlastung pflegender Angehöriger dienen, erheblich ausgeweitet und flexibilisiert. So wurden die meisten Leistungsbeträge deutlich erhöht, der Entlastungsbetrag kann von allen Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden, die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können in voller Höhe zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, zum Pflegegeld oder zur Kombinationsleistung in Anspruch genommen werden, und die Leistungen der Kurzzeit- und der Verhinderungspflege können in gewissem Umfang miteinander kombiniert werden.

Es gibt viele verschiedene Leistungen der Pflegeversicherung, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in Anspruch nehmen können.

Pflege zu Hause

Tritt der Pflegefall ein, haben Pflegebedürftige die Wahl: Sie können sich für Pflegesachleistungen entscheiden, das sind zum Beispiel Pflegeeinsätze zugelassener ambulanter Pflegedienste, die von der Pflegekasse bis zu bestimmten Höchstgrenzen bezahlt werden, oder Geldleistungen wie das Pflegegeld in Anspruch nehmen, das den Pflegebedürftigen von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen ausgezahlt wird.

Außerdem gibt es die Möglichkeit, im Wege der Kostenerstattung bestimmte nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag zu nutzen.

Zur Unterstützung der häuslichen Pflege können auch teilstationäre Leistungen der Tages- oder Nachtpflege sowie vorübergehende vollstationäre Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden.

Finanzielle Unterstützung (Pflegegeld)

Pflegebedürftige sollen selbst darüber entscheiden können, wie und von wem sie gepflegt werden. Die Pflegeversicherung unterstützt deshalb auch, wenn sich Betroffene dafür entscheiden, statt von einem ambulanten Pflegedienst von Angehörigen, Freunden oder anderen ehrenamtlich Tätigen versorgt zu werden. Hierfür zahlt die Pflegeversicherung das sogenannte Pflegegeld.

Pflegedienste und Pflegesachleistungen

Pflegebedürftige können auch einen ambulanten Pflegedienst nutzen. Dieser unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause. Er bietet Familien Unterstützung und Hilfe im Alltag, damit pflegende Angehörige zum Beispiel Beruf und Pflege sowie Betreuung besser organisieren können.

Kombinationsleistung

Können Pflegegeld und ambulante Pflegesachleistungen gleichzeitig in Anspruch genommen werden?

Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, den Bezug von Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegesachleistungen zu kombinieren. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig im Verhältnis

zum Wert der in Anspruch genommenen ambulanten Sachleistungen.

Kombination von Pflegegeld und ambulanten Pflegesachleistungen

Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, den Bezug von Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegesachleistungen zu kombinieren. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig im Verhältnis zum Wert der in Anspruch genommenen ambulanten Sachleistungen.

Einzelpflegekräfte

Einzelpflegekräfte sind selbstständige Pflegekräfte, wie zum Beispiel Altenpflegerinnen und Altenpfleger oder Altenpflegehelferinnen oder Altenpflegehelfer.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben die Möglichkeit, selbstständige Pflegekräfte in Anspruch zu nehmen. Die Pflegekassen sollen mit geeigneten Einzelpflegekräften Verträge zur Versorgung bestimmter Pflegebedürftiger schließen, wenn die Versorgung durch den Einsatz dieser Kräfte besonders wirksam und wirtschaftlich ist oder wenn dadurch zum Beispiel den besonderen Wünschen von Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe Rechnung getragen werden kann. Zur Finanzierung der Einzelpflegekräfte können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die ambulanten Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen. Die Abrechnung erfolgt unmittelbar zwischen der zugelassenen Einzelpflegekraft und der Pflegekasse.

Urlaubs- und Krankheitsvertretung (Verhinderungspflege)

Die Pflegekasse zahlt die Verhinderungspflege an Pflegebedürftige

in bestimmten Fällen, wenn die Pflegeperson wegen Urlaub oder Krankheit die beziehungsweise den Angehörigen vorübergehend nicht pflegen kann. Der Anspruch besteht für maximal sechs Wochen im Jahr.

Tagespflege und Nachtpflege

Pflegebedürftige können auch in Einrichtungen der Tagespflege oder der Nachtpflege gepflegt werden. Unter Tagespflege und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung.

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag und Umwandlungsanspruch

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen zu können.

Soziale Absicherung der Pflegeperson

Die Pflegeversicherung zahlt für pflegende Angehörige u.a. Beiträge zur Rentenversicherung sowie Rentenversicherungsbeiträge.

Pflegekurse für Angehörige

Die Pflegekassen haben für Personen, die eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmern, unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen.

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Die Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz, die kurzzeitige

Arbeitsverhinderung und das Pflegeunterstützungsgeld ermöglichen es Beschäftigten, den Beruf und die Pflege von Angehörigen zu vereinbaren.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung übernimmt Kosten von sogenannten Pflegehilfsmitteln. Darunter fallen Geräte und Sachmittel, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, diese erleichtern oder dazu beitragen, der beziehungsweise dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung zu ermöglichen.

Zuschüsse zur Wohnungsanpassung

Die Pflegekasse kann für Pflegebedürftige bis zu 4.000 Euro als Zuschuss für Anpassungsmaßnahmen zahlen, die die häusliche Pflege in der Wohnung ermöglichen, erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person wiederherstellen sollen.

Weitere Informationen

- www.wege-zur-pflege.de
Portal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) mit Informationen rund um die Pflege

Pflege im Heim

Die Pflegeversicherung zahlt bei vollstationärer Pflege pauschale Leistungen für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen.

Wählen Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 vollstationäre Pflege, gewährt ihnen die Pflegeversicherung einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich:

Vollstationäre Versorgung

Pflegebedürftigkeit in Graden	Leistungen (pro Monat in Euro)
Pflegegrad 1	Zuschuss in Höhe von 125 Euro
Pflegegrad 2	770 Euro
Pflegegrad 3	1.262 Euro
Pflegegrad 4	1.775 Euro
Pflegegrad 5	2.005 Euro

Einen guten Überblick über zugelassene Pflegeheime geben zum Beispiel die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen auf Anforderung kostenfrei zur Verfügung stellen; sie sind auch im Internet abrufbar.

Welche Kosten sind bei vollstationärer Pflege nicht abgedeckt?

In vielen Fällen reicht die Leistung der Pflegeversicherung nicht aus, um die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken. Dann ist von der pflegebedürftigen Person ein Eigenanteil zu zahlen. Dieser ist vor dem 1. Januar 2017 mit zunehmender Pflegebedürftigkeit überproportional gestiegen. Pflegebedürftige mit höherer Pflegestufe mussten also mehr zuzahlen als Pflegebedürftige mit niedrigerer Pflegestufe. Das führte dazu, dass sich Pflegebedürftige aus Furcht vor einem höheren Eigenanteil oft gegen eine Neubegutachtung wehrten, obwohl sie mehr Pflege brauchten.

Im Jahr 2017 schaffte hier eine Neuregelung Abhilfe. Seither gilt in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung nun ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil für die Pflegegrade 2 bis 5. Das heißt, Betroffene im Pflegegrad 5 zahlen für die Pflege genauso viel zu wie Betroffene im Pflegegrad 2. Der Eigenanteil unterscheidet

sich nur noch von Einrichtung zu Einrichtung.

Zusätzlich zum pflegebedingten Eigenanteil fallen bei vollstationärer Pflege für die Pflegebedürftigen stets weitere Kosten an: Hierzu zählen Kosten für die Unterbringung und Verpflegung. Auch müssen Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung gegebenenfalls gesondert berechenbare Investitionskosten übernehmen. Hierbei handelt es sich um Ausgaben des Betreibers für Anschaffungen, Gebäudemiete und Ähnliches, die auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden können. Wenn die Heimbewohnerin oder der Heimbewohner zudem besondere Komfort- oder Zusatzleistungen in Anspruch nimmt, müssen sie diese ebenfalls privat bezahlen.

Grundsätzlich gilt: Da die Kosten für Verpflegung, Unterkunft, Investitionen und Komfortleistungen je nach Einrichtung sehr unterschiedlich ausfallen können, ist es dringend angeraten, sich bei der Auswahl eines Heims ausführlich darüber zu informieren.

Wohngeld für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen

Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Wohngeld.

Durch die Wohngeldreform, die zum 1. Januar 2023 in Kraft getreten ist, steigt bei den Einpersonenhaushalten bei einer zu berücksichtigenden Miete in Höhe des Höchstbetrags die Grenze des wohngeldrechtlichen.

Teilstationäre Versorgung (Tages- oder Nachtpflege)

Neben der Vollstationäre Versorgung ist auch eine sogenannte teilstationäre Versorgung möglich. Eine teilstationäre Versorgung bedeutet eine zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Einrichtung - auch z.B. Tagespflege und Nachtpflege genannt

Kurzzeitpflege

Viele Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden zugelassenen vollstationären Einrichtungen

Heimtypen

Welche unterschiedlichen Heimtypen gibt es?

Grundsätzlich gibt es drei unterschiedliche Heimtypen: das Altenwohnheim, das Altenheim und das Pflegeheim.

- In Altenwohnheimen leben die Bewohnerinnen und Bewohner relativ eigenständig in kleinen Wohnungen mit eigener Küche. Es besteht jedoch die Möglichkeit, die Mahlzeiten in Gesellschaft der anderen Bewohnerinnen und Bewohner einzunehmen.
- Altenheime gewährleisten älteren Menschen, die ihren Haushalt nicht mehr eigenständig führen können, pflegerische Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung. Auch hier leben die Bewohnerinnen und Bewohner oft in abgeschlossenen kleinen Wohnungen oder Apartments.

- In Pflegeheimen leben die Bewohnerinnen und Bewohner in der Regel in Einzel- oder Doppelzimmern, in die häufig eigene Möbel mitgenommen werden können. Eine umfassende pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung ist gewährleistet.

In den meisten Einrichtungen findet man heutzutage eine Kombination der drei traditionellen Heimtypen Altenwohnheim, Altenheim und Pflegeheim.

Für Schwerstkranke und Sterbende gibt es zur Sterbebegleitung zudem spezialisierte Pflegeeinrichtungen, die Hospize. Diese sind besonders auf die palliative Versorgung ausgerichtet.

Medizinische Versorgung von Heimbewohnern

Wie wird die medizinische Versorgung in Pflegeheimen sichergestellt?

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen unterscheidet sich nicht von der für andere Versicherte, die zum Beispiel zu Hause wohnen. Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung haben die medizinische Versorgung auch in Pflegeheimen sicherzustellen. Für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen gilt die freie Arztwahl.

Die Frage der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner ist ein wichtiges Kriterium bei der Entscheidung für ein Pflegeheim. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Kooperationsverträge mit Haus-, Fach- und

Zahnärzten abzuschließen. Sie sind verpflichtet, den Pflegekassen mitzuteilen, wie sie die ärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung organisiert haben.

Auch auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativdienst sollen Pflegeheime hinweisen.

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Jede pflegebedürftige Person hat einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Einrichtungen, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgehen. Menschen in der stationären Pflege werden durch diese zusätzliche Betreuung und Aktivierung mehr Zuwendung, mehr Austausch mit anderen Menschen sowie ein besseres Teilnehmen am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht. Die Kosten für diese Leistungen werden im vollen Umfang von der Pflegeversicherung getragen, indem sogenannte zusätzliche Betreuungskräfte finanziert werden. Deren Zahl ist in den letzten Jahren aufgrund gesetzlicher Verbesserungen deutlich gestiegen.

Wir können hier nur einen Überblick geben, informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse/Pflegeversicherung.

Quelle Bundesministerium für Gesundheit Dezember 2023



Leistungen der Pflegeversicherung 2024 im Überblick					
Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ohne Kinder & Jugendliche bis 25 Jahre					
	1	2	3	4	5
Pflegeberatung (§ 7 a)	✓	✓	✓	✓	✓
Beratung zu Hause (§ 37)	✓	halbj.	halbj.	viertelj.	viertelj.
Pflegekurse (§ 45)	✓	✓	✓	✓	✓
Pflegesachleistung (§ 36) mtl.	—	760 €	1.431 €	1.778 €	2.200 €
Pflegegeld (§ 37)	—	332 €	572 €	764 €	946 €
Tages- und Nachtpflege (§ 41)	—	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Entlastungsbetrag (§45b)	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Verhinderungspflege (§ 39) jähr. / inkl. Aufstockung Kurz.-Pfl.	—	1.612 € / 2.418 €	1.612 € / 2.418 €	1.612 € / 2.418 €	1.612 € / 2.418 €
Kurzzeitpflege (§ 42) jähr. /inkl. Aufstockung Verhinderungspflege	—	1.774 € / 3.386 €	1.774 € / 3.386 €	1.774 € / 3.386 €	1.774 € / 3.386 €
Kombinationsleistung (§38)	—	möglich	möglich	möglich	möglich
Umwandlung 40 % ambulanter Sachleistungsbetrag (§45a)	—	304 €	572 €	711 €	880 €
Zusätzl. Leisg. In ambulant betreuten Wohngruppen (§38)	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €
Pflegehilfsmittel (§ 40)	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Digitale Pflegeanwendungen DIPA (§ 40a und § 40b sowie § 39a)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Technische Pflegehilfsmittel	✓	✓	✓	✓	✓
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 Abs. 4) je Maßnahme	4.000 €	4.000 €	4.000 €	4.000 €	4.000 €
Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44)	—	✓	✓	✓	✓
Zusätzl. Lstg. Bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	—	✓	✓	✓	✓
Vollstationäre Pflege (§ 43)	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
Zuschlag zum pflegebedingten Eigenanteil bei vollstationärer Pflege	—	Bis 12 Monate: 15 Prozent 13 -24 Monate: 30 Prozent 25 - 36 Monate: 50 Prozent ab 37 Monate: 75 Prozent			
Pflege in vollst. Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (43b)	—	266 €	266 €	266 €	266 €
Zusätzl. Betreuung und Aktivierung in stat. Pflegeeinrichtungen (§ 43b)	✓	✓	✓	✓	✓

Tod des Ehemannes - Wie geht es weiter?

Der Tod des Mannes ist für die Ehefrau ein schwerer Verlust.

Die Witwenrente soll wenigstens die wirtschaftliche Existenz der hinterbliebenen Gattin sichern.

Die Witwe *) muss zum Zeitpunkt des Todes mit dem verstorbenen Versicherten rechtsgültig verheiratet gewesen sein, auch dann, wenn die Eheleute getrennt gelebt haben. Hat die Frau mit dem verstorbenen Versicherten „ohne Trauschein“ zusammengelebt oder war sie verlobt, hat sie keinen Anspruch auf Witwenrente. Die Witwenrente wird auch nur gezahlt, solange die Witwe unverheiratet bleibt. Heiratet sie, entfällt die Witwenrente; auf Antrag wird eine Witwenrentenabfindung gezahlt (das 24-fache der in den letzten zwölf Monaten durchschnittlich gezahlten Witwenrente).

Witwenrente nach dem vorletzten Ehegatten

Wird die neue Ehe geschieden oder für nichtig erklärt, so kann die ursprüngliche Witwenrente aus der Versicherung des ersten Ehegatten erneut beantragt werden („wiederaufleben“).



Dies ist auch dann möglich, wenn die Witwe vor der zweiten Eheschließung die Rentenabfindung wegen Wiederheirat in Anspruch genommen hat. Endet die neue Ehe allerdings vor Ablauf des 24. Kalendermonats nach der Eheschließung (= Abfindungszeitraum), so muss ein Teil der Abfindungssumme an die Rentenversicherung zurückgezahlt werden. Außerdem werden Versorgungs-, Unterhalts- oder Rentenansprüche aus der zweiten Ehe angerechnet.

Kleine oder große Witwenrente?

Altes oder neues Recht

Die sogenannte kleine Witwenrente beträgt 25 % der auf den Todeszeitpunkt berechneten Altersrente des verstorbenen Versicherten.

Altes Recht!

- **Todesfälle vor dem 1. Januar 2002**
- **Am 31.12.2001 bereits Verheiratete, wenn wenigstens ein Partner vor dem 2. Januar 1962 geboren ist.**

Die große Witwenrente (60 %) wird gezahlt, wenn die Witwe

- das 45. Lebensjahr (wird seit 2012 stufenweise auf 47 Jahre angehoben) vollendet hat oder
- berufs- oder erwerbsunfähig ist oder
- ein Kind unter 18 Jahren erzieht oder
- unabhängig vom Alter des Kindes für ein behindertes Kind, das in ihrem Haushalt lebt, sorgt.

Die Altersgrenze von 45 Jahren wird für Todesfälle ab 1. Januar 2012 stufenweise angehoben. Bei einem Todesfall im Jahr 2024 wurde die Grenze um 14 Monate auf das Alter 46 Jahre und 2 Monate angehoben.

Achtung - Neues Recht!

Die Höhe einer großen Witwen-/Witwenrente sinkt bei neu geschlossenen Ehen sowie bei Ehen, in denen beide Partner am 1.1.2002 das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, von bisher 60 auf 55 Prozent der Rente des Verstorbenen zuzüglich eines Zuschlags für Kinder.

Bei der großen Witwenrente wird unterstellt, dass eine Erwerbstätigkeit entweder gar nicht oder aber, beispielsweise wegen der Kindererziehung, nur in eingeschränktem Umfang möglich ist. An die Stelle der bisher gezahlten kleinen Witwenrente tritt automatisch eine große Witwenrente, wenn die Witwe das 45. Lebensjahr plus X Monate vollendet hat.

Die Witwe muss also selbst keinen Antrag stellen. Dies gilt aber auch umgekehrt: Wenn z. B. das Kind das 18. Lebensjahr vollendet und die Witwe das 46. Lebensjahr (siehe hierzu auch Seite 21) noch nicht vollendet hat, wird anstelle der großen dann die kleine Witwenrente gezahlt – es sei denn, die Witwe ist berufs- oder erwerbsunfähig.

Einkommen wird angerechnet

Auf die Witwenrente wird eigenes Einkommen der Witwe zu 40 % angerechnet, soweit ein bestimmter Freibetrag (ab 1. Juli 2024 = 1.038,05 €) monatlich überschritten wird.

Ist ein waisenrentenberechtigtes Kind vorhanden, erhöht sich der Freibetrag um monatlich 220,19 €.

Zum Einkommen zählen Arbeitsverdienst / Arbeitseinkommen, Lohnersatzleistungen wie beispielsweise Arbeitslosengeld, Altersübergangsgeld (nur in den neuen Ländern), Renten aus eigener Versicherung.



Bestimmte Einkommensarten, z. B. Betriebsrenten oder Kapitaleinkünfte, sind von der Anrechnung, im alten Recht, ausgenommen.

Bis zum Ablauf des dritten Kalendermonats nach dem Tod des Versicherten, **dem sogenannten Sterbevierteljahr**, steht den Hinterbliebenen eine Rente in Höhe der vollen Altersrente des Versicherten zu. In dieser Zeit wird eigenes Einkommen nicht auf die Rente angerechnet. War der verstorbene Ehemann bereits Rentner, dann erhält die Witwe als Vorschusszahlung das Dreifache der zuletzt von ihrem Mann bezogenen Monatsrente.

Versicherungsrechtliche Voraussetzung:

Der verstorbene Ehepartner war in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert, d. h. er muss zum Zeitpunkt des Todes entweder

- die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren (Mindestversicherungszeit) erfüllt haben; für die Wartezeit zählen Beitragszeiten (Pflicht- oder freiwillige Beiträge), Ersatzzeiten, Zeiten aus einem Versorgungsausgleich oder
- er hat bereits selbst eine Rente, beispielsweise eine Altersrente, bezogen. In diesem Fall gilt die Wartezeit als erfüllt.
- Die Wartezeit gilt vorzeitig als erfüllt, selbst wenn noch keine fünf Versicherungsjahre vorhanden sind – wenn der Versicherte z. B. aufgrund eines Arbeitsunfalles verstorben ist.

Nur auf Antrag

Die Witwenrente wird nicht „automatisch“ sondern nur auf Antrag gezahlt, allerdings nicht für mehr als zwölf Kalendermonate rückwirkend vor dem Antragsmonat.

Die Witwenrente beginnt mit dem Todestag oder – wenn der Verstorbene bereits Rentner war – mit dem ersten des auf den Sterbemonat folgenden Monats. Mit dem Tag der Antragstellung ist die Witwe – sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind – in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflichtversichert.



Renten - Zusatzversicherung der Knappschaft – Bahn – See (ehemals BVA Abt. B)



Witwen und Witwer haben unter den gleichen Voraussetzungen Anspruch auf die Betriebsrente der Renten - Zusatzversicherung.

Siehe hierzu Seiten 24 bis 27!

Sterbevierteljahr

In der Renten - Zusatzversicherung gibt es nach dem Tod des versicherten Ehegatten für den auf den Sterbemonat folgenden Kalendermonat sofort 60 / 55 v. H. der vorherigen Zusatzversorgung.

Ein sog. Sterbevierteljahr gibt es in der Renten - Zusatzversicherung Teil D nicht.

Beispiel Renten – Zusatzversicherung (ehemals BVA Abt. B Teil D) (Rentenbeginn seit dem 31.07.1979)

Die Betriebsrente des Verstorbenen beträgt 350 €.

Davon beträgt
für die Witwe
die Versorgungsrente 60 %* 210 €

abzüglich eventl. Einkommensanrechnung
siehe Seite 27 0 €

ergibt die Versorgungs-
rente von 210 €



*= bei Fällen des neuen Rechts (siehe Seite 26) 55 Prozent.

Selbstverständlich müssen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen von den Renten der Renten-Zusatzversicherung Beiträge zur Krankenversicherung sowie zur Pflegeversicherung abgeführt werden.

Die Einkommensanrechnung, für Hinterbliebene in der gesetzlichen Rentenversicherung

Witwen können trotz einer Hinterbliebenenrente Geld hinzuverdienen, wenn allerdings der Nebenverdienst den Freibetrag übersteigt, wird die Rente gekürzt.

Der Freibetrag wird normalerweise bei der Rentenanpassung jährlich neu festgelegt. Er richtet sich nach dem so genannten aktuellen Rentenwert und einem bestimmten Faktor, mit dem dieser Rentenwert multipliziert wird.

Der aktuelle Rentenwert liegt ab dem 01. Juli 2024 bei 39,32 Euro in den alten und den neuen Bundesländern.

Zur Ermittlung des Freibetrags wird dieser Wert für Witwen oder Witwer sowie überlebende gleichgeschlechtliche Lebenspartner mit dem Faktor 26,4 multipliziert.

Daraus ergibt sich ein bundeseinheitlicher Freibetrag von 1.038,05 Euro für Witwen und Witwer.

Jedes Kind, das im Haushalt des Hinterbliebenen lebt, erhöht den Freibetrag noch einmal um das 5,6-fache des aktuellen Rentenwerts um 220,19 Euro.

So wird der Freibetrag errechnet – ab Juli 2024!

Beispiel: Eine Witwe aus den bekommt 500 Euro Hinterbliebenenrente. Aus ihrem Nebenverdienst erzielt sie ein monatliches Bruttoeinkommen von 1.800 Euro. Zunächst wird durch den Abzug eines Pauschalwerts bei Arbeitsentgelt von 40 Prozent ein Nettoeinkommen ermittelt. **Bei anderen Einkommen gelten andere Pauschalwerte z.B. bei Renten nur 14 Prozent oder bei Pensionen 25 Prozent!**

1.	Brutto-Hinterbliebenenrente			500,00 €
2.	Einkommen z.B. aus Arbeitsentgelt mtl.	1.800,00 €		
	davon Pauschalabzug 40%	720,00 €		
	(bei Renten 14 % oder Pensionen 25 %)			
	verbleiben Netto		1.080,00 €	
	zuzüglich evtl. weiteres Einkommen z.B. Miete			
3.	abzüglich Freibetrags z.Zt. mtl.		1.038,05 €	
	eventl. zzgl. Freibetrag für Kinder			
	Freibetrag gesamt		1.038,05 €	
4.	Nettoeinkommen über den Freibetrag		41,95 €	
5.	davon werden 40 % angerechnet		16,78 €	16,78 €
6.	ergibt als Hinterbliebenenrente			483,22 €
	(hiervon müssen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung abgezogen werden)			

Die Deutsche Rentenversicherung rechnet auf Anfrage gern aus, um wie viel sich die Hinterbliebenenrente durch eigenes Einkommen vermindert. Dabei gibt sie auch Auskunft, welche Einkommensarten auf welche Weise angerechnet werden. Nicht angerechnet werden zum Beispiel Sozialleistungen wie Arbeitslosengeld 2, Grundsicherung oder Sozialhilfe. Auch Erträge aus steuerlich geförderten Altersvorsorgeverträgen bleiben anrechnungsfrei.

Was tun im Todesfall - Ratgeber für den Sterbefall

Gerade nach einem Sterbefall ist eine ganze Reihe von Formalitäten von den Hinterbliebenen zu erledigen – obwohl gerade dann einem nicht der Sinn danach steht. Die Folge davon ist; manches wird vergessen, Benachrichtigungen

unterbleiben, Ansprüche werden nicht geltend gemacht und wichtige Unterlagen zu spät gefunden.

Wir wollen hiermit einige Hinweise und Empfehlungen geben:

Auf einen Blick: Was ist im Sterbefall zu tun?

- Rechtzeitig ein Testament erstellen / eventl. Notar
- Beim Ableben im Haus sofortige Benachrichtigung eines Arztes
- Totenschein durch behandelnden Arzt ausstellen lassen
- Soll der Verstorbene überführt werden, Leichenpass beim Standesamt beantragen
- Bestattungsinstitut mit der Ausführung der Trauerfeier beauftragen
- Pfarrer bzw. Pastor für die Trauerfeier bestellen
- Grabstelle beim Friedhofsamt besorgen bzw. Feuerbestattung beim Krematorium anmelden
- Todesanzeige drucken lassen oder bei der Zeitung aufgeben
- Personen benachrichtigen, die an Trauerfeier teilnehmen sollen
- Arbeitgeber / Dienststelle bzw. Rentenversicherung / Bundeseisenbahnvermögen wegen Leistungsansprüchen benachrichtigen
- Krankenkasse (z.B. Bahn-BKK, KVB, private Kassen) benachrichtigen
- Gewerkschaft benachrichtigen z.B. auch wegen Sterbegeld
- Versicherungsgesellschaften wegen Lebens- oder Sterbegeldversicherung benachrichtigen
- Prüfen, bei welchen Versicherungen Namensänderungen erforderlich sind oder welche Versicherungen gekündigt werden können
- Evtl. Auto ummelden, Kündigung oder Umschreibung der Kfz- Versicherung
- Geldinstitute wegen Kontoänderung oder Kontoauflösung benachrichtigen
- Mitgliedschaften (z.B. Sportverein) kündigen
- Eigentumsänderungen bei Haus- oder Wohneigentum beantragen
- Evtl. Kreditgeber benachrichtigen
- Ggf. Grabpflege regeln

Viele dieser Aufgaben bieten die Beerdigungsinstitute als Dienstleister an.

Totenschein besorgen

Ausstellung durch den (behandelnden) Arzt (Hausarzt, Krankenhausarzt) der den Tod festgestellt hat.

Anmeldung beim Standesamt

Die Anmeldung muss spätestens am ersten Werktag nach dem Todesfall bei dem für den Sterbeort zuständigen Standesamt durch mündliche Vorsprache (auch durch beauftragtes Beerdigungsinstitut möglich) erfolgen.

Dem Standesamt sind dabei vorzulegen:

- a) Geburts- und Heiratsurkunde (Familienstammbuch)
- b) Totenschein
- c) Personalausweis und/oder Reisepass des Verstorbenen

Ausstellung von Sterbeurkunden

beantragen (zweckmäßig 8 Stück ggf. auch mehr, wobei die Ausstellung je eine Sterbeurkunde für die Beantragung der Versorgung und/oder Rente, für Vorschusszahlung der Rente, für die Krankenkasse und ggf. weiterer sozialer Zwecke gebührenfrei ist).

Beauftragung eines Beerdigungsinstituts

mit der Einsargung und Überführung in die Leichenhalle. Über die Art der Bestattung muss Klarheit herrschen! Eine Feuerbestattung erfordert manchmal noch eine entsprechende Willenserklärung.

Erwerb einer Grabstätte

Trauerfeier – weltlich oder religiös?**Evtl. Vorsprache beim Pfarramt**

Einzelheiten der Bestattung klären, unter Vorlage der Geburts-, Heirats- und Sterbeurkunde. Regelung der Bestattung mit dem Pfarrer (gewünschte Texte, Lieder usw.) oder Absprache mit dem Bestattungsunternehmen.

Traueranzeigen (wenn gewünscht)

- Lokalzeitung und/oder überregionale Zeitung
- Druckerei zur Herstellung von Todesanzeigen, Danksagungskarten, beauftragen.

Unterrichtung des zuständigen Rentenversicherungsträgers bzw. der Bezüge zahlende Dienststelle

Vorlage der benötigten Sterbeurkunden und wenn greifbar, die letzte Renten- bzw. Bezügemitteilung.

Benachrichtigung der Versicherungen

bei denen Versicherungen auf den Lebens- oder Todesfall abgeschlossen wurden mit der Sterbeurkunde, private Haftpflicht, Rechtsschutzversicherung, Hausratsversicherung, Gruppensterbegeld-Versicherung, Pflegeversicherung usw.

Gewerkschaft

Unterrichtung mit Vorlage einer Sterbeurkunde.

Banken/Sparkassen unterrichten

Guthaben des Verstorbenen über 1.200 Euro werden nach dem Sterbefall vom Geldinstitut an das Finanzamt gemeldet.

Hinweis: Für Gehalts- und Sparkonten sollten zu Lebzeiten Vollmachten bzw. Verfügungsberechtigungen auf den Namen des Ehepartners oder einer anderen Person erteilt werden!

Erbschein

Bei Bedarf beim Amtsgericht (Nachlassgericht) beantragen / **Achtung kostenpflichtig!**

Testament

Wenn eine letztwillige Verfügung besteht die Eröffnung des Testamentes beantragen.

Ausweise zurückgeben**Abmelden/Ummelden**

Zeitungen und Zeitschriften, Rundfunk und Fernseher bei GEZ, Telefonanschluss, Renten bei einer Postfiliale.

Persönliche Angaben			
Ehemann	Name		Vorname
	geboren am		Geburtsort
	Telefon		
	Versicherungsnummer der Rentenversicherung		
	Empfänger - Nr		Konto – Nr.
	IBAN (internationale Kontonummer)		BIC (internationale Bankleitzahl)
	Versicherungsnummer der Krankenkasse / KVB		
	Eintritt bei DB		Eintritt Ruhestand
	Persönliche Identifikationsnummer (Steuer)		
Ehefrau	Name		Vorname
	Geburtsname		Geburtsort
	geboren am		Tag der Eheschließung
	Versicherungsnummer der Rentenversicherung		
	Versicherungsnummer der Krankenkasse / KVB		
	Persönliche Identifikationsnummer (Steuer)		

- Bei der EVG erhält man einen ausführlichen BFW-Ratgeber für den Notfall -



Die Renten-Zusatzversicherung [vormals Abt.B / Betriebsrente] ist eine eigenständige betriebliche Altersvorsorge des öffentlichen Dienstes, die die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ergänzt.

Bereits zum 31. Dezember 2000 wurde das System der Gesamtversorgung geschlossen und durch ein sogenanntes Versorgungspunktemodell ersetzt.

Das neue Punktemodell beseitigt die wesentlichen Nachteile des alten Gesamtversorgungssystems.

Darüber hinaus wird die Höhe der Betriebsrente leichter kalkulierbar und gibt somit zusätzliche Planungssicherheit für das Alter.

Grundsätzlich haben Pflichtversicherte in der Renten-Zusatzversicherung Anspruch auf die Betriebsrente, wenn ihnen eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gewährt wird.

Ob Sie in der Renten-Zusatzversicherung pflichtversichert sind, kann Ihnen Ihr Arbeitgeber sagen.

Für Beschäftigte der Deutschen Bahn AG gilt grundsätzlich, dass eine Pflichtmitgliedschaft in der Renten-Zusatzversicherung nur dann vorliegt, wenn der Arbeitnehmer vor dem 05.01.1994 bei der damaligen Deutschen Bundesbahn beschäftigt gewesen ist.

Ansonsten besteht ein Anspruch auf Betriebsrente nach dem Zusatzversorgungstarifvertrag (ZVersTV) der Deutschen Bahn AG.

Wenn Sie zum ZVersTV Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an die Deutsche Bahn AG - Team Betriebsrenten -10357 Berlin, Tel. 030 297 58444 oder per E-Mail an: DB.Betriebsrenten@deutschebahn.com

Wenn Sie bereits eine Rente nach dem alten Gesamtversorgungssystem bezogen haben, wurde Ihre Rente zum 31. Dezember 2001 festgestellt und als Besitzstandsrente weitergezahlt. Ihre Rente wird auch weiterhin angepasst. Jeweils zum 1. Juli eines jeden Jahres wurde Ihre Rente bisher um 1,0 Prozent erhöht. Eine Anrechnung der gesetzlichen Rente auf die Betriebsrente erfolgt nicht mehr.

Antrag

Hier ist es genauso wie in der gesetzlichen Rentenversicherung. Ihre Betriebsrente wird nicht automatisch auf Ihr Bankkonto überwiesen, auch wenn Sie bereits einen Antrag auf Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt haben. Für die Betriebsrente bedarf es eines gesonderten Antrags, den Sie am besten zusammen mit dem Antrag auf gesetzliche Rente bei einer Auskunft- und Beratungsstelle der Knappschaft-Bahn-See [KBS] stellen sollten.

Informationen erhalten Sie selbstverständlich bei den Versichertensprechern oder:



**Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft Bahn See
Renten-Zusatzversicherung
Bahnhofstraße 5, 48143 Münster**

Die Eigenbeteiligung

Die Eigenbeteiligung ist seit dem 01. Juli 2000 bei der BVA Abt B wieder eingeführt worden, seit dem 01. Januar 2003 beträgt die Eigenbeteiligung, für die Renten-Zusatzversicherung 1,41 Prozent.

Welche Auswirkung hat die Nichtzahlung der Eigenbeteiligung?

Die vom Bundeseisenbahnvermögen an die Renten-Zusatzversicherung zu entrichtende Umlage ist eine Zukunftssicherungsleistung, die nach den Bestimmungen des Einkommensteuergesetzes bzw. der Arbeitsentgeltverordnung Einfluss auf die Ermittlung des lohnsteuerpflichtigen bzw. sozialversicherungspflichtigen Entgelts haben kann.

Wird der Beitrag zur Umlage von 1,41 Prozent nicht entrichtet, führt dies beim Bundeseisenbahnvermögen zu einem erhöhten Aufwand, weil anstelle der bisherigen Umlage von 7 Prozent eine Umlage von 8,41 Prozent aufzubringen ist. Dies hat Auswirkungen auf die Höhe der späteren Betriebsrente.

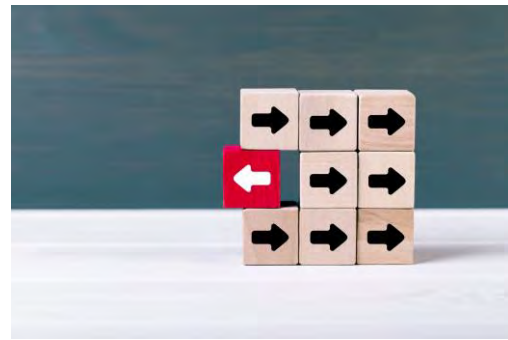
Hierzu ein Beispiel:

Ein Versicherter hat ab dem 01. Juli 2000 bis zum angenommenen Beginn der Betriebsrente am 01. April 2024 für 286 Monate keine Eigenbeteiligung bezahlt. Er hat in dem vergangenen Jahr (2023) ein zusatzversorgungspflichtiges Entgelt von 45.000 € verdient. Dies sind 3.750 € monatlich.

Die Eigenbeteiligung an der Umlage beträgt derzeit 1,41 Prozent. Multipliziert man den monatlichen Durchschnittsverdienst von 3.750 € mit der Eigenbeteiligung von 1,41 Prozent, errechnet sich ein Ruhensbetrag von **52,87 €** monatlich. Dies bedeutet, dass die zustehende Betriebsrente für den Zeitraum von 286 Monaten um 52,87 € monatlich gekürzt wird.

Diese Kürzung gilt auch für Hinterbliebenenrenten!

Deshalb ist es sinnvoll, die Eigenbeteiligung zur Umlage an die Renten - Zusatzversicherung zeitgerecht zu zahlen.



Betriebsrente wird niedriger

Wird bei der Berechnung der Betriebsrente festgestellt, dass für die nach dem 30. Juni 2000 zurückgelegten Umlagemonate kein Beitrag zur Umlage (Eigenbeteiligung) entrichtet wurde, wird von der monatlich zustehenden Betriebsrente für die Zahl der Monate, für die Beiträge zur Umlage zu entrichten waren, jeweils der Betrag nicht gezahlt, der sich als Beitrag zur Umlage von dem der Berechnung der Betriebsrente zugrundeliegenden zusatzversorgungspflichtigen Entgelts ergeben würde.



RENTEN - ZUSATZVERSICHERUNG

Die Betriebsrente für Hinterbliebene

Hinterbliebenenrenten sollen den durch den Tod eines Familienangehörigen eingetretenen Unterhaltsverlust ausgleichen und die wirtschaftliche Existenz der nächsten Angehörigen sichern.

Die Renten-Zusatzversicherung zahlt daher auf Antrag Betriebsrenten auch beim Tod eines/einer Versicherten für Witwen/Witwer oder Waisen.

Hierbei orientieren sich die einzelnen Leistungsarten an denen der gesetzlichen Rentenversicherung.

Wer hat Anspruch auf Betriebsrente für Hinterbliebene?

Auch bei Witwen-/Witwer- und Waisenrenten kann eine Betriebsrente nur gezahlt werden, wenn die allgemeine Wartezeit von 60 Kalendermonaten erfüllt ist. In besonderen Fällen (z. B. bei einem Arbeitsunfall) ist ein einziger vom verstorbenen Versicherten entrichteter Beitrag ausreichend, um die Wartezeit für eine Betriebsrente an Hinterbliebene zu erfüllen.

Witwen- bzw. Witwerrente

Ein Anspruch auf Betriebsrente für Witwen bzw. Witwer besteht nur dann, wenn die Ehe mit dem/der Verstorbenen mindestens zwölf Monate bestanden hat.

Unter bestimmten Bedingungen (z. B. Unfalltod des versicherten Ehegatten) besteht auch bei einer Ehedauer von weniger als zwölf Monaten ein Betriebsrentenanspruch. In der Regel orientiert sich die Renten – Zusatzversicherung jedoch an der Entscheidung der gesetzlichen Rente.

Waisenrente

Auf Antrag erhalten nach dem Tod der/des Versicherten die leiblichen und angenommenen Kinder sowie Pflegekinder eine Betriebsrente für Halb- oder Vollwaisen, soweit sie steuerrechtlich im Sinne des Einkommensteuergesetzes berücksichtigt werden können.

Danach wird die Waisenrente über das 18. Lebensjahr hinaus bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres unter anderem gezahlt, wenn die Waise

- sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet oder
- ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leistet oder
- wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Wie hoch ist die Betriebsrente für Hinterbliebene?

Grundlage für die Berechnung einer Betriebsrente für Hinterbliebene ist die Betriebsrente, die die/der verstorbene Versicherte bezogen hat.

Hat die/ der Verstorbene keine Betriebsrente bezogen, ist für die Berechnung die Betriebsrente maßgebend, die die/der Verstorbene hätte beanspruchen können, wenn sie/er im Zeitpunkt des Todes wegen voller Erwerbsminderung ausgeschieden wäre.

Die Betriebsrente für Hinterbliebene beträgt (bei neuem Hinterbliebenenrecht)

- bei der so genannten großen Witwen- oder Witwerrente 60 (oder 55 Prozent)
- bei der so genannten kleinen Witwen- oder Witwerrente 25 Prozent
- für die Halbweise 10 Prozent
- für die Vollweise 20 Prozent

der Betriebsrente, die der Versicherte erhalten hat oder erhalten hätte.

Dabei richten sich Art (große oder kleine Witwenrente, Halb- oder Vollwaisenrente), Höhe, sowie Dauer des Anspruchs nach den entsprechenden Bestimmungen der gesetzlichen Rentenversicherung, soweit die Satzung keine Sonderregelung vorsieht.

So wird abweichend von der Regelung in der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente in Höhe der Betriebsrente der/ des verstorbenen Versicherten für das sogenannte „Sterbevierteljahr“ nicht gezahlt.

Witwen- bzw. Witwerrente und Waisenrenten dürfen zusammen nicht höher sein als die Betriebsrente der/des verstorbenen Versicherten. Gegebenenfalls werden die Hinterbliebenenrenten anteilig gekürzt.

Für Hinterbliebene gelten die Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung über das Zusammentreffen von Rente und Einkommen entsprechend.

Eine doppelte Einkommensanrechnung findet jedoch nicht statt. Der/Dem Hinterbliebenen werden mindestens 35 vom Hundert der ihr/ihm zustehenden Betriebsrente für Hinterbliebene gezahlt.

Wann beginnt die Betriebsrente für Hinterbliebene?

Die Betriebsrente für Hinterbliebene beginnt grundsätzlich mit dem Beginn der Renten wegen Todes aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

Der Anspruch auf Betriebsrente erlischt, wenn

- der Betriebsrentenberechtigte verstorben ist.
- die Anspruchsvoraussetzung für eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung entfällt.
- eine Überleitung der Anwartschaften zu einer anderen Zusatzversorgungskasse durchgeführt wurde.
- ein deutsches Gericht einen Betriebsrentenberechtigten wegen einer vorsätzlichen Tat zu einer Freiheitsstrafe von mindestens 2 Jahren verurteilt. In diesem Fall ist eine Beitragsersatzung durchzuführen.

Für Witwen und Witwer

Der Anspruch auf Betriebsrente für Witwen/Witwer erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Witwe/der Witwer wieder geheiratet hat oder gestorben ist.

Der Anspruch auf Betriebsrente lebt auf Antrag wieder auf, wenn die neu geschlossene Ehe z. B. durch Tod oder Scheidung aufgelöst wird.

Einkommensanrechnung, für Hinterbliebene, in der Renten-Zusatzversicherung der Knappschaft-Bahn-See

Ermittlung des Ruhensbetrages			
		1. Beispiel	2. Beispiel
1.0	Bruttoeinkommen monatlich	2.200,00 €	900,00 €
1.1	Einkommen monatlich netto	1320,00 €	774,00 €
1.2	abzüglich Freibetrags seit 1.7.2023	1.038,05 €	1.038,05 €
1.3	ergibt anrechenbares Einkommen	281,95 €	0,00 €
1.4	auf die gesetzliche Rente anzurechnender Betrag (40 v.H.) von 1.3	112,78 €	0,00 €
2.0	Verbleibender Betrag (1.3 minus 1.4)	168,22 €	0,00 €
3.0	monatlicher Ruhensbetrag in der Renten - Zusatzversicherung (40 v.H.) von 2.0	67,29 €	0,00 €
4.0	Anspruch aus der Renten – Zusatzversicherung z.B. 60 v.H. von 350 €	210,00 €	210,00 €
5.0	minus monatlicher Ruhensbetrag aus der Renten – Zusatzversicherung (siehe 3.0)	67,29 €	0,00 €
6.0	Bruttozahlbetrag aus der Betriebsrente der Renten – Zusatzversicherung mindestens 35 % von 4.0 = 73,50 €	142,71 €	210,00 €

Hiervon müssen gegeben falls noch Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt werden!

Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung

Notvertretungsrecht für Ehepartner

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) regelt erst seit Anfang 2023 ein zeitlich begrenztes, gegenseitiges Notvertretungsrecht.

Wann gilt das Notvertretungsrecht?

Das Notvertretungsrecht gilt nur für die Gesundheitsvorsorge, also nicht zum Beispiel in Vermögensfragen. Und es gilt nur dann, wenn „ein Ehegatte aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit seine Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge rechtlich nicht besorgen“ kann, so die Formulierung im Gesetzbuch.

Die Regelung gilt für Ehegatten und darüber hinaus auch für offizielle Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz. Nach dem Gesetz gelten eherechtliche Regelungen, die nach dem 22.12.2018 getroffen wurden, automatisch auch für offizielle Lebenspartner (§ 21).

Viele Partnerschaften im Alter sind weder ehelich noch offiziell. Die Partner können sich nicht dann nicht auf ein Notvertretungsrecht berufen. Genauso wenig kann das ein Kind – etwa dann, wenn ein betagtes Elternteil nach einem Schlaganfall ohne Bewusstsein ist.

Was können Ehepartner im Notfall füreinander regeln?

- In Untersuchungen des Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen und für ihren Partner eine ärztliche Aufklärung erhalten. Ärzte sind in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht entbunden.
- Verträge im Zusammenhang mit der Gesundheitsvorsorge abschließen, zum Beispiel Behandlungsverträge, Krankenhausverträge oder Verträge über eilige Maßnahmen der Rehabilitation und der Pflege.



- Entscheidungen über freiheitsentziehende Maßnahmen treffen, zum Beispiel sedierende Medikamente oder Bettgitter während eines Krankenhaus- oder Heimaufenthalts. Die gilt für eine maximale Dauer von sechs Wochen.
- Für ihren Partner mit Dritten kommunizieren, etwa der Pflege- oder der Unfallversicherung, und gegebenenfalls in diesem Zusammenhang Anträge stellen.

Unter welchen Voraussetzungen haben Ehepartner diese Rechte?

- Die Ehegatten dürfen nicht getrennt voneinander leben.
- Die Gesundheitsvorsorge darf nicht bereits anders geregelt sein. Zum Beispiel kann eine Vorsorgevollmacht ausdrücklich bestimmen, dass ein Kind und nicht der Ehepartner entsprechende Vollmachten erhält.
- Auch wenn klar ist, dass der Betreffende nicht vom Ehepartner in diesen Angelegenheiten betreut werden will, kommt das Notvertretungsrecht nicht zur Geltung.

Das bedeutet auch weiterhin können mit einer Vorsorgevollmacht diese Dinge geregelt werden.

Wichtig ist aber – dafür zu sorgen, dass im Falle des Falles die Vorsorgevollmacht auffindbar ist.

Wie lange gilt das Notvertretungsrecht?

Maximal für sechs Monate. Dauert die Bewusstlosigkeit beziehungsweise Entscheidungsunfähigkeit des Ehepartners länger als sechs Monate, muss ein Betreuer bestellt werden. Auch dann würde wieder die Vorsorgevollmacht in Kraft treten.

Welche Rolle spielen Ärzte bei der Notvertretung?

Ein Arzt muss dem vertretenden Ehegatten schriftlich bestätigen, dass die Voraussetzungen für die Notvertretung vorliegen und ab welchem Zeitpunkt die Sechs-Monats-Frist zu laufen beginnt. Hierfür hat die Bundesärztekammer ein Formular zur Ehegattennotvertretung entwickelt.

Warum Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht weiter wichtig sind

Das Notvertretungsrecht ist kein Ersatz für eine Patientenverfügung oder eine Vorsorgevollmacht.

Sie sollten eine Patientenverfügung erstellen, wenn Sie sicherstellen wollen, dass im medizinischen Notfall eine Behandlung durchgeführt wird, die möglichst Ihren eigenen Wünschen entspricht.

Eine Patientenverfügung sollte allerdings möglichst konkret formuliert sein. Der Bundesgerichtshof hat bereits am 6.7.2016 entschieden, dass pauschale Formulierungen wie „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ nicht ausreichen. Vielmehr muss die Verfügung möglichst konkrete Anweisungen zu den Themen künstliche Ernährung, künstliche Beatmung, Schmerzbehandlung, Wiederbelebung, Organspende sowie zu weiteren medizinischen Fragen enthalten.

Hilfen zur möglichst rechtssicheren Formulierung einer Patientenverfügung bieten die Textbausteine des Bundesjustizministeriums. Sie finden sie in der Broschüre „Patientenverfügung“ (PDF).

Auch die Verbraucherzentralen bieten die Möglichkeit, Schritt für Schritt online eine schriftliche Patientenverfügung zu erstellen.

Warum eine Vorsorgevollmacht?

Eine Vorsorgevollmacht regelt, welche Person für Sie im Ernstfall Entscheidungen treffen darf, wenn Sie selbst dazu nicht (mehr) in der Lage sind. Was Sie dann an andere delegieren, können Sie selbst festlegen. Die Vollmacht kann etwa in Vermögensfragen gelten oder auch in medizinischen Fragen. Wenn Sie eine Patientenverfügung erstellt haben, gibt diese allerdings bereits den Rahmen vor, innerhalb dessen der Bevollmächtigte in medizinischen Fragen Entscheidungen treffen kann.

Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung hinterlegen

Im Notfall müssen Ihre Vollmachten auch bekannt und verfügbar sein. Eine Möglichkeit: Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht können Sie im Zentralen Vorsorgeregister bei der Bundesnotarkammer registrieren lassen.

Haben Ärzte Zugriff auf das Vorsorgeregister?

Auch das ist seit Anfang 2023 vom Gesetzgeber geregelt. Ärzte dürfen nun rund um die Uhr beim Vorsorgeregister Anfragen nach Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten stellen. Voraussetzung ist, dass die Auskunft „für die Entscheidung über eine dringende medizinische Behandlung erforderlich ist“. Die Regelung finden Sie in § 78b Absatz 1 der Bundesnotarordnung.



Im Notfall wenden Sie sich bitte an ...“. Ein kleiner Zettel oder eine Infokarte in Portemonnaie kann für Sie im gesundheitlichen Krisenfall Gold wert sein. Am besten vermerken Sie auf dem Zettel, dass Sie eine Vorsorgevollmacht und eine Patientenverfügung verfasst haben – und wo diese zu finden sind.

Quelle „Ihre Vorsorge“ ein Informationsportal der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung sowie der Knappschaft Bahn See

Gesetzliche Rente und Steuer

Jeder neue Rentnerjahrgang wird stärker besteuert.

Von den mehr als 20 Millionen Rentner zahlen rund fünf Millionen Steuern. Dabei handelt es sich, in der Regel, um Rentner, die neben dem gesetzlichen Altersruhegeld noch weitere Renten erhalten beziehungsweise noch weitere steuerpflichtige Einkünfte haben.

Ob und wie viel Steuer Sie von Ihrer Rente entrichten müssen, hängt davon ab, wann Sie in Rente gegangen sind beziehungsweise gehen werden. Denn seit 2005 steigt Jahr für Jahr der steuerpflichtige Teil der Rente. Dafür werden die Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitnehmer zunehmend von der Steuer freigestellt. Das Prinzip nennt sich dabei nachgelagerte Besteuerung.

Der Übergang zu diesem Prinzip zieht sich über einige Jahrzehnte hin.

Für gesetzliche Renten, die ab 2006 begonnen haben, stieg der Besteuerungsanteil – je nach Jahr des Rentenbeginns – bis zum Jahr 2020 schrittweise um zwei Prozentpunkte jährlich auf 80 %.

In den Jahren 2021 und 2022 stieg der Anteil um einen Prozentpunkt.

Aufgrund des Wachstumschancengesetz vom 27.3.2024 steigt der Besteuerungsanteil ab dem Jahr 2023 jährlich um 0,5 Prozent bis auf 100 % ab dem Jahr 2058.

Damit will die Ampel-Regierung die Doppelbesteuerung der Renten vermeiden und setzt das Urteil des Bundesfinanzhofs zum Alterseinkünftegesetz um.

Bestandsrenten sind hiervon nicht betroffen.

Somit bleiben in diesem Jahr nur noch 17 Prozent der ersten vollen Bruttojahresrente als dauerhafter Festbetrag steuerfrei. Dieser Betrag ändert sich nicht mehr im Laufe des Lebens, auch wenn bei späteren Rentenjahrgängen ein zunehmend höherer Teil der Rentenbezüge zu versteuern ist.

Hierbei wird folgendermaßen gerechnet:



Nehmen wir an, Sie beziehen seit Januar 2024 Ihre Vollrente und beziehen in diesem Jahr insgesamt eine Bruttorente von 18.000 Euro.

Davon sind 83 Prozent steuerpflichtig. 17 Prozent sind steuerfrei, das sind 3.060 Euro.

Das ist Ihr Steuerfreibetrag, der Ihnen für 2024 und auch künftig – soweit Sie nicht als Rentner noch weitere Rentenversicherungsansprüche erwerben – anerkannt wird. Für 2024 beträgt der steuerpflichtige Teil Ihrer Rente damit (18.000 Euro minus 3.060 Euro =) 14.940 Euro.

Weitere Rentensteigerungen in den folgenden Jahren sind für Sie voll steuerpflichtig. Steigt Ihre Rente bis 2025 beispielsweise um weitere 1.500 Euro, so steigt der steuerpflichtige Teil Ihrer Rente dann auf (14.940 + 1.500 =) 16.440 Euro. Wegen des gleichzeitig steigenden Grundfreibetrags wirkt sich dies in den meisten Fällen allerdings kaum aus.

Auf diesen Teil Ihrer Einkünfte greift der Fiskus nicht zu

Steuerpflichtige Bezüge bis zur Höhe des steuerlichen Grundfreibetrags bleiben steuerfrei. Der Freibetrag steigt 2024 auf 11.784 Euro (gegenüber 10.908 in 2023). Hinzurechnen müssen Sie noch

- einen Sonderausgabenpauschbetrag von 36 Euro,
- einen Werbungskostenpauschbetrag von 102 Euro (für Rentner),
- Ihre vollen Beiträge zur Sozialversicherung (Kranken- und Pflegeversicherung),
- Ihren persönlichen Rentenfreibetrag.

Welcher Besteuerungsprozentsatz gilt bei einer Teilrente

Welcher Prozentsatz bei der Berechnung des Rentenfreibetrags zählt, richtet sich laut Bundesfinanzministerium „nach dem Jahr des Rentenbeginns“. Dies gilt auch beim Bezug

einer Teilrente. Das bedeutet beispielsweise: Wer 2021 erstmals Rente bezogen hat, aber eine Teilrente – das kann auch eine 10-Prozent-Rente sein – gewählt hat, schreibt damit den für 2021 geltenden Wert auf der „Steuertreppe“ für die Zukunft fest. Wer dann etwa 2024 von der Teilrente in die Vollrente wechselt, bleibt auf der Steuertreppe im Jahr 2021 stehen. Bei der Rentenbesteuerung ist „der ursprünglich ermittelte Prozentsatz maßgebend“, heißt es in einem Rundschreiben des Bundesfinanzministeriums.

Rentenversicherung schickt Steuerbescheinigung zu

Die Deutsche Rentenversicherung stellt Rentnern auf Wunsch eine kostenlose Bescheinigung aus, die beim Ausfüllen der Steuervordrucke „Anlage R“ und „Anlage Vorsorgeaufwand“ der Steuererklärung hilft. Die Bescheinigung können Sie per Brief, Fax oder E-Mail bei Ihrem Rentenversicherungsträger anfordern. Wichtig: Geben Sie dabei Ihre persönliche Rentenversicherungsnummer an. Haben Sie die Bescheinigung einmal beantragt, so wird sie Ihnen in den Folgejahren jeweils automatisch zugeschickt.

Betriebsrenten und Steuern

Betriebsrenten sind häufig voll zu versteuern.

Grundsätzlich gilt: Immer, wenn im Arbeitsleben keine Steuern auf die Beiträge gezahlt wurden, müssen Sie später auf Ihre volle Rente Steuer zahlen. Umgekehrt ist nur der so genannte Ertragsanteil der Rente zu versteuern, wenn die Beiträge bereits aus versteuertem Einkommen gezahlt wurden.

Vereinfacht kann man sagen, damit wird nur der Zinsgewinn auf die eingezahlten Beiträge besteuert. Dabei werden die Zinsen allerdings nicht genau ermittelt, man behilft sich vielmehr mit einer Tabelle zum Ertragsanteil aus dem Einkommensteuergesetz. Auszüge aus dieser Tabelle finden Sie nebenan.

Für die Betriebsrenten der Deutschen Bahn AG nach dem Zusatzversorgungstarifvertrag bedeutet dies sind in voller Höhe zu versteuern.

Hingegen sind Betriebsrenten der Renten – Zusatzversorgung (RZV) der Knappschaft Bahn See – ehemalige BVA Abt. B – im Rahmen des Ertragsanteils steuerpflichtig.

Lebensalter bei Rentenbeginn	Ertragsanteil in Prozent
60-61	22
62	21
63	20
64	19
65-66	18

Wenn Sie eine solche Betriebsrente der RZV ab 65 beziehen, müssen Sie nur 18 Prozent davon versteuern. Bei einer Betriebsrente in Höhe von 200 Euro sind dies 36 Euro.

Die Renten – Zusatzversicherung der Knappschaft Bahn See versendet automatisch „bis Ende Februar Anfang März“ des laufenden Jahres eine Leistungsmitteilung über den Bezug der Betriebsrente des Vorjahres als Bescheinigung für das Finanzamt.

Riester-Renten Kapitalerträge aus Fondssparplänen, Aktien und Steuer

Riester-Renten müssen im Alter voll versteuert werden. Dies gilt auch für Kapitalerträgen aus Fondssparplänen, Aktien und dem DB-Pensionsfonds der DEVK

Grundsätzlich sollten Neurentner mit dem Finanzamt oder einen Steuerberater Rücksprache halten, um eventuelle unangenehme Überraschungen zu vermeiden.

Quelle „Ihre Vorsorge“ ein Informationsportal der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung sowie der Knappschaft Bahn See

Doppelte Rente: Achtung Grenzbetrag bei Unfallrenten!



Wer neben einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente der gesetzlichen Unfallversicherung bezieht, muss ab einem bestimmten Grenzbetrag mit einer Anrechnung der Rente rechnen. - § 93 SGB VI -

Die gesetzliche Rente wird nicht oder nur in vermindertem Umfang gezahlt, wenn beide Renten zusammen einen Grenzbetrag übersteigen. Dadurch soll vermieden werden, dass ein Versicherter mit Rentenansprüchen aus beiden Versicherungen ein Gesamteinkommen erzielt, das wesentlich über seinem vorherigen Erwerbseinkommen liegt.

Anrechenbar können Unfallrenten auf Versicherten- und Hinterbliebenenrenten der gesetzlichen Rentenversicherung sein, also:

- auf alle Altersrenten,
- auf die Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung
- auf die Erziehungsrente,
- auf Witwen- bzw. Witwerrenten und auf Waisenrenten.

Höhe des Grenzbetrags

Die Leistung der Rentenversicherung wird um den Betrag gekürzt, um den

beide Rentenansprüche einen bestimmten Grenzbetrag übersteigen. Dieser beträgt 70 Prozent des monatlichen

Beispiel: ohne Berücksichtigung von Ausnahmen – alle Werte brutto! – nach § 93 SGB VI -

1.0	Summe der Rentenbeträge			
1.1	Brutto-Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung		1.300,00 €	
1.2	Unfall-Rente brutto	420,00 €		
1.3	Minus Freibetrag* nach dem BVG (30 % MdE)	177,73 €		
1.4	Anzurechnende Unfallrente		242,27 €	
1.5	Summe der anzurechnenden Renten		1.542,27 €	
2.0	Grenzbetrag			
2.1	Jahresarbeitsverdienst der Unfallversicherung	26.000,00 €		
2.2	Hiervon 70 % : 12 x Rentenartfaktor (hier) 1,0	1.516,67 €		
2.3	Ergibt als Grenzbetrag	1.516,67 €		
3.0	Ruhensberechnung			
3.1	Summe der anzurechnenden Renten aus 1.5	1.542,27 €		
3.2	Minus Grenzbetrag aus 2.3	1.516,67 €		
3.3	Ergibt den Ruhensbetrag in der gesetzlichen Rentenversicherung	25,60 €		
4.0	Brutto-Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung		1.300,00 €	
4.1	minus Ruhensbetrag aus 3.3		25,60 €	
4.2	Zahlbetrag gesetzliche Rente		1.274,40 €	1.274,40 €
4.3	Zahlbetrag Unfallrente – immer ungekürzt -			420,00 €

Jahresarbeitsverdienstes, der der Unfallrente zu Grunde liegt, vervielfältigt mit dem entsprechenden Rentenartfaktor.

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

Bei der Bahn war dies bis zum 31.12.2014 die Eisenbahn-Unfallkasse (EUK).
Zum 1. Januar 2015 erfolgte die Fusion der Unfallkasse des Bundes mit der EUK zur Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB).

Unfallversicherung Bund und Bahn

Hauptstandort Frankfurt
Salvador-Allende-Straße 9
60487 Frankfurt am Main
Telefon: 069 47863-0
Telefax: 069 47863-2902
E-Mail: info@uv-bund-bahn.de
Website: www.uv-bund-bahn.de



Die zentrale Postanschrift lautet
Unfallversicherung Bund und Bahn
26380 Wilhelmshaven

Bei Fragen zu Ihrem Versicherungsfall erreichen Sie die UVB unter 04421 407-4007.

**= Der Freibetrag, nachdem BVG richtet sich nach der Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit.
Er beträgt ab dem 01.07.2024

10 %	59,37 €	30 %	177,73 €	50 %	327,14 €	70 %	573,24 €	90 %	833,19 €
20 %	118,35 €	40 %	243,78 €	60 %	413,25 €	80 %	693,21 €	100 %	932,67 €

Von A (Arzneimittel) bis Z (Zuschuss) das gilt 2024 in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die persönliche Belastungsgrenze beträgt 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Für chronisch Kranke gilt: 1 Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Zuzahlung für Arzneimittel	10 % vom Abgabepreis pro Medikament, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für Heilmittel (z.B. Ergotherapie oder Logopädie)	10 % der Kosten plus 10 Euro je Verordnung	
Zuzahlung für Hilfsmittel	10 % vom Abgabepreis, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z.B. Windeln)	10 % der Kosten, max. 10 Euro pro Monat	
Zuzahlung für häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten, plus 10 Euro je Verordnung für max. 28 Tage	
Zuzahlung zu genehmigten Fahrkosten	10 % der Kosten, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für Haushaltshilfe	10 % der täglichen Kosten, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation	10 Euro pro Tag für max. 28 Tage	
Medizinische Reha- und Vorsorgemaßnahmen	10 Euro pro Tag für max. 28 Tage	
Belastungsgrenze für Zuzahlungen / bei chronischen Kranken	individuell: 2 % / 1% des Haushaltseinkommens	
Zahnersatz		Der Festzuschuss beträgt 60 Prozent der Kosten für die Regelversorgung. Bei erbrachter Vorsorge in den vorangegangenen fünf Jahren steigt der Anteil auf 70 Prozent. Haben die Versicherten ihr Bonusheft in den vergangenen zehn Jahren lückenlos gepflegt, erhalten sie 75 Prozent. Das einmalige Fehlen des Bonusstempels muss zukünftig in Ausnahmefällen auch nicht mehr zum Verlust des Bonusanspruchs führen. Insbesondere wenn man im Corona-Jahr 2020 nicht beim Zahnarzt war, drücken die Krankenkassen ein Auge zu.
Familienabschläge 2024 bei der Ermittlung der Belastungsgrenze:		
für den ersten Angehörigen	6.363,00 Euro	jährlich
jeder weitere Angehörige	4.242,00 Euro	jährlich
je familienversichertes Kind	9.312,00 Euro	jährlich
Härtefallregelung bei Zahnersatz		
Monatliche Einkommensgrenze für die Härtefallregelung bei Zahnersatz 2024		
Alleinstehende	1.414,00 €	
2 Personen	1.944,25 €	
3 Personen	2.297,75 €	
Je weitere Person	353,50 €	

Das E-Rezept macht das Leben einfacher

Das E-Rezept spart unnötige Wege

Rezeptzettel verlieren? Durch das sichere Übermitteln auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) oder die E-Rezept-App der gematik kann dies nicht mehr passieren. Und wer ein einfaches Folgerezept im laufenden Abrechnungsquartal braucht, kann ebenfalls Wege sparen: Denn ein weiterer Arztbesuch wird unnötig, wenn die Praxis das Folgerezept direkt digital auf die eGK bzw. die App übermittelt.



Dank E-Rezept bequemer zum Medikament

Über die E-Rezept-App können Versicherte einfach das Rezept an Ihre Wunschapotheke senden. So erfahren sie, ob diese ein bestimmtes Medikament vorrätig hat und sparen Zeit. Versicherte können Medikamente auch von zuhause vorbestellen und diese dann abholen oder liefern lassen – wann und wie es für sie am besten passt.

E-Rezept-App findet die passende Apotheke

Auf dem Weg zur Arbeit, beim Einkaufen oder einfach unterwegs: Mit der E-Rezept-App finden Patientinnen und Patienten an jedem Ort genau die Apotheke, die sie gerade brauchen. Die App kennt aktuelle Öffnungszeiten und weiß auch, ob eine Apotheke einen Botendienst anbietet – zum Beispiel, weil man selbst aktuell bewegungsingeschränkt ist.



Rezepte für Angehörige einlösen

Viele Versicherte haben pflegebedürftige Angehörige, für die der Weg zum Arzt oder in die Apotheke zu beschwerlich ist. Mit der Familienfunktion können Versicherte die Rezepte für andere Menschen auf deren Wunsch hin in ihrer eigenen E-Rezept-App aufrufen und vor Ort einlösen.

Mit dem E-Rezept sind Daten sicher

Von der Arztpraxis bis in die Apotheke werden E-Rezepte bei der digitalen Übertragung mehrfach verschlüsselt und sicher gespeichert. Damit sind sie vor unbefugtem Zugriff geschützt. Nur wer im Besitz des Rezeptcodes für ein E-Rezept ist, kann es auch abrufen: Das ist neben der ausstellenden Arztpraxis und der Apotheke, bei der das Rezept eingelöst wird, nur die Person, für die das Rezept bestimmt ist. Zudem kann diese Person den Rezeptcode natürlich an eine Person ihrer Wahl weitergeben.



DEVK

Gesagt. Getan. Geholfen.

Kosten runter!

Jetzt
in eurer
Geschäftsstelle
beraten lassen

Exklusive DEVK-Tarife warten
auf euch und eure Familien.

-18%

Hausrat-
versicherung

-31%

Haftpflicht-
versicherung

-35%

Wohngebäude-
versicherung



**VERKEHRS
MARKT**

Vergleichsrechnung mit ausgewählten
Versicherern (ähnliche Leistungen)
Die Tarife können sich in weiteren einzelnen
Leistungsmerkmalen unterscheiden.

EVG@devk.de

Stell Dir vor:

**WIR SIND HIER SO
VERWURZELT WIE DU.**

Nachhaltiges Wachstum liegt uns am Herzen – genauso wie Ihnen! Lassen Sie uns gemeinsam etwas bewegen. Mehr Infos unter www.sparda-west.de/gemeinsam

Sparda-Bank West eG

Ludwig-Erhard-Allee 15 • 40227 Düsseldorf •

Telefon: 0211 23 93 23 93

Sparda-Bank

Die Deine Bank.