



# DER PFLEGEPILOT

Das Magazin des LWP



Ausgabe 03/2023



# INHALT

Aktuelles:	Corona kommt zurück	S. 3
	Große Leistungen der Alltagshelfer	S. 7
	Haushaltssperle	S. 8
Politik:	Pflegeheim Kosten Erhöhung	S. 10
	Personalbemessung Altenpflege	S. 15
	Sterbehilfe	S. 18
In Kürze:	In Kürze	S. 20
Aus der Praxis:	Kurzzeitpflege	S. 22
	Notrufsysteme bei Demenz	S.25
Wer weiß denn sowas ?:	Reha-Antrag richtig stellen	S.27
	Reha-Formular-Muster	S. 29
	Zusatzhinweise für die Reha Reisen	S. 30
Rechtslupe:	Krankentransportkosten	S. 33
	Rundfunkbeitrag	S. 35
	Mitgliedsantrag	S. 37

# IMPRESSUM

Bild: freepik.com

Inhalt: Dipl. Pflegepäd. Ute Brach, Dr. K.-J. Henkel, 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: 14.10.2023

Ute Brach

## Corona kommt zurück – Wissenswertes



Auch in diesem Jahr werden wir uns wohl mit dieser Erkrankung beschäftigen müssen. Die Zahlen der Erkrankten steigen langsam wieder an, wenn bisher allerdings noch auf einem niedrigen Niveau. Das Robert-Koch-Institut (RKI) bestätigte auch, dass die Atemwegserkrankungen bei Erwachsenen in den vergangenen Wochen ebenfalls leicht zugenommen haben und dies kongruent der übermittelten Fälle von COVID – 19. Allerdings tappt man bezüglich der wirklichen Anzahl von Erkrankten etwas im Dunkeln, da es derzeit keine Meldepflicht gibt. Die beste Datenlage scheint momentan das Abwassermonitoring eines Bundeslandes zu leisten. Dieses überprüft die Intensität von Corona Viren im Abwasser. Dadurch lassen sich die Erkrankungsschwankungen je nach Bundesland berechnen. Die Mehrheit der Virologen rechnet auch in diesem Herbst wieder mit der Zunahme von Atemwegserkrankungen, welche im Zusammenhang mit COVID -19 stehen werden. Aufgrund der ausreichenden Herdenimmunsierung wird aber davon ausgegangen, dass auch in Bezug auf die neue Variante, die wohl etwas ansteckender ist, aber wohl nicht schwerer krank macht, keine einschneidenden Maßnahmen für die Bevölkerung zu erwarten sind.

Dennoch hoffen wir, dass alle Menschen so bewusst damit umgehen, um eine weitere Welle der Erlahmung des öffentlichen Lebens zu vermeiden.

An dieser Stelle möchten wir Ihnen ein paar Tipps mit auf den Weg geben, damit sie gesund durch den Winter kommen:

- Teststreifen verlieren ihre Wirksamkeit, wenn die angegebene Haltbarkeitszeit überschritten ist,
- Antigen – Schnelltest und Antigen – Selbsttest weisen nicht die gleiche Zuverlässigkeit wie PCR – Tests auf, wer also unsicher ist, sollte auf einen PCR – Test zurückgreifen,
- die Virologin Frau Prof. Dr. Ulrike Protzer von der TU München bestätigt zwar die Wirksamkeit aller Tests auch bei der neuen Virus Variante, gibt allerdings den Rat, den Test im Abstand von 24 bis 48 Stunden zu wiederholen. Grund wäre, dass in der Anfangsphase einer Infektion die Tests oft fälschlicherweise negativ ausfallen,
- Menschen mit einer akuten Atemwegserkrankung sollten zu Hause bleiben und Kontakte meiden,
- bei unvermeidlichem Kontakt mit anderen Personen ist zum Schutz vor einer Übertragung auf andere Menschen eine Maske angeraten,



- eine gute Stoßlüftung von Innenräumen unterstützt alle weiteren Maßnahmen.

Sollte es Sie trotz allem erwischen, ist der Gang zum Arzt Zweck führend. Der Arzt entscheidet letztendlich ob eine kostenfreie PCR- Testung erforderlich ist und wie die weitere Behandlungsschritte aussehen. Bei der Mehrheit der Menschen treten die bekannten Symptome auf und klingen bereits innerhalb einer Woche ab. Leider ist das nicht bei allen so. Dann spricht die Fachwelt von dem Post – beziehungsweise Long - COVID. Davon sind etwa 10-15 % aller SARS-CoV-2 infizierten Menschen betroffen. Halten die Symptome nach einer akuten Infektion mehr als vier Wochen an, spricht man von einem Long – COVID. Als Post – COVID – Syndrom hat die Weltorganisation anhaltende Symptome über mehr als drei Monate definiert, die zu relevanten Einschränkungen im Alltag führen. Zu den häufigsten Symptomen gehören eine krankhafte Erschöpfung und Müdigkeit, das so genannte Fatigue Syndrom, Geruchsstörungen, Kurzatmigkeit und Konzentrationsschwäche. Weiterhin wird über Glieder- und Muskelschmerzen berichtet. Diese Erkrankung bedarf definitiv ärztlicher Behandlung, häufig müssen mehrere Fachrichtungen interdisziplinär zusammenarbeiten. Es kommen hierbei Rehabilitationsmaßnahmen, Physio–, Ergo– und Psychotherapie sowie eine symptomorientierte medikamentöse Behandlung zur Anwendung. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin hat das Versorgungskonzept des Long – COVID – Netzwerks Rhein – Neckar übernommen und der Fachbereich Schmerz- und Palliativmedizin an der Charité hat hierfür eine eigene Abteilung, welche aus Ärzten der Kardiologie, der Neurologie der Neuroimmunologie, der Psychosomatik, der Pneumologie und den Fatigue Syndrom Spezialisten besteht. Damit hat Berlin eines der größten Zentren auf diesem Fachgebiet.

Auch sei nicht mehr zu verschweigen, dass es Menschen gibt, bei welchen solche Merkmale nach einer COVID Impfung auftreten. In diesem Fall spricht man von dem Erkrankungsbild Long-Vac-Syndrom, abgeleitet von den Vaccinen aus der Impfung. Auch hiermit beschäftigt sich inzwischen eine große Anzahl von Ärzten und eine Vermittlungszentrale für diese Ärzte wurde eingerichtet. Hier findet man hilfsbereite Ansprechpartner die in diesen schwierigen Lagen helfen, um das Finden von Experten zu dieser Problematik zu unterstützen.

Die Zentrale ist Montag bis Donnerstag von 9:00 bis 11:00 Uhr und 17:00 bis 19:00 Uhr sowie Freitag von 9:00 - 11:00 Uhr unter der Rufnummer 0851/2042 5683 telefonisch erreichbar.

Gleichfalls wurde eine Meldestelle für diese Impfschäden eingerichtet.





## **Große Leistungen der Alltagshelfer**

Unsere ehrenamtlich tätigen Alltagshelfer/innen sind die hauptsächliche Stütze des LWP. Sie betreuen liebevoll und mit riesigem Engagement die bei uns hilfeschuchenden Menschen.

Egal ob bei der Reinigung der Wohnung, Hilfe im Garten sowie bei der Verrichtung von alltäglichen Dingen wie z.B. Einkäufen, Arztbesuchen, Spaziergängen usw. unterstützen sie die Hilfebedürftigen und entlasten damit auch deren Familien. Auch führen sie gern Gespräche mit den betreuten Menschen und beantworten deren Fragen. Sie sorgen damit dafür, dass die betreuten Menschen weiter in ihrem gewohnten Umfeld leben können und nicht vereinsamen.

Unsere ausgebildeten Fachkräfte stehen den Alltagshelferinnen und -helfern bei diesen anspruchsvollen Aufgaben mit Rat und Tat zur Seite. Auch werden sie regelmäßig zu aktuellen Themen geschult.

Es ist uns ein besonderes Bedürfnis, die Leistungen der Alltagshelferinnen und -helfer zu würdigen. Wir versuchen das im Rahmen von kleinen Aufmerksamkeiten zum Geburtstag und zu Weihnachten zu realisieren. Auch führen wir jährlich ein Sommerfest, auf welchem wir uns bei den Alltagshelferinnen und Alltagshelfern bedanken können, durch. Dort haben wir die Möglichkeit, mit ihnen ungezwungen ins Gespräch zu kommen und so auch zu erfahren, wo die hauptsächlichen Probleme liegen, bei deren Lösung wir sie unterstützen können.



Wir, die Mitarbeiter des Vorstands des LWP, bedanken uns an dieser Stelle nochmals herzlich für euer unermüdliches Engagement,



liebe Alltagshelferinnen und –helfer und wünschen uns auch weiterhin eine so tolle Zusammenarbeit wie bisher.

**Wir suchen weiter:**

**„Haushaltssperlen“!!**

Wir hatten Glück und einige Interessenten haben sich bei uns gemeldet - herzlichen Dank an alle, die uns dabei unterstützt haben. Aber wir können uns nur wiederholen:

Der demographische Wandel schlägt mit voller Härte zu! Immer mehr Menschen sind pflegebedürftig und benötigen etwas Unterstützung bei ihren Tätigkeiten im Alltag. Die Anfragen bei uns sind explodiert und das Telefon steht überhaupt nicht mehr still! Obwohl zu unseren Telefonzeiten mehrere Ehrenamtler gleichzeitig am Telefon sind, kann der Ansturm kaum bewältigt werden.



Aber das ist nur eine unserer Sorgen. Viel mehr bedrückt es uns, dass wir die Anfragen auf einen Helfer im Alltag nicht mehr befriedigen können. Wer einen Alltagshelferplatz bekommt, hat den „Sechser im Lotto“ erhalten! Die Plätze sind Goldstaub!

## **Kennen Sie Menschen, die uns unterstützen würden???**

Wir suchen Verstärkung auf 520,00 €- Basis (Minijob)!

Für die Betreuung und Unterstützung von pflegebebe-dürftigen Menschen im Haushalt suchen wir:



- empathische,
- hilfsbereite,
- verständnisvolle,
- verantwortungsbewusste,
- sich einbringende Persönlichkeiten, die unser Team gerne bereichern möchten!

Helfen Sie Menschen und ein Lächeln kehrt als Dankeschön zu Ihnen zurück!

## **Kommentar zur Erhöhung der Pflegeheimkosten nach dem Motto: von einer Hosentasche in die andere...**

X Milliarden für die Rüstung, X Milliarden für Länder von Umweltkatastrophen, X Milliarden für die Unterstützung von Flüchtlingen werden ausgegeben - aber nur 2,4 Milliarden zur Unterstützung für unsere Kinder, Streichung von Milliarden? bei der Gesundheitsfürsorge und für den Pflegehaushalt 2024!



Ja, die Welt ist im Umbruch und ja, wir müssen etwas tun für die Klimaregeneration, bei der Unterstützung von Menschen die ein schweres Leid in ihren Ländern erleben mussten und natürlich auch gegen den Krieg. Aber wie kann es sein, dass unsere Zukunft - die Kinder unseres Landes, welche perspektivisch das Bruttosozialprodukt einfahren sollen und diejenigen Menschen, welche sich jahrelang um das Einbringen dieser Steuergelder kümmerten, die Verlierer der finanziellen Mittel des Landes sein sollen! Irgendwas ist hier total aus dem politischen Ruder gelaufen!

So auch die Versorgung der Menschen, die wir nach jahrelanger Arbeit und Wohlstandsschaffung nun „betten“ und nicht betteln lassen sollten.

Natürlich bin ich dabei, dass Pflegekräfte eine weitere Gehaltsanpassung, dynamischere Arbeitszeiten und auch quantitative Kollegenunterstützung erhalten. (s. Artikel Personalbemessung, S.15) Es ist auch bekannt, dass die staatliche Pflegeversicherung einer Teilkaskoversicherung gleich kommt und jeder Pflegebedürftige etwas mittragen muss, von Häftigkeit war mal die Rede. Doch die Praxis sieht sehr viel anders aus! Unter dem Deckmantel einer 5% Erhöhung in der Pflege aus den staatlichen Mitteln werden auf der anderen Seite gleich mal bis zu 25% vom Pflegebedürftigen gefordert! Das macht nur mal so in Berlin im Durchschnitt 1000 € mehr pro Monat, also von ca. 2.000 - 3.000 € auf 3.000 - 4.000 € monatlicher Zuzahlung aus.

Leute: wir reden hier von monatlicher **ZUZAHLUNG** ! Welcher Rentner kann denn das bezahlen?

Da hat die Regierung die Personalbemessungsgrenzen für die Altenpflege zum 01.07.2023 eingeführt, was gleichzeitig auf der anderen Seite zur Explosion der Zuzahlungen für die Heimbewohner führte...und das obwohl die Verhandlungen mit den Verbänden für die tatsächlichen Pflegeleistungen und dem sich daraus resultierenden finanziellen Wert gar nicht abgeschlossen waren. Also, nur zum Verständnis: die Pflegeperson soll bereits einen neu kalkulierten Satz zahlen, doch die Pflegekassen zahlen ihren Anteil noch nach altem Satz. Noch nicht einmal das ist pari!

Eine Blickwinkelerweiterung bringt hingegen noch der Aspekt der *Hilfe zur Pflege* aus dem SGB XII, also der Unterstützung



durch das Sozialamt. Diese trägt die noch fehlende Differenz zum Gesamteigenanteil des Heimplatzes. Voraussetzung ist allerdings, dass man nicht vermögend sein darf. In diesem Fall sagt die Gesetzeslage aus, dass erst das eigene Kapital eingesetzt werden muss, bevor staatliche Leistungen greifen. Das finde ich insoweit in Ordnung, wie auch eine Differenzierung kleiner Serviceleistungen innerhalb des Pflegesystems möglich ist! Leider ist dies eine Utopie mit null Chance auf eine Umsetzung. Ist wohl auch vom Sozialstaat nicht gewollt! Ich finde es bedenklich, dass Menschen, die viel geleistet haben, viel in das staatliche System zu beruflichen Zeiten einbrachten, nebenbei noch sparten und jetzt wiederum ihren Anteil tragen, genauso gut oder schlecht pflegerisch versorgt werden, wie die Heimklienten, die ihren Anteil aus dem Steuersäckchen erhalten. Aber was rege ich mich auf, das

ändert sich ja die Anteile der hoch, dass auch lange „ein Tuch“ die Masse mit in jeder Hinsicht wird bereits den klargemacht, dass



gerade. Denn jetzt sind privaten Zuzahlung so gutbetuchte nicht mehr haben werden und sich in einreihen müssen. Das ist äußerst bitter. Einerseits jüngeren Menschen zeitig es sich nicht lohnt

sparsam zu sein und sie das geschaffene, kleine Eigenkapital für sich selbst schnell gewinnbringend umsetzen sollten, so in Reisen, Partys oder einem guten Gaststättenbesuch. Andererseits ist es für die nun hilfebedürftige Generation äußerst bitter erfahren zu müssen, dass die gesamte Altersvorsorge ihr nichts Gutes gebracht hat. Nur der Staat profitiert: Vermögenssteuer; vielleicht auch Grundsteuer; Mehrwertsteuer beim Ausbau des kleinen Häuschens usw. und jetzt? Jetzt verdient er am Verkauf des Eigentums, z.B. des Hauses, des Wochenendgrundstückes, des Bootes usw.. Nur dass der Verkäufer nichts davon hat, denn das Geld wird gleich

in die Pflege abgeführt und dann übernimmt das Sozialamt die weiteren Zahlungen - ja das stimmt. Und das ist sehr erniedrigend, denn der Bewohner selbst erhält nur noch ein kleines Taschengeld für den nötigsten Eigenbedarf, so für den Friseur, die Fußpflege oder den Erwerb von Zahncreme oder Körperpflegemitteln. Ein kleines Geschenk für die Enkel ist da nicht mehr drin! Zurzeit liegt der Taschengeldanteil bei 135,54 € pro Monat.

Kinder, ob groß oder klein, werden sich also daran gewöhnen müssen, dass den Eltern oder Großeltern, wie auch ihnen selbst, im hohen Alter die Würde wieder genommen wird. Da wird einem bewusst gemacht, wie sehr das Leben ein Kreislauf ist. Von nicht laufen bis nicht mehr laufen können über noch viel Schlaf brauchend bis wieder viel schlafen und letztendlich von nichts besitzen bis nichts mehr besitzen. Es stimmt also:

Der Staat betrügt sich selbst; gleichzeitig bringt er den Jüngeren das Nicht-Sparen-Wollen bei, den Alten stiehlt er die Würde und macht dem Sprichwort:

*„Das letzte Hemd hat keine Taschen.“* alle Ehre.

Da schau ich doch noch mal gleich ins Grundgesetz und beruhigt stelle ich fest, dass da steht:

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“!

Ihre Ute Brach

## Neue Personalbemessung in Pflegeheimen seit 1. Juli 2023



Am 1. Juli 2023 wurden die herkömmlichen Personalschlüssel für Pflegeheime durch ein neues Personalbemessungsverfahren (PeBeM) abgelöst. Die aus § 113 C SGB XI perspektivisch resultierenden Konsequenzen sind sehr umfangreiche Veränderungen seit der Einführung der Pflegeversicherung aus dem Jahre 1995/1996. Darin geht es um quantitativ und qualitativ neue Anforderungen, also auch umfangreiche Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen. Diese werden in einem Qualifikationsmix zusammengeführt und ersetzen die bis dato festgelegten Richtlinien der Fachkräftequote. So soll die personelle Bereitstellung für Pflegebedürftige insgesamt zwar erhöht werden, aber es wird auch die Möglichkeit für die Integration nicht so qualifizierter Helfer geöffnet, so zum Beispiel für langjährig bewährte und erfahrene Helfer ohne Qualifikation über die einjährige Ausbildung zur beruflichen Weiterentwicklung. In den Zeiten des Personalmangels insgesamt in dieser Branche stellt das eine Chance dar, bei gleichzeitiger Abflachung des Personalfachwissens.



Aber besser mangelhaft betreut als gar nicht betreut! – Das ist wohl die Devise!

Der Personalschlüssel wird anhand der Pflegegrade der Bewohner mittels eines Faktors berechnet. Dieser ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Hier ein Beispiel für Berlin an einem Pflegeheim mit 100 Bewohnern, mit je 25 Bewohner pro Wohnbereich:

Pflegegrad (PG)	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Anzahl der Bewohner im WB 1	0	4	13	5	3

Dann wird wie folgt berechnet:

<u>4</u> Bewohner Pflegegrad 2	<u>x 0,256 = 1,024</u>
<u>13</u> Bewohner Pflegegrad 3	<u>x 0,357 = 4,641</u>
<u>5</u> Bewohner Pflegegrad 4	<u>x 0,455 = 2,275</u>
<u>3</u> Bewohner Pflegegrad 5	<u>x 0,556 = 1,668</u>
Gesamt	= <b>9,608 Vollzeitbeschäftigte</b>

Zu beachten ist, dass es sich dabei um die Bruttoarbeitszeit handelt. In diesen 9,608 Vollzeit- beschäftigten sind daher auch der Urlaub, Krankheit und Zeiten für Fortbildung bereits enthalten.

Für die Pflegeheime bedeutet das eine erneute Umstrukturierung, die mit Verhandlungen auf der Landesebene und der Vereinbarung der Einrichtung mit dem Kostenträger nach sich ziehen wird. Dieses wird spürbar in den Pflegesätzen, welche dann anteilig von den Kassen und Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind. (Mehr dazu im Artikel Erhöhung Pflegeheimkosten, in der Kategorie Politik aus diesem Heft)

Die stationären Pflegeeinrichtungen müssen sich also jetzt überlegen, wie sie den neu geforderten Mindestpersonalschlüssel umsetzen können. Dazu müssen Sie auf die Vorbehaltsaufgaben nach §4 des Pflegeberufgesetzes (wir berichteten im letzten Heft) zurückgreifen. Es geht also darum, wer darf mit welcher Qualifikation welche Tätigkeiten ausführen. Damit wird der aktuelle stationäre Arbeitsablaufplan noch einmal völlig verändert. Gibt es heute noch in vielen Einrichtungen den Früh-, Mittel-, Spät- und Nachtdienst, wird es wohl in der Zukunft ein gleitendes System vieler Mitarbeiter mit unterschiedlichen Aufgaben und Qualifikationen geben. Wie immer machen solche Veränderungen natürlich auch Angst bei den Mitarbeitern. Aber es hätte eventuell den Vorteil für die Bewohner, bedürfnis- und erlebnisbezogener versorgt zu werden. Eine Gefahr stellt allerdings die Grenze zur reinen Funktionspflege dar. Deshalb sind sich Fachkräfte auch uneinig, wie sie die Veränderung bewerten sollen. Manche KollegInnen bedauern den eventuellen Individualitätsverlust ihrer Entscheidungen unter dem Aspekt einer hoch qualifizierten Pflege nach dem Prinzip der Ganzheitlichkeit und betrachten deshalb diese neuen Maßnahmen als Rückschritt. Doch man muss sachlich festhalten, dass in der letzten Zeit sowieso nur noch alles nach dem so genannten Gießkannenprinzip erfolgte! Jeder Bewerber wurde eingestellt, egal ob er für das Heim die Ergänzung einer noch fehlenden Kompetenz war oder nicht, Hauptsache der Personalschlüssel

stimmte. Es wird also in der Zukunft darum gehen, Fachkräfte in der Pflege zu haben, mit ganz unterschiedlichen Weiterbildungen, die dann in der Gesamtheit die Erlebniswelt und die Erlebnisqualität für alle Beteiligten verbessern können. Dann hoffen wir mal, dass nicht wie das Motto: „Viele Köche verderben den Brei.“, das Personal bei Sorgen und Nöten der Bewohner nicht den Standardspruch: „Dafür bin ich nicht zuständig.“ vom Stapel lassen.

Dann wäre eine gut gemeinte Idee zu Zeiten des Fachkräftemangels bereits zum Scheitern verurteilt!

### *Fazit zum Personal- und Pflegeschlüssel*

- der Personalschlüssel in der Altenpflege zeigt das Verhältnis der Anzahl an Bewohnern zur Anzahl der Mitarbeiter
- die Belegungsquote der Einrichtung und die Verteilung der Pflegegrade bestimmen die tatsächliche Personalsituation
- die Geschäftsleitung eines Pflegeheims muss ein gutes Pflegegradmanagement durchführen, damit sich der Personalschlüssel positiv auswirkt
- gefährliche Frage: Wenn ein Pflegebedürftiger einen Heimplatz sucht, aber nicht den richtigen Pflegegrad hat, damit sich Pflegegradmanagement positiv auf den Personalschlüssel auswirken kann, wird er dann vom Heim abgelehnt?

## **Sterbehilfe - Bundestagdebatte und die Folgen**

Sterbehilfe ist kein alltägliches Thema, für schwerstkranke oder lebensmüde Menschen aber schon. Aktive Sterbehilfe - d.h. das todbringende Mittel wird dem Lebensmüden verabreicht - ist strafbar. Passive Sterbehilfe ist nicht strafbewehrt d.h. der Schwerstkranke oder lebensmüde Mensch nimmt das todbringende Mittel selbst zu sich, unabhängig davon, wer es beschafft hat. Dies ist der Kern eines Urteils des Bundesverfassungsgerichtes vom Februar 2020. Erlaubt ist auch die passive Sterbehilfe durch Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen wie Ernährung, Bluttransfusion, Beatmung usw. oder durch indirekte Hilfe wie Schmerzlinderung und starke Medikamente die einen früheren Tod bewirken. Nach diesem Urteil schließt das allgemeine Persönlichkeitsrecht auch das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben ein. Das bedeutet, es ist straffrei sich das Leben zu nehmen und dabei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Nach einem Urteil des OVG Nordrhein-Westfalen vom Februar 2020 muss der Staat schwerstkranken Menschen kein Suizidmittel zur Verfügung stellen. Vorerst ist Suizidhilfe nur durch die Ärzte möglich. Es muss aber diese Frage rechtlich neu geregelt werden. So machen sich nun doch schon mal Richter auf den Weg und entscheiden im Sinne des Leidenden und sprechen z.B. pflegende Angehörige bei dem Tod auf Verlangen frei, ganz nach dem Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes: „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Und doch kann keiner mit dieser Problematik richtig umgehen, deshalb wurde eine Regelung auf Bundesebene vom Bundesgerichtshof gefordert, welche die Bedingungen und die Voraussetzungen manifestieren sollte, um dem Sterben auf

Verlangen einen Gesetzescharakter zu verschaffen und den Menschen, welche um dieses gebeten werden, egal ob pflegender Angehöriger oder medizinisches Fachpersonal, eine Leitplanke zu verschaffen.

In diesem Sommer war es nun soweit und es fand die wohl aus der Sicht von schwerkranken Menschen heiß herbei gesehnte Bundestagdebatte statt. Es lagen 2 Gesetzesentwürfe als mögliche Varianten vor. Sowohl der konservative wie auch der liberale Entwurf konnten sich nicht im Bundestag durchsetzen. Damit gibt es auch weiterhin kein Gesetz zur Regelung der Sterbehilfe. Man konnte sich nur dahingehend einigen, dass das Angebot zur Suizidprävention weiter ausgebaut werden solle. Nur war das gar nicht das Thema und trifft mit Sicherheit auf ein völliges Unverständnis von Sterbenden und der damit konfrontierten Fachwelt.

Schon jetzt gibt es immer wieder und seit 2020 höher frequentiert die Forderung nach dem Tod auf Verlangen. Besonders die Fachwelt ist hierbei sehr unsicher. Auf der einen Seite steht das BGH- Urteil von 2020 und auf der anderen Seite stehen die persönliche Einstellung des Helfers, die Geschichte von Deutschland und die fehlenden Richtlinien. Es ist also festzuhalten, dass beide Seiten – Sterbewilliger und Pfleger - in seelischer Bedrängnis sind.

Es bleibt deshalb weiter zu wünschen, dass sich die noch unterschiedlichen Positionen im Bundestag zeitnah zu einem tragfähigen Kompromiss zusammenfinden.

## 1. Von der Rundfunkpflicht befreit?



Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die aber auch gern fernsehen, können trotz Rundfunkpflichtbefreiung und ein gutes Angebot von Amazon Prime in Anspruch nehmen. Zur Zeit bietet Amazon für Prime Mitglieder eine Vergünstigung bei Videos Musik und Gaming mit einem Rabatt von 50 %. Prime schreibt, dass dies jederzeit kündbar ist. Allerdings sollte nach zwölf Monaten überprüft werden, ob das Angebot auch weiterhin gilt.

## 2. Pflegereport 2023

Die Auswertung der Abrechnungsdaten von Pflege- und Krankenkassen machen große regionale Unterschiede in der Versorgungsqualität von Heimbewohnern deutlich. Schlaf- und Beruhigungsmittel zur Nacht werden laut den Angaben in den alten Bundesländern häufiger zur Ruhigstellung verabreicht, als in den neuen Bundesländern. Näheres kann im Online-Portal „Qualitätsatlas Pflege“ nachgelesen werden.

### 3.Klinikatlas



Durch das Bundeskabinett wurde die Einführung eines Transparenzverzeichnisses für Kliniken auf den Weg gebracht. Es soll den PatientInnen Leistungen und Behandlungsqualität der Krankenhäuser in Deutschland aufzeigen. Damit wird dem Bürger ermöglicht, innerhalb des Online-Atlas Vergleiche zu ziehen. Der Start ist für April 2024 geplant.

### 4.Barmer

Die dauerhafte Fahrtkostenübernahme bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad III und gleichzeitiger Gehbehinderung wird zurzeit nur bei zusätzlicher Schwerbehinderung und dem Merkzeichen G ausgesprochen. Wir sind dran und haben Stellungnahme erbeten, da es rechtlich für uns keine ersichtliche Verankerung gibt.



Ute Brach

## **Aus der Praxis**

Deutschland leidet unter chronischem Geldmangel, besonders in der Pflege, das ist bekannt. Doch sollte man meinen, dass zumindest das von den Pflegebedürftigen und/ oder den pflegenden Angehörigen eingefordert werden kann, was per Gesetz und Verordnungen festgehalten ist. Immer wieder erleben wir es in unseren Beratungen, dass dem aber nicht so ist.

Deshalb nehmen wir den Leser nun an 2 Beispielen in unseren Praxisalltag mit:

1. Wenn die Kurzzeitpflege ausgebucht ist...
2. Notrufsystem bei Demenz

### **1. Wenn die Kurzzeitpflege ausgebucht ist...**

Seit langem stehen wir Eheleuten mit Rat und Tat zur Seite, die sehr tapfer sind. Der Ehemann hat eine schwere Demenz mit Pflegegrad IV und seine Frau betreut ihn aufopferungsvoll alleine zu Hause. Dabei beobachteten wir bereits seit längerem mit Sorge, wie sehr das sowohl körperlich sowie seelisch die Gesundheit der Ehefrau angreift. Deshalb ermutigten wir sie immer wieder, auch an sich zu denken, was ihr aber sehr schwer fällt. Folge war nun, dass auch ihr Körper sich mal meldete, so am Anfang des Jahres. Die Ehefrau wurde für einige Tage medizinisch versorgt. In dieser Zeit musste ihr Mann in die Verhinderungspflege in eine stationäre Einrichtung

aufgenommen werden. Leider waren alle Einrichtungen im Umkreis so ausgebucht, dass auf eine „Ausweich“- Einrichtung, welche ein nicht korrektes Kassenanforderungsprofil hatte, zurückgegriffen wurde. Trotzdem denkt man doch: Alles klar, dafür sind wohl diese Einrichtungen und die Verhinderungspflegegelder wie auch der Entlastungsbetrag gesetzlich bereitgestellt worden?!

Als die Kurzzeitpflegeeinrichtung im Nachgang die Rechnung an die Kasse stellte, wurde nicht alles beglichen mit dem Hinweis, dass sie den Entlastungsbetrag von rund 200 € nicht übernehmen, da der Einrichtung dafür eine Zulassung im Zusammenhang mit einer Situation wie hier beschrieben, fehlen würde.

Die Ehefrau wandte sich nun an uns. Sie selbst hatte keine Kraft mehr, um sich einem Pflegekassenriesen argumentativ gegenüber zu stellen. Und doch sind es auch Kosten, die sie nicht kalkuliert hatte und deshalb auch nicht bezahlen wollte.

Unser Beratungsteam stand voll hinter ihrer Ansicht und übernahm per Vollmacht die Kommunikation mit der Pflegekasse.

Damit der Irrsinn dieses Falls auch in vollem Umfang verstanden werden kann, fassen wir hier kurz zusammen:

→ Bei Pflegegrad IV steht einem pflegenden Angehörigen 728 € pro Monat Pflegegeld zur Verfügung, hingegen würde ein Aufenthalt in einem Pflegeheim der Pflegekasse monatlich 1.775 € kosten.

→ Wie jedem Pflegebedürftigen ab Pflegegrad II, wird gesetzlich dem Ehemann 1.612 € pro Jahr Verhinderungsgeld bereitgestellt.

→ Der Entlastungsbetrag kann angespart werden, da er aus den 125 € pro Monat besteht (Achtung: dann müssen in dieser Zeit die haushaltsnahen Hilfen gekürzt werden)



Ich möchte es nicht verschweigen, der Prozess der Gespräche mit der Kasse war etwas intensiver, sowohl im zeitlichen Aufwand wie auch in der immer härteren kommunikativen Gangart unsererseits. Wir machten deutlich:

1. Wenn die Ehefrau die Pflege an ihrem Mann aufgibt, dann kostet es die Kasse jeden Monat 1.047 € mehr, als jetzt, wo sie Pflegegeld bekommt.
2. Die Ehefrau entlastet das personell defizitäre Pflegepersonal.
3. Es gilt immer noch per Gesetzeslage ambulant vor stationär.
4. Für das Unternehmen selbst ist dies eine schlechte und unkluge ökonomische Entscheidung.

Wir fragten die Kasse, ob sie wirklich wegen 200 € die Gesetzesvorgaben verletzen wollen, da sie eine Ehefrau durch solch einen Quatsch doch abwägen lässt, ob der Ehemann dauerhaft in ein Heim wechseln sollte. Wir forderten dazu auch die Entscheidung der Chefetage ein, was dann die Kasse einknicken lies.

## 2. Notrufsystem bei Demenz



Was ist bloß mit den Pflegekassen los – diese Frage stellen wir uns in letzter Zeit häufiger. Mit großer Verwunderung wurden wir auf ein ganz anderes Problem im Zusammenhang mit Demenz konfrontiert. Ein pflegender Angehöriger hatte für seinen Pflegebedürftigen ein Notrufsystem aktiviert. Der Anbieter des Notrufsystems nahm die dafür benötigte Beantragung bei der Pflegekasse des Bedürftigen für die ihm zustehende Zuzahlung vor. Die Kasse lehnte diese allerdings mit der Begründung ab, dass ein Mensch mit einer demenziellen Erkrankung nicht in der Lage wäre, ein Notrufsystem adäquat bedienen zu können. Der pflegende Angehörige und der Notrufanbieter kontaktierten uns, weil dieses Problem zum allerersten Mal auftrat und guter Rat von Nöten war. Mittels einer Vollmacht übernahmen wir als Verein die weitere Auseinandersetzung mit der Kasse. Wir begründeten, dass beim Pflegegrad II, eine demenzerkrankte Person definitiv noch in der Lage ist, eine fehlerfreie Bedienung eines Notrufknopfes vorzunehmen.

Die Kasse konterte mit dem Gutachten des Medizinischen Dienstes, welcher ein bereits sehr weit fortgeschrittenes Stadium dieser Erkrankung bei dem Pflegebedürftigen definierte.

Der Verein Leben, Wohnen und Pflege im Alter e.V. stellte die Pflegekasse vor die Entscheidung, dass Sie entweder für eine solche Auslegung der Demenz den üblichen Pflegegrad IV vergeben oder realistisch, die für den vorhandenen Pflegegrad II zustehenden Notrufgelder übernehmen sollte. Weiterhin gaben wir die ökonomische Seite für die Pflegekasse zu bedenken, welche mit einem Pflegegeld von 316 €, laut rechtlicher Grundlage für den Pflegegrad II, sowie einer Zuzahlung von 25,50 € pro Monat für das Notrufsystem (im Gegensatz zu einer Zahlung von Pflegegeld von 728 € im Pflegegrad IV) deutlich günstiger liegen würde. Ein weiteres Argument unsererseits war die Tatsache, dass weder vom Dachverband der gesetzlichen Krankenkassen, noch im Gesetzestext des SGB XI, der Sender der Notrufanlage mit einer kognitiven Handlung des Nutzers einhergehen müsse, da z.B. der Sturzmelder reinweg auf einen Sturz reagiere und keine Aktivierung durch eine gezielte Handlung ermöglicht. Wenn also Menschen mit einer geistigen Einschränkung keinen Zugriff seitens der Krankenkasse auf solch ein zugelassenes Hilfsmittel erhalten, empfinden wir das als Eingriff in die Würde des Menschen und gleichzeitig als Verletzung des Grundgesetzes.

Nur 24 Stunden später wurde das Notrufsystem von der Pflegekasse genehmigt.

Warum bedarf es immer so schwere Geschütze bei einer doch sehr klaren Rechtslage! Das ist einfach nur noch peinlich!

# WER WEIß DENN SOWAS

Ute Brach

## **Reha-Antrag richtig stellen**

Zur Regeneration der Gesundheit wird in der Regel eine Rehabilitationsmaßnahme empfohlen. Dafür stellt der Staat 3 „Hilfepakete“ zur Verfügung:

### ***1. Die Anschlussheilbehandlung***

Diese Variante ist das Mittel der Wahl nach schwerer Erkrankung mit langem Klinikaufenthalt. Die Besonderheit liegt in der Bedingung, dass sie spätestens 14 Tage nach Krankenhausentlassung angetreten werden muss. Deshalb wird dieser Antrag generell vom Sozialdienst der behandelnden Klinik gestellt. Die Länge wird vom Heilungsverlauf bestimmt und kann den Zeitraum von wenigen Wochen bis Monate dauern.

### ***2. Rehabilitationsmaßnahme***

Eine solche Behandlung dient in erster Linie der Erhaltung bzw. Wiedereingliederung in die Berufswelt. Deshalb wird sie gemeinsam mit dem Arzt bei dem jeweiligen Rententräger des Antragstellers eingereicht. Sie umfasst Krankenbehandlungen, Belastungserprobungen und Arbeitstherapien, Möglichkeiten zur Förderung der Selbsthilfe und Früherkennung sowie Frühförderung bei Behinderungen. Die Formulare kann man beim Rententräger anfordern oder aus dem Internet herunterladen. Der Antragsteller hat die Wahl zwischen einer



ambulanten und stationären Form. Beide Varianten haben ihre Daseinsberechtigung, wenn sie richtig eingesetzt werden und zur Situation und Krankheitsgeschichte des Begehrenden passt. Dieses sollte mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.

### **3. Reha-Maßnahmen für pflegende Angehörige**

Eine besondere Form stellt die Erholungsmöglichkeit für pflegende Angehörige dar. Sie steht nur den Personen zu Verfügung, welche wirklich einen Pflegebedürftigen pflegen. In der Mehrheit sind das die Menschen, welche auch im Pflegegutachten des Pflegebedürftigen angegeben sind. Diese Rehabilitation ist im Sozialgesetzbuch XI verankert und ist in Vorrang geschaltet zu anderen Maßnahmen. Sie dient primär der Erholung des familiären Pflegers. Die Besonderheit liegt darin, dass man seinen zu pflegenden Angehörigen mitnehmen kann. Dieser wird vordergründig von dem Pflegepersonal der Einrichtung gepflegt, wenn der pflegende Angehörige zur Behandlung ist oder auch mal nur „ausschlafen“ möchte. Die Leistungen für den Pflegebedürftigen werden über das Kontingent der Kurzzeit- /Verhinderungspflege sowie den Entlastungsbetrag abgerechnet. Das bedingt also im Vorfeld etwas Planung, da es sinnvoll ist, den Entlastungsbetrag von monatlich 125 € etwas anzusparen und die Verhinderungspflege im Vorfeld nicht „anzufassen“.

Eventuelle Behandlungen für den Pflegebedürftigen können von seinem behandelnden Arzt verordnet werden. Diese Rezepte werden im Behandlungszeitraum der Rehabilitationseinrichtung, am besten beim Vorstellungsgespräch, übergeben und dann vom Rehabilitationsteam ebenfalls mit abgearbeitet. So können sich letztlich sowohl der pflegende Angehörige wie auch der Pflegebedürftige selbst gut erholen und vor allem bleibt noch genügend Zeit, um mal ganz fernab vom



heimischen Alltag, Glücksmomente miteinander zu erleben und zu teilen.

Es ist allerdings wichtig, dass der behandelnde Arzt des pflegenden Angehörigen den richtigen Antrag ausfüllt, s. Anhang- Muster.

## Zusatzhinweise

### für die Reha pflegender Angehöriger

Woher bekomme ich das Muster 61?

Das Formular 61 A-E wird **direkt vom verordnenden Arzt/der verordnenden Ärztin** ausgefüllt und an die zuständige Krankenkasse weitergeleitet. Sie ist zuständig, wenn Sie verberentet sind, Schüler/in oder Student/in sind oder noch keine 5 Jahre in die deutsche Rentenversicherung eingezahlt haben.

Die Krankenkasse informiert die Vertragsärztin/den Vertragsarzt über den zu ständigen

Rehabilitationsträger. Sofern die Krankenkasse zuständig ist, werden die Vertragsärztinnen

und Vertragsärzte gebeten, auch Teil B-E des Musters 61 auszufüllen und an die

Krankenkasse zu richten. (01.07.2022)

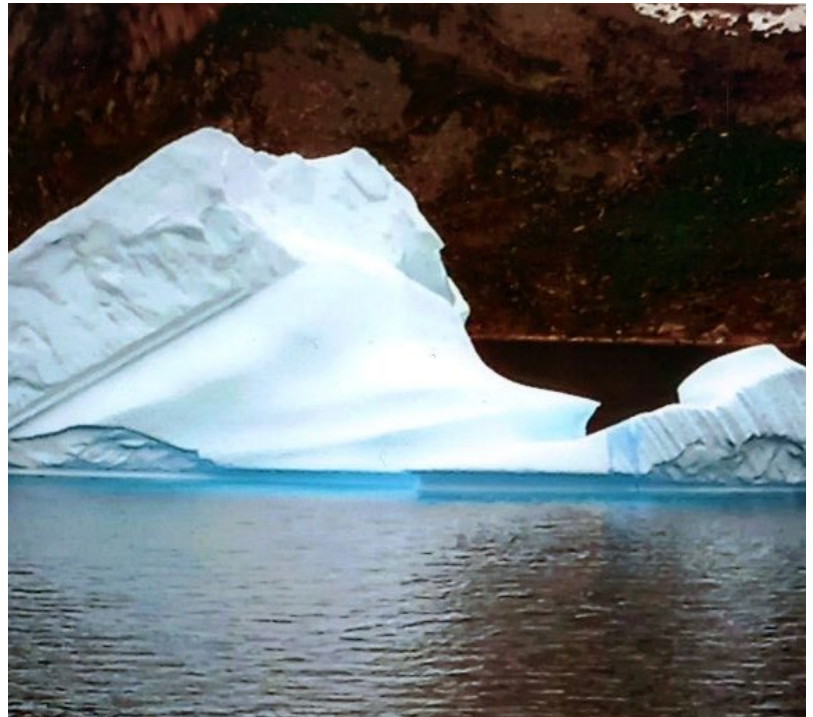
Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers</b>	<b>61 Teil A</b>
Name, Vorname des Versicherten				
geb. am			<b>Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse</b> Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben. <b>Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-E ausfüllen.</b>	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		

## Mein Fernseher und die Reisedokus

So richtig erwachsen fühlen wir uns erst jenseits der 50! Urlaub ist die schönste

Zeit des Jahres und jeder verbindet damit individuelle Wünsche und Erwartungen. Mit offenen Augen und Herz erleben wir die herrlichsten

Landschaften und deren Natur.



Sagen Sie jetzt nicht: "Allein schaffe ich das nicht!"

Es gibt bei vielen Reiseanbietern den Haustürservice, Ihr Rollator oder die Gehilfe gehen mit auf die Reise. Entspannte Angebote mit wenig laufen, mehr Bus fahren, gute zentrale Hotels mit durchgehender Reisebegleitung ab der Haustür vom Heimatort sorgen für guten Service. Ob Tagesfahrten (z.B. [bvb.net](http://bvb.net)), Kurzreisen an die Ostsee oder in den Spreewald finden Sie bei den Angeboten.

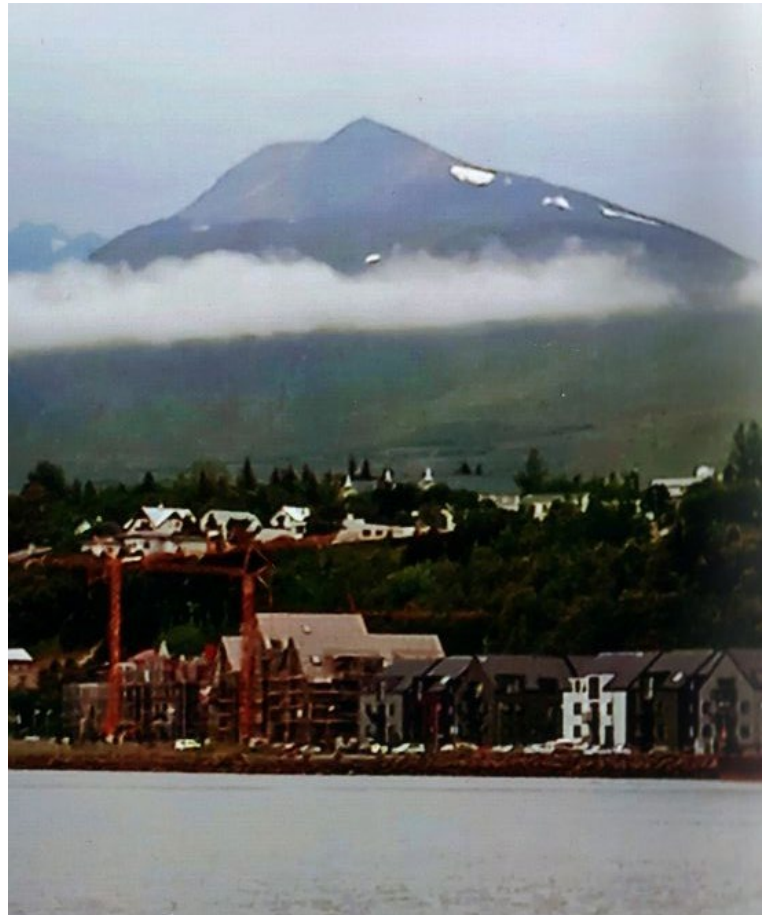
Niemand sollte aufgrund seines Alters oder aus gesundheitlichen Gründen auf Reisen verzichten müssen. Mal eine andere Umgebung, das Kennenlernen netter Leute, sind Balsam für Körper und Seele.

Eine kleine Reisegeschichte: Ich habe eine Schiffsreise im Hochsommer nach Grönland gemacht. Eisberge im Fernsehen haben mich schon als Kind begeistert. Jetzt im Alter erfüllte ich mir einen Traum. Mit dem Haustürservice (Taxi) ging es nach

Hamburg (kein Koffer schleppen, das machte der Fahrer) zum Schiff.

Erstaunlich, mit fast 72 Jahren zählte ich zu den Jüngsten. Drei Wochen hatte ich Zeit, ältere Senioren/innen mit Gehhilfe und Rollator zu erleben. Die Schiffsbesatzung kümmerte sich herzlich und liebevoll um alle Reisenden und war überall behilflich.

Im Restaurant gab es spezielle Tische für Alleinreisende, damit sie sich schneller kennenlernen konnten. Bei den Panoramafahrten (Schottland, Island, Shettland) waren die ersten 2 Reihen im Bus für „Gehbehindert“ ausgeschildert. Mit viel Rücksicht wurden die Rollatoren befördert und jeweils zugeordnet. Bei kleinen Stadtgängen liefen die gesundheitlich Eingeschränkten mit dem Reiseleiter, um das Tempo zu bestimmen oder Pausen anzusagen.



Ich lernt eine fast 90-jährige Dame kennen, die sich in ihrem Seniorenheim für 3 Monate abgemeldet hatte um 5 hintereinander folgende Fahrten auf dem gleichen Schiff zu erleben. Ihre Meinung: Ob ich das Heim bezahle oder fast 3 Monate rundum versorgt bzw. behütet bin und immer nette neue Leute treffe, tägliche Veranstaltungen nutzen kann, das sei doch ein großer Unterschied. Ja, nun war sie sogar in Grönland, wir sagten am Ende der Welt, denn riesige Eisberge

versperrten manchmal den Seeweg. Wenn sie im Heim zurück ist, kann sie hunderte Fotos zeigen und ihre Reiseerlebnisse werden noch lange anhalten.

So würde ich auch gern mein Alter verbringen wenn es die Reisekasse zulässt, mir solche Erlebnisse gönnen.

So gibt es bei [z-mobility.eu](http://z-mobility.eu) auch Busreisen mit Außenlift und Rampe sowie behindertengerechtes WC. Wer nicht so weit weg möchte, wird fündig bei [vdk.de/sachsen](http://vdk.de/sachsen) (diese wurden im letzten Jahr mit dem „goldenen Rollstuhl“ ausgezeichnet). Man findet dort ca. 75 Unterkünfte für barrierefreie Freizeitangebote. Oder Sie fordern einen Katalog an ([katalog.runa-reisen.de](http://katalog.runa-reisen.de)), da haben sie bildlich gleich eine Vorstellung. Bei der Planung können Sie sich von den Kindern oder Enkeln, vom Nachbar oder Ihrem Itagshelfer helfen lassen. Ich wünsche Ihnen eine schöne Zeit!





Meike Steiner

## Rechtslupe - Fahrtkosten Krankenförderung



Zur Frage, wann und wie die gesetzlichen Krankenkassen die Fahrtkosten zu ärztlichen Behandlungen übernehmen, herrscht viel Verwirrung. Viele Patienten nehmen ihre Rechte daher oft nicht wahr. Die folgende Info soll hierbei helfen und aufklären:

### 1. Grundsätzliche Voraussetzungen für die Fahrtkostenübernahme

Die Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten im Rahmen einer Krankenhausbehandlung oder Krankenbehandlung nur unter folgenden Bedingungen:

- **Zwingende** medizinische Notwendigkeit der Fahrt.
- Die Fahrt geht zur **nächsterreichbaren** geeigneten Behandlungsstätte, außer es besteht ein zwingender medizinischer Grund für die Behandlung an einem entfernteren Ort.
- Die Fahrt wird **vorher** ärztlich **verordnet** - inklusive ärztlicher Begründung zur Wahl des Beförderungsmittels, abhängig vom Gesundheitszustand und der Gehfähigkeit.

**Ausnahmen** von der vorherigen Verordnung gibt es

- bei nachträglicher Verordnung in Notfällen,
- bei Fahrten mit privatem Kfz oder öffentlichen Verkehrsmitteln (ohne Verordnung) und

- bei ambulanter oder stationärer Reha. Statt einer ärztlichen Verordnung müssen Patienten die Übernahme der Fahrtkosten **vor der Reha** mit der Krankenkasse klären.

Die Verordnung erfolgt auf einem speziellen Vordruck (Transportschein).

## **2. Welche Fahrten übernimmt die Krankenkasse?**

### **a) Rettungsfahrten zum Krankenhaus**

Rettungsfahrten sind in der Regel Notfälle, die über die örtlich zuständige Rettungsleitstelle anzufordern sind.

### **b) Krankentransporte**

Krankentransporte sind erforderlich, wenn Patienten zwar keine Notfälle sind, aber eine fachliche Betreuung oder einen Krankentransportwagen (KTW) brauchen.

### **c) Krankenfahrten ohne fachliche Betreuung**

Alle Fahrten ohne medizinisch-fachliche Betreuung gelten als Krankenfahrten. Sie erfolgen mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen, Wagen mit behindertengerechter Ausstattung oder Taxen. Die Krankenkasse übernimmt unter bestimmten Voraussetzungen Krankenfahrten nach ärztlicher Verordnung, Z.B: Fahrten zu häufiger Therapie bei bestimmten Erkrankungen (sog. **Serienbehandlung**).

## **3. Zuzahlung zu Fahrten und Transporten**

Patienten zahlen bei jeder Transportart 10 % der Fahrtkosten selbst, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 €. Eine **Befreiung** von der Zuzahlung ist bei Überschreiten der Belastungsgrenze möglich.

Rechtsgrundlage sind die Krankentransport-Richtlinie und die Satzungen der Krankenkassen.

Für nähere Informationen stehen wir Ihnen auch gern persönlich zur Verfügung.

Meike Steiner

## **Rundfunkbeitrag: Wer erhält eine Ermäßigung / Befreiung?**

Hierüber gibt der § 4 des Rundfunkbeitragsstaatsvertrages Auskunft:

§ 4 Befreiungen von der Beitragspflicht, Ermäßigung

(1) Von der Beitragspflicht werden auf Antrag folgende natürliche Personen befreit, z.B.:

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches),...
- Empfänger von Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches oder von Hilfe zur Pflege als Leistung der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder von Pflegegeld nach landesgesetzlichen Vorschriften,
- Empfänger von Pflegezulagen nach § 267 Abs. 1 des Lastenausgleichsgesetzes oder Personen, denen wegen Pflegebedürftigkeit nach § 267 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe c des Lastenausgleichsgesetzes ein Freibetrag zuerkannt wird,...
- taubblinde Menschen und Empfänger von Blindenhilfe nach § 72 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches oder nach § 27d des Bundesversorgungsgesetzes.

(2) Der Rundfunkbeitrag nach § 2 Abs. 1 wird auf Antrag für folgende natürliche Personen auf ein Drittel ermäßigt, wie z.B.:



- blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich sehbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 60 allein wegen der Sehbehinderung,
- hörgeschädigte Menschen, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist, und
- behinderte Menschen, deren Grad der Behinderung nicht nur vorübergehend wenigstens 80 beträgt und die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können.

Absatz 1 bleibt unberührt.

...

Die Antragsformulare können unter dem Serviceportal Berlin.de online gestellt werden. Bei Bedarf schicken wir Mitgliedern auch gerne ein Antragsformular zu.

## ALLGEMEINES

### **Ankündigung für unsere Vereinsmitglieder:**

Die Einzugstermine der Mitgliedsbeiträge für das  
Kalenderjahr **2024**

- 01. Februar 2024 Jahres-, Halbjahres und Quartalszahler
- 01. April 2024 Quartalszahler
- 01. Juli 2024 Halbjahres- und Quartalszahler
- 01. Oktober 2024 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