

# DER PFLEGEPILOT



Ausgabe 03/2024

# INHALT

Aktuelles:	Entschuldigung	S. 1
	Pflegebudget	S. 2
Politik:	Höhere Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung 2025	S. 10
Rechtslupe:	Altersrente für Schwerbeschädigte	S. 14
	Rentenbeiträge trotz Altersrente	S. 16
	Unfallvers. für pflegende Angehörige	S. 20
Aus der Praxis:	Unsere Alltagshelfer/innen	S. 22
	Anziehhilfe für Trombosestrümpfe	S. 23
Wer weiß denn sowas ?	Unfallversicherung bei Pflegegrad	S. 25
	Essen auf Rädern	S. 26
In Kürze	Krankenhausreform	S. 29
	Organspende	S. 30
	Postrechtsmodernisierungsgesetz	S. 31
	Zusatzstunden für Pflegebedürftige	S. 32
	mehr Leistung über Alltagshelfer	S. 32
Allgemeines	Tag der offenen Tür	S. 33

# IMPRESSUM

Bitte nicht [www.lwp-online.de](http://www.lwp-online.de) sondern: [www.lwp-online.eu](http://www.lwp-online.eu) benutzen

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](mailto:info@lwp-online.eu)

Redaktionsschluss: 11.09.2024

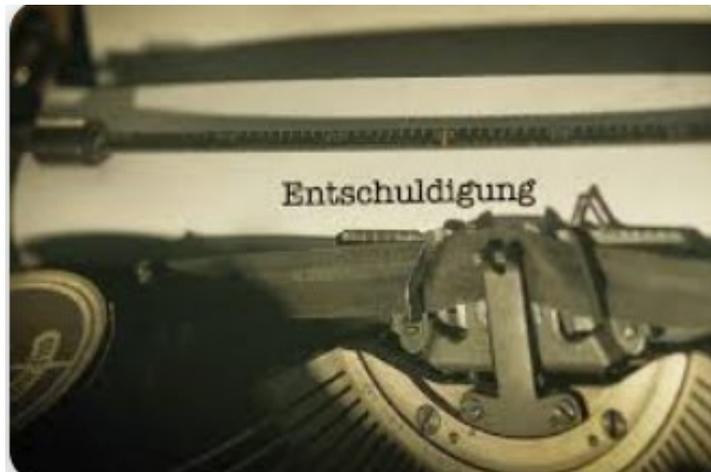
Vorstand

Liebe Leserinnen und Leser,

wir möchten uns herzlich bei Ihnen für den Fehlerteufel, der sich im Pflegepilot 02/24 eingeschlichen hat, entschuldigen. Trotz sorgfältiger Prüfung haben sich leider Fehler eingeschlichen, die den Lesefluss beeinträchtigen können.

Wir bedauern dies sehr und arbeiten daran, unsere redaktionellen Prozesse weiter zu verbessern, um Ihnen in Zukunft eine fehlerfreie Lektüre zu bieten.

Die korrigierte Fassung können Sie nun auf unserer Website [www.lwp-online.eu/media/files/pilot-2\\_24a-02.pdf](http://www.lwp-online.eu/media/files/pilot-2_24a-02.pdf) nachlesen.



Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre fortwährende Unterstützung.

## **Das leidige Thema – Kontostand der Betreuungs- und Entlastungsleistung §45 (125 €-Konto)**

Die Frage nach dem: wie viel habe ich noch auf dem Konto, ist ein leidiges Thema. Trotzdem wir durch Abfragen bei der Pflegekasse immer wieder versuchen Licht in das Dunkel zu bringen, bleiben die Angaben noch immer vage!

Wie schwierig dieses Feld einzusehen ist und dass nicht nur wir damit kämpfen, zeigte eine Senatssitzung, bei der es genau um dieses Thema ging. Es war eine hitzige Sitzung, bei der sich viele Institutionen zu dieser Thematik äußerten und sich beim Senat mit dem Wunsch zur Weiterleitung an die GKV über den Ist-Zustand beschwerten. Besonders ärgerlich macht es Institutionen wie auch dann für die Betroffenen selber, wenn es Fehlbescheide der Pflegekassen gibt mit nachfolgender Privatrechnung an den Pflegebedürftigen. So konnten wir aus dieser Sitzung mitnehmen, dass einige Unternehmen und deren Pflegebedürftige von dieser Misere im fünfstelligen Bereich betroffen waren. Aber was macht dieses Thema so schwierig und erhitzt auf allen Seiten die Gemüter? Dem wollen wir mit diesem Artikel auf den Grund gehen.

Ausgehend von der Rechtslage sind die Pflegeversicherungen verpflichtet, zweimal im Jahr Auskunft über den Kontostand zu geben. Wie das so ist mit einer Medaille, heißt, sie sind zweimal im Jahr verpflichtet, auch sie müssen nicht mehr als zweimal Auskunft geben! Durch die vorgefertigten Anschreiben zur Kontostandabfrage, welche wir Ihnen über unsere

Alltagshelfer etwa zweimal im Jahr zukommen lassen, versuchen wir auf cleverem Wege die bestmöglichen Informationen herauszuholen, in dem wir Sie immer im Januar und im Juli bitten, diese Abfrage auszulösen. Eine mehrfache Anfrage über zweimal im Jahr hinaus ist eine Kannbestimmung und muss von der Kasse nicht beantwortet werden!

Gleichfalls ist der Pflegebedürftige verpflichtet, sich um seine Gelder selber zu kümmern und dafür voll einzustehen. Denn es ist im übertragenen Sinne ein Bankkonto. Auch das macht die Lage nicht einfacher. Viele Pflegebedürftigen sind aufgrund ihrer Erkrankung bereits so erschöpft, das es unglaublich anstrengend ist, sich auch noch darum zu kümmern, wo doch der Alltagsablauf schon alleine sie völlig an das Kraftende heranführt! Deshalb versuchen die Leistungserbringer, also zum Beispiel wir als Verein, für die Hilfesuchenden mitzurechnen.

Trotz aller Bemühungen bleibt es ein Blick in die Glaskugel dazu viele Eventualitäten in die Berechnung beziehungsweise in die Ausgabe dieser Gelder hineinwirkt. Da innerhalb dieses Kontos nicht nur Betreuungs- und Entlastungsgelder abgerechnet werden können, sondern auch:

- Verpflegungspauschale aus der Tagespflege
  - An- und Abfahrt aus der Tagespflege
  - Verpflegungspauschale aus der Kurzzeit – und Verhinderungspflege
- sowie
- Leistungen aus der Einzelfallentscheidung (z.B. die Transportkosten für den Pflegebedürftigen bei einer Reha-Maßnahme für pflegende Angehörige, bei dem der Pflegebedürftige mitfährt).

Werden dem Leistungserbringer für die Betreuungs- und Entlastungsleistung solche Informationen nicht mit übermittelt, kann er natürlich auch diese Gelder nicht mit einrechnen. Und schon schnappt die Falle das erste Mal zu!

Häufig hören wir aber auch, dass man nichts in Anspruch genommen hätte. Und es wird uns die Frage gestellt, wieso kommen wir auf andere Werte als der Sachbearbeiter der Pflegekasse?

Als erstes muss man wissen, dass die Auskunft gebende Stelle, also ihr Sachbearbeiter beziehungsweise Ansprechpartner in der Pflegekasse, nicht die Abteilung ist, welche die Gelder bereitstellt und bearbeitet. Die bearbeitende Abteilung ist die Buchhaltung. Diese bestückt in der Nacht eines alten Monats zu einem neuen Monat dieses Konto mit jeweils 125 €. Gleichfalls übernimmt sie die Rechnungsbearbeitung und –überprüfung sowie letztendlich die Auszahlung an die Leistungserbringer. Beide Abteilungen sind sowohl meist räumlich wie auch softwaretechnisch voneinander getrennt. Und damit beginnt der Stress!

Der Werdegang von der wirklichen Leistungserbringung durch den Alltagshelfer innerhalb eines Monats, über die Rechnungserstellung bis hin zur Bezahlung dauern häufig 2 - 3 Monate.

So funktioniert das Procedere im Einzelnen:

1. In der Nacht vom alten Monat zum neuen Monat wird 125 € auf das Konto eingespeist und ist ab diesem Moment für Ihren Ansprechpartner in Ihrer

Pflegekasse sichtbar (z.B. der Juni 2024 wird „eingespeist“)

2. Der Alltagshelfer leistet nun diesen Monat ab bis einschließlich dem letzten Tag des Monats (z.B. bis 30.06.2024).
3. Bis zum 2. Tag des Folgemonats, werden dann die Leistungsbögen von den Alltagshelfern bei uns eingereicht (also bis zum 02.07.2024).
4. Bis zum 5. Tag des Folgemonats wird dann die Rechnung für den verflossenen (geleisteten) Monat an die Pflegekasse gestellt (z.B. bis 05.07.2024).
5. In der Zwischenzeit (da bereits der August angebrochen ist), ist in der Pflegekasse für den  
 Ihnen betreuenden Sachbearbeiter auch schon auf dem Konto der Juli mit 125 € sichtbar.  
Ihr Sachbearbeiter sieht bereits 250 € mehr auf dem Konto, ohne dass dafür bereits eine Rechnungstellung bzw. eine Haushaltsleistung erbracht wurde!
6. Manchmal kommt es auch vor, dass die Buchhaltung die Rechnungsforderung auf ein falsches Konto überweist. Der Sachbearbeiter sieht im ersten Zuge nicht, wohin das Geld aus einem bestimmten Monat geflossen ist. Eine Korrektur erfolgt in der Regel erst, wenn wir eine Mahnung für eine Rechnung schreiben. Dann fordert die Buchhaltung der Pflegekasse den falschen Empfänger auf, dieses Geld unter der Vorgangsnummer XXX zurück zu überweisen und gleichzeitig erhält der richtige Empfänger sein Geld.  
 In diesem Fall sehen wir in unserem Programm noch eine fehlende Zahlung, aber auf dem Konto der Pflegekasse ist es bereits enthalten.

➔ Um diesen Unterschied entgegenzutreten, haben wir bei unserem Juli 2024-Abfrageschreiben, die Kassen gebeten, eine detaillierte Aufstellung Ihnen zu senden! (Leider sind nicht alle Kassen dieser Aufforderung gefolgt.

Hier nun ein Praxisbeispiel. Bitte verfolgen Sie meine Ausführung in der Abbildung 1.

1. Schritt:

Wenn wir eine Kontostandabfrage erhalten, interessiert uns als erstes das Datum des Ausdruckes. Hier zu sehen im Beispiel unter Punkt 1.

2. Schritt:

Unter Punkt 2 kann man die monatlichen Ansprüche nachvollziehen. Hier in dem Beispiel zu sehen, dass bis Juli 2024 bereits das Geld bereitgestellt wurde.

3. Schritt:

In der Zeile restliches Leistungsbudget kann man in der Spalte Juli 500,01 € das noch vorhandenes Geld entnehmen (Punkt 3). Diese Summe wäre jetzt die, die ein Sachbearbeiter einem Pflegebedürftigen mitteilen würde.

4. Schritt:

Wenn man jetzt in der Zeile Summen schaut, dann sieht man aber, dass sowohl eine Abrechnung buchhalterischer Seite für den Juni und für den Juli 2024 noch nicht erfolgt ist (Punkt 4)!

5. Schritt:

In diesem Fall würden wir in unserem hausinternen Programm nun die Rechnung von Juni und Juli, welche wir bereits der Pflegekasse übermittelt haben, von dem Gesamtwert 500,01 € (Punkt 3) abziehen. Grund dafür wäre, dass das anspruchsfähige Geld der

Betreuungs- und Entlastungsleistung zwar schon geflossen ist, aber noch Rechnungen offen sind.

6. Schritt:

Nun werden die Monate März und April 2024 (s. Pkt. 5 der Abb.) überprüft und mit unserem System abgeglichen. Haben wir in diesen beiden Monaten keine Rechnung erstellt, dann sind die angegebenen Werte mit 0,00 € korrekt. Stellen wir aber fest, dass in diesen Monaten Rechnungen von uns gestellt wurden, dann befinden diese sich noch in der Leistungsstelle der Pflegekasse (Buchhaltungsabteilung) und wir befinden uns im Mahnverfahren mit der Kasse.

Damit ergeben sich folgende Varianten:

Beispiel 1:

Wir gehen in unserem Beispiel davon aus, dass sowohl für Juni wie auch für Juli 2024 jeweils eine Rechnung über 125 €, aber für die Monate März und April keine Leistungsforderungen von uns gestellt wurden. Dann bedeutet also:

im „Pflegetopf“ bis einschließlich Juli 2024:

sind	500,01 €
Offene Rechnung für Juni 2024:	-125,00 €
Offene Rechnung für Juli 2024:	-125,00 €
Monat März	0,00 €
Monat April	0,00 €

Wirklich vorhandener Wert:

250,01 €

=====

Diese Endsumme würden wir nun mit unserem System abgleichen und in diesem Fall dem Alltagshelfer Bescheid geben, dass sein Pflegebedürftiger noch **250,01 €**, also zusätzliche

7 Stunden und 30 Minuten insgesamt zur Verfügung hat, welche bis zum 30. Juni 2025 verbraucht werden können.

Beispiel 2:

im „Pflegetopf“ bis einschließlich Juli 2024:

sind 500,01€

Offene Rechnung für Juni 2024: -125,00 €

Offene Rechnung für Juli 2024: -125,00 €

Monat März im Mahnverfahren mit -125,00 €

Monat April im Mahnverfahren mit -250,00 €

-----  
Wirklich vorhandener Wert: -125,00 €!!!!

=====

Damit hat der Pflegebedürftige seinen Kontostand um 125,00 € überzogen. Wir werden also dem Alltagshelfer das Signal geben, dass der Pflegebedürftige mit 3 Stunden und 45 Minuten im Minus ist u. gemeinsam überlegen, wie wir das Defizit ausgleichen können. Dieses kann auf 2 Wegen erfolgen:

- a) Der Pflegebedürftige gleicht das Konto über eine Privatrechnung aus, also er zahlt diese 125,00 € aus eigener Tasche,  
oder
- b) setzt einen Monat in der Betreuung aus. Damit füllt sich das Pflegekassenkonto wieder um 125,00 € auf und die Rechnung kann von der Kasse beglichen werden.

Wir hoffen sehr, dass Ihnen diese Ausführungen helfen, besser durch den Pflegedschungel zu schauen.

Jahresübersicht 2024 -

- Stand: 16.07.2024

Pkt.  
1

Monatliche Leistungen	Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Hinweis
Sach- und Geldleistung								
Sachleistung §36	81,48	162,96						
Unterstützung im Alltag §45a (4)								
Pflegegeld §37								
Kombipflegegeld §38	540,40	507,79	423,28	419,67	287,76			
Teilstationäre Pflege §41								
Wohnungszuschlag §38a								
Verbrauchspflegemittel §40	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00			
Sonstige Pflegehilfsmittel §40	25,50	25,50	25,50	25,50	25,50	25,50		
Vollstationäre Pflege §43								
Kostenerstattung §16b (1)	0,00							
Restguthaben aus Vorjahr								Pkt. 2
Neuer monatlicher Anspruch	125,00	125,00	125,00	125,00	125,00	125,00	125,00	125,00
Monatliches Gesamtbudget	125,00	125,00	125,00	250,00	375,00	375,01	500,01	
Betreuung Pflegedienst								
Eigenanteil teilstation. Pflege								
Eigenanteil Kurzzeitpflege								
Sonstige Art der Leistung	125,00	125,00						124,99
Eigenanteil des Versicherten								
Summe	125,00	125,00	0,00	0,00	124,99	0,00	0,00	Pkt. 4
Restliches Leistungsbudget	0,00	0,00	125,00	250,00	250,01	375,01	500,01	Pkt. 3
Jährliche Leistungen								
Verhinderungspflege §39				0/0	1.612,00		42/42	
Kurzzeitpflege §42				0/0	1.774,00		56/56	
Sonderleistungen								
Wohnmifeilverbesserung §40								
Betrag				Zuschüsse 2024 + Vorjahre				
				4.000,00				

## Höhere Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung 2025 – wie bitte Herr Lauterbach?

Wenn es nicht so traurig wäre, könnte man einfach nur noch einen Lachkrampf kriegen! Da kündigt doch der Gesundheitsminister Lauterbach für das kommende Jahr eine Erhöhung der Beiträge bei der Kranken- und Pflegeversicherung an. Herr Lauterbach äußerte sich dazu so im Stern: „Beim Beitragssatz werden wir wohl einen Anstieg sehen...“. Das läge daran, dass in der Vergangenheit wichtige Reformen ausgeblieben sind. Weiterhin erklärt er, dass mit den steigenden Beitragseinnahmen auch die neue Krankenhausreform finanziert würde. Denn nur so könnten die Krankenhäuser „das rettende Ufer der Krankenhausreform“ erreichen. ... Und weiter berichtet er in dem Interview: „nur so gelingen die Strukturreformen, die langfristig die Kosten Entwicklung dämpfen und das System besser machen“. Weiterhin betont Herr Lauterbach zugleich dass die Beitragszahler auch profitieren würden „weil sie dafür eine bessere Versorgung bekommen“.

Nun ist dieses Interview schon ein paar Tage her und ich versuche seitdem zu ergründen, was er wohl mit dem Ausspruch *bessere Versorgung* meint?! Wenn ich mal die längere und kürzere Vergangenheit in meinem Kopf rekapitulieren lasse, dann komme ich heute zu folgendem Status:

- Die hochgelobte Krankenhausreform von Herrn Lauterbach wird so von den Bundesländern nicht akzeptiert und bedarf noch gewaltige Anpassung.
- Die ländliche Versorgung ist katastrophal.
- Die Rettungsstellen (auch in den Ballungsgebieten) sind hoffnungslos überlastet.
- Die Entkopplung der Vergütung der niedergelassenen Ärzte (Budgetdeckelaufhebung) sowie die Aufhebung von Rahmenverträgen bei bestimmten Arzneimitteln hat das Krankenkassensystem zusätzlich aus der Bahn geworfen.
- Der demographische Einfluss auch beim Personal der medizinischen Berufe ist erdrückend, manche niedergelassenen **noch praktizierende** Ärzte (besonders im ländlichen Bereich) haben das Alter von 75 bereits überschritten.
- Zuzahlungen bei Medikamenten oder Behandlungen werden teurer (auch wenn der prozentuale Anteil am Jahresbruttoeinkommen gleich geblieben ist).

Da frage ich mich doch, wie in nahe Zukunft sein Versprechen: „alles wird besser“ von ihm eingehalten werden kann. Natürlich stimme ich mit ihm überein, dass wir so wie es jetzt ist, nicht weitermachen können. Veränderungen müssen her! Aber den Bürgern es unter diesem Versprechen „zu verkaufen“, finde ich schier grotesk! Jeder Bürger wird fast täglich mit dem defizitären Gesundheitswesen konfrontiert. Glaubt er wirklich, dass wir dumm sind und uns von ihm einlullen lassen? Und das noch bei einer offen liegenden Faktenlage von:

- Die Beiträge für Krankenkassen- und Pflegekassenleistungen erhöht bei gleichzeitiger Mehrbelastung durch den eigenen Anteil innerhalb der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige.
- Bei zunehmendem Anteil der Igeleistungen und teilweise Verlängerung der Vorsorgezeiten,
- Beitragsgelder sollen in die Finanzierung des Transformationsfonds (Krankenhausreform) einfließen. Allerdings startet der Transformationsfonds erst 2026, erwartet uns dann die nächste Erhöhung?
- Schaffung von zusätzlichen Medizin-Studienplätze aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von bis zu 660 Millionen €! (eigentlich sollte es aus den Steuereinnahmen finanziert werden!)

... Und dazu kommt noch die sehr empathische Äußerung von unserem Gesundheitsminister Lauterbach auf die Feststellung im Interview, dass die Beitragszahler „Wohl in den sauren Apfel beißen müssen“, die da lautete: „Das ist so.“

Na, mit so einer sympathischen Einstellung macht er uns Bürgern schlucken, oder?

So wird uns zum Jahresbeginn 2025 ein Beitragsanstieg der Krankenversicherung um mindestens 0,5 % und der Pflegeversicherung von mindestens 0,2% erwarten. (Genauere Angaben wurden noch nicht gemacht, es könnte also auch mehr sein!)

Wenn man also die Faktenlage weiter betrachtet und einen Blick auf die derzeitigen Beiträge richtet, so liegt der allgemeine Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung derzeit bei circa 14,6 % der Einkünfte.

Hierzu kommt noch der abhängige Zusatzbeitrag der jeweiligen Kasse, welcher im Schnitt bei 1,7 % liegt. Na und die Pflegeversicherung mit ihrem Beitrag im Durchschnitt mit 3,4 % des Bruttoeinkommens, sollte auch nicht vergessen werden. Rechnen wir jetzt die angedachte Erhöhung beim Krankenkassen- und Pflegekassenbeitrag für 2025 dazu, so laufen wir locker auf die 20%-Marke unserer gesamten monatlichen Einkünfte zu.

Ein sehnsüchtiger Blick in angrenzende Länder lässt nur einen Schlusssatz zu:

***Deutschland: Außenseiter gleich Spitzenreiter!***



 [www.merkur.de](http://www.merkur.de)

Quelle: [www.merkur.de](http://www.merkur.de)

Meike Steiner

## **Rechtslupe - Altersrente für Schwerbehinderte**

Schwerbehinderte können zwei Jahre früher ohne Abschläge in Altersrente gehen.

Was passiert jedoch, wenn das Schwerbehindertenverfahren noch andauert, wenn zu Beginn dieses Anspruchs das Schwerbehindertenverfahren noch läuft?

Dieses Problem tritt in der Rechtspraxis häufig auf. Für Renten der Deutschen Rentenversicherung gilt das Antragserfordernis, das heißt, ohne entsprechenden Antrag gibt es auch keine Rente. Der Antragsvordruck des Rententrägers gibt nun aber vor, dass man unter den Rentenarten wählt (Altersrente für besonders langjährig Versicherte, Altersrente für langjährig Versicherte, Regelaltersrente, Altersrente für Schwerbehinderte).

Dieses Problem hat das Bundessozialgericht im Jahr 2007 klargestellt (BSG vom 29.11.2007, Az. B 13 R 44/07 R).

In den Leitsätzen heißt es:

1. Der Antrag eines Versicherten auf Leistung vorzeitiger Altersrente ist grundsätzlich auf die ihm günstigste Altersrentenart gerichtet (Günstigkeitsprinzip). Die vorgeschriebene Benutzung eines vom

Rentenversicherungsträger zur Verfügung gestellten Vordrucks mit dem Ankreuzen einer bestimmten Rentenart legt den Versicherten nicht auf eine Rentenart fest.

2. Wird rückwirkend die Schwerbehinderten- eigenschaft des Versicherten festgestellt, steht die Tatsache der Schwerbehinderung für den Rentenversicherungsträger bindend zu diesem früheren Zeitpunkt fest.

Es lohnt sich also gegebenenfalls, auch dann um eine Schwerbehinderteneigenschaft zu streiten, wenn die Altersrente kurz bevorsteht, denn bei nachträglicher rückwirkender Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft müssen etwaige Abschläge später rückwirkend und laufend korrigiert werden und zwar unabhängig davon, ob anfangs ein entsprechender Antrag auf Altersrente für Schwerbehinderte gestellt wurde.



**Altersrente für schwerbehinderte Menschen**

Jahrgang	abschlagsfrei	vorzeitig ab	Abschlag
1952	63, 6 Monate	60, 6 Monate	10,8
1953	63, 7 Monate	60, 7 Monate	10,8
1954	63, 8 Monate	60, 8 Monate	10,8
1955	63, 9 Monate	60, 9 Monate	10,8
1956	63, 10 Monate	60, 10 Monate	10,8
1957	63, 11 Monate	60, 11 Monate	10,8
1958	64	61	10,8
1959	64, 2 Monate	61, 2 Monate	10,8
1960	64, 4 Monate	61, 4 Monate	10,8
1961	64, 6 Monate	61, 6 Monate	10,8
1962	64, 8 Monate	61, 8 Monate	10,8
1963	64, 10 Monate	61, 10 Monate	10,8
1964	65	62	10,8

**SOVD**



Meike Steiner, Fachanwältin für Sozialrecht

## Rentenbeiträge erhalten trotz Altersrente ist möglich



Quelle: [www.pflege](http://www.pflege) durch Angehörige

Rund 2,6 Millionen Menschen werden zu Hause gepflegt, in der Regel durch pflegende Angehörige. Für die Pflegeleistung an der zu pflegenden Person, die einen Pflegegrad ab 2 bis 5 besitzt, zahlt die Pflegeversicherung unter bestimmten Bedingungen Beiträge auf das Rentenkonto des pflegenden Angehörigen. Die Voraussetzungen dafür haben wir bereits in der Ausgabe 2/24, Seite 2 ff. des Pflegepiloten erklärt.

Solange der pflegende Angehörige berufstätig ist, eine Erwerbsminderungsrente bezieht oder in der vorgezogenen Altersrente bei noch nicht Erreichung der Regelaltersgrenze ist, ist die Rechtslage sehr eindeutig – er bekommt die Rentenbeiträge bei Einhaltung der Voraussetzung.

Die Sachlage ändert sich in dem Moment, wo der pflegende Angehörige die Regelaltersgrenze erreicht hat und nun offizieller Bezieher der Altersrente ist. Dann enden erst mal die Rentenbeiträge aus dem Konto des Pflegebedürftigen auf das Rentenkonto des pflegenden Angehörigen.

Mit der Wahl auf Umstellung auf Teilrente von bis zu 99,99 % können pflegende Angehörige auch nach Erreichung der Regelaltersgrenze jedoch erwirken, dass die Pflegekasse weiterhin Beiträge zur Rentenversicherung zahlt. Der Verzicht auf einen kleinen Teil der Rente kann sich lohnen, es ist aber eine vorherige Beratung beim Rententräger angeraten.

In den vergangenen Jahren gingen die Rentenversicherer bei einer Teilrente innerhalb dieser Konstellation von 99 % aus. Das bayerische Landessozialgericht hat mit einem Urteil vom 14.9.2021 (Az: L6 R 199/19) nun auch eine Teilrente in Höhe von 99,99 % anerkannt und die Revision nicht zugelassen. Knackpunkt ist allerdings daran, dass es sich hierbei um ein landesrechtliches Urteil handelte. Es ist also offen, wie die Rententräger anderer Bundesländer ihre Teilrentenberechnungen vornehmen.

*Der Verein hat beim deutschen Rententräger nun eine Anfrage gestellt, welcher Prozentsatz in Berlin und Brandenburg gilt. Bisher ist die Antwort noch ausgeblieben – wir werden berichten!*

Um die Auswirkungen hier zu verdeutlichen, ein paar Beispiele:

Fall 1

Bernd aus München ist seit kurzem Altersrentner und hat die Regelaltersgrenze erreicht und pflegt seit vier Jahren seine pflegebedürftige Frau im Pflegegrad 2. Er erhält monatlich eine Rente von 1000 €. Die Umstellung auf Teilrente wurde auf 99,0 % der Vollrente angesetzt, d.h. er erhält jetzt 990 € Rente. Gleichzeitig fließen aber aus der Pflegekasse seiner Frau weiterhin Rentenbeiträge in Höhe von 177,53 € pro Monat (Stand 2024

Tarif West; s. Pflegepilot 2/24) ein, was eine Erhöhung der monatlichen Renten für Bernd zwischen 6,56 € und 9,37 €, je nach Rentenwert und Bezugsgröße, bedeutet. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass es sich für Bernd, der eine monatliche Einbuße von zehn Euro hinnehmen muss, bei gleichzeitiger Ausschüttung des Anteils aus der Pflegekasse von maximal 9,37 € nicht lohnt!\*

## Fall 2

Gisela pflegt in Falkensee ihre 99-jährige Mutter zu Hause bei Pflegegrad 4 und hat vor kurzem selber die Regelaltersgrenze für die Altersrente erreicht. Auch sie denkt darüber nach in die Teilrente zu wechseln, um weiterhin Rentenbezüge aus der Pflegekasse ihrer Mutter zu erhalten. Sie erhält ebenfalls 1000 € Rente innerhalb des Vollrentenbezuges, verliert also auch jeden Monat zehn Euro bei einer Umstellung auf Teilrente mit 99 %. Da ihre Mutter aber einen Pflegegrad 4 hat, werden aus der Pflegekasse ihrer Mutter 460,26 € (2024, Tarif Ost) auf ihr Konto übertragen. Im Mittel erhöht sich dadurch ihre Teilrente pro Monat um 20 €. Damit erwirtschaftet sie sich ein monatliches Plus von zehn Euro innerhalb ihrer Rente.\*

## Fall 3

Antonia pflegt ihre Schwester mit Pflegegrad 3 und bezieht Pflegegeld seit 4 Jahren. Für diese Zeit erhöht sich ihre Rente um rund 60 €. Beide wohnen in Berchtesgaden und haben das 80. Lebensjahr überschritten. Auch Antonia hat auf Teilrente umgestellt (bei Vollrente von 1000 € pro Monat). Sie kommt in den Genuss des Landesrechtsurteils Bayern und bekommt 99,99 % ihre Rente als Teilrente ausgezahlt, d.h. sie

erhält jeden Monat 990,90 € Teilrente. Innerhalb der 4 Jahre verzichtet sie also monatlich auf 10 Cent (entspricht 5 €) und erhält aber 60 € mehr innerhalb der 4 Jahre, hat also einen „Reingewinn“ von 55 € erhalten. \*Die genaue Berechnung kann immer nur im jeweiligen Rententräger seines Bundeslandes erfolgen und hängt von verschiedenen Faktoren ab:

- vom Pflegegrad des Pflegebedürftigen,
- von der Leistungserbringungsart, also ob der Pflegebedürftige Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombileistung erhält,
- von der Bezugsgröße der jährlichen Rente des pflegenden Angehörigen,
- vom Wohnort des pflegenden Angehörigen,
- von der Abzugsgröße bei Teilrente des jeweiligen Bundeslandes (0,01-1%).

Der Wechsel von einer Vollrente in eine Teilrente ist jederzeit zum ersten eines Monats möglich. Endet die Pflege, weil der Pflegebedürftige in ein Pflegeheim kommt oder verstirbt, kann die Teilrente jederzeit wieder in die Vollrente zurück verwandelt werden.



 Rentenberater von [rentenbescheid24.de](https://rentenbescheid24.de)

Achtung: 99,99 % gelten event. nicht für alle Bundesländer, sondern nur 99,0 %.

## Unfallversicherung für pflegende Angehörige

Jeder Mensch der einen anderen ab Pflegegrad 2 in der Häuslichkeit mit mind. 10 Stunden pro Woche, verteilt auf mind. 2 Tage in der Woche pflegt, ist unfallversichert über den Unfallversicherungsträger des jeweiligen Bundeslandes!

Dabei ist folgendes zu beachten:

- die Pflege darf nicht erwerbsmäßig erfolgen und
- die Pflege muss in der häuslichen Umgebung stattfinden.



Folgende Pflgetätigkeiten sind versichert:

- **Mobilität**  
z. B. Unterstützung: beim ins Bett bringen der pflegebedürftigen Person, beim Laufen oder beim Halten oder Korrigieren einer Sitz-/Liegeposition innerhalb des Wohnbereichs.
- **kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten**  
z. B. Hilfeleistung: beim Lesen der Uhrzeit oder des Datums, bei Lernspielen, Puzzles oder Gedächtnisspielen.
- **Verarbeitung von psychischen Problemlagen**  
z. B. Schutz der pflegebedürftigen Personen vor selbstschädigendem Verhalten, Beruhigung bei Angstzuständen, Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen.
- **Selbstversorgung**  
z. B. Unterstützung: während des Waschens, Duschens oder Badens der pflegebedürftigen Person, bei der mundgerechten Zubereitung der

Nahrung, beim Essen und Trinken, bei dem An- und Auskleiden der pflegebedürftigen Person, bei der Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, bei der Benutzung eines Katheters/Urostoma.

- **Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie der Förderung des selbstständigen Umgangs damit**  
z. B. Begleitung auf Hin- und Rückwegen zu Arzt- oder Therapiebesuchen, Hilfen beim Katheterwechsel, der Entleerung des Stoma oder beim Anlegen einer Prothese.
- **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**  
z. B. Planung des Tagesablaufs, Hilfe bei der Interaktion mit anderen Personen, Organisation von sozialen Kontakten wie beispielsweise dem Schreiben von Briefen, E-Mails.
- **Hilfen bei der Haushaltsführung**  
z. B. auf den Wegen von und zu Behörden und Banken oder während der Hausarbeiten.

Der Unfallversicherungsträger leistet auf drei Ebenen:

- bei Arbeitsunfällen
- bei Wegeunfällen
- bei Berufskrankheiten.

Der Unfallversicherungsträger ist:

Berlin: Unfallkasse Berlin, PF 49 03 66, 12283 Berlin

Brandenburg: Unfallk. BB, PF 11 13, 15201 Frankfurt

➔ **Achtung: *Kein Versicherungsschutz besteht bei außerrhäuslichen Aktivitäten, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit den pflegerischen Maßnahmen oder den Hilfen der Haushaltsführungen stehen!***

Monika Baresel

## **Aus der Sicht der Alltagshelfer/innen (sie sind keine „Putze“)**

Die tätigen ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer werden durch geeignete Fachkräfte regelmäßig fachlich angeleitet und unterstützt. Sie sind geschult für die besonderen Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und haben einen Versicherungsschutz.

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag bieten je nach Bedarf der Pflegebedürftigen verschiedene Leistungen an:



So begleiten, beschäftigen und aktivieren vorwiegend Ehrenamtliche pflegebedürftige Menschen. Sie helfen bei der Bewältigung ihres Alltags zum Beispiel durch praktische Hilfe.

Unsere Alltagshelfer/innen leisten nicht nur Gesellschaft, sondern freuen sich auch auf Spaziergänge, gemeinsames Kochen oder ermöglichen das Ausüben eines geliebten Hobbys. Lesen vor oder machen Gesellschaftsspiele. Aber im Blick haben sie auch stets Ihr Wohlbefinden.

Durch die ständigen Weiterbildungen können sie empfehlend und beratend auf Hilfsmittel hinweisen, die Ihr Leben erleichtern können. Natürlich kommt die anfallende Hausarbeit nicht zu kurz. Staub wischen können Sie noch selbst? Dann bleibt nur der Staubsauger und Wischmopp für den Rest und für Ihre Helfer/innen. Oder Sie haben die Waschmaschine an, die Helfer/innen hängen die Wäsche auf. Soweit es gesundheitlich möglich ist, sollen Sie Ihr eigenständiges Leben unbeschwert weiterführen, aber wo Hilfe notwendig ist, wird geholfen.

Da sich überall ein Vertrauensverhältnis aufgebaut hat (viele haben seit Jahren die gleiche Bezugsperson), tauscht man sich über gesundheitliche Befindlichkeiten aus. Oder es kam Post im typischen „amtsdeutsch“, 4 Augen lesen besser, um was es sich handelt. Und bleiben Fragen offen, kümmert sich Ihr/e Alltagshelfer/in um eine Lösung nach Rücksprache mit unseren Pflegefachkräften (Frau Brach und Frau Rossow-Trettin).

So können Sie jetzt selbst entscheiden, ob die provokante Überschrift richtig gewählt wurde!

Simone Rossow-Trettin

## **Anziehhilfe für Thrombosestrümpfen – Das Doff N´Donner-System**

Menschen, die aufgrund unterschiedlicher medizinische Diagnosen Thrombosestrümpfe verordnet bekommen, stehen häufig vor einem Problem, denn die Thrombosestrümpfe sind eine Maßanfertigung für das betreffende Bein. Damit beginnt häufig die Herausforderung beim An- und Ausziehen. Häufig wird dann die therapeutische Maßnahme nicht regelmäßig durchgeführt, weil auch bei zunehmender Kraftminderung des Betroffenen es einfach nicht mehr möglich ist, selbstständig diese Kompressionsstrümpfe an die Beine zu bringen. Eine Lösung ist die Verordnung durch den Arzt zum Anlegen der Strümpfe durch Pflegekräfte von ambulanten Pflegediensten oder die Verordnung eines Hilfsmittels, das das Anziehen erleichtern soll.



Unsere Erfahrung zeigt, dass die momentanen Hilfsmittel

„Anziehhilfen bei Kompressionsstrümpfen“ sehr umständlich sind und meistens ungenutzt in der Ecke stehen.

Auch die Pflegekräfte eines ambulanten Pflegedienstes jubeln nicht gerade, wenn die Anforderung auf Hilfe beim Anziehen bei ihnen eingeht. Denn auch sie müssen sich sehr quälen, um eine fachgerechte Versorgung vornehmen zu können. Aus meiner Sicht sind alle Methoden nicht glücklich.

Seit Kurzem gibt es ein neues Versorgungshilfsmittel für das Anlegen von Kompressionsstrümpfen. Die Erfindung kommt aus der Schweiz. Wir haben es ausprobiert - es ist ein echter Knaller und auch in Deutschland erhältlich!

Es besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil ist eine Säule, die mittels Saugnäpfen an Tischen, Site Bord oder am Fußboden befestigt werden kann. Darüber zieht man dann den Strumpf. Der zweite Teil besteht aus einer Silikonröhre, die über Strumpf und Säule bis zum verstärkten Gummiband des Strumpfes heruntergerollt wird. Der Gummiband wird um die Silikonröhre umgeschlagen und die gesamte Silikonröhre wird wieder zum oberen Rand der Säule zurück geschoben. Dabei nimmt die Silikonröhre den gesamten Strumpf auf.

Im zweiten Schritt wird die strumpfummantelte Silikonröhre, beginnend an der Fußspitze, das Bein aufwärts gerollt. Die Silikonröhre platziert dann an der richtigen Stelle den richtigen Teil des Strumpfes. Zum Schluss wird die Silikonröhre einfach wieder in die Fußspitze zurück gerollt und der Strumpf ist ohne oder mit wenig Kraftaufwand an!

Zum Ausziehen wird dieses ganze Procedere in umgekehrter Reihenfolge vorgenommen.

***Gerne beraten wir sie zu diesem System und schreiben das Rezept dafür aus! Melden Sie sich bei uns!***

Ute Brach

## Unfallversicherung bei Pflegegrad

Als ich anfang, mich mit diesem Thema zu beschäftigen, stellte ich mir die Frage, was wohl der Pflegegrad mit einer Unfallversicherung zu tun hätte. Fast jeder Mensch besitzt, wahrscheinlich schon lebenslang, eine Unfallversicherung. Was soll sich daran ändern, wenn ich plötzlich einen Pflegegrad habe? Genau dann bräuchte ich sie eventuell noch viel dringender als in meinem ganzen bisherigen Leben!

Und doch ist genau diese Frage die Achillessehne! Viele Unfallversicherer begrenzen ab Pflegegradbescheid ihre Leistungen beziehungsweise leisten gar nicht mehr im Unfall! Um zu wissen, wie die eigene Unfallversicherung sich zu diesem Punkt verhält, muss man unbedingt mal in das Kleingedruckte der eigenen Unfallversicherung hinein lesen. Dort finden Sie Formulierungen wie:

- Ab Pflegestufe/Pflegegrad X wird die Leistungserbringung eingestellt,
- Ist der Versicherte pflegebedürftig und besitzt eine/n Pflegestufe/Pflegegrad liegt die Leistungserbringung im Ermessen des Versicherers, oder aber
- Eine Inanspruchnahme von Leistungen aus der Pflegeversicherung nach SGB XI ist unverzüglich dem Versicherer mitzuteilen.

Vielleicht hat auch Ihre Versicherung eine noch viel schönere Umschreibung für das Herausschleichen aus dem Leistungserbringungszwang.

Fakt ist:

- Viele Versicherer möchten Menschen mit Pflegegrad und damit verbundener erhöhter Sturzfremdigkeit nicht mehr versichern.
- Viele Klauseln dazu im Vertrag sind sehr schwammig gehalten.

- Einige Versicherer wollen die volle Einsicht in das medizinische Gutachten zum Pflegegrad vom Versicherten nehmen, bevor sie überhaupt mitteilen, ob sie noch versichern oder nicht mehr.

Leider wird man weder von seinem Versicherer noch von der Pflegekasse über diesen Versicherungszwiespalt aufgeklärt. Viele Pflegebedürftige zahlen seit langem einen Beitrag an den Versicherer, werden aber aufgrund ihres Pflegegrades keine Leistung mehr empfangen. Da stellt sich also die Frage, wozu hat man diese Unfallversicherung überhaupt noch? Diese Frage kann ich Ihnen nicht beantworten. Für mich persönlich wäre die Entscheidung klar:



*Kündigung dieser Versicherung, wenn keine Leistungserbringung mehr daraus zu erwarten ist!*

Monika Baresel

## **Essen auf Rädern**

Sie kennen sicher schon einige Lieferdienste für Getränke, Lebensmittel vom Diskonter oder frisches Obst und Gemüse direkt vom Bauern.

Vielleicht könnte auch ein mobiler Menüdienst für Sie eine tolle Lösung sein?

In Deutschland bieten etwa 2.500 Dienste Essen auf Rädern an – darunter private Unternehmen, Gaststätten oder Seniorenheime. Wichtig zu wissen, nicht alle Anbieter kochen selbst. Sie arbeiten mit Großunternehmen zusammen oder verwenden Halbfertigprodukte. Lange sollten Speisen nicht warmgehalten werden, daher sind 3 Varianten für Essen auf Rädern gängig:

1. am selben Tag gekocht und warmgehalten,
2. bis zu 5 Tagen vorgekocht, auf unter 3 Grad gekühlt und vor der Lieferung erwärmt,
3. tiefgekühlt und vom Anbieter, vom Kunden selbst erwärmt.

Der Vorteil bei der Tiefkühlung: Das Essen ist hygienisch, monatelang haltbar und es bleiben mehr Vitamine erhalten als bei langen Wärmezeiten.

### *Zu viel Salz, Fett und Kalorien*

Eine gesunde Ernährung enthält viel Gemüse, Obst, Vollkorn, Hülsenfrüchte und nicht jeden Tag Fleisch. Kunden fragen sich daher, wie die Qualität von Essen auf Rädern ausfällt. Bisherige Test zeigten, zu viel Salz und geringer Vitamingehalt.

Die Verbraucherzentrale Berlin hat sich 2023 verschiedene Angebote angesehen. Ihr Fazit: Zu viel Fleisch und zu wenig Kennzeichnung, etwa bei Allergenen, Beilagen, Alkoholverwendung oder Fleischarten.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) hat Qualitätsstandards für Essen auf Rädern und in Senioreneinrichtungen festgelegt, um die Verpflegung älterer Menschen gesund und nachhaltig zu gestalten!

### *Folgendes wird gefordert*

- das Essen sollte kalorienarm, reich an Nährstoffen und nur wenig gesalzen sein.
- In einem Zeitraum von 4 Wochen sollten sich Gerichte nicht wiederholen.
- Pro Tag sollten 2 Gerichte zur Auswahl stehen, eines davon fleischlos.
- Frische Salate, Obst, vegetarische Kost und kleine Portionen sollen angeboten werden.
- Die wichtigsten Allergene sollten im Speiseplan gekennzeichnet sein.
- Auf religiöse Besonderheiten sollte eingegangen und Fleischarten angegeben werden.

### ***Achtung Aluminium***

Ein weiterer Gesundheitsaspekt ist die Verpackung des Essens. Besonders unbeschichtete Menüschilder aus Aluminium können bedenklich sein. Es ist möglich, dass sich Aluminiumionen daraus lösen und ins Essen übergehen.

Fragen sie also vor der ersten Bestellung nach, ob Aluschalen verwendet werden bzw. ob Schalen mit Alu beschichtet sind.

### ***Worauf können Sie sonst achten?***

Wenn Sie besondere Bedürfnisse haben, fragen Sie nach Spezialessen, etwa für Diabetiker. Bitten Sie um ein Probeessen und vergleichen Sie bestenfalls mehrere Anbieter, bevor Sie sich entscheiden. Fragen Sie nach Lieferzeiten und Extrakosten an Wochenenden. Fordern Sie Infomaterial an oder fragen Sie Freunde und/oder Nachbarn, die es bereits ausprobiert haben und nutzen.

Bitten Sie gegebenenfalls um eine Styroporbox für zuhause, um das Essen warm zu halten. Salzen Sie wenn möglich nicht nach. Bewahren Sie Reste maximal bis abends und nur gekühlt auf, damit Keime keine Chance haben.

### ***Unser Tipp:***

Trinken Sie ausreichend zu den Mahlzeiten, denn Flüssigkeitsmangel kann zu Verdauungs- oder Kreislaufproblemen führen. Daher sind Eintöpfe auch eine gute Wahl, denn sie liefern neben kalorienarmen Gemüse auch reichlich Flüssigkeiten.

Bedenken Sie; Qualität, Service und Preis können je nach Anbietern variieren.

Ein Vergleich lohnt sich!



Quelle: freche Freunde

Ute Brach

## 1. Länder fordern Änderung bei der Krankenhausreform



Zur Verbesserung der Zustände in den Krankenhäusern hat der Bundesrat am 5. Juli 2024 einen Entwurf zu dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität in Krankenhäusern in Form der Vergütungsstrukturen diskutiert und eine Stellungnahme beschlossen. Diese sieht vor:

- die Einbindung der Länder in die Änderung der Krankenhausreform,
- bürokratische Mehrbelastung und Doppelstrukturen sollen abgebaut werden,
- Verfahrensabläufe der Krankenhausplanung sollen berücksichtigt werden,
- Überarbeitung der Krankenhauspläne und Krankenhausgesetze der Länder sollen beachtet werden,
- die Regelungen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sollen zeitnah weiter entwickelt werden.

Diese Stellungnahme des Bundesrates wird über die Bundesregierung in den Bundestag nun eingebracht. Nach Verabschiedung in zweiter und dritter Lesung kommt das Gesetz noch einmal zur abschließenden

Beratung in den sogenannten zweiten Durchgang des Bundesrates. Wir werden Sie über das Ergebnis auf dem Laufenden halten!

## **2. Bundesrat startet Gesetzesinitiative zur Widerspruchslösung bezüglich der Organspende**

Das Transplantationsgesetz soll geändert werden. Deshalb beschloss das Plenum des Bundesrates am 5. Juli 2024 einen entsprechenden Gesetzesentwurf beim Bundestag einzubringen. Dieser Gesetzesentwurf beinhaltet:

- das Recht jedes einzelnen Bürgers sich für oder gegen eine Organspende zu entscheiden, bleibt ausdrücklich unangetastet;
- es soll eine Umkehr von der momentanen ausdrücklichen Zusage zur Organspende jedes Einzelnen zur so genannten Widerspruchslösung geben.
- Damit müsste in der Zukunft jeder Bürger, der gegen eine Organspende ist, ausdrücklich Widerspruch erheben,
- Ausnahme der Widerspruchslösung wird bei Personen vorgenommen, die nicht in der Lage sind, Wesen, Bedeutung und Tragweite einer Organspende zu erkennen. Hierbei soll eine Organentnahme grundsätzlich unzulässig bleiben.

Was bedeutet das nun für jeden Einzelnen:

Sollte diese Widerspruchslösung zur Organspende nach Abstimmung des Bundestages Realität werden, müssen Menschen, welche keine Organentnahme an ihrer Person wünschen, deutlich widersprechen. Dieses kann erfolgen indem:

- es in der Vorsorgevollmacht deutlich nieder geschrieben wird,

- eine Meldung im Organspenderegister erfolgt,
- es im Organspendeausweis festgehalten wird oder
- anderweitig dokumentiert wird.

Der Gesetzesentwurf des Bundesrates wird jetzt in den Bundestag eingebracht. Nun muss die Bundesregierung in Form des Gesetzesbeschlusses durch den Bundestag zustimmen. Eine gesetzliche Frist, wie schnell sich der Bundestag mit dem Gesetzesentwurf befassen muss, gibt es zurzeit nicht.

### **3. Bundesrat hat dem Postrechtsmodernisierungsgesetz zugestimmt**

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung vom 5. Juli 2024 diesem Gesetz zugestimmt, in dem die Neufassung des aus den neunziger Jahren stammenden Postgesetzes an die Zeiten mit rückläufigen Briefsendung angepasst wurde.

Dieses Gesetz umfasst:

- Verlängerung der Postlaufzeiten (Mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % nach Absendung des Briefes muss dieser zukünftig nach drei Werktagen zugestellt sein. 99 % der Zustellung müssen nach vier Werktagen erreicht werden.),
- mehr Wettbewerb bei Warensendungen (der Markt soll für weitere Anbieter geöffnet werden),
- Pakete mit höherem Gewicht müssen gekennzeichnet werden (bei über 10 kg muss ein Hinweis auf erhöhtes Gewicht, bei Gewichten über 20 kg der Hinweis auf hohes Gewicht erfolgen). Pakete über 20 kg müssen mit technischen Hilfsmitteln und zwei Personen zugestellt werden.
- Nachhaltigkeit soll gekennzeichnet sein (ein Umweltzeichen soll den Empfängern anzeigen, wie

hoch die Treibhausbelastung durch die jeweilige Paketbeförderung war).

Das Gesetz ist im Bundesgesetzblatt verkündet worden und am 19. Juli 2024 in Kraft getreten.

#### **4. Zusatzstunden für unsere Pflegebedürftigen**

Zurzeit erreicht uns von vielen Pflegebedürftigen nach der Kontostandsabfrage für die Betreuungs- und Entlastungsleistung die Bescheinigung der Krankenkassen. Im Oktober werden wir allen Alltagshelfern für ihre Pflegebedürftigen die noch möglichen Zusatzstunden mitteilen. Diese können dann bis zum 30.6.2025 in Anspruch genommen werden.

#### **5. Bedarfe von mehr Leistungen im Haushalt über unsere Alltagshelfer**

Pflegebedürftige, die von uns durch Alltagshelfer versorgt werden und das Gefühl haben, sie benötigen noch etwas mehr Hilfe im Haushalt, können dafür die Verhinderungspflege in Anspruch nehmen (wer diese noch nicht hat). Dafür muss ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt werden.

Gerne bereitet der Verein Ihnen diesen Antrag vor!

## 1. Tag der offenen Tür- Beratungszentrum

Das Beratungszentrum öffnet auch dieses Jahr für alle Ratsuchenden einen ganzen Tag lag seine Pforten.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch am:

20. September 2024 in der Zeit von 11.00-17.00 Uhr  
Ort: Mark-Twain-Str. 5, 12627 Berlin

## 2. Öffnungszeiten des Beratungszentrums:

Montag und Mittwoch von 10.00- 13.00 Uhr

Dienstag geschlossen, da

Hausbesuchstag

Donnerstag von 14.00- 17.00 Uhr

Freitag nach Vereinbarung

## 3. Neue Telefonzeiten:

Montag und Mittwoch von 10.00- 15.00 Uhr

Dienstag von 12.00 – 15.00 Uhr

Donnerstag von 12.00 – 17.00 Uhr

### Ankündigung für unsere Vereinsmitglieder:

Die Einzugstermine der Mitgliedsbeiträge für die Kalenderjahre  
**2024/ 2025**

01. Oktober 2024 Quartals-Zahler

04. Februar 2025 Jahres- Halbjahres- und Quartalszahler

# 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](http://www.lwp-online.eu/downloads/satzung)) und die Datenschutzvereinbarung ([www.lwp-online.eu/datenschutz](http://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