

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-2225
FAX +49 (0)30 18441-1245
INTERNET www.bmg.bund.de
E-MAIL pressestelle@bmg.bund.de

Presse- mitteilung

Berlin, 18. Dezember 2009
Nr. 123

Was ändert sich zum 1. Januar 2010?

Höhere Leistungen der Pflegeversicherung

Im Zuge der Pflegereform 2008 werden ab 1. Januar 2010 die finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung erneut angehoben. Es ergeben sich folgende Änderungen:

1. Anhebung der ambulanten Pflegesachleistungen bis zu monatlich

- in Pflegestufe I von 420 € auf 440 €
- in Pflegestufe II von 980 € auf 1.040 €
- in Pflegestufe III von 1.470 € auf 1.510 €

2. Anhebung des Pflegegeldes monatlich

- in Pflegestufe I von 215 € auf 225 €
- in Pflegestufe II von 420 € auf 430 €
- in Pflegestufe III von 675 € auf 685 €

3. Anhebung der Pflegeaufwendungen im Rahmen der so genannten Verhinderungspflege für bis zu 4 Wochen im Kalenderjahr bis zu bei Pflegevertretung durch nahe Angehörige:

- in Pflegestufe I von 215 € auf 225 €
- in Pflegestufe II von 420 € auf 430 €

- in Pflegestufe III von 675 € auf 685 €
bei Pflegevertretung durch sonstige Personen in allen 3 Pflegestufen:
von 1.470 € auf 1.510 €

4. Kurzzeitpflege bis zu jährlich in allen 3 Pflegestufen

von 1.470 € auf 1.510 €

5. Teilstationäre Tages- und Nachtpflege bis zu monatlich

- in Pflegestufe I von 420 € auf 440 €
- in Pflegestufe II von 980 € auf 1.040 €
- in Pflegestufe III von 1.470 € auf 1.510 €

6. Vollstationäre Pflege pauschal monatlich

- in Pflegestufe III von 1.470 € auf 1.510 €
- in Härtefällen von 1.750 € auf 1.825 €

Die vollstationären Sachleistungsbeträge der Pflegestufen I und II sowie alle weiteren hier nicht aufgeführten Leistungen bleiben unverändert.

Rechengrößen in der Sozialversicherung

Auf Grund der Rechtsverordnung für die Rechengrößen in der Sozialversicherung für das Jahr 2010 erhöht sich die allgemeine Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer von 48.600 Euro im Jahr 2009 auf 49.950 Euro im Jahr 2010 in den alten und neuen Bundesländern. Die besondere Versicherungspflichtgrenze (Bestandsschutz) für Arbeitnehmer, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, erhöht sich gemäß dieser Rechtsverordnung von 44.100 Euro im Jahr 2009 auf 45.000 Euro im Jahr 2010.

Für familienversicherte Angehörige von Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherungen erhöht sich der Grenzwert bis zu dem die beitragsfreie Familienversicherung durchgeführt wird. Das zulässige Gesamteinkommen erhöht sich von 360 Euro im Jahr

2009 auf 365 Euro im Jahr 2010. Für geringfügig Beschäftigte bleibt es bei einem zulässigen Gesamteinkommen von 400 Euro für die beitragsfreie Familienversicherung. Bei einem Gesamteinkommen oberhalb dieser Grenzen ist die beitragsfreie Familienversicherung für die betroffenen Personen nicht durchführbar.

Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen

Bislang sind nur Kassen unter Bundesaufsicht insolvenzfähig. Zum 1. Januar 2010 werden auch die Krankenkassen insolvenzfähig, die unter der Aufsicht der Länder stehen. Diese Ungleichbehandlung wird damit aufgehoben. Alle Kassen müssen ab diesem Zeitpunkt ihre Bücher nach einheitlichen und gleichen Vorschriften führen, die stärker an das Handelsgesetzbuch angepasst sind. Das erhöht die Transparenz.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, für ihre Versorgungszusagen an die Beschäftigten ein ausreichendes Deckungskapital im Zeitraum von längstens 40 Jahren zu bilden. Im Interesse der Versicherten und der Beschäftigten gelten gesetzliche Maßnahmen, um eine Insolvenz oder Schließung einer Kasse zu vermeiden. Dazu gehören freiwillige vertragliche Regelungen über Finanzhilfen innerhalb der Krankenkassen der Kassenart und finanzielle Hilfen zur Fusionen durch den Spitzenverband.

Sicherstellungszuschläge für die vertragszahnärztliche Versorgung

Mit Wirkung zum 1. Januar 2010 tritt der § 105 Abs. 5 SGB V in Kraft. Danach gelten ab diesem Zeitpunkt die Regelungen zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen nur noch für die vertragszahnärztliche Versorgung. Bislang können Sicherstellungszuschläge an Vertragsärzte in Gebieten oder Teilen von Gebieten gezahlt werden, für die der Landessausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgungsfeststellung bzw. eine Feststellung getroffen hat, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Hintergrund der Änderung ist, dass im Rahmen der Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems ab dem Jahr 2010 eine Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisreize vorgesehen wurde.

Hilfsmittelversorgung

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde die Hilfsmittelversorgung stärker wettbewerblich ausgerichtet. Die nach altem Recht zur Versorgung der Versicherten berechtigende Zulassung wurde abgeschafft. Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur noch auf der Grundlage von Verträgen abgegeben werden. Für Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach § 126 SGB V in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung verfügten, gilt eine Übergangsfrist, während der die betreffenden Leistungserbringer noch versorgungsberechtigt sind. Die Übergangsfrist endet zum 31. Dezember 2009. Ab 1. Januar 2010 kann auch die Versorgung der Versicherten durch Leistungserbringer, die übergangsweise noch versorgungsberechtigt waren, nur noch auf der Grundlage von Verträgen mit den Krankenkassen erfolgen.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.bmg.bund.de