



DER PFLEGEPILOT

Das Magazin des LWP



Ausgabe 01/2023

INHALT

Nachruf:	- André Blatt	S. 3
Aktuelles:	- Vollstationäre Pflege- so teuer wie nie! - Blutige Entlassungen und Drehtüreffekt Wissenswertes zum Entlassungsmanagement	S. 5-7 S. 8.12
Politik:	Ambulant vor Stationär- aber kein Nachzug bei der Zuzahlung für Pflegebedürftige bzw. seinen Angehörigen in Sicht!	S. 11-15
	Die Triage – was ist das?	S. 15-17
	Die Aktienrente – was ist das?	S.18
Aus der Praxis:	Der nützliche Hausnotruf	S. 19
	Hilfe bei Morbus Parkinson	S.20-22
Wer weiß denn sowas?:	Kleine Helfer im Ess-und Küchenbereich	S.23-33
Allgemeines:	Mitgliederversammlung	S.34
	Neue Gebührenordnung	S.35-36
	Tätigkeitsschema	S.37

IMPRESSUM

Bild: freepik.com

Inhalt: Dipl. Pflegepäd. Ute Brach, Dr. K.-J. Henkel, Kristina Hirsch 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

Redaktionsschluss: 16.03.2023

Nachruf

Am 25.12.2022 ist nach langer

schwerer

Erkrankung unser Mitstreiter,

Unterstützer,

Mitarbeiter und guter Freund,

André Blatt,



von uns gegangen. Seit der Gründung unseres Vereins hat er unsere

Vision unterstützt und half uns wo er trotz seiner schon damals

vorhandenen Einschränkungen nur konnte.

So war er es, der nach unserem Umzug in die Mark-Twain-Straße, für die Komplettierung unserer Inneneinrichtung sorgte.

Während wir Anderen mit dem Umbau des Beratungszentrums

beschäftigt waren, setzte sich André ans Telefon und schaffte es

irgendwie, dass wir Konferenztische für unsere Einrichtung gesponsert

bekamen. Auch unsere Beratungsecke wurde durch ihn maßgeblich

geprägt. Als wir feststellten, dass es immer im Rücken zog, wenn die Tür aufging, war die Idee einer Beratungsecke geboren. Mit seinem handwerklichen Geschick und der Unterstützung seiner Frau, baute er uns einen Kleiderschrank so um, dass eine windgeschützte Sitzgelegenheit entstand, die später liebevoll den Namen „Beratungsstrandkorb“ erhielt. Wer von Ihnen schon einmal bei uns im Beratungszentrum beraten wurde und in den großen Sesseln saß, schaute direkt in diesen „Strandkorb“. André war auch unsere männliche Stimme am Zentraltelefon, der liebevoll mit Mitgliedern und Nichtmitgliedern plauderte, Ihre Wünsche aufnahm und an uns weitergab. Nun ist auch diese verstummt. Aber zurück bleiben schöne Erinnerungen in unserem Gedächtnis und Herzen sowie ein Lächeln bei jeder Beratung in unserer Beratungsecke!

Wir nehmen Abschied ohne zu vergessen!



Dr. K.-J. Henkel (Bild: 24h-pflege-check.de)

Vollstationäre Pflege- so teuer wie nie!

Vollstationäre Pflege ist teuer geworden! Ohne Beteiligung der Pflegekassen wären monatlich zwischen 3500 € und weit über 4000 € zu zahlen. Die Pflegekassen beteiligen sich in Abhängigkeit vom Pflegegrad an den monatlichen Kosten wie folgt: Pflegegrad 1= 125 €, Pflegegrad 2= 770 €, Pflegegrad 3= 1262 €, Pflegegrad 4= 1775 € und Pflegegrad 5= 2005 €.

Der Eigenanteil der zu pflegenden Personen einschließlich ihrer Angehörigen beträgt bundesweit im Durchschnitt 2468 € monatlich! Er differiert zwischen den einzelnen Bundesländern, von 2847 € im Saarland bis zu 1868 € in Sachsen-Anhalt. In Berlin beträgt er

durchschnittlich 2451 € und im Land Brandenburg 2078 €.

Dieser Eigenanteil setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

1. Kosten der Pflege und Betreuung
2. Kosten für Unterkunft und Verpflegung
3. Investitionskosten und zuweilen
4. Ausbildungskosten.

Zu 1.:

Gemäß Paragraph 43 C SGB XI beteiligen sich die Pflegekassen seit 1.1.2022 wie folgt: vom ersten bis zwölften Monat im Pflegeheim mit 5 %, bei mehr als zwölf Monaten mit 25 %, bei mehr als 24 Monaten mit 45 % und bei mehr als 36 Monaten mit 70 % der Pflegekosten.

Zu 2.:

Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung sind unterschiedlich und ähneln den Kosten für ein Hotel mit Vollpension. Größe, Lage und Ausstattung der Zimmer sind mit unterschiedlichen Kosten verbunden.

Zu 3.:

Die Investitionskosten der Pflegeheime sind den Pflegebedürftigen zugefallen, weil kaum noch eine öffentliche Förderung stattfindet. Sie sind höher bei älteren und reparaturbedürftigen Pflegeheimen.

Zu 4.:

Seit dem 1.1.2020 erfolgt die Ausbildung von Pflegefachkräften einheitlich nach dem Pflegeberufegesetz. Etliche Pflegeheime wälzen damit verbundene höhere Kosten auf die Pflegebedürftigen ab.

Übersteigt der Eigenanteil die finanziellen Möglichkeiten der pflegebedürftigen Person oder deren Angehörigen (zahlungspflichtig nach dem Angehörigen-Entlastungsgesetz ab einem jährlichen Bruttoeinkommen von 100.000 €), greift die Sozialhilfe. Seit dem 1.1.2023 besteht für bedürftige pflegebedürftige Personen auch die Möglichkeit, Pflegegeld Plus zu beantragen.

Wie dem auch sei, der Eigenanteil bei vollstationäre Pflege muss in Übereinstimmung mit dem Einkommen der pflegebedürftigen Personen gebracht werden.

Vorschläge gibt es genug! So sollte unserer Meinung nach der Eigenanteil nicht am Gesamt-Brutto-Einkommen des Ehepaares, in dem Einer davon pflegebedürftig geworden ist, vorgenommen werden, sondern eine Orientierung an der Rente des Pflegebedürftigen selber!

Was ist also zu tun?

Dazu empfehlen wir dringend eine rechtzeitige Beratung in Anspruch zu nehmen! Gerne hilft Ihnen hier der Verein weiter.

Blutige Entlassungen und Drehtüreffekt- Wissenswertes zum Entlassungsmanagement

Hohe Krankenstände und eine immer noch beispiellose Infektionswelle setzen Krankenhäuser mit ihrem Personal unter Druck, besonders im Kinderklinikbereich, so die Worte unseres Bundesgesundheitsministers Herrn Lauterbach. Dies betraf besonders die Zeit kurz vor und während der Weihnachtszeit. Der Bundesgesundheitsminister rief daher die Krankenkassen dazu auf, die „untere Grenzverweildauer und die Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, begrenzt bis Ende Januar 2023, auszusetzen“. Dadurch konnten die Krankenhäuser zusätzliche Behandlungskapazitäten schaffen. Patienten und Patientinnen konnten dadurch nach ärztlicher Einschätzung früher entlassen werden. Diesem ist als Fakt eigentlich nichts entgegen zu setzen! Aber eine ärztliche Einschätzung alleine, zeigte hierbei, dass dieses nicht ausreichend war. Die häufig fehlende richtige Bewertung über „das danach“ führte zu einem enormen Handlungs- und Organisationsaufwand bei hilflosen Familienangehörigen, Organisationen/Vereinen und ambulanten Pflegediensten. Es fand quasi (nur)



eine Verschiebung der Last statt, die die Fachwelt im häuslichen Bereich unerwartet traf und auffangen musste!

Durch bereits langanhaltende Ausdünnung des ärztlichen Fachpersonals wurde besonders die Ebene des Stationsarztes getroffen. Assistenzärzte übernahmen und übernehmen (immernoch!) diese Funktion. Darüber ist in vielen Häusern bereits nun der Oberarzt angesiedelt. Wenn man bedenkt, dass die Assistenzärzte selbst noch Hilfe benötigen, um ihr FACH-Wissen zu komplettieren, so ist es wohl kaum verwunderlich, dass besonders die Organisation der Überleitung in den häuslichen Bereich und die dazu benötigten Kenntnisse über deren Abläufe hinten runterfallen.

Statt Urlaub – wie innerhalb unseres Vereins angekündigt - traf es auch uns mit vielen Problemfällen. Das Telefon stand nicht mehr still, statt Beratungsleistungen mussten wir auf die Schnelle vielen begründet hilflosen Angehörigen von entlassenen Patienten helfen, schnell Lösungen zu finden. ...und das noch wenige Tage vor Weihnachten, wo auch bei ambulanten Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten die Urlaubswelle anrollte.

Was wir am Telefon zu hören bekamen, schockierte selbst uns, die eigentlich vom insuffizienten Gesundheitssystem schon einiges gewohnt sind.

So wurden PatientInnen mit großen offenen Wunden, Menschen welche ohne die noch nötige Unterstützung bei



der Grundpflege und Kranke mit Schläuchen (Drainagen) heraushängend aus dem Körper entlassen, ohne Verbandsmaterial, ausreichend Medikamente und Nennung einer gesicherten, offenen Anlaufstelle für die

professionelle Weiterbehandlung. Da frage ich mich allen Ernstes, was das GKV-

Versorgungsstärkungsgesetz aus dem Jahre 2015, in dem nach § 39 Abs. 1a des SGB V das Entlassungsmanagement geregelt ist, wirklich Wert ist!

Darin heißt es:

„Der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung stellt eine besonders kritische Phase der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patientinnen und Patienten dar. Um hier Versorgungslücken durch mangelnde oder unkoordinierte Anschlussbehandlungen zu vermeiden, sind Krankenhäuser nach § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet, ein effektives Entlassmanagement zur Unterstützung des Übergangs in die Anschlussversorgung zu gewährleisten.“

(Der Rahmenvertrag Entlassungsmanagement ist zum 01.10.2017 für die Krankenhäuser verbindlich geworden!)

Was bedeutet dieser Gesetzestext (eigentlich) für die Krankenhäuser genau:

1. Egal wohin entlassen wird, es muss sichergestellt werden, dass die Versorgung mit allem, was der Patient benötigt, zur Verfügung gestellt wird. Ziel sollte sein, dass es zu keiner Wiedereinweisung innerhalb kürzester Zeit bezüglich der behandelnden Erkrankung kommt (Drehtüreffekt).
2. Deshalb gehört zu jedem Entlassungsbericht die Ausstellung des so genannten Entlassplans, der die folgenden Inhalte abdeckt:
 - a) Ausreichend Medikamente und eventuell Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bis zur Möglichkeit des Aufsuchens eines niedergelassenen Arztes.
(In der Regel sollten 2-5 Tage ausreichen, wenn keine Feiertage darin involviert sind).
 - b) Angabe des spätesten Kontroll- und Nachsorgetermins in der Klinik oder beim niedergelassenen Facharzt,
 - c) Weiterführende Therapiemaßnahmen: Anschlussheilbehandlung (muss eigentlich innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung angetreten werden); Kurzzeitpflege; Empfehlungen an den weiterbehandelnden Arzt von nötiger Ergo-/Physio-/Logo- oder Psychotherapie sowie Krankengymnastik im Entlassungsbericht,

- d) Sicherstellung von Hilfsmittelbedarfen im häuslichen Bereich, wenn der Patient dahin entlassen wird, wie Pflegebett, Rollstuhl, Duschhocker, Gehhilfen, Orthesen usw.,
- e) Einleitung eines Pflegegrades, wenn die Prognose eines pflegerischen Hilfebedarfs und dem damit verbundenen Selbstversorgungsdefizit, einen Zeitrahmen von mehr als 6 Monaten umfasst, wenn nötig Ausstellung der Verordnung zur häuslichen Krankenpflege nach SGB V (roter A4-Schein), Achtung: schließt e) aus!
Wenn d) oder f) greifen, muss die Sicherstellung der häuslichen Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst bei Entlassung erfolgt sein

Das all diese Maßnahmen gehäuft im Dezember missachtet wurden, zeigten die Fälle, die alleine in unserem Verein Hilfe suchten. Deshalb wurde aus unserem Beratungsteam kurzzeitig ein Organisationsteam, welches völlig erschöpft unter dem Weihnachtsbaum saß!



Zu weiteren Fragen steht Ihnen das Fachberatungsteam des Vereins gerne zur Verfügung!

Ute Brach/ Dr. K.-J. Henkel

Ambulant vor stationär- aber kein Nachzug bei der Zuzahlung für Pflegebedürftige bzw. ihren Angehörigen in Sicht!



Die häusliche Pflege genießt Priorität und ist ausgestattet mit Pflegegeld und/oder mit Sachleistungen und mit einem vom Pflegegrad unabhängigen monatlichen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 €. Bei Pflegegrad 3 beispielsweise beträgt das Pflegegeld 545 € und der Geldwert der Sachleistungen 1363 €. Dabei ist in Verbindung mit der zweckmäßigen Verwendung des Pflegegeldes/der Pflegesachleistungen auch die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes vorgesehen.

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes, werden (mindestens!) 4,17 Millionen Pflegebedürftige beziehungsweise 84 % (Zahlen von 2021) zu Hause versorgt! Davon wurden in 2021 3,12 Millionen Pflegebedürftige überwiegend durch Angehörige gepflegt.

Bei dieser Zahlenlage ist es schon verwunderlich, dass zwar bei der stationären Versorgung hinsichtlich der staatlichen Zuschüsse nachgebessert wurde, aber nicht im ambulanten Bereich. So sind auf Grund der Mindestlohnanpassung für die profellierten Pflegekräfte neue „Preiskataloge“ für die Inanspruchnahme von Leistungen aus den ambulanten Pflegediensten nun bindend. Dies bedeutet, dass der Pflegebedürftige prozentual gesehen eine Mehrleistung gegenüber noch 2021 hinnehmen muss. Die Kassenleistung ist hingegen gleichgeblieben!

Da achtet Deutschland so wunderschön auf Mindestlöhne und geht mit dem Zoll strickt gegen Schwarzarbeit vor, aber die Leistung an pflegende Angehörigen liegt finanziell gesehen deutlich unter dem Mindestlohn und keinen scheint es zu stören! Oder doch? Erste Vorschläge bezüglich der finanziellen Absicherung von pflegenden Angehörigen liegen bereits vor, trafen bisher aber auf taube Ohren in der Bundesregierung.

Völlig unterbewertet wird in diesem System ganz besonders der medizinische Sachverstand der professionellen Pflegenden, seien es Pflegehelfer/Innen mit einjähriger Ausbildung und einem durchschnittlichen Bruttogehalt von 3000 €, Gesundheits- und Krankenpfleger/Innen mit dreijähriger Ausbildung und einem durchschnittlichen Bruttogehalt von 3600 € oder sogar Ärzte/Innen mit einem Mindestgehalt von 4700 €, die keinen ambulanten Pflegedienst in Anspruch zu nehmen gehalten sind.



Zur Anerkennung dieser Leistungen schlägt der LWP vor, ausgehend von einer Pflegezeit von etwa einem Drittel der regulären Arbeitszeit, die medizinischen Pflegeleistungen wie folgt anzuerkennen: bei Pflegehelfer/Innen mit einem monatlichen Zuschlag zum Pflegegeld in Höhe von 500 €, bei examinierten Pflegekräften in Höhe von 800 € und bei Ärzt/Innen in Höhe von 1200 €!

Ute Brach

Die Triage – was ist das?

Kurz gesagt bedeutet das französische Wort Triage (Auswahl), die Priorisierung medizinischer Hilfeleistungen bei unzureichenden Ressourcen.



(Quelle: FAZ)

Der Begriff und das Verfahren kommen aus der Militärmedizin.

Im Zusammenhang mit den Feldzügen von Napoleon Bonaparte gab es massenhaft Verletzte und so wurde der Begriff der Triage erstmals 1808 vom französischen Militärchirurgen Larrey verwendet, der Pferdefuhrwerke mit chirurgischer Ausrüstung einsetzte und die Triage für Amputationen anwandte.

Wesentlich weiter entwickelt wurde die Triage während des Krimkrieges 1853-56 durch den russischen Chirurgen Pirogov. Er definierte fünf Auswahlgruppen: erstens Hoffnungslose, zweitens lebensgefährlich Verletzte die sofort behandelt werden müssen, drittens sonstige Verletzte die auch eine unaufschiebbare Hilfe verlangen, viertens Verletzte, bei denen die chirurgische Hilfe nur wegen eines schadlosen Transportes nötig ist und fünftens alle übrigen Verletzten.

Auch im ersten und zweiten Weltkrieg war die Triage gängige Praxis.

Nach 1945 war die Triage auch bei Katastrophen im zivilen Bereich im Gespräch.

Die jüngste COVID-19 Pandemie hat das Thema erneut auf die Tagesordnung gesetzt.

Deshalb hat der Bundestag am 10.11.2022 ein Triage - Gesetz beschlossen, vor allem, um den Krankenhäusern und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten Sicherheit zu geben.

Nach diesem Gesetz darf die “aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit“ das einzige medizinische Auswahlkriterium für die Rangfolge der Behandlung sein. Darüber müssen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte entscheiden. Alter und Behinderung sollen dabei keine Rolle spielen.

In vielen Krankenhäusern ist im Bereich der Rettungsstelle bereits ein Triage-Verfahren installiert und es ist meistens an den farbigen Streifen am Fußboden zu erkennen.

Diese Situation ist für die behandelnden Medizinerinnen und Mediziner immer ein Spagat. Deshalb ist alles zu tun, vor allem durch ausreichende Kapazitäten, um die Notwendigkeit einer Triage überhaupt zu vermeiden.



(Quelle: Ärztezeitung).de



Dr. K.-J. Henkel

Die Aktienrente – was ist das?

Die finanzielle Schieflage der Altersrente ist bekannt. Der demographische Wandel erzeugt immer mehr Rentner bei immer weniger Beitragszahlern. Das setzt der umlagefinanzierten Altersrente Grenzen. Bereits heute liegt der staatliche Zuschuss aus Steuermitteln zur Rentenversicherung bei jährlich mehr als 100 Milliarden €. Aber auf Dauer kann das so nicht weitergehen. Weder die staatlichen Zuschüsse, noch die Beiträge zur Rentenversicherung oder das Renteneintrittsalter können ins uferlose steigen. Deshalb hat die Bundesregierung in Person des Bundesfinanzministers am 13. Januar 2023 den Vorschlag vorgestellt, die Rentenversicherung kapitalgedeckt zu ergänzen und zu stabilisieren. Dazu sollen in den nächsten 15 Jahren jährlich 10 Milliarden € aus Steuermitteln am Kapitalmarkt platziert werden. Ende der dreißiger Jahre soll damit ein dreistelliger Kapitalstock erreicht werden, dessen Rendite die Altersrente ergänzen und die Beitragsmindereinnahmen kompensieren soll. Der Ansatz ist zu begrüßen. Er wird sicher im Verlaufe der Zeit immer wieder intensiv nachjustiert werden müssen, um die in ihn gesetzten Erwartungen zu erfüllen.

Margitta Gniza

Der nützliche Hausnotruf



Menschen mit Behinderung, Pflegebedürftige, alte und chronisch kranke Menschen können, wenn sie allein sind, in Situationen geraten, in denen sie Hilfe brauchen.

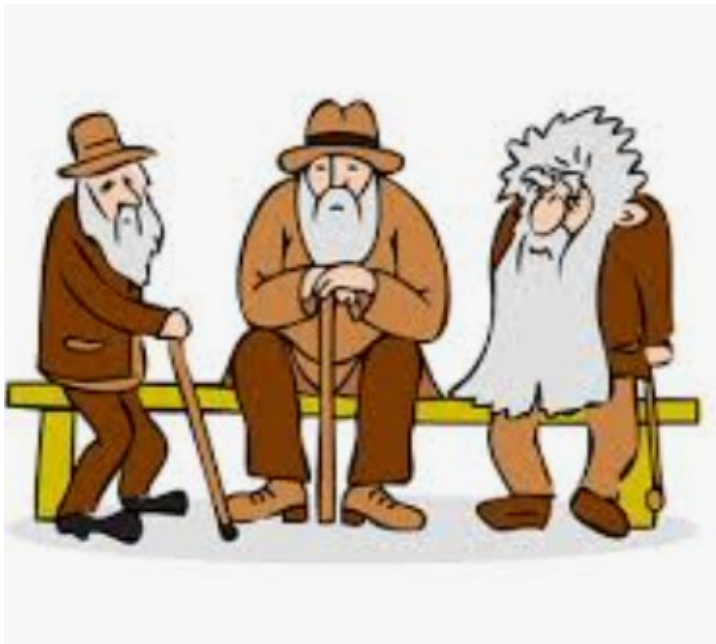
Darauf ist der Hausnotruf ausgelegt, ein elektronisches Meldesystem, verbunden mit einer Notrufzentrale die im Bedarfsfall rasche Hilfe organisieren kann. Es gibt Notrufsysteme für zu Hause – ähnlich einem Telefon – und/oder für unterwegs – um den Hals oder am Arm zu tragen. Und es gibt Notrufsysteme auch mit einem Sturzmelder für sturzgefährdeten Personen. Dies alles erfordert hinreichende Informationen und eine sorgfältige Auswahl durch die betroffenen Personen oder deren Angehörige. Die Anschlusskosten betragen bis zu 50 €, die monatlichen Kosten zwischen 20 € und 50 €, meist um die 30 €. Die bekanntesten Anbieter von Notrufsystemen sind das DRK, Johanniter, Malteser, und der Arbeiter-Samariter-Bund sowie AMG (für Berlin). Bei einem Pflegegrad beteiligen sich die Pflegekassen

an den Kosten mit 25,50 € monatlich plus Anschlussgebühren. Der Antrag auf Kostenübernahme kann über unseren Verein direkt oder über den Anbieter gestellt werden.

Der LWP berät und unterstützt sie dabei, mithilfe des richtigen Hausnotrufsystems weiterhin ein selbstbestimmtes Leben in häusliche Umgebung zu führen und ihre Angehörigen zu entlasten.

U. Brach/ Dr. K.-J. Henkel

Hilfe bei Morbus Parkinson



1817 beschrieb der Arzt und Apotheker James Parkinson erstmalig diese Erkrankung und ihre Symptome in einer zu deutsch: „Abhandlung über die Schüttellähmung“, welche in London veröffentlicht wurde. Nach ihm wurde dann später diese Erkrankung benannt.

Das Parkinson im Volksmund auch Schüttellähmung genannt wird, ist durch drei spezielle Merkmale gekennzeichnet: durch Zittern (Tremor), durch Bewegungsarmut (Akinese) und durch Muskelstarre (Rigor). Weitere Auffälligkeiten sind der schlurfende Gang und die oftmals nach vorn gebeugte Körperhaltung. Die Krankheit entwickelt sich langsam über Jahre. Es gibt (heute) eine Medikamententherapie die vor allem darauf gerichtet ist, den Mangel am Botenstoff Dopamin auszugleichen. Das muss jedoch vom Arzt gut eingestellt werden.

Was können die Betroffenen selbst tun, um eine bestmögliche Lebensqualität zu erhalten?

- In Kontakt bleiben mit Freunden, Bekannten, Kollegen und mit anderen Betroffenen ist wichtig.
- Bewegung und Sport sollten einen festen Platz einnehmen.
- Die Wohnung sollte zweckmäßig gestaltet werden: häufig gebrauchte Dinge in den Schränken nach vorn und unten, erhöhte Sitzgelegenheiten einschließlich Toilettensitz, Hilfsmittel nutzen wie spezielle Essbestecke, Knips und Schreibhilfen etc.,
- häufiger und in kleinen Portionen essen, da der Speichelfluss minimiert und das Schlucken dadurch erschwert ist,
- selbst Auto fahren nur solange man es sicher beherrscht.

- kalziumreiche Nahrung sowie dopaminlastige Substanzen zu sich nehmen: Mandarinen, Apfelsinen, Geflügel, Bananen, Avocados, Nüsse, Paprika, Mohrrüben und Schalentiere
- Und die Angehörigen sollten:
 - sich möglichst zurücknehmen,
 - den Betroffenen selbst entscheiden lassen, wann er sie braucht,
 - ihm Zeit und Gelegenheit geben, möglichst vieles in gewohnter Weise wie bisher zu tun,
 - ihn ermuntern und auffangen, wenn er dazu neigt, sich zurückzuziehen oder passiv zu werden.

Noch etwas Zuversichtliches:

Momentan ist die Erkrankung nicht heilbar, aber durch gezielte Medikamente gut therapierbar, besonders bei rechtzeitigem Erkennen. Zurzeit ist ein Forscherteam dabei, den Verdacht auf den sogenannten „Moschusduft“ bei Parkinson-Erkrankten zu untersuchen und einen Geruchstest zu entwickeln. Er könnte in der Zukunft (vielleicht) die Krankheit frühzeitiger diagnostizieren und dadurch eine schnelle Behandlung einleiten.



Monika Baresel/ Ute Brach

Kleine Helfer im Ess-und Küchenbereich

Mit zunehmendem Alter zwickt es mal hier und mal da und die ersten Abnutzungserscheinungen sowie Krankheiten stellen sich ein. Die Not macht erfinderisch, aber oftmals weiß man sich keinen Rat. Dabei gibt es für viele Einschränkungen kleine Helferlein, denn Sie sind oftmals nicht alleine mit den Störungen, die zu bewältigen sind. Anfangs möchte man auch noch nicht zugeben, dass es das eine oder andere Zipperlein gibt- schon gar nicht vor der Familie, den Freunden und Nachbarn. Deshalb zeigen wir Tipps und Tricks auf, sowohl Sichtbare als auch „Unsichtbare“.

Geschirr

Auf diesem Sektor gibt es inzwischen sehr kreative Anbieter, welche unauffällige Formen des Geschirrs entwickelt haben. Gleiches gilt für das Gewicht von Tassen, Untertassen und Tellern. Dabei ist das eigentlich nichts Neues. Schon der Hochadel ist mit feinstem Porzellan ausgestattet gewesen, welches teilweise sehr dünn und leicht war. Zu dieser Zeit hatte es allerdings den Makel, immer noch sehr zerbrechlich zu sein. Damals wie heute gehört es nicht zu den preiswerten Produkten.

Heute weißt dieses besondere Geschirr im Schnitt eine Gewichtsreduzierung von ca. 40-50% auf, ist hübsch anzusehen und verbirgt bedingt weitere nutzbringende Einzelheiten für bestimmte Einschränkungen. Seine Zerstörbarkeit gleicht dem alltäglichen, herkömmlichen Geschirr. So sind diese Gegenstände sehr hilfreich für Rheumatiker und Arthrose erkrankte, Menschen mit Demenz, bei Schluckbeschwerden und starkem Sehverlust.



(Geschirr mit 40-50% Gewichtsreduzierung, großer Grifffläche und Schluckhilfe bei der Tasse)



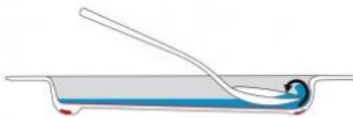
(Saugnäpfe gegen das Verrutschen)



(Begrenzung des Tellerrandes zur Unterstützung des Nahrungsaufschubs auf das Besteck)



(Antirutschbecher- in der Mitte der Blume / gleichzeitig Hilfe bei Demenz o. Seheinschränkung durch Farbgebung)



(Tiefer Teller mit Nahrungsaufschubhilfe)



(Schneidbrettchen für die Einhandnutzung)

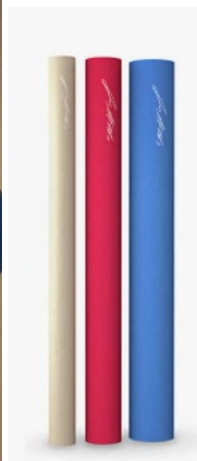


(Kantenbrettchen)

Darüber hinaus gibt es auch sichtbare Hilfsmittel im Bereich des Tafelservice. Dieses ist häufig aus modernem Plastikmaterial, schwer zerbrechlich und dient stark körperlich und geistig eingeschränkten Menschen, z.B. nach akuten Erkrankungen und Ausfallerscheinungen der Motorik. Auch zu diesem Bereich vorrangig ein paar Beispiele.

Besteck:

Natürlich gibt es auch hierbei Hilfsmittel. Voran die Möglichkeiten, Messer-Gabel-Löffel im Griffbereich zu verdicken oder Materialien über den Haltebereich des Bestecks zu streifen. Hierbei sind den Kreationen kaum Grenzen gesetzt. Betroffene sollten deshalb verschiedene Möglichkeiten in Betracht ziehen und ausprobieren. Ästhetik wird allerdings leider noch klein geschrieben.



Bei Funktionsstörungen im Bereich der Dreh- und Bewegungsfähigkeit der Unterarme, Handgelenke und Finger stellt die Industrie inzwischen abgewinkelte Essutensilien zur Verfügung. Auch hier unser Tipp: immer erst ausprobieren, ob es auch wirklich die Kompensation mitbringt, die man benötigt.



Seit ca. 2 Jahren hat sich eine Firma auch mit Parkinson-Erkrankten beschäftigt und besonders das Problem des „Suppe löffeln“ aufgegriffen und ein tolles (fast unsichtbares) Hilfsmittel entwickelt. Es handelt sich hierbei um einen Silikonring, welcher über den Stiel des Löffels in Richtung Löffelwölbung geschoben wird und dann über die Umrandung gebracht wird. Er verhindert bei ungleichmäßigen Bewegungen des Arms oder der Hand den Verlust des Löffelinhaltens dadurch, dass die plötzlich von der flüssigen Substanz aufgenommen

Energie auf dem Löffel, durch die Silikonbegrenzung, in die Mitte der gewölbten Form wieder zurückgeworfen wird. Besonderes Highlight ist aus unserer Sicht, dass mit diesem Gegenstand auch der Teilhabe Rechnung getragen wird, da es leicht, klein, schnell einsetzbar und an jeden kulinarischen Ort mitzuführen geht. ...und versprochen, wer es nicht weiß, wird es nicht erkennen!



Begrenzung für Tremor-/Schwindelpatienten, bei Muskelerkrankungen und bei starker Seheinschränkung

Zur Selbstständigkeitserhaltung dienen Handlaufsysteme aus dem Baumarkt für Sicherheit im Küchenbereich. Ganz besonders bedarf es dabei eines Augenmerkes auf die Kochzone. Hier dienen Griffleisten zum Festhalten, aber auch zum Schutz vor heißen Gegenständen auf den Kochplatten. Sollten Töpfe und Pfannen ins Rutschen geraten, werden diese durch das Begrenzungssystem aufgehalten und verhindern dadurch Verbrennungen und Verbrühungen an der Person vor der Kochzone.

Im Übrigen ist auch dieses System nichts Neues, Seefahrer hatten das schon vor vielen hundert Jahren erkannt!

Nutzt man verschiedene haptische Oberflächen des Handlaufsystems in der Länge der Herdplatten, kann eine Person mit Seheinschränkungen die Länge und Tiefe der Herdzone erfühlen, ohne direkten Kontakt mit dem eigentlichen Bereich des Kochfeldes aufzunehmen.



Hebesysteme der Oberschränke (bei Oberarm- und Schultergelenkseinschränkungen)

Menschen mit Problemen im Oberarm- und Schultergelenksbereich, sowie nach Implantation künstlicher Schultergelenke beklagen oftmals Störungen bei der Nutzung der oberen Gliedmaßen ab Schultergelenk aufwärts. Deshalb sind teilweise oder vollständige „Überkopfarbeiten“ nur noch schwer zu bewältigen. Genau für diese Einschränkungen sind Hebesysteme entwickelt worden, die mit den vorhandenen Oberschränken kompatibel sind. Es gibt verschiedene Ausführungen, so dass es gelingen sollte, die richtige Wahl für den Nutzer zu finden. Darüber hinaus lassen sich diese Bausteine nicht nur für Küchenschränke verwenden, sondern sind auch an Badschränken einsetzbar. Einige Hebesysteme sind auch für Rollstuhlfahrer nutzbringend.



Trittflächen zur Körpererhöhung

Leider müssen wir im Laufe unseres Lebens feststellen, dass wir wieder kleiner werden. Plötzlich stehen wir vor dem Problem, dass wir an unsere altbewährten Oberschränke einfach nicht mehr so gut heranreichen, wie vielleicht vor 10 Jahren. Deshalb muss nicht gleich eine neue Küche her. Ein kleiner Trick reicht häufig schon aus, um den Inhalt der Oberschränke wieder zu überschauen.

Alle Küchenunterschränke sind hinter der Fußblende auf Stehfüßen montiert. Das ermöglicht es uns, die Blende in einem definierten Bereich zu durchtrennen und zwischen die Füße eines Unterschranks eine verkleinerte (im Hinblick auf die Breite) Schublade kopfseitig unterzuschieben, welche vorher in der Breite eines Fußes einen kleinen Ausschnitt (also da, wo herkömmlich der Griff der Schublade war) erhielt. Nun kann dieser Selbstbau jederzeit mit dem Fuß wieder hervorgezogen werden.



Alle diese Maßnahmen und Produkte können im Beratungszentrum angeschaut und ausprobiert werden! Vorherige Terminierung ist erwünscht.

Am 31.01.23 tagte unsere Mitgliederversammlung.

Es sind Anpassungen unserer Satzungen per Beschluss vorgenommen worden. Auf Wunsch der Mitglieder werden in Nachgang die neuen Öffnungszeiten des Beratungszentrums, die Telefonzeiten und unser ausgebauter Leistungsspektrum hier aufgeführt. Weiterhin wurde der Beschluss eines Gebührenkatalogs gefasst. Dieser ist auf den Seiten 35 und 36 des Pflegepiloten angezeigt.

1. Gesetzliche Kassen und Sozialverbände fordern den Ausgleich des Finanzlochs in der Pflege durch Steuergelder. Der Gesundheitsminister plant hingegen eine Anhebung des Pflege-Beitragssatzes um 0,35 Prozent zum 01.07.2023! Das geht aus einem Referentenentwurf des Bundesministeriums zur Unterstützung und Entlastung der Pflege hervor („Bild“-Zeitung). Weiterhin heißt es, dass ab 2024 eine Aufstockung der finanziellen Mittel für pflegende Angehörige geplant ist.
2. Der Bundesgerichtshof hat entschieden, dass das Pflegegeld nicht als Arbeitseinkommen gilt, somit darf es bei Überschuldung eines pflegenden Angehörigen nicht gepfändet werden.
(Aktenzeichen IX ZB 12/22)
3. Es liegt eine Bundesempfehlung zur Personalbemessung in Pflegeheimen vor. Nun haben die Vertragspartner der Landesrahmenverträge die Aufgabe, die in einer Pflegesatzvereinbarung ausgewiesene Mindestpersonalbesetzung bis zum 01.07.2023 anzupassen.

Gebührenordnung Beratung bei Widerspruchsbegehren

1. Beratungsleistung ohne Erstellung des Widerspruches durch den LWP
0,00 €
2. Das Widerspruchsbegehren wird in Form der einfachen Widerspruchsanzeige durch den LWP erstellt, Versand erfolgt durch den Beratenden selber
25,00 €
3. Der Widerspruchsanzeige wird eine einseitige Begründung durch den LWP angeschlossen, Versand durch den Widerspruchsbegehrer
50,00 €
4. Das Widerspruchsverfahren wird komplett durch den LWP mit Kopfbogen des LWP übernommen inklusive einer ausführlichen Begründung mit anschließender Weiterinteraktion mit der angesteuerten Behörde/ Krankenkasse/ Pflegekasse, Versand erfolgt durch den LWP mit Kostenübernahme.
100,00 €
5. Außergewöhnliche Widerspruchsverfahren unter Bezugnahme auf mehrseitige Aktenlage und Gutachten und der daraus folgender mehrseitiger, ausführlicher Begründung durch den LWP unter dem Dach des LWP's und mit anschließender Weiterinteraktion mit der angesteuerten Behörde/ Krankenkasse/ Pflegekasse, Versand erfolgt durch den LWP mit Kostenübernahme.
250,00 €

Bei Vorlage eines aktuellen Bürgergeldbescheides reduziert sich die Gebühr auf 15,00 €, im Falle des ganzen oder teilweisen Obsiegens wird in diesen Fällen regulär Rechnung gestellt, welche der Gegenseite dann im Kostenerstattungsverfahren auferlegt wird. Das Mitglied bleibt hiervon frei.

Ankündigung für unsere Vereinsmitglieder:

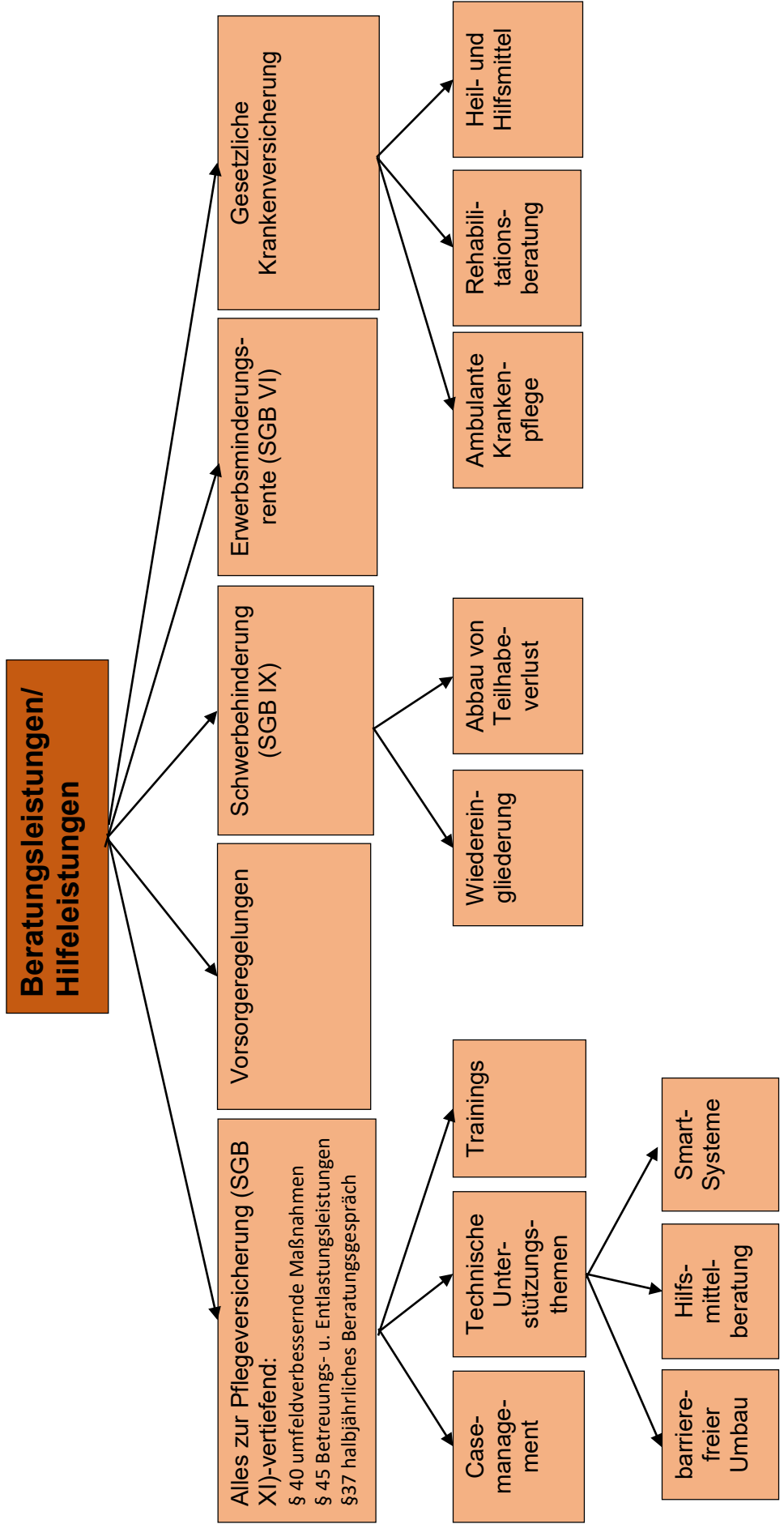
Die Termine für den Einzug der Mitgliedsbeiträge für das
Kalenderjahr

2023

03. April 2023

03. Juli 2023

02. Oktober 2023



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Im gemeinnützigen Verein Leben, Wohnen und Pflege im Alter e. V.
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.de/downloads/satzung)
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