

DER PFLEGEPILOT



Ausgabe 01/2025

Inhaltsverzeichnis

Aktuelles	Seite
Digitalisierung in der AOK	2
Krankenkassenwechsel	4
Finanzielle Ansprüche aus der Pflegeversicherung 2025	6
Mitgliederversammlung und Neuwahlen durchgeführt	7
Pflegeberatung per Video	9
Rechtslupe	
Wohngeldzuschuss	12
Rentenbeiträge für pflegende Angehörige	15
Aus der Praxis	
Fatigue Teil 2	18
Unsere Aufgaben im Verein	22
Wer weiß denn sowas?	
Krankschreibungen bei ehrenamtlicher Tätigkeit und Minijob	24
Baukastenprinzip bei Krankschriften	26
In Kürze	
Einzugszeiten der Mitgliedsbeiträge für 2025	32
Mitgliedsantrag	34

IMPRESSUM

Bild: freepik.com

Inhalt: Dipl. Pflegepäd. Ute Brach, Monika Baresel und weitere

Verein Leben, Wohnen und Pflege im Alter e.V. Beratungsstützpunkt:
Mark Twain Str. 5, 12627 Berlin Telefon: 030/ 814 549 - 100

info@lwp-online.eu

Ute Brach

Digitalisierung in der AOK – Bürokratieabbau!?



Kommentar

Als größte gesetzliche Krankenkasse bemüht sich die AOK ein Vorreiter in der Digitalisierung zu sein. Haben bis heute fast alle gesetzlichen Krankenkassen die Digitalisierung bezüglich der Rezeptverschreibung, des Medikamentenplanes und weiterer Diagnosedaten auf dem Chip der Krankenkarte verankert, hat sich nun die AOK für die Digitalisierung und Endbürokratisierung der Abrechnungen entschieden.

In diesem Schritt wurden wir aufgefordert, unsere Rechnungen als e-Rechnung (also elektronisch) einzureichen. Das stellt nun viele Anbieter, wie auch uns, vor enorm große Herausforderungen! So werden wir gezwungen (wenn wir unsere Arbeit fortführen möchten), die Voraussetzungen dafür, sowohl bei der Hardware als auch der Software, zu schaffen. Damit machte es sich die AOK sehr einfach: Im Bereich der halbjährlichen beziehungsweise vierteljährlichen Beratungsgespräche werden einfach Rechnungen nicht mehr bezahlt, solange sie nicht als e-Rechnung eingereicht werden! Dagegen Rechtsmittel einzureichen ist sinnlos, da der Gesetzgeber dafür im Pflegegesetz einen Paragraphen geschaffen hat, der diese Vorgehensweise legitimiert. Mit anderen Worten, so erzwingt man sich zügiges Umsetzen!

Also machen wir jetzt mal Dalli! Im Hintergrund bedeutet das für uns, circa 60 % unserer Arbeitszeit und Kraft geht momentan alleine in die Umsetzungsgestaltung ein. Wir müssen Anbieter filtern, Softwareprogrammierungen für unser eigenes Abrechnungsprogramm vornehmen und Rückfragen mit Ihnen, unseren Pflegebedürftigen, führen, um Daten bei einigen von Ihnen abzufragen, die wir bisher nicht benötigten für die Abrechnung. Also nicht nur wir werden beschäftigt, sondern sie auch! Ganz zu schweigen von den Kosten, die zusätzlich auf uns zukommen werden.

Auch bei der letzten Senatssitzung von Berlin war das ein Thema. Viele sind vollständig mit dieser Situation überfordert. Da für unseren Verein die Besonderheit vorliegt, dass wir aufgrund unserer Expertise die halbjährlichen Beratungsgespräche durchführen können, hat uns die Informationen bereits 2-3 Monate vor den anderen Vereinen (welche nur Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie Verhinderungspflege erbringen) ereilt. Deshalb sind wir in der Umsetzung bereits fortgeschritten und haben für uns eine Lösung gefunden. Zurzeit befinden wir uns in der Testphase der Datenübermittlung und erahnen bereits Licht am Ende des Tunnels!

Die Antwort, auf die ganz harmlos erscheinende Frage nach der Integrierung der Protokolle, welche wir bei Ihnen zu Hause innerhalb eines solchen Halbjahresgespräches ausfüllen, ließ uns unseren Ohren nicht trauen! Man informierte uns darüber, dass dieses Protokoll nicht an die Rechnung in diesem e-System angehängt werden kann und per Post nachgeschickt werden muss!

Damit erlaube ich mir mal zusammenzufassen:

1. Aus unserem Abrechnungsprogramm muss eine EU-datenschutzkonforme Abrechnungstabelle erzeugt werden, welche in einem gesonderten Programm eingespeist werden muss,

um sie dann in das für die AOK lesbare Programm umzuwandeln. Kostenpunkt dieses Zwischenprogrammes: einmalig im dreistelligen Bereich €!

2. Das von der AOK lesbare Programm bedarf eines zusätzlichen Anbieters, der im Monat von uns zusätzlich einen zweistelligen Wert in € haben möchte!
3. In unserem bisherigen Abrechnungsprogramm, welches wunderschöne Rechnungen auf Papier erzeugt (die wir bisher mit den Protokollen zusammen per Post versandt haben), bedarf es Umprogrammierungen! Damit beschäftigen sich zwei Mitarbeiter zurzeit bei uns, bis zum heutigen Tage sind fast 30 Arbeitsstunden angelaufen!

Und dann erfahren wir, dass wir das Protokoll trotzdem noch per Post extra an die AOK (Porto 1,80 €!) senden müssen.

Ich kann nicht mehr an mich halten und frage mich, warum kann die AOK uns nicht erst dann damit behelligen, wenn sie das gesamte Problem im Griff hat? Neben den Kosten die sie damit selbstverständlich ohne Umschweife uns, dem Verein aufsetzen, sind sie gar nicht in der Lage, die vermeintliche Bürokratie abzubauen und in diesem Bereich eine vollständige Digitalisierung auszuführen! Was für ein Irrsinn! Dafür gibt es in meinem Wortschatz nur noch folgende Äußerung:

Leute, habt Ihr ´se noch alle?!

Ute Brach

Krankenkassenwechsel – was ist zu beachten



Viele Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen hat zu Jahresbeginn die Erhöhung des Zusatzbeitrages ereilt. Deshalb denkt der eine oder der andere doch über einen

Krankenkassenwechsel nach, eventuell noch mit dem möglichen Sonderkündigungsrecht. Dabei sind folgende Dinge zu bedenken:

1. Mitglieder, die ein Wahlrecht abgeschlossen haben, sind an die Krankenkasse während der Laufzeit gebunden. In der Regel beträgt diese Laufzeit ein Jahr, bei einem Selbstbehalttarif oder dem Krankengeldtarif sind es drei Jahre. In dieser Zeit ist ein Krankenkassenwechsel grundsätzlich nicht möglich.
2. Bei einem Wechsel muss eine Kündigungsfrist von zwei Monaten zum Monatsende beachtet werden. Wer also im Januar einen Beitragsantrag gestellt hat, wird erst zum 1. April Mitglied der neuen Krankenkasse. Diese Frist gilt auch bei Wahrung eines Sonderkündigungsrechts.
3. Nachteile, die aus einem Wechsel der Krankenkasse entstehen könnten, lassen sich generell durch eine gute Vorbereitung verhindern. Wenn Sie wechseln wollen, sollten Sie folgende Überlegungen im Vorfeld mit einbeziehen:
 - Werden Zusatzleistungen der bisherigen Krankenkasse von den neuen mit abgedeckt? (zum Beispiel Naturheilverfahren oder spezielle Reiseimpfungen)
 - Habe ich zurzeit Behandlungen, welche mir über eine Einzelfallregelung genehmigt wurden? (Diese werden in der Regel nicht von der neuen Krankenkasse übernommen.)
 - Sind mir von der momentanen Krankenkasse Langzeitverordnungen über ein halbes Jahr oder länger genehmigt worden? (Das muss im Vorfeld mit der neuen Krankenkasse abgeklärt werden.)
 - Sind mir von der jetzigen Krankenkasse ein oder mehrere Hilfsmittel mit zeitlicher Begrenzung oder auf Dauer zur Verfügung gestellt worden? (Diese bedürfen häufig einer neuen Verordnung durch den behandelnden Arzt für die neue Krankenkasse.)

- Habe ich einen Reha-Antrag über die Krankenkasse gestellt, für den der Antrag noch läuft beziehungsweise bereits genehmigt wurde? (Das muss ebenfalls im Vorfeld mit der neuen Kasse abgeklärt werden.)

Wenn alles bedacht wurde, dann sollte einem Wechsel nichts mehr im Wege stehen.

Ute Brach

Finanzielle Ansprüche aus der Pflegeversicherung für das Jahr 2025

(in Euro)

Leistungsart	Pflege-grad 1	Pflege-grad 2	Pflege-grad 3	Pflege-grad 4	Pflege-grad 5
Pflegegeld	0	347	599	800	990
Pflegesachleistungen	0	796	1.497	1.859	2.299
Tagespflege	0	721	1.357	1.685	2.085
Kurzzeitpflege	0	1.854	1.854	1.854	1.854
Verhinderungspflege	0	1.685	1.685	1.685	1.685
Entlastungsbetrag	131	131	131	131	131
Pflegeverbrauchs-hilfsmittel	42	42	42	42	42
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	4.180	4.180	4.180	4.180	4.180
Digitaler Pflegeaufwand	53	53	53	53	53
Wohngruppenzuschlag	224	224	224	224	224
Vollstationäre Pflege	131	805	1.319	1.855	2.096

(Quelle: bva.bund.de)

Ute Brach

Mitgliederversammlung und Neuwahlen durchgeführt

Am 10.3.2025 haben wir satzungskonform eine Mitgliederversammlung und eine Neuwahl durchgeführt. Dabei wurde der Rechenschaftsbericht für die Amtsperiode 2021-2024 vorgetragen und der Vorstand entlastet. Im Anschluss haben sich die Kandidaten für den neuen Vorstand vorgestellt. Ganz besondere Freude bereitete den Mitgliedern des alten Vorstandes, dass sich innerhalb der Mitgliederversammlung spontan noch drei weitere Mitglieder bereit erklärten, ebenfalls eine Aufgabe im Vorstand/erweiterten Vorstand zu übernehmen. Danach traten wir in das Wahlprocedere ein und die anwesenden Mitglieder stimmten über die Kandidaten ab – alle wurden einstimmig gewählt!



Wir haben uns auch für die nächste Amtsperiode viel vorgenommen und ich freue mich schon auf eine gute Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Der neue Vorstand setzt sich nun wie folgt zusammen:

Vorsitzende

Ute Brach

Stellv. mit besond. Geschäftsbereich

RA Meike Steiner

1. Stellv. Vorsitzende

Monika Baresel

2. Stellv. Vorsitzende

Margitta Gniza

3. Stellv. Vorsitzende

Agnes Kersting- Weinberg

Presseverantwortliche

Sabine Konschak

Protokollantin

Julia Monkowiak

Erweiterter Vorstand-

Finanzrevisionskommission: Henry Brach Leiter

Jutta Ristau Mitglied

Bernd Zeiler Mitglied

Neu bei uns: Pflegerberatung per Video

Sie suchen Hilfe in der Beratung hinsichtlich Pflege, Schwerbehinderung, EM-Rente usw. und Sie können nicht zu uns kommen? - Wir haben die Lösung!

Wir bieten ab April 2025 eine Beratungsstunde per Video an. Damit möchten wir erreichen, dass auch Ratsuchende eine unkomplizierte und direkte Kommunikation mit uns führen können, die zu uns auf Grund von Entfernung oder Einschränkungen nicht persönlich aufsuchen können. Eine Statistik zeigt, dass bereits 70 % der 70-jährigen im Besitz eines Smart-Mobiltelefons sind.

Ein Smart-Mobiltelefon ist ein Handy, welches keine Tasten mehr hat.



Diese Art von Telefon ist die Voraussetzung für eine Beratung per Video.

Im Übrigen: für unsere Pflegebedürftigen, welche ausschließlich Pflegegeld erhalten und mindestens einen Pflegegrad 2 haben, ist das halbjährliche Beratungsgespräch auch über diese Videokonferenz möglich!

Wie funktioniert es:

1. Schritt:

Sie haben --> eine Frage
→ möchten uns sehen
→ möchten uns etwas zeigen

dann rufen Sie uns an:
030/ 814 549 100

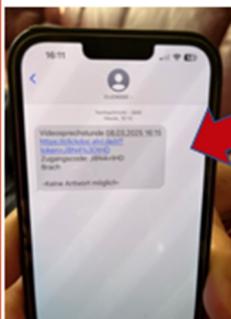
2. Schritt:

Sie bekommen eine SMS auf Ihr Mobilphone



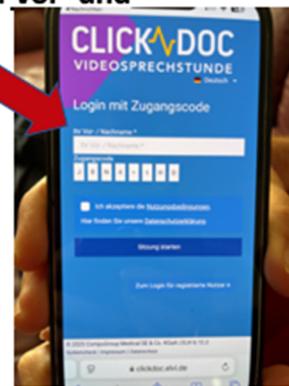
3. Schritt:

Sie öffnen die SMS und drücken (zur ausgemachten Beratungszeit) auf die blaue Schrift



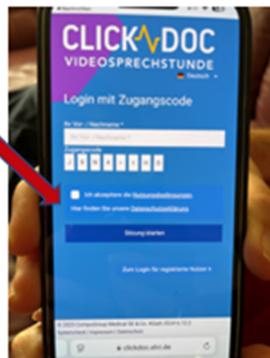
4. Schritt:

Sie geben Ihren Vor- und Zunamen ein



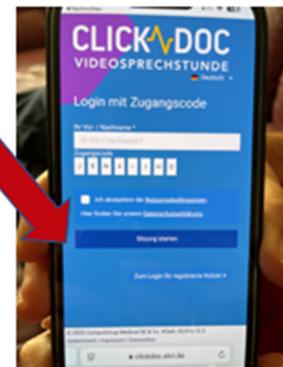
5. Schritt:

Sie klicken in das weiße Feld für die Benutzerbedingungen



6. Schritt:

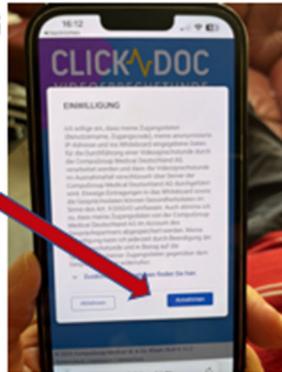
Sie drücken auf das blaue Feld „Sitzung starten“



7. Schritt:

Es öffnet sich das Feld
EINWILLIGUNG

→ bitte auf
blaues Feld
Annehmen
drücken



8. Schritt:

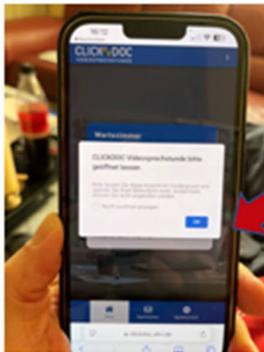
Sie "Erlauben" Mikrofon und
Kamera

(keine Angst,
beides wird sofort
wieder automatisch
gesperrt nach
Beendigung der
Videosprechstunde)



9. Schritt:

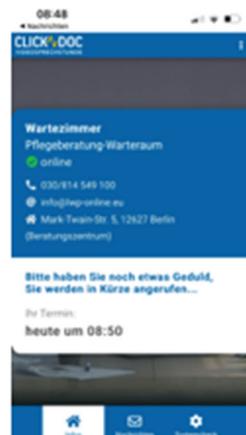
Es kommt ein Warnhinweis, dass
Sie während der
Videosprechstunde
Ihren Bildschirm
nicht sperren sollen.
Also auf **OK** drücken.



10. Schritt:

Sie sitzen im **Warteraum**

und werden
mittels klingeln
Ihres Telefons
und einem
grünen
Telefonhörerbild
„aufgerufen“
von uns!



Wir freuen uns, Sie auch auf diesem Wege bei uns begrüßen zu dürfen!

RA Meike Steiner

Wohngeld

Wohngeld ist kein Almosen des Staates. Wer die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt, hat einen Rechtsanspruch auf diese Zahlungen als Mietzuschuss oder Lastenzuschuss bei Wohneigentum.

Hier deshalb einige Hinweise zum Wohngeldanspruch:

Ohne **Antrag** kein Wohngeld: Wohngeld gibt es nicht rückwirkend, sondern ab dem Monat, in dem der Antrag gestellt wurde. In Berlin wird der Antrag beim zuständigen Bezirksamt gestellt. Die Beantragung ist auch online möglich:

<https://service.berlin.de/dienstleistung/120656>

Wer wissen möchte, ob und in welcher Höhe er Wohngeld zu erwarten hat, kann einen **Wohngeldrechner** nutzen:

Der **Berliner Wohngeldrechner** (mit Hinweisen zur Beantragung von Wohngeld) ist zu finden unter:

<https://www.berlin.de/sen/wohnen/service/wohngeldrechner>

Der **Wohngeldrechner des Bundes** ist zu finden unter:

<https://www.bmwsb.bund.de/Webs/BMWSB/DE/themen/stadt-wohnen/wohnraumfoerderung/wohngeld/wohngeld-rechner-2023-artikel.html>

Berechtigt sind alle Personen, die Wohnraum gemietet haben und ihn selbst nutzen. Auch Untermieter können Wohngeld beantragen. Ebenso kann für die Wohnung in einem Heim

Wohngeld beantragt werden. Eigentümer können für den selbst genutzten Wohnraum Wohngeld in Form des Lastenzuschusses beantragen.

Keinen Anspruch

haben Empfänger von Transferleistungen (z.B. Bürgergeld, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach SGB XII, Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII, BAFöG, BAB u. a.) sowie die Haushaltsmitglieder, die bei der Berechnung des Bedarfs der jeweiligen Leistung mitberücksichtigt worden sind.

Anspruch

Wer zum Mindestlohn arbeitet, kann Anspruch auf Wohngeld haben **DGB**

Beispielrechnungen	Single	Allein-erziehende mit 1 Kind	Paar ohne Kinder	Paar mit 1 Kind	Paar mit 2 Kindern
Netto-Verdienst(e)	1.300 €	1.090 €	2.180 €	2.380 €	2.170 €
Wärmemiete	570 €	700 €	700 €	830 €	970 €
Wohngeldanspruch	200 €	550 €	100 €	200 €	600 €

Kinderanzahl: Bei allen Beispielen ist für den Wohnort ein mittleres Mietpreisniveau (Mietstufe 10) unterstellt. Angenommen wird, dass das gesamte verfügbare Einkommen aus Beschäftigung(en) zum Mindestlohn stammt: Single: 36 Stunden/Woche, alleinerziehende: 39 Std./Wk., Paar ohne Kind: 24 Std./Wk., Paar mit einem Kind: 24 Std./Wk., Paar mit zwei Kindern: 24 Std./Wk.

ECHT GERECHT
Solidarisch durch die Krise

Die Höhe des Wohngelds hängt ab von:

- der Anzahl der zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder,
- dem Gesamteinkommen der zu berücksichtigenden Haushaltsmitglieder und
- der zu berücksichtigenden Miete.

Wenn mehrere Personen gemeinsam wohnen, wird vermutet, dass sie auch zusammen wirtschaften.

Für jedes zu berücksichtigende Haushaltsmitglied werden alle Jahreseinkommen (abzüglich der **Freibeträge** und der **Abzugsbeträge für Unterhaltsleistungen**) zusammengezählt und durch zwölf geteilt. Es werden bis zu 30 % pauschal abgezogen, wenn Steuern und Beiträge zu Kranken-/Rentenversicherung gezahlt werden. Vom Gesamteinkommen sind die folgenden jährlichen **Freibeträge** abzuziehen:

- für schwerbehinderte Haushaltsmitglieder
1.800 € bei einem Grad der Behinderung von 100 oder von unter 100 bei häuslicher Pflegebedürftigkeit;
- für Opfer nationalsozialistischer Verfolgung
750 €;
- für Kinder unter 25 Jahren mit eigenem Einkommen maximal 1.200 €;
- für Alleinerziehende, wenn mindestens eines der Kinder im Haushalt noch nicht 18 Jahre alt ist und für dieses Kindergeld gewährt wird, 1.320 Euro.

Grundlage für die Wohngeldermittlung ist die **vertraglich vereinbarte Miete einschließlich der kalten Nebenkosten. Der Höchstbetrag richtet sich nach der Mietenstufe der Gemeinde und der Zahl der Haushaltsmitglieder.**

Die Heizkosten werden mit einer Pauschale berücksichtigt. 2021 wurde zusätzlich eine nach der Haushaltsgröße gestaffelte CO₂-Komponente geführt (§ 12 Abs. 7 WoGG). **Berlin liegt in der Mietenstufe IV.**

Es kann sich also lohnen, mithilfe eines Wohngeldrechners zu ermitteln, ob der eigene Haushalt wohngeldberechtigt ist, selbst wenn das Einkommen um Einiges über den Bedarfssätzen der Grundsicherung liegt.

Rentenbeiträge für pflegende Angehörige ab 2025

Laut Bericht des statistischen Bundesamtes vom 18. Dezember 2024 gab es zum Jahresende 2023 5,7 Millionen Pflegebedürftige. Das macht von 2021 auf 2023 einen Anstieg um 730.000 Pflegebedürftigen aus, d.h. eine Steigerungsrate von 15 %. Aufgrund des demographischen Wandels kann sich jeder vorstellen, dass auch im Jahr 2024 ein weiterer Anstieg zu verzeichnen war. Vier von fünf Pflegebedürftigen werden dabei zu Hause versorgt, in der Mehrheit durch pflegende Angehörige. Damit sich das für die pflegenden Angehörigen später nicht negativ auf ihre eigene Rente auswirkt, zahlt die Pflegekasse unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung aus dem Pflegekonto des Pflegebedürftigen ein.

Voraussetzungen für den Anspruch auf Beiträge für pflegende Angehörige (im Nachgang als Pflegeperson bezeichnet), nach § 44 SGB XI:

- Die Pflegeperson ist in der Rentenversicherung versichert.
- Sie pflegt einen oder mehrere Pflegebedürftige nicht erwerbsmäßig.
- Der gepflegte Pflegebedürftige hat mindestens Pflegegrad zwei.
- Die Pflege findet in der häuslichen Umgebung oder am Arbeitsplatz statt.
- Die Pflege beträgt mindestens zehn Wochenstunden pro Pflegebedürftigen.
- Die Pflege findet an mindestens zwei Tage der Woche statt.
- Der/die pflegende Angehörige/Freundschaft ist nicht mehr als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig.

Achtung: → Auch Altersrentner können ihre Rente weiterhin verbessern, wenn sie von ihrer 100-prozentigen Altersrente auf Teilrente mit 99,99 % gehen!

→ Die Rentenbeiträge werden nicht rückwirkend gezahlt, die Pflegekasse prüft anhand eines Fragebogens, den die Pflegeperson ausfüllen muss, ob Anspruch besteht. Es ist also wichtig, dass der Fragebogen zeitnah nach Bescheidung der Pflegebedürftigkeit des Pflegebedürftigen an die Kasse zurückgeschickt wird!

→ Die Rentenbeiträge werden nicht nach Art der Pflegeleistung, sondern anhand des Aufwandes der Pflegeperson berechnet!

Berechnung des Rentenbeitrages für die Pflegeperson:

Der Rententräger bezeichnet die Zeit, in der Sie Pflegebeiträge erhalten als **Beitragszeit**. Sie bekommen Rentenpunkte für die Pflege Ihres Pflegebedürftigen auf Ihrem Rentenkonto gutgeschrieben. Die Rentenbeiträge orientieren sich an der Art der Pflegeleistungen in der häuslichen Pflege. Als **Pflegeleistungen** werden bezeichnet: Pflegegeld, Kombinationsleistung, Pflegesachleistung. Zusätzlich ist der jeweilige **Pflegegrad** mit ausschlaggebend. Umso höher der Pflegegrad, desto höher die Pflegebeiträge auf dem Rentenkonto der Pflegeperson.

Zur Berechnung des Rentenbeitrages sind drei Faktoren entscheidend:

- Bezugsgröße,
- Beitragsbemessungsgrundlage,
- Prozentsatz, mit dem die Bezugsgröße verrechnet wird.

Bezugsgröße

Sie wird aus dem Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung berechnet und wird jährlich von der Bundesregierung ermittelt. Seit 2025 ist die Bezugsgröße einheitlich in Westdeutschland und Ostdeutschland und beträgt für das Jahr 2025: 3.745 €.

Beitragsbemessungsgrundlage

Der Rentenbeitrag wird anhand eines fiktiven Einkommens berechnet. Es wird also so getan, als wenn die Pflegeperson ein bestimmtes Einkommen durch die Pflege des Pflegebedürftigen verdient hätte. Diese Beitragsbemessungsgrundlage übernimmt dann die Pflegekasse und zahlt die üblichen Rentenversicherungsbeiträge in Höhe von 18,6 % aus dem Pflegekonto des Pflegebedürftigen.

Prozentsatz, mit dem die Bezugsgröße errechnet wird

Dieser Prozentsatz unterscheidet sich nach Pflegegrad und Art der Pflegeleistung:

Pflegegrad (PG)	Pflegegeld (keine andere Leistung wird zusätzlich in Anspruch genommen)	Kombinationsleistung aus Pflegegeld und/oder ambulanten Pflegedienst	Sachleistungen
Pflegegrad 1	Kein Anspruch	Kein Anspruch	Kein Anspruch
Pflegegrad 2	27 %	22,95 %	18,9 %
Pflegegrad 3	43 %	36,55 %	30,1 %
Pflegegrad 4	70 %	59,5 %	49 %
Pflegegrad 5	100 %	85 %	70 %

(Quelle: pflege.de)

Formel für die Rentenbeitragsberechnung:

Ein Beispiel:

Ihr fiktives Einkommen = 3.745 €

Bezugsgröße	X	Prozentsatz	X	Beitragsbemessungs- grundlage
↓	↓	↓		
3.745 €	X	27%*	X	18,6 %

* entspricht: 1.011,15 € (bei PG 2, Pflegegeld)

→ aus diesem **Beispiel** ergibt sich dann ein monatlicher Rentenbeitragsatz von: **188,07 €** (für 2025)

AUS DER PRAXIS

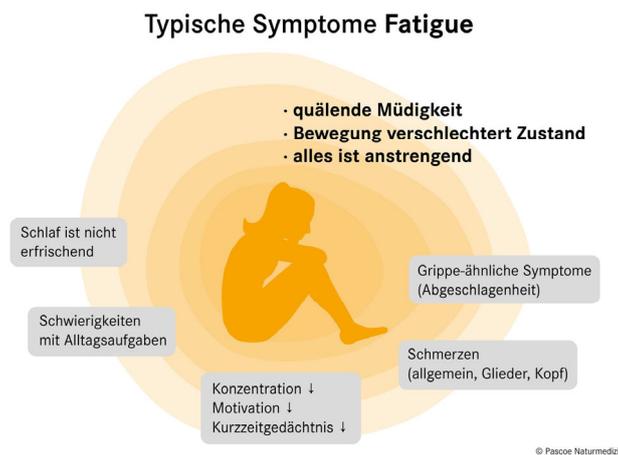
Simone Rossow-Tretin

Fatigue Teil 2

Fatigue-Symptome

Fatigue ist gekennzeichnet durch eine über Wochen oder Monate andauernde, unerklärliche Erschöpfung und Müdigkeit, die sich weder durch Schlaf noch durch Erholung signifikant bessert. Betroffene berichten zusätzlich von folgenden Symptomen:

- Energiemangel, Schwächegefühl, Schwere in den Gliedmaßen
- Antriebslosigkeit, Schwierigkeiten, aktiv zu werden
- Unverhältnismäßig starke Erschöpfung nach Anstrengung
- Unklarer, erhöhter Ruhebedarf, der nicht durch körperliche Anstrengung erklärbar ist
- Schlaflosigkeit oder vermehrte Schläfrigkeit
- Schlaf bringt keine Erholung
- Traurigkeit, Frustration, Gereiztheit
- Schwierigkeiten, den Alltag zu bewältigen
- Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses
- Wortfindungsstörungen
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Langanhaltendes Unwohlsein nach Anstrengung



Diagnostik bei Müdigkeit und Erschöpfung

Um die Diagnose Fatigue als Begleiterkrankung zu stellen, muss zunächst die zugrundeliegende Erkrankung geklärt werden. Unklärliche Müdigkeit und Erschöpfung können auch Symptome schwerer Erkrankungen wie Krebs oder Multiple Sklerose sein. Fehlt eine bekannte Grunderkrankung, konzentriert sich die Diagnostik darauf, diese zu identifizieren.

Ausschluss von Differenzialdiagnosen

Ein Facharzt oder eine Fachärztin für Neurologie führt die Diagnostik bei Verdacht auf Fatigue als Begleiterkrankung durch. Die Fatigue-Diagnose erfordert das Ausschließen von Differenzialdiagnosen, also anderen Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen:

Mögliche Differenzialdiagnosen zur Fatigue:

- Psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen
- Nebenwirkungen von Medikamenten
- Schlafapnoe (nächtliche Atemaussetzer)
- Schlafstörungen
- Mangelernährung
- Chronische Schmerzen
- Schilddrüsenerkrankungen

Je nach Krankengeschichte und Einzelfall werden folgende Untersuchungen durchgeführt:

- Fragebogen zur Symptomatik
- Tests zur Aufmerksamkeit und Konzentration
- Belastungstests
- Ganganalyse
- Aktivitätstracker zur Erfassung der Tagesaktivität
- Blutuntersuchungen

Therapie der Fatigue

Die Behandlung von Fatigue umfasst:

- Vermittlung des Krankheitsbildes in Schulungen
- Medikamentöse Behandlung von Begleitsymptomen wie Schmerzen, Schlafstörungen oder depressiven Verstimmungen
- Strukturierung des Tagesablaufs zur Vermeidung von Zeitdruck und Stress, z. B. durch Priorisierung von Aufgaben und geplante Ruhepausen

- Anpassung von Ausdauertraining und Muskelkräftigung
- Kognitives Training (z. B. Gedächtnis- und Konzentrationsübungen)
- Psychologische Unterstützung, um unrealistische Leistungsansprüche zu vermeiden
- Ergotherapie, z. B. Kunst- oder Musiktherapie
- Balance zwischen Aktivität und Entspannung durch Methoden wie Yoga oder Qi Gong
- Lichttherapie zur Regulierung des Schlaf-Wach-Rhythmus

Die Behandlung von Fatigue erfordert einen interdisziplinären Ansatz, bei dem verschiedene Fachleute zusammenarbeiten, um die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Zu den beteiligten Expert*innen gehören:

- Neurolog*innen
- Onkolog*innen
- Psychosomatiker*innen
- Neuropsycholog*innen
- Psychotherapeut*innen
- Physiotherapeut*innen
- Ergotherapeut*innen

Je nach Schweregrad der Fatigue und den individuellen Einschränkungen im Alltag kann die Behandlung sowohl ambulant als auch stationär erfolgen. Bei stationären Maßnahmen erfolgt die Behandlung in spezialisierten Rehabilitationszentren, die auf die jeweilige Grunderkrankung oder das spezifische Krankheitsbild ausgerichtet sind. Beispielsweise werden Patienten mit neurologischen Erkrankungen in neurologischen Rehabilitationszentren betreut, während onkologische Patienten in onkologischen Rehabilitationszentren behandelt werden.

Besonderheiten der Fatigue-Behandlung bei bestimmten Grunderkrankungen

- **Multiple Sklerose:** Kombination aus Ausdauer- und Krafttraining wird empfohlen. Kühlmaßnahmen (z. B. Kühlkleidung) helfen, die Fatigue zu lindern, da Wärme die Symptome (Uhthoff-Phänomen) verschlechtern kann.

Parkinson: Die Optimierung der medikamentösen Behandlung der Grunderkrankung kann die Fatigue-Symptome lindern

fachklinik-rheinruhr.de

Quellen

Margitta Gniza

Unsere Aufgaben im Verein



Mit der Weihnachtspost oder über Ihren Alltagshelfer haben Sie einen Kalender für 2025 mit einem Foto der Koordinatoren unserer Zentrale erhalten.

Sicher fragt sich der eine oder andere: „Was machen die denn alle so?“. Deshalb möchten wir Ihnen heute mal einen groben Einblick in die Vielfältigkeit unserer Aufgaben geben.

Im Vordergrund unserer Arbeit steht natürlich die Beratung von Rat- und Hilfesuchenden, die Vermittlung von Alltagshelfern an Pflegebedürftige sowie das Führen der obligatorischen Halb- bzw. Vierteljahresgespräche mit diesen. Die Zeiten, welche unsere Alltagshelfer bei den Pflegebedürftigen verbracht haben und welche Hilfen sie dort geleistet haben, müssen für die Abrechnung mit den einzelnen Krankenkassen dokumentiert werden.

Dazu ist eine kontinuierliche Pflege unserer Datenbanken notwendig. Diese müssen u.a. immer auf dem aktuellsten Stand sein, was die Daten unserer Mitglieder und auch aller anderen Pflegebedürftigen, welche von uns betreut werden, betrifft.

Wir beraten Hilfesuchende zu Ihren Anträgen für Heil- und Hilfsmittel, auf eine Schwerbeschädigung oder einen Pflegegrad. Oft ist der Bescheid von der Krankenkasse bzw. vom Versorgungsamt (LaGeSo) nicht zufriedenstellend, sodass wir die Betroffenen beim Widerspruch unterstützen oder für Sie, unsere Mitglieder, in Widerspruch gehen. Hierbei sowie auch in anderen rechtlichen Fragen unterstützt uns unsere Rechtsabteilung. Wenn es zur Notwendigkeit der Einleitung rechtlicher Schritte kommt, vertritt dieser Bereich die durch uns betreuten Betroffenen. Ebenso unterstützt er uns beratend bei anderen rechtlichen Fragen.

Auch unsere Alltagshelfer müssen in regelmäßigen Abständen zu Ihren Rechten und Pflichten geschult werden, damit sie die Pflegebedürftigen aufsuchen dürfen. Auch erhalten Sie in Fortbildungsseminaren u.a. Informationen zur aktuellen Situation im Gesundheitswesen und zu bestimmten Krankheitsbildern, damit sie vor Ort auf Probleme und Fragen der Pflegebedürftigen reagieren können.

Bei unseren administrativen Aufgaben steht die Buchhaltung ganz vorn, damit wir dem Finanzamt gegenüber immer aussagekräftig sind, was unsere Einnahmen und Ausgaben betrifft. Auch ist die Prüfung des Zahlungseingangs unserer Forderungen gegenüber den Krankenkassen und den von uns betreuten privatversicherten Pflegebedürftigen dringend erforderlich.

Wichtig ist auch eine ordentliche, prüfbare Ablage aller wichtiger Korrespondenz, der Kontoauszüge und Rechnungen sowie der Unterlagen von Ihnen und aller anderen von uns betreuten Pflegebedürftigen. Diese muss datenschutzkonform erfolgen da es sich meist um sensible persönliche Daten handelt.

Auch unsere Zeitschrift „Pflegepilot“ will regelmäßig von uns mit neuen Artikeln gefüllt, geschrieben, gedruckt und verschickt werden. Hier sind alle Koordinatoren eingebunden. Letztendlich wird es dann durch Marketingtools für Sie ansprechend gestaltet. Und nicht nur der Pilot, sondern auch Flyer, Poster und Außenwerbung bedürfen einer fachmännischen Gestaltung.

Grundvoraussetzung für die Bewältigung unserer vielen Aufgaben ist natürlich eine funktionierende Technik und IT.

Ich könnte noch viele weitere Aufgaben aus unserem täglichen Geschäft anführen, wie zum Beispiel Telefonate mit Hilfesuchenden, Verhandlungen mit Vertragspartnern usw. Das würde hier aber den Rahmen sprengen.

Lassen Sie mich zum Schluss nur noch anmerken, dass die meisten von uns ihre Aufgaben im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung oder im Ehrenamt stemmen.

Sabine Kanschak

Krankschriften bei Mini- und Midi Job sowie ehrenamtlicher Tätigkeit

Die wichtigsten Punkte bei Krankmeldungen für Minijob, Midi Job und ehrenamtlichen Tätigkeiten bei einem Verein sind jeweils etwas unterschiedlich, da die Regelungen für diese Beschäftigungsverhältnisse variieren. Hier ist eine kurze Übersicht:

1. Minijob (556 seit 01.01.2025)

- **Krankmeldung:** Auch bei einem Minijob gilt grundsätzlich, dass du im Krankheitsfall den Arbeitgeber unverzüglich informierst und eine Krankmeldung einreichst. Es ist ratsam, dies am ersten Tag der Erkrankung zu tun.
- **Lohnfortzahlung im Krankheitsfall:** Minijobber haben Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, allerdings nur dann, wenn sie länger als 4 Wochen ununterbrochen im Minijob gearbeitet haben. Wenn dies der Fall ist, muss der Arbeitgeber den Lohn für bis zu 6 Wochen fortzahlen.
- **Krankschreibung:** Eine ärztliche Bescheinigung ist nach drei Tagen erforderlich, es sei denn, der Arbeitgeber fordert sie früher an.

2. Midi Job (Teilzeitbeschäftigung mit einem Einkommen zwischen 556,01 und 2.000 Euro monatlich seit 01.01.2025)

- **Krankmeldung:** Auch hier gilt, dass der Arbeitgeber sofort informiert werden muss. Eine Krankmeldung sollte in der Regel bereits am ersten Tag der Erkrankung erfolgen.
- **Lohnfortzahlung:** Midi Jobber haben ebenfalls Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall für bis zu 6 Wochen,

ähnlich wie bei regulären sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten.

- **Krankschreibung:** Wie bei anderen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten ist eine ärztliche Bescheinigung nach dem dritten Krankheitstag erforderlich.

3. Ehrenamtliche Tätigkeit bei einem Verein

- **Krankmeldung, Lohnfortzahlung und Krankschreibung** fallen bei ehrenamtlicher Tätigkeit weg. Es ist jedoch immer ratsam, den Verein über eine Krankheit oder Abwesenheit zu informieren, wenn du eine Tätigkeit übernommen hast.

Insgesamt gilt: Bei Minijob und Midi Job sind die Regelungen klar und beinhalten Krankmeldungen und Lohnfortzahlung, während bei ehrenamtlichen Tätigkeiten die Regeln weniger strikt sind, da keine bezahlte Tätigkeit vorliegt.

Quelle: Internet, Fachseiten

Ute Brach

Was bedeutet Blockfrist bei Krankschreibung?



Allgemeines:

- Innerhalb von drei Jahren gibt es für dieselbe Erkrankung höchstens 78 Wochen lang Krankengeld, wovon der Arbeitgeber sechs Wochen

als Entgeltfortzahlung erbringt.

- Nach 78 Wochen endet das Krankengeld, was dann fachmännisch „Aussteuerung“ heißt.
- Nach Beendigung der Entgeltfortzahlung von sechs Wochen durch den Arbeitgeber, springt die Krankenkasse für 72 Monate ein, mit der so genannten Lohnersatzleistung.

Beginn des Anspruches:

- Der Anspruch ist im § 46 SGB V verankert.
- Der Beginn ist der erste Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird oder eine Krankenhausbehandlung einsetzt.
- Seit Mai 2019 verfällt der Anspruch auf Krankengeld auch nicht, wenn die Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht wird.
- Personen, die Teilrente erhalten, haben ebenfalls Anspruch auf Krankengeld.
- Personen im Mini-Job haben nur Anspruch auf Lohnfortzahlung, aber nicht auf Krankengeld der Krankenkasse.
- Hat ein Erkrankter Anspruch auf andere Leistungen, wie Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, volle Erwerbsminderungsrente oder Altersrente, wird das Krankengeld in das „Ruhende Verfahren“ übergeleitet.

Höhe des Krankengeldes

- Die Höhe des Krankengeldes ist im § 47 SGB V geregelt.
- Der Höchstsatz des Krankengeldes beträgt 128,63 € pro Tag.
- In der Mehrheit sind es 70 % des Bruttoarbeitsentgeltes beziehungsweise maximal 90 % des Nettoarbeitsentgeltes.

- Krankengeld ist steuerfrei, muss aber bei der Steuererklärung angegeben werden.
- Übersteigt das Krankengeld oder eine andere Lohnersatzleistung 410 €, muss eine Steuererklärung erfolgen, auch bei Personen die bisher steuerbefreit waren.

Wann erneuter Anspruch auf Lohnfortzahlung („Krankengeld“ für die ersten 6 Wochen)

- Wenn eine Krankschift auf eine andere Diagnose vorliegt (es gelten wieder die 6 Wochen Lohnfortzahlung) und der Betroffene zwischen der letzten und dieser Arbeitsunfähigkeit arbeiten war;
- wie lange man zwischen zwei Krankschiften arbeiten muss, um erneut Anspruch auf die Lohnfortzahlung zu erlangen, ist gesetzlich nicht geregelt;
- ist man erneut auf die gleiche Diagnose erkrankt, wie beim ersten Mal (innerhalb von 6 Monaten) erhält man keine Lohnfortzahlung vom Arbeitgeber, sondern Krankengeld aus der Krankenkasse (Voraussetzung: es sind bei der ersten Krankschift keine 78 Wochen verwendet worden - siehe Blockfrist)

Achtung: dem Arbeitgeber muss kommuniziert werden, dass es sich innerhalb der 6 Monate um eine andere Erkrankung handelt, um eine erneute Lohnfortzahlung zu erhalten! Die Beweislast liegt beim Arbeitnehmer!

Blockfrist – Dauer der Krankengeldzahlung

- Die Leistungsdauer für dieselbe Erkrankung beträgt maximal 78 Wochen (davon sechs Wochen Lohnfortzahlung und 72 Wochen Krankenkassenleistung) innerhalb von je drei Jahren ab Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit (die so genannte Blockfrist).

- Jede Erkrankung hat ihre eigene Blockfrist, d.h. es können mehrere Blockfristen nebeneinander herlaufen.
- War eine Person wegen der gleichen Erkrankung 78 Wochen lang erkrankt oder innerhalb der 3 Jahre wieder daran erkrankt, endet die Zahlung und die Blockfrist nach 3 Jahren.
- Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit bezüglich der gleichen Krankheit und einem erneuten Anspruch auf Krankengeld müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:
 - mind. 6 Monate keine Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit,
 - mindestens sechs Monate Erwerbstätigkeit.

Achtung: Ein Wiedereingliederungsversuch gilt nicht als Erwerbstätigkeit, d.h. der erkrankte Beschäftigte ist weiterhin krankgeschrieben und das zählt zu den 78 Wochen innerhalb einer dreijährigen Blockfrist!

Blockfrist – praxisnah erklärt

Die Regelungen zu Blockfristen bei sich wiederholenden oder neuen Erkrankungen sind in der Tat vielschichtig und können von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden. Hier sind die wichtigsten Aspekte, die Sie beachten sollten, ausführlicher erläutert:

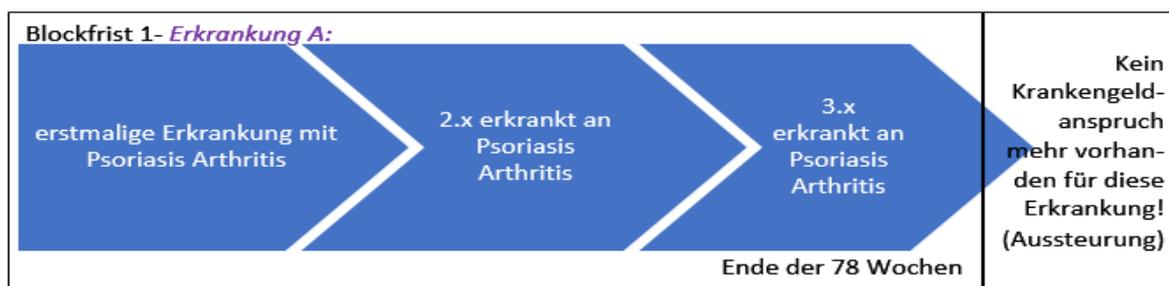
Beispiel 1

1. Erstmalige Erkrankung: Wenn Sie aufgrund einer Psoriasis Arthritis (*Erkrankung A*) krankgeschrieben werden und Krankengeld beantragen, beginnt mit dieser Krankenschreibung eine sogenannte Blockfrist. Diese Blockfrist beträgt in der Regel 78 Wochen innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren für die gleiche Erkrankung. Das bedeutet, dass Sie in diesem Zeitraum bis zu 78 Wochen lang Krankengeld beziehen können, solange die Erkrankung als dieselbe gilt. Diese Regelung soll sicherstellen, dass Menschen, die aufgrund einer chronischen oder langwierigen Erkrankung nicht arbeiten können, finanziell abgesichert sind.

2. Wiederholte Erkrankung: Wenn Sie während der laufenden Blockfrist erneut wegen der Psoriasis Arthritis krankgeschrieben werden, wird die Zeit, die Sie bereits Krankengeld bezogen haben, auf die Blockfrist angerechnet. Das bedeutet konkret, dass die bereits in Anspruch genommene Zeit von den 78 Wochen abgezogen wird. Die Blockfrist wird also nicht neu gestartet, sondern die verbleibende Zeit wird entsprechend verkürzt. Dies ist wichtig, um zu verhindern, dass jemand unbegrenzt Krankengeld für die gleiche Erkrankung erhält.

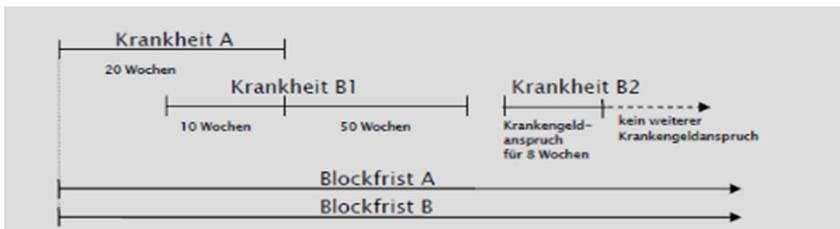
Beispiel 2

3. Neue Erkrankung: Sollten Sie an einer neuen, nicht verwandten Erkrankung leiden (z.B. bösartiger Tumor- **Erkrankung B**), kann in diesem Fall eine neue Blockfrist beginnen. Das bedeutet, dass in diesem Fall erneut die 78 Wochen innerhalb von drei Jah-



ren gelten. Es ist entscheidend, dass die neue Erkrankung klar von der vorherigen abgegrenzt werden kann, da dies für die Berechnung der Ansprüche von Bedeutung ist.

Achtung: Wird der bösartige Tumor innerhalb einer bestehenden Krankschrift festgestellt (also Krankschrift in Krankschrift), dann wird die Blockfrist auf den Beginn der ersten Blockfrist von Erkrankung A gesetzt, s. nächste Seite!



Ergebnis:

Von Beginn der Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit B2 besteht unter Berücksichtigung der 70-wöchigen Vorerkrankungszeit wegen der Krankheit A/B1 noch ein Restanspruch auf Krankengeld von 8 Wochen.

(Quelle: ELO-Forum)

4. **Ärztliche Beurteilung:** Eine ärztliche Beurteilung ist unerlässlich, um die Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Der Arzt muss die Art der Erkrankung sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit dokumentieren. Diese Bescheinigung ist für die Krankenkasse von großer Bedeutung, da sie als Nachweis für den Anspruch auf Krankengeld dient. Ohne eine ordnungsgemäße ärztliche Bescheinigung kann es zu Problemen bei der Auszahlung des Krankengeldes kommen.

5. **Krankenkasse informieren:** Es ist wichtig, dass Sie Ihre Krankenkasse umgehend informieren, wenn Sie wiederholt oder neu erkrankt sind. Dies stellt sicher, dass Sie die richtigen Informationen über Ihre Ansprüche erhalten und dass Ihre Krankenkasse über Ihren Gesundheitszustand und die Dauer Ihrer Arbeitsunfähigkeit informiert ist. Eine frühzeitige Kommunikation kann helfen, Missverständnisse zu vermeiden und sicherzustellen, dass Sie die Unterstützung erhalten, die Sie benötigen.

Einzugszeiten der Mitgliedsbeiträge für 2025

Ankündigung für unsere Vereinsmitglieder:

Die Einzugs-Termine der Mitgliedsbeiträge für das Kalenderjahr

2025

01.April 2025 Quartalszahler

01.Juli 2025 Halbjahres- und Quartalszahler

01.Oktober 2025 Quartalszahler

Für Ihre Notizen

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Im Verein Leben, Wohnen und Pflege im Alter e. V. (gemeinnütziger Verein)
Irmastraße 16, 12683 Berlin

Titel	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	jetzige Tätigkeit	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> selbstständig
PLZ, Ort	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="text"/>

Mir ist bekannt, dass unwahre Angaben zum Ausschluss führen können.
Die Erfassung der Daten unterliegt dem Datenschutzgesetz.

Die Aufnahmegebühr beträgt einmalig 15,00 € und wird mit dem ersten Beitrag erhoben.
Der einfache monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt im Einzugsverfahren 4,00 €.

Ich möchte aktiv im Verein mitarbeiten: Ja Nein

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung (www.lwp-online.eu/downloads/satzung) und die Datenschutzvereinbarung (www.lwp-online.eu/datenschutz) des Vereins Leben, Wohnen und Pflege im Alter e.V. an.

Datum, Ort Unterschrift

Einzugsermächtigung/SEPA-Mandat

IBAN **DE**

BIC Kontoinhaber

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass einmalig die Aufnahmegebühr und laufend der Mitgliedsbeitrag von meinem Konto: jährlich halbjährlich vierteljährlich

Dieses SEPA-Mandat kann jederzeit formlos schriftlich widerrufen werden.

Datum, Ort Unterschrift