

Gemeinsam | 1

Zeitschrift der DMSG | Landesverband Hamburg | Frühling 2014



SCHWERPUNKTTHEMA

Ambulante Pflege

Sonderausgabe

Ambulante Pflege kann gerade für Menschen mit einer chronischen Erkrankung zu einem bedeutenden Thema werden. Ein solides Wissen über Begutachtungstermine, Pflegestufen und Pflegeleistungen kann vieles an Unsicherheiten und Ängsten in diesem Zusammenhang nehmen. Die wichtigsten Informationen haben wir in diesem Heft für Sie zusammengestellt. | Seite 4

INHALTSVERZEICHNIS

Regelmäßig 2

Editorial 3

13. Hamburger
Multiple Sklerose Forum 3

SCHWERPUNKTTHEMA:

Ambulante Pflege

Pflegebedürftig - was nun? ... 4

Die Pflegestufen 5

Pflegegeld und
Sachleistungen 6

Zusätzliche
Betreuungsleistungen 7

Das Pflegetagebuch 8

Das Persönliche Budget 9

Persönliche Assistenz
- Ein Erfahrungsbericht 10

Fragen zum Thema
Pflegeberatung 12

Aufruf

Sommer: Barrierefrei und
unbeschwert 13

Ausstellungen 14

DMSG in Hamburg 16

DMSG 

DEUTSCHE MULTIPLE SKLEROSE GESELLSCHAFT
LANDESVERBAND HAMBURG e.V.

Regelmäßige Aktivitäten

Termine 2014 zum Vormerken

- **Mitgliederversammlung**
26. April 2014
- **Maiausfahrten**
10. und 17. Mai 2014
- **Welt MS Tag** | 28. Mai 2014
- **13. Hamburger MS Forum**
21. Juni 2014

Die GEMEINSAM
2/2014 erscheint
Ende Juni:
Redaktionsschluss
ist Freitag,
der 25. April 2014

MS Netz Hamburg

Plenum 2/2014:
Mittwoch, 14. Mai 2014, 18 - 20 Uhr
www.ms-netz-hamburg.de

Gesangsgruppe – Atem und Stimme

Freitags, 17 - 18 Uhr, 14-tägig
Ansprechpartnerin: Lydia Boothe
Tel. 0176 - 70 77 05 41
E-Mail: l.boothe@alice-dsl.net

Malgruppe

An jedem 1. und 3. Donnerstag
im Monat von 17 - 18.30 Uhr
Kursleiterin: Katrin Naumann
Tel. 040 - 35 96 33 41

Offener Treff für junge Betroffene

An jedem letzten Dienstag im Monat
von 18 - 20 Uhr
Moderation: Tabea Fiebig/
Johannes Wiggers im Wechsel

Qi Gong

Freitags, 18 - 20 Uhr, 2 x im Monat
Ansprechpartnerin: Dietlind Zimmermann
Tel. 040 - 20 51 29
www.tai-chi-lebenskunst.de

Pilates

Sitz-Pilates:
Dienstags, 15.45 - 16.45 Uhr
Matten-Pilates:
Dienstags, 17 - 18 Uhr
Bitte vorher Rücksprache mit
Inga Steinmüller: 0172 - 453 75 22
inga.steinmueller@googlemail.com

*Diese Kurse finden in unserer
Geschäftsstelle statt.
Nähere Informationen, auch
über unsere Selbsthilfegruppen,
erhalten Sie unter
Telefon: 040 - 4 22 44 33*

MS-Sportgruppe

Freitags, 16.30 bis 17.30 Uhr und
17.30 bis 18.30 Uhr
Ort: Sportzentrum Grün-Weiss
Eimsbüttel, Lutterothstraße 43
Kontakt: Tel. 040 - 560 12 45
verwaltung@gweimsbuettel.de

Bewegungsschwimmen

Mittwochs, 18.45 - 19.30 Uhr
(nicht in den Hamburger Schulferien)
Ort: Schule Elfenwiese
Hamburg-Harburg

Fahrradgruppe

Ansprechpartnerin: Gabi Drector
Tel. 040 - 46 09 33 65
E-Mail: gabieledirector@web.de

Rollstuhlsportgruppe

Freitags, 17 - 18.30 Uhr
(nicht in den Hamburger Schulferien)
Ort: Gewerbeschule 8, Sorbenstr. 13 -15
Kontakt: Dieter Schwarz,
Tel. 04152 - 888 48 99 oder
0157 - 770 912 46

Vergünstigte Theaterkarten

für das Ernst Deutsch Theater
erhalten Sie über Angela Bensow
Tel. 040 - 5 40 23 95

Peer Counseling (Betroffene für Betroffene)

Einzelberatung ohne Anmeldung,
an jedem 3. Dienstag im Monat
14 - 16 Uhr
Ort: UKE, Räume der MS-Sprechstunde,
Martinistraße 52, Haus W 34
Ansprechpartnerin:
Gisela Gerlach, Tel. 040 - 511 54 70

Liebe Leserinnen und Leser!

Gleich zu Beginn des Jahres haben wir zahlreiche neue Angebote und Projekte für Sie auf den Weg gebracht. Seit Beginn dieses Jahres können Sie die DMSG Hamburg auch bei Facebook besuchen. Wir möchten den an unserer Arbeit interessierten Menschen noch eine Möglichkeit geben, sich zu informieren und mit uns oder anderen MS-Betroffenen Kontakt aufzunehmen.

Seit Januar findet immer am letzten Dienstag im Monat der offene Treff für junge Betroffene statt. Junge Menschen mit MS können sich dort in lockerer Atmosphäre austauschen und, wenn sie wollen, auch ihre Partner, Freunde oder Angehörigen mitbringen. **Frau Fiebig und Herr Wiggers haben die Ausbildung als „Jobcoaches“ abgeschlossen und unterstützen Sie seit Februar bei allen Fragen und anstehenden Entscheidungen zum Thema Beruf.**

Zu Beginn des Jahres möchte ich Sie nochmals auf eine wichtige Hilfsmöglichkeit hinweisen: **Wenn Sie nur über ein geringes Einkommen verfügen, es gerade finanziell kneift** und eine lebensnotwendige Anschaffung ins Haus steht, zum Beispiel eine Waschmaschine, eine Lesebrille oder ein neuer Wintermantel, dann sprechen Sie uns bitte an. Die Sozialarbeiter werden mit Ihnen



alles genau besprechen und einen entsprechenden Antrag bei einer Stiftung stellen. Alle Anfragen werden absolut vertraulich behandelt. Bitte beachten Sie, dass Stiftungsanträge nicht nachträglich gestellt werden können.

Ich wünsche Ihnen einen guten Start in den Frühling und hoffe, Sie bald auf einer unserer zahlreichen Veranstaltungen zu treffen!
Viel Spaß beim Lesen!

Herzlichst,
Ihre Andrea Holz, Geschäftsführerin der DMSG Hamburg



13. Hamburger Multiple Sklerose Forum

Samstag, 21. Juni 2014
von 9.45 - 16.15 Uhr

Themen:

- ▶ **Selbstmanagement bei Depressionen und Fatigue**
Dr. phil. Rüdiger Groß, Hamburg
- ▶ **Wenn die Eltern krank sind – wer oder was hilft den Kindern?**
Dr. Miriam Haagen, Hamburg
- ▶ **Immuntherapie aktuell**
Dr. Susanne Windhagen, Osnabrück
- ▶ **Essen gegen MS – was ist sinnvoll?**
Dr. Markus Bock, Berlin

Veranstaltungsort:

Albertinen-Haus,
Sellhopsweg 18 - 22,
Hamburg-Schnelsen
Weitere Informationen
finden Sie im Flyer
und unter
www.dmsg-hamburg.de



Ambulante Pflege



Pflege ist für viele Menschen ein wichtiges Thema, gerade bei einer chronischen Erkrankung wie der Multiplen Sklerose. Gut, wenn man umfassend informiert ist, auch wenn der Bedarf an Pflege aktuell noch nicht vorhanden sein sollte. Ebenso sollten die Angehörigen von der Möglichkeit einer Antragstellung wissen. Begriffe wie Begutachtung, Pflegestufe, Pflegeleistungen dürfen im Akutfall keine Fremdwörter mehr sein. Ein solides Wissen kann sowohl dem Betroffenen als auch der Familie die Unsicherheit und Hemmung vor diesem wichtigen Schritt nehmen. In diesem Heft finden Sie viele wichtige Informationen. Selbstverständlich unterstützen wir Sie auch persönlich bei der Antragstellung und allen weiteren notwendigen Schritten.

Pflegebedürftig – was nun?

Antrag stellen

Um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, muss ein Antrag (formlos, auch telefonisch) bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Pflegekasse ist bei der jeweils zuständigen Krankenkasse angesiedelt. Die Antragstellung kann auch ein Familienangehöriger, Nachbar oder guter Bekannter übernehmen, wenn er bevollmächtigt wird. Nachdem die Pflegekasse den Antrag erhalten hat, beauftragt sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Von der Pflegekasse können Sie für einen Preisvergleich eine Liste zugelassener ambulanter Pflegedienste anfordern.

Adressen von Pflegediensten mit Pflegekräften, die auf MS spezialisiert und von der DMSG fortgebildet sind, erhalten sie bei uns in der DMSG-Geschäftsstelle.

Begutachtung

Führen Sie vor dem Besuch des MDK ein Pflegetagebuch (Siehe S. 8): Notieren Sie dort alle Verrichtungen, bei denen Ihnen geholfen werden muss und wie viel Zeit dies jeweils in Anspruch nimmt. Diese Aufzeichnungen sind wichtig für die Begutachtung. Beim MDK-Besuchstermin sollte die Pflegeperson, die die Betreuung bisher übernommen hat, dabei sein. Der Gutachter ermittelt den Hilfebedarf für die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) sowie für die hauswirtschaftliche Versorgung.



Wie schnell wird über den Antrag entschieden?

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen beträgt 5 Wochen. Bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung muss die Begutachtung durch den MDK innerhalb einer Woche erfolgen, wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist. Hält die Pflegekasse die Bearbeitungsfrist nicht ein, hat sie nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nur, wenn die Pflegekasse die Verzögerung zu vertreten hat. ●

Kerstin Knapwerth

Quellen:

DMSG-Broschüre: Pflege bei MS

(zu beziehen über unsere Geschäftsstelle)

Ratgeber zur Pflege,

Bundesministerium für Gesundheit

Die Pflegestufen

Entsprechend dem Umfang des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen einer von drei Pflegestufen zugeordnet. Darüber hinaus gibt es die sogenannte Pflegestufe 0. Diese Bezeichnung wird umgangssprachlich für alle Personen verwendet, die hauptsächlich beaufsichtigt und betreut werden müssen, aber einen Hilfebedarf von weniger als 45 Minuten in der Grundpflege täglich haben und somit nicht oder noch nicht unter die Kriterien der Pflegestufe 1 fallen.

Pflegestufe I – erhebliche Pflegebedürftigkeit

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens dreimal täglich und zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität). Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass er jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (rund um die Uhr). Zusätzlich muss die pflegebedürftige Person mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens vier Stunden entfallen müssen.

Wann gilt die Härtefallregelung?

Sind die Voraussetzungen der Pflegestufe III erfüllt und liegt ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vor, kann die Härtefallregelung in Anspruch genommen werden. In diesem Fall gibt es höhere Leistungen. Für die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegebedarfs im Sinne der Härtefallregelungen ist Voraussetzung,

→ dass die Hilfe bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens sechs Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist, wobei bei Pflegebedürftigen in

vollstationären Pflegeeinrichtungen auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen ist, oder

→ dass die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann. Wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts muss dabei neben einer professionellen mindestens eine weitere Pflegeperson tätig werden, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (zum Beispiel Angehörige). Durch diese Festlegung soll erreicht werden, dass hier nicht mehrere Pflegekräfte eines Pflegedienstes tätig werden müssen. Zusätzlich muss ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein.

Jedes der beiden Merkmale erfüllt bereits für sich die Voraussetzung eines qualitativen und quantitativen weit über das übliche Maß der Grundvoraussetzung der Pflegestufe III hinausgehenden Pflegeaufwandes.



Quelle:
Ratgeber zur Pflege,
Bundesministerium
für Gesundheit



Pflegegeld und Pflegesachleistungen

Pflegebedürftige können selbst darüber entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden möchten. Sie haben deshalb die Möglichkeit, Sachleistungen (Hilfe von Pflegediensten) oder Pflegegeld in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist, dass die häusliche Pflege selbst sichergestellt ist, z.B. durch An-

gehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen. Das Pflegegeld wird dem Betroffenen von der Pflegekasse überwiesen. Dieser kann über die Verwendung des Pflegegeldes grundsätzlich frei verfügen und gibt das Pflegegeld regelmäßig an die ihn versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter. Um eine optimale,

auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, den Bezug von Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von Sachleistungen zu kombinieren. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig um den Wert der in Anspruch genommenen Sachleistungen.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, www.bmg.bund.de

Pflegeversicherung im Überblick

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2014

		Pflegestufe 0 Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf	Pflegestufe 1 Erheblich Pflegebedürftige	Pflegestufe 2 Schwerpflege- bedürftige	Pflegestufe 3 Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)	
Häusliche Pflege von rein körperlich bedürftigen Menschen	Pflegegeld € monatlich	—	235	440	700	
	Pflegesachleistung bis zu € monatlich	—	450	1.100	1.550 (1.918)	
Häusliche Pflege von Versicherten mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	Pflegegeld € monatlich	120	305 (235 + 70)	525 (440 + 85)	700	
	Pflegesachleistung bis zu € monatlich	225	665 (450 + 215)	1.250 (1.100 + 150)	1.550 (1.918)	
Verhinderungspflege ^{1), 2)}	Pflegeaufwendungen für bis zu 4 Wochen im Kalenderjahr bis zu €					
	durch nahe Angehörige	von rein körperlich hilfe- bedürftigen Menschen	—	235	440	700
		von Versicherten mit erheblichem allgemei- nem Betreuungsbedarf	120	305 (235 + 70)	525 (440 + 85)	700
	durch sonstige Personen	1.550	1.550	1.550	1.550	
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis zu € im Jahr	—	1.550	1.550	1.550	

1) Auf Nachweis werden den nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstaussfall, Fahrkosten usw.) bis zu 1.550 Euro erstattet.

2) Während der Verhinderungspflege sowie der Kurzzeitpflege wird für jeweils bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes fortgewährt.

Zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz

Zusätzliche, sonstige oder niedrigschwellige Betreuungsleistungen bzw. Betreuungsgeld nach § 45 SGB XI

Wer hat Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen?

Ist der Pflegebedürftige in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt, z. B. bei demenzbedingten Ausfällen, geistiger Behinderung oder psychischen Erkrankungen, kann er dafür zusätzliche Betreuungsleistungen erhalten. In Abhängigkeit des Schweregrades der Fähigkeitsstörungen können bis zu 200 € monatlich gezahlt werden, also maximal 2.400 € pro Jahr.

Wichtig! Anspruchsberechtigt sind auch Betreuungsbedürftige, die noch keine Pflegestufe haben. Diese werden dann der Pflegestufe 0 zugeordnet.

Für die Bewertung sind folgende Fähigkeitsstörungen maßgebend:

- ❶ Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)
- ❷ Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
- ❸ Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen
- ❹ Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
- ❺ Im situativen Kontext inadäquates Verhalten

❻ Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen

❼ Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung

❽ Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen führen

❾ Störung des Tag-/Nachtrhythmus

❿ Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren

⓫ Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren

⓬ Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten

⓭ Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Der Beurteilungsschlüssel für den Grundbetrag von 100 € pro Monat:

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Pflegebedürftige für mindestens 6 Monate in wenigstens 2 Kriterien (davon mindestens einem aus den Bereichen 1 bis 9) regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen hat.

Der Beurteilungsschlüssel für den erhöhten Betrag von 200 € pro Monat

Eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor, wenn zusätzlich mindestens einmal eine Einschränkung aus den Punkten 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 festgestellt werden kann. Hierbei wird nicht die Erkrankung, sondern der tatsächliche Hilfebedarf berücksichtigt.

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen sind Pflegesachleistungen

Sie können eingesetzt werden für:

- ▶ Anleitung und Betreuung durch zugelassene Pflegedienste
- ▶ Angebote für eine Tagespflege oder stundenweise Betreuung. Hier können die vereinbarten Pflegesätze mit den jeweiligen Beträgen finanziert oder verrechnet werden.
- ▶ Ersatzpflege (Verhinderungspflege) oder besondere Beratungsangebote

Werden Betreuungsleistungen nicht ganz „verbraucht“, kann der Rest in das folgende Kalenderjahr übertragen werden.

Quellen: www.pflege-abc.info
www.pflegestufe.info



Zusätzliches Geld in der Pflegestufe 0

Seit 1. Januar 2013 erhalten Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die keiner der drei Pflegestufen zugeordnet sind (Pflegestufe 0), zusätzlich zum Betreuungsgeld (s.o.) auch Geld- oder Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. So bekommen die Betroffenen, die von Angehörigen betreut werden, künftig Pflegegeld in Höhe von 120 Euro im Monat. Übernimmt stattdessen ein Pflegedienst die Betreuung, stellt die Pflegekasse dafür 225 Euro monatlich zur Verfügung. *Kerstin Knapwerth*



Das Pflegetagebuch

Das wesentliche Kriterium zur Einstufung in eine Pflegestufe ist, wie viel Zeit eine Pflegeperson für die Hilfen benötigt, die zur Grundpflege gezählt werden.

Sie können ein Pflegetagebuch führen, wenn der Besuch des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ansteht. Die Mitarbeiter des MDK überprüfen, inwieweit bei Pflegebedürftigkeit dauerhaft und regelmäßig Hilfebedarf bei den sogenannten „Katalogverrichtungen“ besteht: bei der Grundpflege (Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Mobilität) und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Erst bei „erheblicher Pflegebedürftigkeit“ gewährt die Pflegekasse Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Manche Pflegebedürftige können vieles noch selber, andere benötigen Unterstützung oder die komplette Übernahme der Tätigkeiten durch eine Pflegeperson. Um die Form der Hilfestellungen zu dokumentieren, kreuzen Sie diese auf der jeweiligen Tagebuchseite an.

Name des Pflegebedürftigen: _____
Pflegetag: _____

Erforderliche Hilfe bei	Zeitaufwand (in Minuten)					Gesamtsumme in Minuten	Form der Hilfestellung <small>(Erläuterung auf Seite 4)</small>				
	morgens	mittags	nachts tags	abends	nachts von 22 bis 6 Uhr		U	TÜ	VÜ	B	A
Körperpflege¹											
Waschen							U	TÜ	VÜ	B	A
Baden/Duschen							U	TÜ	VÜ	B	A
Zahnpflege							U	TÜ	VÜ	B	A
Kämmen							U	TÜ	VÜ	B	A
Rasieren							U	TÜ	VÜ	B	A
Blasentleerung							U	TÜ	VÜ	B	A
Darmentleerung							U	TÜ	VÜ	B	A
Wechseln von Windeln/Vorlegen							U	TÜ	VÜ	B	A
Wechseln/Entleeren des Urin-/Stomabeutels							U	TÜ	VÜ	B	A
Ernährung											
Mundgerechte Zubereitung							U	TÜ	VÜ	B	A
Nahrungsaufnahme							U	TÜ	VÜ	B	A
Mobilität											
Aufstehen/ Zubettgehen							U	TÜ	VÜ	B	A
Umlagern							U	TÜ	VÜ	B	A
Ankleiden							U	TÜ	VÜ	B	A
Auskleiden							U	TÜ	VÜ	B	A
Gehen/Bewegen im Haus bei o. g. Verrichtungen							U	TÜ	VÜ	B	A
Stehen/Transfer, Aufstehen vom Rollstuhl							U	TÜ	VÜ	B	A
Treppensteigen							U	TÜ	VÜ	B	A
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung							U	TÜ	VÜ	B	A
Hauswirtschaftliche Versorgung											
Einkaufen							U	TÜ	VÜ	B	A
Kochen							U	TÜ	VÜ	B	A
Wohnung reinigen							U	TÜ	VÜ	B	A
Soülen							U	TÜ	VÜ	B	A
Wechseln/Waschen der Wäsche/Kleidung							U	TÜ	VÜ	B	A
Beheizung der Wohnung							U	TÜ	VÜ	B	A

*Erläuterungen zu den
Abkürzungen im Pfl egetagebuch*

U Wenn der Pflegebedürftige Verrichtungen grundsätzlich selbstständig erledigen kann, jedoch z. B. bei der Vorbereitung oder Nachbereitung unterstützt werden muss. (Unterstützung)

TÜ Wenn der Pflegebedürftige eine Hilfe zur Vollendung einer teilweise selbstständig erledigten Verrichtung benötigt und die Pflegeperson Teile der Verrichtung des täglichen Lebens übernehmen muss. (Teilweise Übernahme)

VÜ Wenn die Pflegeperson die Verrichtungen des täglichen Lebens vollständig übernimmt, da der Pflegebedürftige nicht in der Lage ist, die Verrichtungen selbst auszuführen. (Vollständige Übernahme)

A/B Wenn die Hilfe ausschließlich die Anleitung oder Beaufsichtigung bei den gewöhnlichen Verrichtungen umfasst. Dies gilt insbesondere bei geistig und seelisch behinderten, psychisch kranken sowie geistig verwirrten Menschen. In diesen Bereich fällt:

- die Förderung und Erhaltung von körperlichen, psychischen und geistigen Fähigkeiten im Rahmen der gewöhnlichen täglichen Verrichtungen
- die Vermeidung von Eigen- oder Fremdgefährdung (z. B. durch unsachgemäßen Umgang mit Strom, Wasser oder offenem Feuer) im Rahmen der gewöhnlichen täglichen Verrichtungen
- der Abbau von Ängsten, Reizbarkeit oder Aggressionen im Rahmen der gewöhnlichen täglichen Verrichtungen

Quelle: Verbraucherzentrale,
Pfl egetagebuch: Informationen und
Dokumentation, AOK

Das Persönliche Budget

Das Persönliche Budget trägt dazu bei, dass eine selbstbestimmte Teilhabe in der Gesellschaft gelebte Realität werden kann.

Das Budget ist ein gesetzlich verankertes Recht auf eine Geldleistung der Fachämter für Eingliederungshilfe, der Sozialhilfeträger, Arbeitsagenturen und Pflegekassen.

Der Antragsteller kann sich nach Bewilligung des Budgets mit einer festgelegten Geldsumme selbstständig Assistenten für die verschiedenen Lebensbereiche suchen. Er wird hier zum selbstbestimmten „Verwalter“ für das eigene Leben. Die Organisation der Assistenzbereiche und die Auswahl der Assistenten werden vom Budgetnehmer selbstbestimmt durchgeführt. Hierdurch ist die Autonomie von Menschen mit Behinderung sichergestellt. Anspruchsberechtigt sind alle Menschen mit einer festgestellten geistigen, körperlichen und psychischen Einschränkung (Schwerbehindertenausweis).

Wer hat Anspruch auf das Persönliche Budget?

- Schulpflichtige Kinder mit Behinderung
- Menschen mit kognitiver und/oder körperlicher Behinderung
- Chronisch und psychisch erkrankte Personen
- Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund
- Menschen, die durch einen Unfall kurzfristig oder langfristig zu diesem Personenkreis gehören
- Menschen mit Einschränkungen, die von Berufsbetreuern vertreten werden

Wofür können die Assistenten eingesetzt werden?

- Schulassistenz
- Arbeitsassistenz
- Freizeitassistenz
- Wohnassistenz
- Reiseassistenz
- Assistenz zur Integration von Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund

Ich selbst biete neutrale und unabhängige Beratung an, von der Antragstellung bis zur Vermittlung von Assistenten für das Persönliche Budget.

Sabine Schnau
Beratung-PB-Arbeitsvermittlung
Tel. 040 - 25 49 68 90

Was ist neu am Persönlichen Budget?

Bisher fest definierte Dienst- und Sachleistungen werden durch Geldleistungen an die Betroffenen ersetzt. Das Persönliche Budget ist keine neue Leistung, sondern „nur“ eine neue Form der Finanzierung, auf die seit 1. Januar 2008 ein Rechtsanspruch besteht. Es können daher nur diejenigen, die einen Sachleistungsanspruch hatten bzw. bei einem Antrag haben würden, ein Persönliches Budget beantragen.

Quelle: DMSG-Broschüre „Ihr gutes Recht“



Persönliche Assistenz | Ein Erfahrungsbericht

Ich bin sehr froh, dass dieses Thema – was passiert, wenn es „so wie bisher, so wie bei Gesunden, nicht weitergehen kann“ – in der GEMEINSAM angesprochen wird. Es ist schwer genug, die Notwendigkeit von Pflege zu akzeptieren. Sucht man Informationen über Pflege – ambulant oder nicht – zielen die meistens auf ältere Menschen ab. Behinderte Menschen in der Mitte ihres Lebens – oft auch mit Familie – fallen durch viele Raster, was zusätzliche Ängste verursacht. Beispiele für ein lebenswertes Leben auch mit schwerer Behinderung (Pflegestufe 3) hätten uns sehr geholfen.

Zu unserer Situation

Meine Tochter erkrankte 1989 mit 17 Jahren an MS. Es gab nur einen merkbaren Schub, der sich zurückbildete. Dann ging die Krankheit in die schleichende Form über. Nach Heirat und der Geburt des Sohnes 1999 wurde sie Hausfrau. Die zunehmenden Behinderungen wurden mit Hilfe der Familie und auch eines Pflegedienstes (seit 2010 Pflegestufe 3) aufgefangen. Nach der Trennung von ihrem Ehemann Anfang 2011 haben wir ein persönliches Budget für 24 Stunden Assistenz nach dem Arbeitgebermodell beantragt, mit dem meine Tochter heute in ihrem eigenen Haushalt mit Hilfe von Assistentinnen lebt.

Durch diese Art der Versorgung kann auch ein kranker, behinderter Mensch wie meine Tochter ein menschenwürdiges, ihrem Alter entsprechendes Leben führen. Die Beantragung bis zur Erteilung eines bedarfsgerechten Bescheides (bei uns läuft seit geraumer Zeit ein Widerspruch) ist allerdings ein sehr steiniger Weg, den ein kranker Mensch meiner Meinung nach nicht allein gehen kann. Wir haben vom Antrag bis zur ersten Genehmigung ca. ein halbes Jahr gebraucht mit gefühlten

10 cm Unterlagen und 100 Telefonaten und Nachfragen. Dennoch würde ich diesen Weg mit ihr immer wieder gehen und ihn auch anderen empfehlen.

Der Unterschied zum Pflegedienst ist leicht gesagt: Man ist selbst Arbeitgeber der Pflegekräfte – hat also immer dieselben Menschen um sich – und nimmt keine Sachleistung der Krankenkasse in Anspruch. Dementsprechend beteiligt sich die Pflegekasse auch nur mit dem Betrag für Angehörige und „spart“ sich die höhere Pflegedienstausgabe. Das ist aber relativ egal, denn man benötigt so oder so zusätzliches Geld.

Unser Weg zum Arbeitgebermodell

1. Schritt | Formloser „Antrag auf persönliche Assistenz“ beim zuständigen Sozialamt. Diesem Antrag haben wir eine Kostenaufstellung/Berechnung der durchschnittlichen Lohnkosten beigefügt.

2. Schritt | Das Sozialamt hat danach einen umfangreichen Katalog von Unterlagen zur Einkommenssituation, Familiensituation, ärztliche Bescheinigungen und ähnliches angefordert.

3. Schritt | Begutachtung durch die Amtsärztin, die den Hilfebedarf festgelegt hat.

4. Schritt | Parallel dazu haben wir bei der Bundesagentur für Arbeit/Betriebsnummern-Service einen Antrag auf Erteilung einer Betriebsnummer gestellt (geht per Internet).

5. Schritt | Nach der grundsätzlichen Genehmigung der persönlichen Assistenz (hat bei uns mit Nachfragen ca. ein halbes Jahr gedauert) begann die Suche nach passenden Assistentinnen. Vorher haben wir für uns eine grobe Schichtenverteilung festgelegt (früh von 9 bis 16 Uhr, spät von 16 bis 23 Uhr und nachts von 23 bis 9 Uhr). Wir haben in den Anzeigen gleich darauf hingewiesen, dass Schichtdienst rund um die Uhr und auch an Wochenenden erforderlich ist.

6. Schritt | Bewerbungsgespräche und das Ausstellen von Arbeitsverträgen.

7. Schritt | Anmeldung bei der Berufsgenossenschaft: Bei 400 Euro-Jobs läuft die Anmeldung über die Minijobzentrale der Bundesknappschaft. Bei anderen Beschäftigten ist die Berufsgenossenschaft für Beschäftigte in Privathaushalten zuständig, die sich auch nach dem Wohnort richtet. In Hamburg ist das die Unfallkasse Nord.

8. Schritt | Lohnabrechnung: Dazu gehört auch die Anmeldung bei den Krankenkassen, die alle Beiträge aus der Sozialversicherung erhalten und weiterleiten, und beim Finanzamt. Wer sich das zutraut, kann alles selbst mithilfe von PC-Programmen machen. Ich habe mir dafür einen Dienstleister gesucht. Möglich sind Steuerberater, auch Selbsthilfevereine bieten Abrechnungen an. Ich habe im Internet einen Dienstleister gefunden, mit dem ich zufrieden bin und dessen Adresse

ich ggf. auch weitergeben kann. Von dort bekomme ich vorbereitete Unterlagen mit den Überweisungsbeträgen der Nettolöhne, der Sozialbeiträge und der Steuern. Wenn die Anmeldungen bei den Krankenkassen der einzelnen Assistentinnen erfolgt sind, können Einzugsermächtigungen erteilt werden (anzuraten, da es bestimmte Stichtage gibt, die nicht verpasst werden dürfen) Dies gilt auch für das Finanzamt.

9. Schritt | Dienstplanerstellung: Dies war, und ist, eine sehr aufwendige Aufgabe. Wer gern puzzelt, ist im Vorteil.

Erfahrungen nach gut 2 Jahren Praxis

ZAHLUNGEN DER BEHÖRDE

Obwohl es gesetzliche Regelungen gibt, ist es schwierig, diese bei der Behörde durchzusetzen. Die Leistungen werden immer noch nicht nach den eigentlich dafür vorgesehenen gesetzlichen Regelungen (§17 SGB IX) genehmigt, auch die Höhe des Bedarfs ist immer wieder strittig. Ein Widerspruch läuft.

PERSONAL UND ORGANISATORISCHES

Die am Anfang festgelegten Schichtzeiten (2 Schichten á 7 Stunden, eine Nachtschicht á 10 Stunden) haben sich für uns bewährt. Die Pläne selbst werden inzwischen umschichtig von den Assistentinnen ausgearbeitet, was den Vorteil hat, dass jede mit den Schwierigkeiten, alle Wünsche zu berücksichtigen, konfrontiert wird. Auch nötige Krankheitsvertretungen werden inzwischen weitgehend untereinander abgesprochen. Der Anfang war allerdings durch reichlich „Versuch und Irrtum“ geprägt. Es war leichter als befürchtet,

Bewerberinnen zu finden. Aber wie immer, wenn Menschen sehr eng zusammenarbeiten, kommt es zu Konflikten, die sich in zwei Fällen nur durch eine (eilvernehmliche) Trennung haben lösen lassen. Auch sonst muss man mit Wechseln rechnen, da sich die persönlichen Verhältnisse der Assistentinnen ändern: Es wurden Ausbildungen aufgenommen, die dann nicht mehr zum Dienstplan passten, die persönliche Belastungsfähigkeit wurde überschätzt, zwei wurden schwanger. Es mussten Wege gefunden werden, eine vernünftige Kommunikation zwischen den Assistentinnen zu gewährleisten, damit nicht wichtige Informationen verloren gehen (Sind Rezepte bestellt? Gibt es Verschiebungen bei den Therapien? Ist eine Unternehmung geplant?). Kleinere Unstimmigkeiten mussten geschlichtet werden.

Sehr positiv hat sich herausgestellt, dass alle – obwohl medizinische und pflegerische Laien – sich sehr schnell nicht nur in die Pflege sondern auch in medizinische Anforderungen (z.B. Wundversorgung nach einer OP) eingearbeitet haben.

KRANKENHAUSAUFENTHALTE

In diesen zwei Jahren waren leider mehrere Krankenhausaufenthalte nötig. Selbsteingestellte Assistenten dürfen gesetzlich festgelegt mit ins Krankenhaus genommen werden – ein großer Vorteil gegenüber Menschen, die durch Pflegedienste versorgt werden. Der Schichtplan konnte auch im Krankenhaus fortgeführt werden (die „Hotelkosten“ der Assistentinnen zahlte die Krankenkasse). Die Krankenhausaufenthalte haben dadurch viel von ihrem Schrecken verloren.

Fazit

Dieses Arbeitgebermodell ist meiner Kenntnis nach die einzige Möglichkeit, auch als Mensch mit dem Hilfsbedarf einer Pflegestufe 3, als Mensch, der vollkommen auf den Rollstuhl, auf Inkontinenzprodukte, auf das Anreichen von Nahrung usw. angewiesen ist, ein dem Alter entsprechendes Leben in der eigenen Umgebung zu führen.

Wir würden es trotz aller Probleme immer wieder so machen. Allerdings würde ich beim nächsten Versuch gleich am Anfang professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. ●

Christa K.

Persönliche Assistenz kann von Menschen beantragt werden, die der Pflegestufe 2 oder 3 zugehörig sind und einen Hilfebedarf von mindestens 8 Stunden täglich haben.

Wenn das Arbeitgebermodell für Sie nicht infrage kommt, kann die Aufgaben zum Beispiel die Hamburger AssistenzGenossenschaft (HAG) für Sie übernehmen: Tel. 040 - 30 69 79 0 www.hag-eg.de

Beratung rund um die persönliche Assistenz bietet auch Autonom Leben an: Tel. 040 - 432 90 149/48 www.autonomleben.de



Fragen zum Thema Pflegerberatung

beantwortet von Kerstin Knapwerth, Heilpädagogin
und Pflegerberaterin bei der DMSG Hamburg

Wer oder was sind Pflegerberater?

Pflegerberater sind Personen, die eine Pflegerberatung im Sinne des §7a SGB XI durchführen. **Die Pflegekassen sind seit dem 1. Januar 2009 verpflichtet, Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung beantragt haben bzw. erhalten, eine umfassende, individuelle und unabhängige Beratung durch einen Pflegerberater oder eine Pflegerberaterin zu erbringen.** Seit dem 30. Juni 2011 darf dazu nur noch Personal mit einer Zusatzqualifikation eingesetzt werden, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter. Die Beratung bezieht sich auf die Auswahl und die Inanspruchnahme von Sozialleistungen sowie auf sonstige Hilfsangebote für Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf.

Welche Aufgaben haben Pflegerberater?

Sie beurteilen den persönlichen Bedarf und die Situation der einzelnen Pflegebedürftigen. Auf dieser Grundlage erstellen sie zum Beispiel einen individuellen Versorgungsplan und übermitteln Leistungsanträge an die zuständigen Kassen zur weiteren Bearbeitung beziehungsweise Genehmigung.

Wer hat Anspruch auf eine Pflegerberatung durch die Pflegekasse?

Jeder, der einen Antrag auf Pflegerleistungen stellt. Die Pflegekasse hat, insbesondere bei einem erstmaligen Antrag auf Pflegerleistungen, unmittelbar nach Antragseingang einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen durchzuführen ist. Alternativ hierzu kann die Pflegekasse auch einen Beratungsgutschein ausstellen, in dem unabhängige und neutrale Beratungsstellen (wie z. B. die Pflegestützpunkte) benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse ebenfalls innerhalb von zwei Wochen eingelöst werden kann. Auf Ihren Wunsch kommt der Pflegerberater auch nach Hause.

Was ist ein Pflegestützpunkt?

Pflegestützpunkte werden gemeinsam von den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie der Stadt Hamburg betrieben und finanziert. Die Beratung erfolgt neutral und unabhängig. Die Pflegestützpunkte arbeiten eng mit anderen Einrichtungen und Dienststellen im Bezirk zusammen. Sie informieren über die Möglichkeiten der Pflege in der eigenen Wohnung, helfen bei der Suche nach einem geeigneten Heimplatz, unterstützen bei der Beantragung von Versicherungs- und Sozialleistungen und beraten bei Finanzierungsfragen. Außerdem begleiten sie bei der Koordination einzelner

Schritte, wenn erforderlich auch über einen längeren Zeitraum.

Mehr Informationen:

www.hamburg.de/pflegestuetzpunkte

Wie können Sie unseren Mitgliedern mit Ihren Kenntnissen als Pflegerberaterin konkret helfen?

Ich kann zum Leistungsrecht der Pflegeversicherung informieren und beraten, bezüglich der Antragstellung unterstützen und auf den Begutachtungstermin des MDK vorbereiten.

Gibt es einen Bereich, in dem es besonders viele Unsicherheiten gibt?

Viele Betroffene sind vor dem Gutachtertermin sehr aufgeregt. Daher empfehle ich immer, sich anhand eines Pflegetagebuchs auf diesen Termin vorzubereiten, um ein möglichst realistisches Bild des Hilfebedarfs vermitteln zu können (Siehe S. 8). Außerdem macht es Sinn, den pflegenden Angehörigen zum Gespräch dazu zu bitten, da man in der Regel dazu neigt, den eigenen Hilfebedarf zu verharmlosen oder zu beschönigen. ●



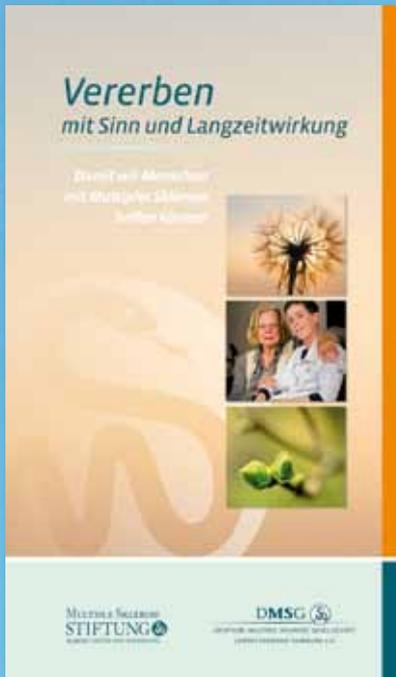
Telefonische Sprechzeit von Kerstin Knapwerth:

montags 9 - 12 Uhr

Tel. 040 - 422 44 33

knapwerth@dmsg-hamburg.de

Vererben mit Sinn und Langzeitwirkung



Damit wir Menschen mit Multipler Sklerose helfen können

In unserer neuesten Publikation informieren wir über die Vorteile des gemeinnützigen Vererbens. Wir erklären darin, warum ein Testament sinnvoll ist und was beim Verfassen beachtet werden sollte. Außerdem haben wir die wichtigsten Informationen zu Themen wie Erbfolge und Erbschaftssteuer zusammengefasst. Bitte machen Sie die Menschen in Ihrem Umfeld, die sich gerade mit diesem Thema beschäftigen, auf unsere Broschüre aufmerksam. Sie erhalten sie über unsere Geschäftsstelle oder als Download auf www.dmsg-hamburg.de.

Aufruf zum
nächsten Schwerpunkt:

Sommer: Barrierefrei und unbeschwert

Für die Gemeinsam Nr. 2/2014 ist der Schwerpunkt „Sommer: Barrierefrei und unbeschwert“ vorgesehen.

- Haben Sie Tipps für den Sommer, z. B. besonders schöne, barrierefreie Orte in Hamburg?
- Kennen Sie Hotels oder Urlaubsorte, die barrierefrei sind?
- Haben Sie Erfahrungen mit Reiseassistenten gemacht?
- Was hilft Ihnen, wenn Ihnen die Hitze im Zusammenspiel mit der MS besonders zu schaffen macht?

Wir freuen uns auf Ihre
Zuschriften!

Schreiben Sie bitte bis zum
25. April 2014 an: Deutsche
Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Hamburg e.V.
Stefanie Bethge
Eppendorfer Weg 154 - 156
20253 Hamburg
oder per Mail:
bethge@dmsg-hamburg.de

„LebensARTen“ und „together – Kunst verbindet“

Im Februar 2014 fanden gleich zwei Vernissagen von Mitgliedern der DMSG Hamburg statt. Die Ausstellung „LebensARTen“ von **Barbara Reindl** wurde am 4. Februar im Bezirksamt Wandsbek von Thomas Ritzenhoff, Leiter des Bezirksamts, eröffnet.

Ingrid Körner, die Senatskoordinatorin für die Gleichstellung behinderter Menschen, sprach am 5. Februar das Grußwort für „together – Kunst verbindet“. Die Gemeinschaftsausstellung von Künstlern des inklusiven Kunstvereins Inselatelier e.V., zu denen auch **Tatjana Kähler** gehört, ist noch bis zum 30. April im Jobcenter für schwerbehinderte Menschen zu sehen: *Beltgens Garten 2, 20537 Hamburg. Öffnungszeiten: Mo, Di, Do und Fr von 9 – 12 Uhr.*

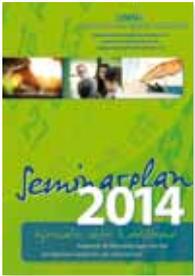


Barbara Reindl *im Bezirksamt Wandsbek*



Tatjana Kähler *im Jobcenter für schwerbehinderte Menschen*





Seminar: „Die große Wut“ Anti-Aggressionstraining bei MS

Dieses Seminar richtet sich an schwerer Betroffene

Neben Traurigkeit und Angst ist Wut die dritte große negative Emotion im Zusammenhang mit MS. Sie äußert sich in unterschiedlichen Alltagssituationen in aggressivem, explosivem und impulsivem Verhalten sich selbst und anderen gegenüber. Das Seminar vermittelt nach einer theoretischen Einführung anhand von praktischen Beispielen (auch aus der Erfahrungswelt der Teilnehmer) Möglichkeiten, Wut und Ärger rechtzeitig bei sich und anderen zu erkennen und zeigt mit Hilfe von Rollenspielen und verhaltenstherapeutisch orientiertem Kommunikationstraining Wege

aus der (psychophysischen) Eskalation, ohne dieses starke Gefühl in Zusammenhang mit MS zu leugnen.

Leitung Dipl.-Psychologe
Ulrich Simon, Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Klinischer Neuropsychologe
Termin Samstag, 27. September 2014
von 10 - 18 Uhr
Sonntag, 28. September 2014
von 10 - 13 Uhr
Ort Geschäftsstelle der DMSG
Eppendorfer Weg 154 - 156,
20253 Hamburg
Teilnehmerbeitrag 40 €
Teilnehmerzahl 8 - 12 Personen
Anmeldeschluss Freitag, 25. Juli 2014



DMSG Hamburg bei Facebook

Seit Anfang 2014 können Sie die DMSG Hamburg auch bei Facebook besuchen!

Spendenkonto

DMSG
Landesverband Hamburg e.V.
Bank für Sozialwirtschaft
Konto: 946 69 00
BLZ: 251 205 10
IBAN: DE41 2512 0510 0009 4669 00
BIC: BFSWDE33HAN

Leserbriele

Bitte schreiben Sie uns Ihre Meinung, Anregungen, Kommentare:
Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
Landesverband Hamburg e.V.
Stefanie Bethge
Eppendorfer Weg 154 - 156
20253 Hamburg
oder per Mail:
bethge@dmsg-hamburg.de
(Veröffentlichung und Kürzung der Briefe behalten wir uns vor.)

Die **Gemeinsam** liegt der **AKTIV** bei. Namentlich gekennzeichnete Beiträge sind von den Autoren selbst zu verantworten. Die Redaktion behält sich vor, Beiträge zu kürzen.

Die **Gemeinsam** ist auch im Internet als PDF-Datei abrufbar. Personen, die ihren Namen bzw. andere Angaben hier nicht veröffentlicht sehen wollen, wenden sich bitte an die Redaktion.

IMPRESSUM

Herausgeber Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Landesverband Hamburg e.V.
Eppendorfer Weg 154 - 156 | 20253 Hamburg | Tel 040 - 422 44 33 | Fax 040 - 422 44 40
www.dmsg-hamburg.de | info@dmsg-hamburg.de | **V.i.S.d.P.** Andrea Holz M. A., Geschäftsführerin | **Redaktion** Stefanie Bethge M. A. | **Gestaltung und Layout** Susanne Adamek
Bildnachweis Titel: ©photography/photocase.com, ©Gina Sanders / ©Robert Kneschke / ©Text und Gestaltung-Fotolia.com, S.3: Heike Günther, S.4: ©Melpomene-Fotolia.com, S.12: Heike Günther, S.13: ©anchelito/photocase.com, S.14: Stefanie Bethge, alle weiteren privat
Erscheinungsweise Vierteljährlich | **Auflage** 1.700 Stück | **Druck** SCHOTTdruck, Kiel

GESCHÄFTSSTELLE

Eppendorfer Weg 154 - 156
20253 Hamburg
Telefon 040 - 4 22 44 33
Telefax 040 - 4 22 44 40
info@dmsg-hamburg.de
www.dmsg-hamburg.de

Schirmherrschaft Prof. Dr. h. c. Jürgen Flimm
Vorstand Dr. Dierk Mattik (Vorsitzender), Dr. Ludwig Linder (stellv. Vorsitzender), Michaela Beier (stellv. Vorsitzende), Uwe Bär (Schatzmeister), Siegfried Bahr, Dr. Wolfgang-G. Elias, Holger Eschholz, Gisela Gerlach, Minou Hansen, Prof. Dr. Christoph Heesen, Jürgen Krüger, Markus van de Loo
Ärztlicher Beirat Prof. Dr. Christoph Heesen (Vorsitzender)
Selbsthilfebeirat Gisela Gerlach (Vorsitzende)
Geschäftsführung Andrea Holz M. A.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Stefanie Bethge M. A.

Telefon 040-422 44 33

BERATUNG

Telefonische Beratung

Montag 9 - 12 Uhr

Kerstin Knapwerth, Heilpädagogin
und Pflegeberaterin

Dienstag 14 - 17 Uhr

Johannes Wiggers, Dipl.-Sozialpädagoge

Donnerstag 9 - 12 Uhr

Tabea Fiebig, Sozialpädagogin B.A. (FH)

Freitag 9 - 12 Uhr

Betroffene beraten Betroffene
Michaela Beier und Helmut Neubacher
im wöchentlichen Wechsel

Freitag 13 - 16 Uhr

Tabea Fiebig und Johannes Wiggers
im wöchentlichen Wechsel

Persönliche Beratung und Hausbesuche
nach vorheriger Terminabsprache

Ärztlicher Beirat

Haben Sie Fragen an den Ärztlichen Beirat
der DMSG Hamburg?

Dann stellen Sie diese per Mail an:
aerztlicher.beirat@dmsg-hamburg.de

Arbeitsrechtliche Beratung (telefonisch)

Minou Hansen, Rechtsanwältin

Nur für Mitglieder!

Termine erfahren Sie in unserer Sprechstunde
oder auf www.dmsg-hamburg.de

Selbsthilfegruppen

Die Kontaktdaten unserer Gruppen können
in der Geschäftsstelle erfragt oder auf
www.dmsg-hamburg.de eingesehen werden.

Fahrdienst

Terminvereinbarung Dienstag 9 - 12 Uhr

Dr. Harry ABmann, Hartmut Dignas
(Bundesfreiwillige)

Psychologische Beratungsstelle

Universitätsklinikum Eppendorf
MS-Sprechstunde Gebäude W 34
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Mittwoch 18 - 20 Uhr

Anmeldung über unsere Geschäftsstelle
erforderlich!

MS Netz Hamburg

Eppendorfer Weg 154 - 156, 20253 Hamburg
Koordination: Birgit Brink
birgit.brink@gmx.net
www.ms-netz-hamburg.de