

Demenz

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

Die Diagnose „Demenz“ oder „Alzheimer“ löst bei Betroffenen und deren Angehörigen gleichermaßen Erschrecken und Angst aus. Um besser mit der Erkrankung umgehen zu können, ist es hilfreich, sich mit dem Krankheitsbild zu beschäftigen und sich Unterstützung zu holen. In unserem komplexen Gesundheitssystem ist es jedoch nicht immer einfach, die richtigen Leistungen oder den Zugang zu diesen zu finden.

Der vorliegende Ratgeber Demenz informiert umfassend zu Themen wie Leistungen der Pflegeversicherung, Patientenvorsorge sowie zu weiteren rechtlichen Aspekten, die bei einer Demenzerkrankung von Bedeutung sind. Ein Augenmerk liegt zudem auf der Entlastung von pflegenden Angehörigen.

Wir hoffen, dass Ihnen unser Ratgeber mit seinen Informationen ein wenig Orientierung und Sicherheit in Ihrer oft schwierigen Situation vermitteln kann.

Inhalt

Vorwort	2
Die Erkrankung	5
Umgang mit Demenzkranken	8
Rehabilitation	11
Ambulante Reha-Maßnahmen	11
Stationäre Reha-Maßnahmen	11
Allgemeines zur Rehabilitation von Demenzkranken	13
Begleitperson	13
Geriatrische Rehabilitation	14
Demenzkranke im Krankenhaus	16
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	17
Zuzahlungsregelungen	17
Zuzahlungsbefreiung	18
Sonderregelung für chronisch Kranke	21
Pflege	22
Definition „Pflegebedürftigkeit“	22
Pflegeantrag und Pflegebegutachtung	22
Inhalt des Begutachtungsverfahrens	23
Klassifikation der Selbstständigkeit	26
Berechnung des Pflegegrads	26
Bearbeitungsfristen der Pflegekasse	27
Pflegeleistungen	29
Leistungen für pflegende Angehörige	33
Soziale Sicherung	33
Pflegezeit	35
Kurzeitige Arbeitsverhinderung	36
Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	36
Familienpflegezeit	37
Pflegekurse	38
Schutz der eigenen Kräfte: Self Care	38
Behinderung	39
Definition	39
Grad der Behinderung	39
Schwerbehindertenausweis	40
Nachteilsausgleiche	41
Patientenvorsorge und Testament	43
Patientenverfügung	44
Vorsorgevollmacht	47
Betreuungsverfügung	49
Testament	51

Rechtliche Aspekte bei Demenzkranken	53
Gesetzliche Betreuung	53
Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Demenzkranken	55
Finanzen und Rechtsgeschäfte	57
Führerschein bei Demenzerkrankung	59
Ernährung bei Demenz	61
Besonderheiten bei Demenzpatienten	61
Wohnen bei Demenz	63
Wohnumfeldverbesserung	63
Wohngruppen bei Demenz	65
Stationäre Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten bei Demenz	66
Adressen	67
Impressum	68

Die Erkrankung

Demenzkrankungen sind durch den Abbau und Verlust kognitiver (geistiger) Funktionen und Alltagskompetenzen gekennzeichnet. Die Symptome einer Demenz können sehr unterschiedlich sein. Zudem ist nicht vorhersehbar ob, wann und in welcher Ausprägung sie bei den Betroffenen auftreten und welchen Verlauf die Erkrankung nimmt.

Symptome

Typische Symptome einer Demenz sind:

- Nachlassen des Kurzzeitgedächtnisses, Vergesslichkeit
- zeitliche, räumliche und persönliche Orientierungslosigkeit
- eingeschränkte Urteilsfähigkeit
- nachlassendes Denkvermögen, Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit (z.B. Lernen, Ideenfluss)
- Persönlichkeitsveränderung, Gereiztheit, Aggression
- Sprachstörungen, Störungen der Kommunikationsfähigkeit
- zielloses Herumirren, Schlafstörungen
- depressive Symptome wie Antriebsarmut, Niedergeschlagenheit und Verlust der Eigeninitiative
- Halluzinationen und Wahnvorstellungen
- Störungen des Essverhaltens: Essen von Nicht-Essbarem, Vergessen von Essen und Trinken

Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome über mindestens 6 Monate bestanden haben. Keine der genannten Symptome treten nur bei einer Demenzerkrankung auf. Sie können auch auf eine seelische Störung oder eine andere hirnorganische Erkrankung hinweisen, daher ist eine gründliche Diagnostik wichtig (siehe S. 6).

Phasen

Demenzkrankungen sind degenerative Erkrankungen (zunehmender Abbau von Gewebeteilen bzw. Nervenzellen im Gehirn), die man in drei Phasen einteilen kann:

- **frühes Stadium:** Störungen von Gedächtnis, Orientierung, Denkvermögen und Wortfindung. Der Betroffene kann sich schon nach kurzer Zeit nicht mehr an Gespräche und Handlungen erinnern, Fragen wiederholen sich, Vereinbarungen werden vergessen, anspruchsvolle Tätigkeiten können nicht mehr ausgeführt werden, die Sprache wird unpräzise.
- **mittleres Stadium:** Orientierungslosigkeit, ausgeprägte Störungen der Sprache, Verblenden der Erinnerung. Betroffene finden sich in fremder und vertrauter Umgebung nicht mehr zurecht und sind z.T. auf Unterstützung beim Waschen, Anziehen und Essen angewiesen. Sätze ergeben keinen Sinn mehr, die Erinnerung verblasst immer mehr. Verhaltensauffälligkeiten wie Unruhe, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus und unkontrollierte Gefühlsausbrüche können hinzukommen.
- **fortgeschrittenes Stadium:** Hochgradiger geistiger Abbau, zunehmende Pflegebedürftigkeit und körperliche Symptome. Das Gefühlsleben des Erkrankten bleibt jedoch erhalten. Unterstützung ist bei allen Verrichtungen im Alltag nötig. Verbale Kommunikation ist kaum mehr möglich, oft ist das Sprachvermögen des Patienten auf wenige Worte beschränkt. Durch die Schädigungen des Gehirns tritt ein Kontrollverlust des Körpers ein, der sich zum Beispiel in Schluckstörungen äußern

kann.

Die Stadien gehen fließend ineinander über, die Fähigkeiten und Defizite sind bei jedem Patienten unterschiedlich.

Ursachen und Formen

Demenzen können bis zu 100 verschiedene Ursachen und Formen haben. Dabei wird unterschieden zwischen primären und sekundären Demenzen.

- **Primäre Demenzen:** Bei primären Demenzen beginnt der Krankheitsprozess direkt im Gehirn. Die Schädigungen sind bleibend (z.B. Alzheimer-Krankheit, gefäßbedingte Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz, frontotemporale Demenz, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit).
- **Sekundäre Demenzen:** Die Demenz ist die Folge einer anderen Grunderkrankung, z.B. Parkinson, Hirntumor, Korsakowsyndrom, Depressionen. Die Grunderkrankungen sind zum Teil behandelbar und manchmal ist auch eine Rückbildung der Demenzsymptomatik möglich.

Diagnostik

Gedächtnisstörungen können viele verschiedene Ursachen haben, wie z.B. zu geringe Flüssigkeitszufuhr, Vitaminmangel, Nebenwirkungen von Medikamenten oder Depressionen. Daher ist eine frühzeitige, gründliche körperliche und neurologische Untersuchung wichtig. Dabei werden andere Erkrankungen mittels Urin- und Blutanalysen, Elektrokardiogramm (EKG) sowie bildgebenden Verfahren (CT, MRT) ausgeschlossen.

Im Anamnesegespräch erhält der Facharzt vom Betroffenen und seinen Bezugspersonen Angaben über den Zeitpunkt und das Ausmaß der auftretenden Symptome und Verhaltensauffälligkeiten, eingenommene Medikamente, andere Erkrankungen etc.

Zudem werden Gedächtnis, Sprach- und Konzentrationsfähigkeit des Patienten mit bestimmten psychologischen Tests und Fragen ermittelt. Das kann für Betroffene sehr unangenehm sein, da die Defizite unmittelbar spürbar werden. Daher sollten sie behutsam über den Sinn der Testung aufgeklärt werden.

Therapie

Eine Demenz muss ganzheitlich therapiert werden, mit Medikamenten und psychosozialen Therapien für Betroffene und Angehörige.

Eine Heilung der primären Demenzen (z.B. Demenz vom Alzheimer Typ) ist bislang nicht möglich. Sekundäre Demenzen bieten über die Therapie der Grunderkrankung zum Teil gute Heilungschancen. Therapieziel ist die Erhaltung der geistigen Leistungsfähigkeit und der Alltagskompetenzen. Bereits das Aufhalten der Erkrankung ist als Erfolg zu werten.

Nichtmedikamentöse Therapie

Psychosoziale Maßnahmen sind zentraler und notwendiger Bestandteil der Betreuung von Demenzerkrankten und ihren Angehörigen. Wichtig ist, auf die Persönlichkeit und die Geschichte des Betroffenen einzugehen und den aktuellen Krankheitsverlauf zu beachten. Überforderung, Frustration, Angst oder negative Erinnerungen können sonst die Folge sein. Grundsätzlich geht es immer darum auf den Ressourcen aufzubauen, also mit den noch vorhandenen geistigen, emotionalen, kreativen und körperlichen Fähigkeiten zu arbeiten.

- **Kognitive Verfahren:**
 - **Gedächtnistraining:** Trainiert und erhält vorhandenes Wissen; Neues lernen ist nur sehr ein-

geschränkt möglich. Problematik: Wenn die Patienten nicht erfolgreich lernen, werden sie mit ihrer eigenen Schwäche konfrontiert, was sehr belastend sein kann. Deshalb wird Gedächtnis-training meist nur in der Anfangsphase angewandt. Spielerische Trainingsformen können den Erfolgsdruck nehmen.

- **Realitätsorientierung:** Die Orientierung in Raum und Zeit kann durch Hinweise und Hilfen gefördert werden.
- **Biographiearbeit, Erinnerungsarbeit:** Frühere Erlebnisse, die im Altgedächtnis gespeichert sind, werden abgerufen, um positive Gefühle hervorzurufen. Die Biographiearbeit kann auch dabei helfen, aktuelle Verhaltensweisen und Reaktionen des Betroffenen zu verstehen.
- **Ergotherapie:** Ergotherapeutische, individuell angepasste Maßnahmen können bei Patienten mit leichter und mittelschwerer Demenz zum Erhalt der Alltagsfunktionen beitragen. Besonders hilfreich ist es, wenn die Bezugspersonen in die Therapie miteinbezogen werden.
- **Bewegungstherapie:** Körperliche Aktivität fördert die Beweglichkeit und Balance sowie die geistige Leistungsfähigkeit. Sie kann positive Gefühle vermitteln und die Selbstwahrnehmung erhalten und verbessern. Bewegungstherapie ist zudem hilfreich bei Bewegungsdrang und Weglauftendenzen und kann Schlafstörungen mindern.
- **Künstlerische Therapien:**
 - **Kunst- und Musiktherapie:** Musik hören, kreativ arbeiten und Bilder/Fotos anschauen kann je nach Lebenserfahrung des Menschen auch noch im fortgeschrittenen Stadium positive Gefühle vermitteln sowie agitiertes und aggressives Verhalten reduzieren. Aktive Musiktherapie hat zudem günstige Effekte auf psychische und Verhaltenssymptome, insbesondere auf Angst.
 - **Tanztherapie:** Bewegung und Tanz werden zur Interaktion mit dem Demenzkranken eingesetzt, was insbesondere bei einer eingeschränkten sprachlichen Kommunikation, die Ressourcen des Betroffenen stärken kann.
- **Sensorische Verfahren:**
 - **Aromatherapie:** Der Einsatz von Geruchsstoffen kann agitiertes Verhalten und andere Verhaltenssymptome bei Patienten mit mittel- bis schwergradiger Demenz positiv beeinflussen.
 - **Snoezelen/Multisensorische Verfahren:** Individuelle biographiebezogene Reize (z.B. bestimmte Musik, Lichter, Düfte) regen alle Sinne an und können Effekte auf Freude und Aktivität bei Patienten mit mäßiger und schwerer Demenz haben.
 - **Massagen/Berührungen:** Körperliche Berührung kann als Kommunikationsmittel eingesetzt werden und eine beruhigende Wirkung haben. Dabei muss aber das Bedürfnis nach Distanz und Privatsphäre des Erkrankten beachtet werden.
- **Validation:** Dabei handelt es sich um einen komplexen Ansatz für Angehörige und Pflegende, der durch positives Annehmen des Patienten, so wie er ist, Angst nimmt und Selbstvertrauen gibt.

Medikamentöse Therapie

- **Ursachenbezogen:** Bisher ist es nicht möglich, primäre Demenzen ursächlich medikamentös zu behandeln. Einige wesentliche Störungen im Gehirnstoffwechsel lassen sich jedoch mit sog. Antidementiva positiv beeinflussen, die den Verlauf der Krankheit 1–2 Jahre aufhalten können. Wegen der Vielzahl möglicher Ursachen werden oft Substanzen mit unterschiedlichen Wirkansätzen angewendet. Häufig bringt auch erst eine Kombination verschiedener Medikamente Erfolg. Manche Patienten profitieren sehr gut von den Medikamenten, andere überhaupt nicht.
- **Symptomatisch:** Begleiterscheinungen der Krankheit, wie ein gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, Wahnvorstellungen, Ruhelosigkeit, Niedergeschlagenheit oder Aggressionen, lassen sich durch

entsprechende Medikamente behandeln. Ihr Einsatz erfordert jedoch viel Wissen und Erfahrung sowie eine genaue Beobachtung des Patienten, da eine falsche Dosierung die Krankheit verschlimmern und die kognitive Leistung herabsetzen kann.

Eine neue Leitlinie mit dem aktuellen Stand der Forschungen zu Diagnostik, Behandlung und Therapie der Demenz ist 2016 vom AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) veröffentlicht worden und kann unter www.awmf.org unter dem Suchbegriff „Demenz“ eingesehen werden.

Umgang mit Demenzkranken

Es ist für Demenzkranke und Menschen, die mit ihnen zusammenleben oder sie betreuen, schwer mit der Erkrankung und den damit einhergehenden Veränderungen zurechtzukommen.

Die Demenz beeinträchtigt die kognitive Leistungsfähigkeit, das Denkvermögen und auch die Persönlichkeit und das Verhalten des Erkrankten. Die zunehmende Orientierungslosigkeit, das „Nicht-mehr-Verstehen“ der Umwelt und die fremd gewordenen Mitmenschen, verunsichern die Patienten oder vermitteln ihnen Versagensgefühle.

Um zu verhindern, dass die Erkrankten für die schwierigen Verhaltenssymptome verantwortlich gemacht werden, sind diese als „herausforderndes Verhalten“ konzeptionalisiert worden. Damit ist gemeint, dass Angehörige gefordert sind, ihr Verhalten oder die Umgebung zu reflektieren und zu verändern, da die Symptome des Erkrankten oft Ausdruck von einer für ihn unangenehmen, schwierigen oder ängstigenden Situation sind.

Sich in den Kranken hineinversetzen

Es ist wichtig, sich immer wieder in den Patienten hineinzusetzen und zu versuchen zu verstehen, wie es sich anfühlen könnte, dass einem Namen, Termine und Zusammenhänge entfallen, dass die Welt einen durch den geistigen Abbau „bedroht“, Vertrautes fremd wird und man sich machtlos fühlt.

Annehmen von Hilfe

Wenige Patienten erkennen ihre Erkrankung. Sie reagieren zum Teil mit Misstrauen und Ablehnung, weil sie Dinge und Menschen um sich herum nicht mehr richtig einordnen können. Das Annehmen von Hilfe ist für Demenzkranke oftmals sehr schwierig. Die Konfrontation mit den eigenen Defiziten verletzt die Erkrankten und kann leicht Abwehr erzeugen. Deshalb ist es wichtig, Erfolgserlebnisse zu schaffen und den Demenzkranken zu ermuntern, bestimmte Aufgaben im Alltag alleine zu verrichten, beispielsweise den Tisch zu decken oder Geschirr abzutrocknen.

Sozialer Rückzug

Bei vielen Demenzkranken, vor allem bei denen, die alleine leben, fällt die Demenzerkrankung in der ersten Zeit nicht auf. Verhaltensweisen, die einen Hinweis auf eine Demenz geben können, sind z.B. Rückzug aus dem Freundeskreis oder das Aufgeben eines Hobbys.

Angstzustände und Antriebslosigkeit sind typische Symptome einer Depression aber auch einer Demenz, die jeweils medikamentös behandelt werden können. Sie verstärken sich bei Patienten, die von der Außenwelt isoliert leben und keinen Kontakt mehr nach außen zulassen. Bekannte sollten bei Verdacht auf Demenz ärztliche Hilfe in die Wege leiten.

Halluzinationen

Teil der Erkrankung kann es sein, Dinge zu sehen, zu riechen oder zu hören, die in Wirklichkeit nicht da sind (Halluzinationen). Teilweise kann es auch zu Wahnvorstellungen kommen, z.B. bestohlen worden zu sein. Diese Wahrnehmungen können Furcht und aggressives Verhalten auslösen. Angehörige sollten nie versuchen, dem Patienten seine Überzeugungen auszureden, sondern ggf. einen Arzt kontaktieren, der die Symptome medikamentös behandeln kann.

Aggressionen

Oft werden Angehörige und Pflegekräfte vom Patienten beschimpft, beleidigt oder sogar tötlich angegriffen. Meist resultieren solche Verhaltensweisen aus Angst oder dem Eindruck, sich nicht verständlich machen zu können. Mit dem Wissen um die Krankheit und dem Verständnis für die psychischen Auswirkungen auf den Menschen kann mit solchen Vorfällen besser umgegangen werden. Auf keinen Fall sollte man derartiges Verhalten persönlich nehmen. Dem Patienten sollte so weit wie möglich Verständnis entgegengebracht werden, auch wenn es schwer fällt.

Kommunikation

Folgendes sollte bei der Kommunikation mit Demenzkranken beachtet werden:

- Den Patienten zum Reden ermuntern, ohne ihn zu überfordern. Möglicherweise gibt es eine Tageszeit (meist morgens und vormittags), zu der Gespräche besser gelingen, da der Patient dann sein persönliches Tageshoch hat.
- Kurze und einfache Sätze formulieren. Diese klar und deutlich wiederholen, wenn die sprachliche Verständigung durch die Krankheit schon eingeschränkt ist.
- Einfache Fragen stellen, die mit Ja oder Nein zu beantworten sind.
- Wichtige Dinge konkret mit Zeit, Ort und Namen nennen und mehrmals wiederholen.
- Diskussionen auf der Sachebene vermeiden. Der Erkrankte versteht besser, wenn man ihm auf der emotionalen, also auf der Beziehungsebene begegnet und seine Gefühle wahrnimmt und erwidert. Die kognitiven Fähigkeiten sind bei Demenzkranken beeinträchtigt, Appelle an ihr Gedächtnis („Du weißt doch, dass...“) sind sinnlos.
- Gute Anknüpfungspunkte, um mit Demenzkranken ins Gespräch zu kommen, sind Themen aus deren Vergangenheit. Oftmals gelingen Gespräche über den früheren Beruf etc., allerdings schwindet das Erinnerungsvermögen immer mehr.
- Emotionen, z.B. Ängste oder Unruhe, wahrnehmen und darauf reagieren. Hilfreich ist, dazu Körpersprache und Körperkontakt einzusetzen. Selbst sehr verwirrte Patienten reagieren auf angemessene Berührungen und Mimik des Gegenüber. Das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit kann von Angehörigen oder Pflegekräften manchmal leichter „ohne Worte“ vermittelt werden.

Alltag und Tagesrhythmus

Ein geregelter und gleich bleibender Tagesablauf gibt dem Demenzkranken Sicherheit, z.B. das Aufstehen, Waschen, Ankleiden und das gemeinsame Frühstück in immer wiederkehrenden, identischen Abläufen.

Diese Tätigkeiten soll er (wenn nötig unter Anleitung) soweit wie möglich selbstständig durchführen. Eine Aufgabe zu haben, die nicht überfordert, ist gut für das Selbstbewusstsein des Patienten. Das Gefühl, gebraucht zu werden, und die Fähigkeiten, die beim Kranken noch vorhanden sind, sollten so weit wie möglich erhalten und gefördert werden. Im Umfeld des Patienten sollte man möglichst nichts verändern.

Tag-Nacht-Rhythmus

Einige Demenzkranke haben einen sehr unruhigen Schlaf, sie gehen nachts umher oder können Tag und Nacht nicht mehr unterscheiden. Dies ist besonders für die Angehörigen anstrengend, da sie nicht mehr zu ihrer Nachtruhe kommen. In solchen Fällen ist es hilfreich, strukturierte soziale und körperliche Aktivitäten mit dem Patienten zu unternehmen, z.B. einen langen Spaziergang. Außerdem ist eine klare Hell-Dunkel-Abgrenzung vorteilhaft, das heißt: tagsüber viel Licht, nachts wenig; dabei sind aber ggf. die Orientierungslosigkeit und die Sturzgefahr zu beachten.

Der betreuende Arzt sollte über die Störung informiert werden, damit er entscheiden kann, ob ein Medikament gegeben werden kann, das den Tag-Nacht-Rhythmus wiederherstellt.

Rehabilitation

Bei der Demenz handelt es sich um eine fortschreitende Erkrankung. Die Therapieziele liegen daher im weitestmöglichen Erhalt von Aktivitäten und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bei größtmöglicher Vermeidung von Behinderung und deren Folgen.

Bei demenzkranken Menschen, die nicht mehr im Berufsleben stehen, ist der Kostenträger für eine Medizinische Rehabilitation die Krankenkasse. Voraussetzungen für eine Medizinische Reha durch die Krankenkasse ist immer der Antrag durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Einrichtung sowie das Bestehen einer Krankenversicherung.



Praxistipp!

Besteht keine Krankenversicherung kann unter Umständen der Sozialhilfeträger im Rahmen der sog. „Krankenhilfe“ einspringen.

Grundsätzlich gilt bei Medizinischer Rehabilitation: Ambulant vor stationär.

Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht.

Ambulante Reha-Maßnahmen

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht.

Ambulante Reha-Maßnahmen werden wohnortnah durchgeführt. Der Patient wohnt zu Hause und besucht tagsüber 4 bis 6 Stunden die behandelnde Einrichtung. Eine ambulante Reha-Maßnahme hat immer Vorrang vor einer stationären.

Voraussetzungen

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht für den angestrebten Reha-Erfolg nicht aus.
- Die ambulante Reha-Maßnahme wird in Vertragskliniken bzw. Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Kliniken mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt. Ob eine ambulante Reha in einer Einrichtung ohne Versorgungsvertrag stattfinden darf, muss im Einzelfall immer vom Sozialversicherungsträger geprüft werden.

Dauer

Eine ambulante Reha-Maßnahme dauert in der Regel 20 Behandlungstage. Aus medizinischen Gründen ist eine Verlängerung möglich.

Stationäre Reha-Maßnahmen

Bei einer stationären Medizinischen Reha wohnt der Patient für die Zeit der Reha-Maßnahme in einer entsprechenden Einrichtung und wird dort versorgt.

Voraussetzungen

- Eine ambulante Reha-Maßnahme reicht nicht aus.
- Die stationäre Aufnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Die stationäre Reha-Maßnahme wird in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag durchgeführt.

Dauer

Stationäre Reha-Maßnahmen dauern in der Regel 3 Wochen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.

Antrag

Den Antrag auf eine Medizinische Reha-Maßnahme beim zuständigen Träger sollte der Arzt gemeinsam mit dem Patienten stellen. Erforderlich sind zudem eine ärztliche Bescheinigung, Arztbericht(e) und der sog. „Selbstauskunftsbogen“.

Der Leistungsumfang bei Reha-Maßnahmen liegt im Ermessen des Sozialversicherungsträgers und wird aufgrund medizinischer Erfordernisse festgelegt.

Erkennt der behandelnde Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er bei der Krankenkasse einen Antrag stellen. Kommt nach Ansicht der Krankenkasse eine Reha-Maßnahme und sie selbst als Kostenträger in Betracht, dann bekommt der Arzt die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ zugeschickt. Falls der Antrag bei einem anderen Kostenträger (z.B. Rentenversicherung) gestellt werden muss, wird dies von der Krankenkasse mitgeteilt.

Eigentlich genügt bei den Anträgen auf Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Es ist jedoch empfehlenswert, dass der Arzt die Notwendigkeit der Medizinischen Reha ausführlich begründet. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. Es kann durchaus sein, dass der MDK über das ärztliche Attest hinaus den Patienten zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

Zwischen zwei bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen der medizinischen Vorsorge. Ausnahmen macht die Krankenkasse nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden.

Wahl der Reha-Einrichtung

Ist der Kostenträger die Krankenkasse, kann der Patient selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse. Diese versucht, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Erkrankung des Versicherten, den Wünschen des Patienten zu entsprechen.

Praxistipp!

Das „Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen“ enthält einen Überblick über rund 1.500 Reha-Kliniken. Es erscheint jedes Jahr im Verlag MMI und liegt z.B. in Beratungsstellen aus. Adressen von

Reha-Kliniken können auch unter www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.

Zuzahlungen

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung siehe S. 17.

Allgemeines zur Rehabilitation von Demenzkranken

Für Demenzpatienten gibt es spezielle Einrichtungen, die in der Regel an neurologische Reha-Kliniken angeschlossen sind. Diese nennen sich z.B. „Alzheimer Therapie Zentrum“.

Dort werden der Patient und sein pflegender Angehöriger aufgenommen. Die Krankenkasse ist Kostenträger der stationären Reha-Maßnahme, der Angehörige ist als Begleitperson mit dabei (s.u.).

Das Reha-Angebot teilt sich auf in

- einen Betreuungs- und Beschäftigungsteil für den Demenzpatienten und
- einen Informationsteil für den Angehörigen. Inhalt der Angehörigenbetreuung sind Informationen über die Krankheit und deren Auswirkungen, Entlastungsmöglichkeiten sowie der Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen wie Aggressionen.

Ziel der Reha-Maßnahme ist, dass der Demenzpatient möglichst lange in häuslicher Umgebung verbleiben kann.



Wer hilft weiter?

Es gibt derzeit noch kein flächendeckendes Angebot solcher Reha-Einrichtungen im Bundesgebiet. Adressen vermittelt z.B. die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, siehe Adressteil S. 67.

Begleitperson

Eine Begleitperson im Sinne der Krankenversicherung ist eine Person, die während eines Klinik- oder Reha-Aufenthaltes ständig anwesend ist. Bei Demenzkranken kann möglicherweise der pflegende Angehörige als Begleitperson mitkommen.

Die Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus wird von der Krankenkasse bezahlt, wenn sie aus medizinischen und therapeutischen Gründen notwendig ist. In Einzelfällen tritt die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers für die Kosten ein.

Zwingende medizinische Gründe sind:

- Gefährdung der Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen, z.B. bei Trennung des Demenzkranken von Bezugspersonen.
- Ständiger Betreuungsbedarf des rehadürftigen Patienten aufgrund von schwerer Behinderung, der nicht von der Reha-Einrichtung geleistet werden kann.
- Die Begleitperson soll therapeutische Verfahren, Verfahrensregeln und/oder die Nutzung technischer Hilfen einüben. Allerdings zahlt die Krankenkasse die Mitaufnahme dieser Begleitperson nur dann, wenn diese Schulung nicht am Wohnort der Begleitperson möglich ist. Die Zeit für die

Einübung und Anleitung der Begleitperson kann kürzer sein als die Reha des Patienten.

Die Begleitperson und der Patient müssen nicht verwandt sein.

Kosten

Der Begleitperson entstehen keine zusätzlichen Kosten. Die Kosten der Mitaufnahme werden von der Krankenkasse mit Zahlung des allgemeinen Pflegesatzes abgegolten. Für die Kostenübernahme ist die Bestätigung des Krankenhausarztes über die medizinische und therapeutische Notwendigkeit der Mitaufnahme bzw. der Kureinrichtung über den günstigen Einfluss auf den Behandlungsverlauf erforderlich.

Fahrten

Ist eine Mitaufnahme der Begleitperson aus familiären, psychologischen, räumlichen oder sonstigen Gründen nicht möglich, kann die Kasse die Kosten für die täglichen Fahrten für eine Person anstelle der Mitaufnahme erstatten. Auch hier ist ein ärztliches Attest notwendig.



Wer hilft weiter?

Kostenträger und Ansprechpartner für die Begleitperson ist in den meisten Fällen die Krankenkasse. Unter Umständen kann aber auch das Sozialamt die Leistung übernehmen und damit Ansprechpartner sein.

Geriatrische Rehabilitation

Wenn ein Demenzkranker beispielsweise bei einem Sturz einen Oberschenkelhalsbruch erleidet und eine Reha-Maßnahme sinnvoll ist, sollte diese in einer geriatrischen Reha-Einrichtung stattfinden. Geriatrische Reha-Einrichtungen sind besonders auf Patienten mit Mehrfacherkrankungen ausgerichtet.

Es gibt die geriatrische Reha in **ambulanter und stationärer Form**. Allerdings muss genau geprüft und begründet werden, ob es sich um einen geriatrischen Patienten handelt, da sonst keine geriatrische Reha genehmigt werden kann, sondern evtl. eine Anschlussheilbehandlung oder eine Medizinische Reha beantragt werden sollte.

Die Geriatrie beschäftigt sich mit den Krankheiten des alternden und alten Menschen. Nicht jeder ältere Patient ist gleichzeitig ein geriatrischer Patient. Von einem geriatrischen Patient wird gesprochen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre und älter).
- geriatrietypische Mehrfacherkrankung (mindestens zwei behandlungsbedürftige Krankheiten und deren Folgen, z.B. Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite, Demenz, [Harn-] Inkontinenz, Depression, Angststörung, chronische Schmerzen, Gebrechlichkeit, starke Sehbehinderung, ausgeprägte Schwerhörigkeit).
- Gefährdung des Patienten durch altersbedingte Funktionseinschränkungen mit besonderem rehabilitativen, somatopsychischen und psychosozialen Handlungsbedarf.
- Schwierigkeiten in sozialen Situationen.

Geriatrische Patienten müssen aufgrund von Multimorbidität und Komplikationen oft akutmedizi-

nisch behandelt, überwacht und gleichzeitig rehabilitativ versorgt werden.

Folgende Ereignisse können typischerweise eine geriatrische Rehabilitation erfordern:

- Schlaganfall
- hüftgelenksnahe Frakturen
- Operationen mit Total-Endoprothesen von Hüfte und Knie
- Gliedmaßenamputation bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder diabetischem Gefäßleiden

Die geriatrische Reha kann, je nach individuellem Bedarf, unter anderem folgende Maßnahmen umfassen:

- kontinuierliche ärztliche Diagnostik und Behandlung
- Pflege mit Schwerpunkt auf aktivierend-therapeutischer Pflege
- Krankengymnastik, Bewegungs- und Ergotherapie, Logopädie, Physikalische Therapie
- (neuro-)psychologische und psychotherapeutische Behandlung
- soziale Beratung

Voraussetzungen

- Der Patient ist ein geriatrischer Patient.
- Er ist rehabilitationsbedürftig.
- Er ist rehabilitationsfähig.
- Es liegt eine positive Reha-Prognose vor.
- Das angegebene Reha-Ziel ist realistisch und alltagsrelevant.

Ausschlusskriterien für die geriatrische Rehabilitation sind u.a.:

- fehlende Zustimmung des Patienten zur Reha.
- Begleiterkrankungen oder Symptome, die eine aktive Teilnahme an der Reha-Maßnahme verhindern, wie z.B. Desorientiertheit, Weglauftendenz, schwere psychische Störungen wie schwere Depression oder akute Wahnsymptomatik.

Ziel

Das Ziel der geriatrischen Reha ist neben der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, dass ältere Menschen trotz Erkrankungen und Einschränkungen eine größtmögliche Selbstständigkeit erreichen bzw. erhalten.

Antrag

Der Antrag auf eine geriatrische Reha kann sowohl vom behandelnden Hausarzt als auch von einem Krankenhaus, in dem der geriatrische Patient behandelt wird, gestellt werden. Dieser wird dann mit einer ärztlichen Begründung zur zuständigen Krankenkasse geschickt.

Der Patient kann eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten.

Zuständigkeiten

Kostenträger ist die Krankenkasse. Ein Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) prüft, ob die genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Entscheidung über Art, Dauer, Umfang und Beginn der Reha trifft die Krankenkasse.

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 € täglich bei ambulanter und stationärer Rehabilitation, begrenzt auf maximal 28 Tage im Kalenderjahr.

Demenzkranke im Krankenhaus

Ein Krankenhausaufenthalt ist für viele Menschen schwierig: täglich mehrfacher Wechsel des Krankenhauspersonals (behandelnde Ärzte, Pflegende, Reinigungskräfte), Wechsel der Zimmernachbarn, unterschiedliche Behandlungen und Untersuchungen, evtl. Narkosen, fremde Umgebung, fehlende räumliche und zeitliche Orientierungsmöglichkeiten. Diese Belastungen können einen demenzkranken Patienten leicht überfordern.

Vorbereitung auf den Aufenthalt

Tipps zur Vorbereitung eines stationären Aufenthalts von Menschen mit Demenzerkrankung:

- Einweisung in ein Krankenhaus nur dann, wenn es unbedingt notwendig ist.
- Alle Untersuchungen, die ambulant gemacht werden können, sollten im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes durchgeführt werden.
- Die Aufnahme sollte zu einem Zeitpunkt stattfinden, an dem der Patient sein Tageshoch hat.
- Er sollte von einem Angehörigen begleitet werden der, wenn möglich, als Begleitperson mit aufgenommen wird. Dabei sollten Angehörige aber auch die eigenen Grenzen im Auge behalten (siehe S. 38).
- Wichtig ist, das Pflegepersonal über die Gewohnheiten und Verhaltensauffälligkeiten zu informieren. Während des Krankenhausaufenthaltes sollte darauf geachtet werden, dass Brillen und Hörgeräte wie gehabt eingesetzt werden. Eventuell gibt es weitere Orientierungshilfen wie Uhren, Kalender oder Fotos von Angehörigen.
- Die Klinikärzte brauchen Informationen zur aktuellen Medikation des Patienten, um Medikamente, die eine weitere Bewusstseinsstörung hervorrufen können, nach Möglichkeit zu meiden.

Ziel bei der Versorgung dementer Patienten im Krankenhaus sollte eine frühzeitige Entlassung sein. Voraussetzung dafür ist aber, dass die Versorgung in der häuslichen Umgebung sichergestellt ist. Dies erfordert die Zusammenarbeit von Klinikarzt, Sozialdienst, Angehörigen, ambulanten Pflegediensten und dem Hausarzt. Im Idealfall gibt es vor Ort Senioren- und Demenzberatungsstellen, die miteinbezogen werden können.



Praxistipp!

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. hat einen „Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus“ und ein Begleitheft entwickelt. Die Informationsblätter und weiteres Material zum Download finden Sie unter www.deutsche-alzheimer.de > Unser Service > Informationsblätter. Die Servicenummer der Alzheimer Gesellschaft e.V. findet sich im Adressteil ab Seite 67.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Bei vielen ärztlichen Verordnungen müssen Patienten zu bestimmten Leistungen Zuzahlungen entrichten. Da dies gerade für chronisch kranke Menschen eine finanzielle Belastung darstellt, gibt es hier besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. „Belastungsgrenze“ ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

Für die Verordnung von Gesundheitsleistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gelten unterschiedliche Zuzahlungsregelungen.

Arznei- und Verbandmittel

Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Arznei- oder Verbandmittels.

	Preis = Zuzahlung
bis 5 €	
5 € bis 50 €	5 €
50 € bis 100 €	10 % des Preises
ab 100 €	10 €

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

Unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe bezahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind. Für Patienten lohnt es sich immer, aktiv nach kostengünstigeren Alternativen zu fragen.

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physio- oder Ergotherapie.

Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen, z.B. Prothesen oder Rollstühle.

Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, z.B. saugenden Bettschutzeinlagen, beträgt die Zuzahlung 10 % je Packung, maximal jedoch 10 € monatlich.

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient zu Hause von Fachpersonal versorgt wird.

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.

Soziotherapie

Soziotherapie ist die ambulante Betreuung schwer psychisch kranker Menschen.

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und gegebenenfalls die Kinderbetreuung übernimmt.

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag an die Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung.

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Fahrtkosten (für medizinisch angeordnete Fahrten), mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten der Fahrt.

Zuzahlungsbefreiung

Wer im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leistet (sog. „Belastungsgrenze“), kann sich und seine Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreien lassen bzw. erhält den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass insbesondere chronisch Kranke, Menschen mit Behinderung, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden.

Ist ein Ehepaar bei verschiedenen Krankenkassen, dann errechnet eine Kasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und teilt dies der anderen Kasse mit. Die Krankenkasse stellt dem Versicherten ggf. eine **Zuzahlungsbefreiung** aus, sodass dieser für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten muss.

Berechnung der Belastungsgrenze

Alle Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet. Dasselbe gilt auch bei eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften.

Ausnahme: Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die dieser evtl. leisten muss, nicht als Familienzuzahlung berechnet. Beim Familieneinkommen werden allerdings beide Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

Angehörige des Versicherten sind z.B.:

- Ehepartner.
- Kinder bis zum 18. Geburtstag.
- Kinder ab dem 18. Geburtstag, wenn sie familienversichert sind.
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz).

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft beziehungsweise Partner einer nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.355 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.570 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.356 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.678 €.
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.356 €.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen bei selbstständiger Tätigkeit.
- Krankengeld.
- Arbeitslosengeld.
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der über 300 € bzw. beim doppelten Bezugszeitraum über 150 € liegt.
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung.
- Einnahmen von Angehörigen im gemeinsamen Haushalt (Ehepartner, familienversicherte Kinder, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner). Nicht hierzu zählen Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilfegesetz.
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) übersteigt.
- Altersrente.
- Witwen-/Witwerrente und andere Renten wegen Todes.
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem BVG.

Nicht zu den Einnahmen zählen zweckgebundene Zuwendungen, z.B.:

- Kindergeld.
- Elterngeld in Höhe von 300 € bzw. 150 € (bei doppeltem Bezugszeitraum).
- Landeserziehungsgeld.
- Ausbildungsförderung (BAföG).
- Pflegegeld.
- Blindenhilfe.
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner.
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG.
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG.
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese der Grundrente nach dem BVG entspricht oder geringer ist.
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“.

Berechnungsbeispiel
Ehepaar mit 2 Kindern: Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.355 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.712 € (2 x 7.356 €)
davon 2% = Belastungsgrenze: 198,66 €
Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 198,66 € im Jahr übersteigen, verzichtet die Krankenkasse auf darüber hinausgehende Zuzahlungen.

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d.h.: Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 98,16 €, bei chronisch Kranken 49,08 €.

Praxistipps!

- Da die Belastungsgrenze erst im Nachhinein wirksam ist, sollten Patienten immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Verschiedene Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2-%ige Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung ausgestellt.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Für chronisch kranke Menschen, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine reduzierte Belastungsgrenze: Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen.

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer sich wenigstens ein Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens 1 Mal pro Quartal in ärztlicher Behandlung befindet und **mindestens eines** der folgenden Kriterien erfüllt:

- Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad von mindestens 3.
- Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60. GdB oder GdS muss durch eine schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Voraussetzungen

Diese reduzierte Belastungsgrenze gilt seit 1.1.2008 nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder therapiegerechtes Verhalten nachweisen kann. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen, schweren geistigen Behinderungen oder Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Für die reduzierte Belastungsgrenze gelten abhängig vom Alter zudem folgende Regelungen:

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen.
- Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an einer Krebsart erkranken, für die Krebsvorsorgeuntersuchungen angeboten werden, müssen die Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben.
- Gesundheitsuntersuchungen und Beratung müssen mittels einer ärztlichen Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten dokumentiert werden (sog. „Präventionspass“). Ausgenommen von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind schwerbehinderte Menschen mit einem GdB über 60 und Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad von mindestens 3.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Pflege

Das zweite Pflegestärkungsgesetz hat wichtige Veränderungen für Betroffene mit Demenz angestoßen. Wurden bisher vor allem körperliche Einschränkungen bei der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit berücksichtigt, erfasst das neue Begutachtungsverfahren nun auch Beeinträchtigungen, die bei Demenzpatienten ohne körperliche Gebrechen auftreten. Es wird ab sofort auch die Betreuung und Anleitung von Demenzerkrankten bei der Vergütung von Pflegeleistungen berücksichtigt.

Damit die Pflegeversicherung Leistungen übernimmt, müssen immer die folgenden 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Pflegebedürftigkeit **und**
- Vorversicherungszeit.

Die Vorversicherungszeit ist erfüllt, wenn innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Antragstellung mindestens 2 Jahre in die Pflegeversicherung eingezahlt wurde oder eine Familienversicherung bestanden hat. Familienversicherte Kinder erfüllen die Vorversicherungszeit, wenn ein Elternteil sie erfüllt.



Praxistipp!

Besteht kein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung oder sind diese nicht ausreichend, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt „Hilfe zur Pflege“ beantragt werden.

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind

- Menschen, die gesundheitlich bedingt in ihrer Selbstständigkeit beeinträchtigt sind und deshalb die Hilfe von anderen benötigen sowie
- Menschen, die körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Die Beeinträchtigungen müssen dauerhaft, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, bestehen, um Leistungen von der Pflegekasse erhalten zu können.

Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

Pflegeleistungen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden. Damit die Leistungen genehmigt werden können, muss der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder ein anderer unabhängiger Gutachter die Pflegebedürftigkeit feststellen.

Den Antrag auf Pflegeleistungen können neben dem Versicherten auch Familienangehörige oder Bekannte stellen, wenn diese dazu bevollmächtigt sind. Antragsformulare sind bei den Pflegekassen erhältlich.

Der Gutachter schaut sich die Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation des Pflegebedürftigen sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen an. Anhand eines einheitlichen Begutach-

tungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen (siehe S. 24). Zudem gibt er Empfehlungen zur Optimierung der Pflegesituation, also zu präventiven oder rehabilitativen Leistungen, Hilfs- und Pflegemitteln oder Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung. Dadurch soll ermöglicht werden, dass der Pflegebedürftige möglichst lange in seinem häuslichen Umfeld bleiben kann.

Sobald die Pflegekasse das Gutachten erhalten hat, weist sie dem Pflegebedürftigen einen Pflegegrad zu und sendet dem Antragsteller einen **Leistungsbescheid**. Der Bescheid enthält neben dem Pflegegrad auch Angaben zu den genehmigten Leistungen der Pflegeversicherung. Ist nach Einschätzung des Gutachters eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten, kann der Bescheid auf bis zu 3 Jahre befristet werden.

Ist der Pflegebedürftige mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann er innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen.

Ist vorhersehbar, dass sich der Pflegegrad in absehbarer Zeit ändert, kann in angemessenen Abständen ein Wiederholungsgutachten durchgeführt werden. Der erneute Begutachtungstermin wird abhängig von der im Pflegeplan des Erstgutachtens genannten Prognose festgelegt. Bei Kindern wird ein Wiederholungsgutachten in der Regel nach 2 Jahren durchgeführt.

Soll nicht der MDK, sondern ein anderer unabhängiger Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden, muss die Pflegekasse dem Antragsteller mindestens 3 Gutachter zur Auswahl nennen. Der Antragsteller muss der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb von einer Woche mitteilen.



Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können oft mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend bis zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt vorübergehend „Hilfe zur Pflege“ beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab.

Inhalt des Begutachtungsverfahrens

Beim neuen Begutachtungsverfahren wird die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen (sog. Modulen) ermittelt. Der Blick richtet sich darauf, was der Pflegebedürftige noch selbstständig ausüben kann und wobei er Unterstützung braucht. Dabei werden verschiedene Kriterien mit Punktwerten versehen, die je nach Modul unterschiedlich gewichtet werden. Die Gesamtbewertung ergibt die Einstufung in einen von 5 Pflegegraden.

Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) unter www.mds-ev.de > Richtlinien/Publikationen > Pflegeversicherung > Pflegebegutachtung - Rechtliche Grundlagen heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

Module

Die zu bewertenden Module umfassen folgende Einzelkriterien:

1. Mobilität

- Positionswechsel im Bett
- Halten einer stabilen Sitzposition
- Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- Treppensteigen

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- Örtliche Orientierung
- Zeitliche Orientierung
- Erinnern an wesentliche Ergebnisse oder Beobachtungen
- Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen
- Erkennen von Risiken und Gefahren
- Mitteilen elementarer Bedürfnisse
- Verstehen von Aufforderungen
- Beteiligen an einem Gespräch

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder schädigendes Verhalten
- Beschädigen von Gegenständen
- Körperlich aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression
- Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

4. Selbstversorgung

- Waschen des vorderen Oberkörpers
- Körperpflege im Bereich des Kopfs (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)
- Waschen des Intimbereichs
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare
- An- und Auskleiden des Oberkörpers
- An- und Auskleiden des Unterkörpers
- Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken
- Essen
- Trinken
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma
- Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma
- Ernährung parental oder über Sonde

5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

- Medikation
- Injektion (unter die Haut oder in den Muskel)
- Versorgung intravenöser Zugänge (Port)
- Absaugen oder Sauerstoffgabe
- Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen
- Messung und Deutung von Körperzuständen
- Körpernahe Hilfsmittel
- Verbandwechsel und Wundversorgung
- Versorgung mit Stoma
- Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmitteln
- Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
- Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung
- Arztbesuche
- Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden)
- Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Stunden)
- Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern
- Einhaltung einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

- Gestaltung eines Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- Ruhen und Schlafen

- Sich beschäftigen
- Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Weitere Module: Außerhäusliche Aktivität (7) und Haushaltsführung (8)

Auch Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei außerhäuslichen Aktivitäten (7) und bei der Haushaltsführung (8) werden erfasst. Die Module 7 und 8 dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und finden bei der Berechnung des Pflegegrads keine Berücksichtigung. Der Gutachter macht im Gutachten ggf. Empfehlungen zu Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen, welche die Pflegekasse berücksichtigen muss. Hierdurch soll erreicht werden, dass der Pflegebedürftige in seiner Selbstständigkeit gezielt gefördert und unterstützt wird.

Klassifikation der Selbstständigkeit

Die Punktebewertung der einzelnen Kriterien erfolgt anhand der Beurteilung der Selbstständigkeit. Diese ist wie folgt definiert:

- **Selbstständig:** Es besteht die Fähigkeit eine Handlung oder Aktivität alleine, d.h. ohne Unterstützung einer anderen Person, aber ggf. mit Nutzung von Hilfsmitteln, durchzuführen.
- **Überwiegend selbstständig:** Der größte Teil der Aktivität kann alleine durchgeführt werden. Die Pflegeperson muss nur unterstützend tätig werden, z.B. durch Zurechtlegen von Gegenständen, einzelne Handreichungen, Aufforderungen oder um die Sicherheit zu gewährleisten.
- **Überwiegend unselbstständig:** die Aktivität kann nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchgeführt werden, aber eine Beteiligung ist möglich. Diese setzt ggf. eine ständige Anleitung oder Motivation voraus und Teilschritte müssen übernommen werden.
- **Unselbstständig:** Die Aktivität kann nicht eigenständig durchgeführt werden, auch nicht teilweise. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Die Pflegeperson muss nahezu alle (Teil-) Handlungen übernehmen. Eine minimale Beteiligung des Pflegebedürftigen ist nicht zu berücksichtigen.

Berechnung des Pflegegrads

Für die Ermittlung des Pflegegrads werden die Punktwerte der einzelnen Module addiert. Die Summen werden dann je nach Modul unterschiedlich gewichtet. Das soll sicherstellen, dass besonders wichtige Module entsprechend in die Berechnung des Pflegegrads miteinfließen.

Die Module werden wie folgt gewichtet:

Modul	Inhalt	Gewichtung
1	Mobilität	10 %
2 oder 3*	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten oder Verhaltensweisen und psychische Probleme	15 %
4	Selbstversorgung	40 %
5	Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %

Modul	Inhalt	Gewichtung
6	Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte	15 %

* Besonderheit bei den Modulen 2 und 3: Nur das Modul mit dem höheren Punktwert fließt mit 15 % in die Berechnung ein.

Aus den gewichteten addierten Punktwerten der 5 Module wird der Gesamtpunktwert (0-100) errechnet, der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt. Daraus leitet sich der Pflegegrad ab.

Pflegegrade

Die Pflegebedürftigkeit wird in 5 Pflegegrade eingeteilt. Sie bilden die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten des Betroffenen ab.

Pflegegrad	Punktwert	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
1	12,5 bis unter 27	Geringe
2	27 bis unter 47,5	Erhebliche
3	47,5 bis unter 70	Schwere
4	70 bis unter 90	Schwerste
5	90 bis 100	Schwerste mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Die Einstufung in einen Pflegegrad entscheidet über die Leistungen, die der Pflegebedürftige von der Pflegekasse erhält.

Bearbeitungsfristen der Pflegekasse

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse normalerweise innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden. Dadurch soll eine zeitnahe Versorgung mit Pflegeleistungen sichergestellt werden.

Wichtiger Hinweis:

Durch die umfassenden Neuregelungen des Begutachtungsverfahrens sind die Bearbeitungsfristen der Pflegekasse **bis zum 31.12.2017 ausgesetzt!**

Erst ab dem 1.1.2018 gelten wieder folgende Fristen:

- 5 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet.
- 2 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet und ein Angehöriger Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat.
- 1 Woche, wenn sich der Antragssteller im Krankenhaus, in einer stationären Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz befindet oder wenn er eine ambulante Palliativversorgung erhält. Diese Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.

Werden die 5-Wochen-Frist oder andere Begutachtungsfristen nicht eingehalten, muss die Pflegekasse ab dem 1.1.2018 für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € an den Antragsteller zahlen.

Eilbegutachtungsverfahren

Stellen Patienten, bei denen während eines Aufenthalts in einer (Reha-)Klinik eine Pflegebedürftigkeit offensichtlich wird, einen Antrag auf Pflegeleistungen, muss der MDK unverzüglich eine Pflegebegutachtung durchführen. Bei diesem sog. „Nahtlosigkeitsantrag“ kann der Kliniksozialdienst helfen.

Der MDK führt die Begutachtung in der Regel nach Aktenlage durch (sog. „Überleitungsgutachten“) und leitet anschließend seine Empfehlung an die Pflegekasse weiter. Diese muss innerhalb einer Woche über die Bewilligung oder Ablehnung eines vorläufigen Pflegegrads entscheiden. Dieses Verfahren soll einen schnellen und reibungslosen Übergang vom Krankenhaus in eine Pflegeeinrichtung oder nach Hause sicherstellen. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch, wenn der Antragssteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

Nach Entlassung aus der (Reha-)Klinik wird dieser vorläufige Pflegegrad durch den MDK im Rahmen einer persönlichen Begutachtung überprüft.

Vorteil dieser Überleitungs-Vorgehensweise ist, dass die Zahlungen der Pflegekasse ab Antragstellung laufen, sodass die notwendigen Dienste von Anfang an getragen werden.

Höherstufung

Liegt bereits ein Pflegegrad vor und der Pflegeaufwand erhöht sich deutlich, sind ein erneuter Antrag und in der Regel ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. „Änderungsgutachten“) nötig, damit der Pflegebedürftige in einen höheren Pflegegrad eingestuft werden kann.

Ein höherer Pflegegrad kann auch in einem Wiederholungsgutachten festgestellt werden.



Praxistipps!

- Wenn absehbar ist, dass neben einer Pflegeperson aus dem sozialen Umfeld noch ein ambulanter Pflegedienst hinzugezogen werden muss, sollte am besten von Anfang an eine Kombination von Geldleistung und Pflegesachleistung (Kombinationsleistung) beantragt werden.
- Beim Antrag nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle zusätzlichen Beeinträchtigungen, z.B. Sehfehler, sowie Begleiterscheinungen angeben.
- Vorhandene ärztliche Unterlagen gleich mit dem Antrag einreichen, z.B. Entlassungsberichte von Krankenhäusern oder Reha-Kliniken, Bescheinigungen des Hausarztes, Gutachten, Atteste.
- Wurde der Antrag auf Pflegeleistungen gestellt, besteht ein Anspruch auf Pflegeberatung.

Beginn der Leistungen

Wann die Leistungen der Pflegekasse beginnen, hängt vom Datum der Antragstellung und vom Beginn der Pflegebedürftigkeit ab. Die Pflegekasse leistet

- ab dem Datum der Antragstellung, wenn der Versicherte an diesem Tag seit weniger als einem Monat pflegebedürftig ist.
- ab dem 1. des Monats der Antragstellung, wenn der Versicherte am Tag der Antragstellung schon länger als einen Monat pflegebedürftig ist.
- ab dem tatsächlichen Eintritt der Pflegebedürftigkeit, wenn der Antrag bereits gestellt wird, wenn die Pflegebedürftigkeit noch nicht vorliegt.

Pflegeleistungen

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung wird unterschieden zwischen häuslicher, teilstationärer und stationärer Pflege.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Folgende Leistungen können bei häuslicher Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige, die von einer selbst organisierten, nicht professionellen Pflegekraft zu Hause versorgt werden. In der Regel handelt es sich dabei um nahe Angehörige. Die Pflegebedürftigen sind dafür verantwortlich, dass sie mit dem Pflegegeld die erforderlichen Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe sicherstellen, z.B. indem sie das Pflegegeld als finanzielle Anerkennung an ihre pflegenden Angehörigen weitergeben.

Pflegesachleistung

Pflegesachleistungen sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung, die von ambulanten Pflegediensten in der häuslichen Umgebung erbracht werden. Der Pflegedienst rechnet monatlich direkt mit der Pflegekasse ab.

Kombinationsleistung

Nimmt der Pflegebedürftige Sachleistungen nur teilweise in Anspruch, erhält er zudem anteiliges Pflegegeld. An die Entscheidung, zu welchen Teilen er Geld- und Sachleistungen erhalten möchte, ist er in der Regel 6 Monate gebunden.

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen im Jahr. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag (siehe Tabelle S. 30) kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Pflegeberatung und -kurse

Jeder, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, hat Anspruch auf eine Pflegeberatung und bekommt dafür einen festen Ansprechpartner vor Ort. Zudem können Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen Beratung und Pflegekurse in Anspruch nehmen.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die häuslich gepflegt werden, haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von 125 € monatlich. Der Betrag wird als Kostenerstattung für anerkannte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger oder zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei der Alltagsgestaltung gewährt. Er dient zur Erstattung von Leistungen, im Zusammenhang mit

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag oder
- Leistungen des ambulanten Pflegedienstes. Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 sind Leistungen aus dem Bereich Selbstversorgung (Modul 4) ausgenommen.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung zahlt Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise, wenn nicht ein anderer Kostenträger (z.B. die Krankenversicherung) vorrangig leistet. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, die die selbstständige Lebensführung fördern. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. saugende Bettschutzeinlagen) auf 40 € monatlich begrenzt.

Leistungen bei häuslicher Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld monatlich	–	316 €	545 €	728 €	901 €
Pflegesachleistungen monatlich	(Anspruch über Entlastungsbeitrag: 125 €)	bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €
Ersatzpflege (bis zu 6 Wochen; Angaben beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr.)					
... durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte	–	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
... durch nahe Angehörige *	–	bis zu 474 € (316 € x 1,5)	bis zu 817,50 € (545 € x 1,5)	bis zu 1.092 € (728 € x 1,5)	bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5)

* Handelt es sich bei der Ersatzpflegekraft um eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihm lebt, dürfen die Kosten den Betrag des 1,5-fachen des jeweiligen monatlichen Pflegegelds (entspricht dem Pflegegeld für 6 Wochen) **je Kalenderjahr** nicht überschreiten. Jedoch können **nachweisbare** zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstaufschlag bei der Pflegekasse geltend gemacht werden. Während der Ersatzpflege hat der Pflegebedürftige nur am ersten und letzten Tag Anspruch auf das volle Pflegegeld. An den übrigen Tagen erhält er nur die Hälfte des Pflegegelds.

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, besteht ein Anspruch auf teilstationäre Pflege. Teilstationäre Pflege bedeutet, dass der Pflegebedürftige entweder tagsüber oder nachts in einer stationären Einrichtung (Tages- oder Nachtpflege) versorgt und die restliche Zeit zu Hause von Angehörigen gepflegt wird. Die Pflegekasse übernimmt dabei die Pflege-

kosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. „Hotelkosten“) muss der Pflegebedürftige selbst tragen.

Leistungen bei teilstationärer Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich	(Anspruch über Entlassungsbetrag: 125 €)	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €

Leistungen bei stationärer Pflege

Eine vollstationäre Pflege im **Pflegeheim** ist erforderlich, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht (mehr) möglich ist. Die Pflegekasse zahlt dann abhängig vom Pflegegrad einen pauschalen Sachleistungsbetrag (Pflegesatz) an das Pflegeheim.

Leistungen bei stationärer Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen; Angaben je Kalenderjahr)	(Anspruch über Entlassungsbetrag: 125 €)	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
Vollstationäre Pflege monatlich	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

Ebenso wie bei der Tages- oder Nachtpflege muss der Pflegebedürftige die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst bezahlen.

Zudem muss ein **Eigenanteil** gezahlt werden, den die Pflegekassen mit dem Heim vereinbaren. Er ist bei allen Pflegegraden gleich hoch.

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre Kurzzeitpflege nötig werden. Diese ist auf maximal 8 Wochen und maximal 1.612 € im Jahr begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.224 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

Kurzzeitpflege ist auch möglich, wenn die Pflegebedürftigkeit noch keine 6 Monate besteht. Sie kann unter bestimmten Voraussetzungen auch in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen erbracht werden.



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber „Pflege“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter Telefon: 030 3406066-02, Mo-Do von 8-18 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > Pflegeversicherung > Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare > Empfehlungen zum Leistungsrecht findet man im „gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-VG“ ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele, u.a. zur Ersatzpflege (S. 156-175).

Leistungen für pflegende Angehörige

Angehörige, die einen Demenzkranken pflegen, sind oft stark belastet. Die Pflegeversicherung bietet verschiedene Leistungen an, die sie bei ihrer wichtigen Tätigkeit unterstützen sollen.

Soziale Sicherung

Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 zu Hause pflegen, werden von der Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen sozial abgesichert. Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung und sichert die Pflegeperson über die Unfallversicherung ab, zum Teil gibt es Zuschüsse zur Krankenversicherung.

Unfallversicherung

Die Pflegeperson steht während der pflegerischen Tätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim kommunalen Unfallversicherungsträger melden.



Praxistipps!

- Adressen unter www.dguv.de > unten bei den Quicklinks unter „Unfallkassen“.
- Nähere Informationen bietet die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit - Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bestellung oder Download unter www.bmas.de > Service > Publikationen > Suchbegriff „Unfallversicherungsschutz“.

Rentenversicherung

Die Pflegeversicherung zahlt der Pflegeperson Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Pflegeperson pflegt nicht erwerbsmäßig einen oder mehrere Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage pro Woche, in deren häuslicher Umgebung.
- Die Pflegeperson ist nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig.

Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Pflegegrad der zu pflegenden Person. Die Pflegekasse meldet die rentenversicherungspflichtige Pflegeperson beim zuständigen Rentenversicherungsträger und führt die Beiträge ab.

Die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen werden auch während eines Urlaubs bis zu 6 Wochen im Jahr von der Pflegeversicherung weiterbezahlt.

Auch Pflegepersonen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (z.B. während der Familienpflegezeit) nachgehen, bekommen zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekasse.



Praxistipp!

Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“. Diese

kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Service > Broschüren > Vor der Rente heruntergeladen werden.

Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege

Erhält ein Pflegebedürftiger „Hilfe zur Pflege“ vom Sozialamt, werden unter Umständen die Beiträge zur Alterssicherung für die Pflegeperson vom Sozialamt übernommen.

Besonderheit

Die Leistungen zur sozialen Sicherung werden auch weiterbezahlt für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Pflegebedürftigen oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur Medizinischen Rehabilitation.

Krankenversicherung

Ihre Krankenversicherung muss eine Pflegeperson selbst bezahlen. Eine soziale Absicherung wie bei Unfall- und Rentenversicherung gibt es hier in der Regel nicht. Ist eine beitragsfreie Familienversicherung der Pflegeperson nicht möglich, besteht die Möglichkeit der freiwilligen Krankenversicherung.

Auf Antrag bezuschusst die Pflegekasse die Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung:

- wenn nur eine freiwillige Krankenversicherung möglich ist.
- bei der Inanspruchnahme der vollen Pflegezeit.
- wenn Pflegepersonen einer geringfügigen Beschäftigung (Minijob) nachgehen.

Pflegepersonen, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, sind darüber auch krankenversichert. Dies gilt z.B. während der Pflegezeit oder Familienpflegezeit. Bei vielen älteren Pflegepersonen läuft die Rentnerkrankenversicherung weiter.

Arbeitslosenversicherung

Für Pflegende, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich an regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.



Wer hilft weiter?

Auskünfte erteilen die Unfallversicherungsträger, die Pflegekassen, das Sozialamt oder die örtliche Agentur für Arbeit.

Pflegezeit

Für berufstätige Angehörige gibt es einen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um einen nahen Angehörigen zu pflegen. Die Pflegezeit kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson in der Regel ohne Gehalt von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung in Form von Reduzierung bzw. Verteilung der Arbeitszeit ist möglich. Für die Pflegezeit kann ein zinsloses Darlehen beantragt werden (siehe Praxistipp S. 37).

Voraussetzungen

Um Pflegezeit beantragen zu können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Häusliche Pflege eines nahen, pflegebedürftigen Angehörigen.
- Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen durch die Pflegekasse oder den MDK.
- Schriftliche Anmeldung der Pflegezeit beim Arbeitgeber. Die Freistellung muss 10 Tage vor Pflegebeginn beim Arbeitgeber angekündigt werden. Dabei muss der Zeitraum der Pflegezeit und der Umfang der teilweisen Freistellung festgelegt sein.

Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht erst ab einer Betriebsgröße von 15 Beschäftigten. Der Arbeitgeber muss bei einer teilweisen Freistellung den Wünschen des Arbeitnehmers entsprechen, außer es gibt betriebliche Gründe, die dem entgegenstehen.

Dauer

Die Pflegezeit beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen maximal 6 Monate. Eine Aufteilung der Pflegezeit in mehrere getrennte Abschnitte ist nicht möglich. Die Pflegezeit kann nur einmal zusammenhängend in Anspruch genommen werden. Mit der erstmaligen Inanspruchnahme der Pflegezeit ist ein weiterer Anspruch hierauf erloschen; eine Verlängerung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich (s.u.).

Soll im Anschluss an die Pflegezeit Familienpflegezeit genommen werden, muss dies dem Arbeitgeber innerhalb von 3 Monaten, spätestens 8 Wochen vor Ende der Pflegezeit, mitgeteilt werden. Die Familienpflegezeit muss unmittelbar an die Pflegezeit anschließen. Familienpflegezeit und Pflegezeit dürfen zusammen längstens 24 Monate dauern.

Vorzeitige Beendigung der Pflegezeit

Ist der Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder ist eine häusliche Pflege nicht mehr möglich, endet die Pflegezeit 4 Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Der Arbeitgeber muss darüber unverzüglich informiert werden. Solche Umstände können z.B. Tod des Pflegebedürftigen, Unterbringung in einem Heim oder finanzielle Engpässe der Pflegeperson sein.

Liegen keine entsprechenden schweren Umstände vor und die Pflegezeit soll trotzdem vorzeitig beendet werden, so ist dies von der Zustimmung des Arbeitgebers abhängig.

Verlängerung der Pflegezeit

Für einen kürzeren Zeitraum in Anspruch genommene Pflegezeit kann bis zur Höchstdauer von 6 Monaten verlängert werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt und die Verlängerung sich unmittelbar an den ersten Zeitabschnitt anschließt. Eine Verlängerung kann z.B. dann notwendig sein, wenn die Pflege von der zukünftigen Pflegeperson zum vereinbarten Zeitpunkt nicht angetreten werden kann.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Eine Sonderform der Pflegezeit ist die kurzzeitige Freistellung eines Arbeitnehmers für bis zu 10 Arbeitstage, worauf jeder Arbeitnehmer unabhängig von der Betriebsgröße einen Anspruch hat. Diese sog. „kurzzeitige Arbeitsverhinderung“ kann bei einer unerwartet eingetretenen Pflegesituation genutzt werden.

In dieser Zeit kann z.B. die Pflege des Angehörigen organisiert oder die pflegerische Versorgung sichergestellt werden. Die Dauer der Arbeitsverhinderung muss dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden. Dieser kann auch eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der Arbeitsverhinderung verlangen. Lohnfortzahlungen kann es geben, wenn im Arbeits- oder Tarifvertrag eine entsprechende Regelung enthalten ist.

Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Wenn die Pflegeperson während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung kein Gehalt mehr bekommt, kann sie Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragen.

Sie benötigt dazu eine ärztliche Bescheinigung. Das Pflegeunterstützungsgeld gilt als Einnahme zum Lebensunterhalt und wird beim Bezug einkommensabhängiger Sozialleistungen berücksichtigt.

Voraussetzungen

Die Pflegeperson erhält keinen Lohn vom Arbeitgeber und kein Kinderpflege-Krankengeld.

Höhe

Es werden 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts bezahlt, maximal jedoch 70 % der Beitragsbemessungsgrenze, das entspricht 2017 maximal 101,50 € pro Tag. Einmalzahlungen werden bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nicht berücksichtigt.

Sozialversicherung der Pflegeperson für die Zeit des Pflegeunterstützungsgelds

- Die Pflegeperson erhält auf Antrag einen Zuschuss zur Kranken- und Rentenversicherung, jeweils über die Hälfte des Pflichtbetrags (auf 80 % des laufenden Arbeitsentgelts).
- Ist eine Familienversicherung möglich, wird sie darüber krankenversichert.
- In der Pflegeversicherung besteht Beitragsbefreiung.
- Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung zahlt die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen.
- In die Unfallversicherung wird nicht eingezahlt.
- Bei Minijobs zahlen die gesetzlichen und privaten Pflegekassen die Sozialversicherungsbeiträge zur Renten- und Krankenversicherung.

Familienpflegezeit

In der Familienpflegezeit reduziert ein Arbeitnehmer maximal 2 Jahre lang seine Arbeitszeit, um einen Angehörigen zu pflegen. Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehen aufgestockt werden. Die Familienpflegezeit ergänzt und erweitert die Pflegezeit.

Voraussetzungen

Um die Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen, muss die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des MDK nachgewiesen werden. Es besteht ein Rechtsanspruch auf die Familienpflegezeit, wenn ein Unternehmen mehr als 25 Mitarbeiter hat.

Dauer und Beendigung

- Im Rahmen der Familienpflegezeit können Arbeitnehmer ihre Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden reduzieren.
- Die Familienpflegezeit darf maximal 24 Monate dauern.
- In der Familienpflegezeit besteht Kündigungsschutz.

Kombination mit Pflegezeit

Wird sowohl Familienpflegezeit als auch Pflegezeit genommen, dürfen beide Leistungen zusammen maximal 24 Monate betragen, davon die Pflegezeit maximal 6 Monate. Die Kombination muss immer nahtlos erfolgen.

Soll nach der Pflegezeit für denselben Angehörigen eine Familienpflegezeit anschließen, muss der Arbeitnehmer dies spätestens 3 Monate vor Beginn der Familienpflegezeit beim Arbeitgeber schriftlich ankündigen.

Soll nach der Familienpflegezeit für denselben Angehörigen eine Pflegezeit anschließen, muss der Arbeitnehmer dies spätestens 8 Wochen vor Beginn der Pflegezeit schriftlich beim Arbeitgeber ankündigen.

Kinderpflege-Krankengeld der Krankenkasse wird auf diese Leistungen zeitlich nicht angerechnet.

Beendigung

Vorzeitig beendet wird die Pflegephase 8 Wochen nachdem

- eine Änderung eingetreten ist, wegen der mindestens eine der genannten Voraussetzung nicht mehr erfüllt ist.
- der Arbeitnehmer die wöchentliche Mindestarbeitszeit von 15 Stunden aufgrund gesetzlicher und berufsgruppenbezogener Bestimmungen (z.B. Tarifverträge) unterschreitet.

Ausnahme: Wird die wöchentliche Mindestarbeitszeit wegen der Einführung von Kurzarbeit unterschritten, führt das nicht zu einer vorzeitigen Beendigung der Familienpflegezeit.

Praxistipps!

- Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für

Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich.

- Eine kostenlose Broschüre „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ zur Familienpflegezeit kann beim Bundesfamilienministerium heruntergeladen werden unter www.bmfsfj.de > Service > Publikationen > Suchbegriff „Vereinbarkeit Familie und Pflege“.

Pflegekurse

Um pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegekräfte bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen und pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern, bietet die Pflegekasse Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtlich tätige Pflegepersonen an.

Pflegekurse vermitteln Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege und können auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Oft werden diese Kurse von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen angeboten. Die Teilnahme ist für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegehelfer kostenlos.



Wer hilft weiter?

Informationen zu Pflegekursen geben Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste und Pflegekassen.

Schutz der eigenen Kräfte: Self Care

Auch wenn man den Demenzkranken so gut wie möglich unterstützen und alles dafür tun möchte, dass es ihm gut geht: die Kraft von Angehörigen ist endlich.

Pflegende Angehörige sind oft gleichermaßen körperlich und psychisch belastet, denn Pflege kostet Zeit, ist anstrengend und es ist oft schwer, die Krankheit des Angehörigen auszuhalten. Sie sollten daher auch auf ihre eigenen Kräfte achten, ihre Grenzen nicht überschreiten und aktiv um Hilfe und Unterstützung bitten, z.B. bei Nachbarn, Freunden oder anderen Angehörigen.



Praxistipps!

- Ein Ratgeber, der vor allem auf die psychische Belastung abzielt, wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) und der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung (DPtV) herausgegeben. Er kann unter www.bagso.de > Publikationen > Titel: „Entlastung für die Seele - ein Ratgeber für pflegende Angehörige“ (Publikation Nr. 31) bestellt werden.
- Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bietet online psychologische Hilfe, Entlastung und Fachinformationen unter www.pflegen-und-leben.de.
- Für Personen, die über längere Zeit die Pflege eines Angehörigen übernehmen, empfiehlt sich zwischendurch eine „Auszeit“ zu nehmen, um wieder Kraft tanken zu können. Pflegende Frauen können dafür auch Einrichtungen des Müttergenesungswerks nutzen. Näheres unter www.muettergenesungswerk.de.

Behinderung

Demenz führt mit Fortschreiten der Erkrankung dazu, dass der Betroffene mit einigen Beeinträchtigungen zurechtkommen muss. Dann kann es sein, dass er den Status einer (Schwer-) Behinderung erhält. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. „Nachteilsausgleiche“, verbunden.

Definition

Wann jemand als „behindert“ oder „schwerbehindert“ gilt, ist im SGB IX genau definiert.

Als **behindert** nach § 2 Abs. 1 SGB IX gelten Menschen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit zu einer Beeinträchtigung führt, die für einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt.

Sie sind von Behinderung bedroht, wenn diese Beeinträchtigungen zu erwarten sind.

Als **schwerbehindert** nach § 2 Abs. 2 SGB IX gelten Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50.

Gleichstellung

Unter bestimmten Voraussetzungen kann von der Agentur für Arbeit auf Antrag die Gleichstellung erteilt werden. Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von **weniger als 50, aber mindestens 30**, erhalten die Gleichstellung, wenn sie dadurch einen geeigneten Arbeitsplatz er- oder behalten können.

Gleichgestellte haben, wie schwerbehinderte Menschen, einen besonderen Kündigungsschutz. Sie haben jedoch keinen Schwerbehindertenausweis und **keinen** Anspruch auf Zusatzurlaub, Altersrente für schwerbehinderte Menschen oder Erleichterungen im Personenverkehr.

Der Antrag auf Gleichstellung muss unmittelbar bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts und eines Schreibens des Arbeitgebers, der den Antragsteller als schwerbehinderten Menschen einstellen bzw. weiterbeschäftigen würde. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden.

Grad der Behinderung

Der Grad der Behinderung (GdB) ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund einer gesundheitlichen Störung.

Für die Feststellung des GdB gibt es bundesweite Richtlinien, die sog. „**Versorgungsmedizinischen Grundsätze**“. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des Grads der Behinderung. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesjustizministerium unter www.bmas.de > Service > Medien > Publikationen gefunden werden.

Bestimmend für die Beurteilung des GdB ist das Ausmaß der bleibenden Ausfallerscheinungen. Dabei sind der neurologische Befund, die Ausfallerscheinungen im psychischen Bereich unter Würdigung der prämorbidem Persönlichkeit und gegebenenfalls das Auftreten von zerebralen Anfällen zu beachten. Bei der Mannigfaltigkeit der Folgezustände von Hirnschädigungen kommen für die GdB-Beurteilung Sätze zwischen 20 und 100 in Betracht.

Grundsätze der Gesamtbewertung von Hirnschäden:

- **Hirnschäden**
 - mit geringer Leistungsbeeinträchtigung: GdB 30–40
 - mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung: GdB 50–60
 - mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung: GdB 70–100
- **Hirnschäden mit psychischen Störungen**
 - leicht (im Alltag sich gering auswirkend): GdB 30–40
 - mittelgradig (im Alltag sich deutlich auswirkend): GdB 50–60
 - schwer: GdB 70–100
- **Zentrale vegetative Störungen als Ausdruck eines Hirnschadens (z.B. Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus)**
 - leicht: GdB 30
 - mittelgradig: GdB 40
 - erhebliche Auswirkungen auf den Allgemeinzustand: GdB 50
- **Hirnschäden mit kognitiven Leistungsstörungen**
 - leicht: GdB 30–40
 - mittelgradig (z.B. Aphasie mit deutlicher bis sehr ausgeprägter Kommunikationsstörung): GdB 50–80
 - schwer: GdB 90–100

Liegen mehrere Funktionsstörungen vor, so werden die einzelnen Werte **nicht** zusammengerechnet, sondern es werden die einzelnen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit betrachtet und daraus ein Gesamtgrad der Behinderung festgelegt, der der Behinderung insgesamt gerecht wird.

Wer hilft weiter?

Zuständig für die Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) ist das **Versorgungsamt**, wenn er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z.B. durch einen Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung.

Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis kann ab einem GdB von 50 ausgestellt werden. Er belegt die Art und Schwere der Behinderung und muss vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen in Anspruch genommen werden.

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag des Betroffenen. Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich.

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleitscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. psychische Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.

Nach der Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) wird vom Versorgungsamt ein sog. **Feststellungsbescheid** zugesendet.



Praxistipp!

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung hinzu, dann sollte beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung** des GdB gestellt werden.

Gültigkeitsdauer

Der Ausweis wird in der Regel für längstens **5 Jahre** ausgestellt.

Ausnahme: Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden. Bei Kindern und Jugendlichen gelten andere Regelungen.

Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens **2 Mal verlängert** werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.

Nachteilsausgleiche

Wurde vom Versorgungsamt ein GdB festgestellt, können verschiedene „Nachteilsausgleiche“ in Anspruch genommen werden. Diese sollen dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderung soweit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom Merkzeichen, welche die Art der Behinderung kennzeichnen, und vom Grad der Behinderung (GdB). Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merk-

zeichen können unter www.betanet.de mit den Suchbegriffen „GdB“ oder „Merkzeichen“ gefunden werden.

- Nähere Informationen rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber „Behinderung“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderung gibt das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo–Do von 8–20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen Servicestellen.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das Integrationsamt.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der Integrationsfachdienst.

Patientenvorsorge und Testament

Im Idealfall sollten sich Menschen Gedanken über den Bereich Patientenvorsorge machen und Maßnahmen treffen, wenn sie noch gesund sind. Spätestens im Anfangsstadium einer Demenz sollten persönliche Wünsche und Vorstellungen für die Zeit festgelegt werden, in der die Krankheit so fortgeschritten ist, dass der Patient nicht mehr für sich selbst entscheiden kann.

Voraussetzung für entsprechende Regelungen ist, dass der Patient noch geschäftsfähig ist und rechtliche Entscheidungen treffen kann. Um Zweifeln an der Geschäftsfähigkeit vorzubeugen, sollte ein Facharzt die Geschäftsfähigkeit attestieren.

Vorsorgemöglichkeiten

Im Rahmen der Patientenvorsorge kann mit Hilfe verschiedener Dokumente für die Zeit vorgesorgt werden, in der die Fähigkeit, Entscheidungen für sich und persönliche Angelegenheiten zu treffen, nicht mehr vorliegt:

- **Patientenverfügung:** Damit legt man schriftlich fest (ohne Einschaltung eines fremden Entscheiders), wie in bestimmten medizinischen Situationen die Behandlung in der letzten Lebensphase erfolgen soll.
- **Vorsorgevollmacht:** Diese Form ist sinnvoll, wenn man für den Fall der eigenen Hilflosigkeit eine Vertretung wünscht und eine absolut vertrauenswürdige Person kennt, die diese Vertretung übernehmen möchte.
- **Betreuungsverfügung:** Dabei handelt es sich um eine schriftliche Willensäußerung, die dem Betreuungsgericht vorschlägt, wer im Falle einer Betreuung die persönlichen Angelegenheiten übernehmen soll oder auf keinen Fall übernehmen sollte. Zudem können auch Wünsche und Vorstellungen festgelegt werden, die der Betreuer und das Gericht zu berücksichtigen haben. Betreuer werden vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Geltungsdauer und Missbrauch

Grundsätzlich kann der Ersteller alle Möglichkeiten der Patientenvorsorge jederzeit widerrufen oder abändern. Das sollte auf alle Fälle den entsprechenden Personen bzw. Institutionen mitgeteilt werden. Macht die bevollmächtigte Person absprachewidrig oder vorzeitig von der Vollmacht Gebrauch, kann die Vollmacht sofort widerrufen und evtl. Schadensersatz verlangt werden.

Zentrales Versorgungsregister

Die Kenndaten einer Vorsorgevollmacht (z.B. Name und Adresse des Vollmachtgebers und des Bevollmächtigten), einer Betreuungsverfügung sowie einer Patientenverfügung (nur im Zusammenhang mit einer Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung) können beim Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert werden. Das Zentrale Vorsorgeregister hilft den Gerichten beim Auffinden dieser Dokumente. Die Betreuungsgerichte können vor Anordnung einer Betreuung klären, ob es eine Vorsorgevollmacht gibt. Ergänzend kann zudem angegeben werden, ob die Vorsorgevollmacht auch Anordnungen oder Wünsche zu einer Betreuungsverfügung und/oder Patientenverfügung enthält. Beim Vorsorgeregister werden keine Inhalte hinterlegt. Die Adresse des Vorsorgeregisters finden Sie im Adressteil, S. 67.



Wer hilft weiter?

- Informationen geben Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte, Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter 0231 7380730 oder 030 28444840 oder 089 2020810.

Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung für schwerste, lebensbedrohliche Krankheitssituationen in der letzten Lebensphase, die die vom Verfasser gewünschte Pflege und ärztliche Behandlung bzw. Nichtbehandlung möglichst genau für Situationen benennt, in denen er sich selbst nicht mehr dazu äußern kann.

Mit einer Patientenverfügung kann man z.B. Regelungen für den Fall der Bewusstlosigkeit, Wünsche für die Sterbephase oder die Schmerztherapie festlegen.

Eine Patientenverfügung kann die „Garantiepflicht“ des Arztes aufheben, Leben zu erhalten oder zu retten.

Wichtig ist, dass die Festlegungen in der Patientenverfügung auf die dann aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen:

- Treffen die Festlegungen der Patientenverfügung auf die Situation zu, muss der Betreuer/Bevollmächtigte dem Patientenwillen Geltung verschaffen, d.h.: Enthält die Patientenverfügung eine Entscheidung über die Einwilligung/Nichteinwilligung in bestimmte Untersuchungen, Heilbehandlungen, ärztliche Eingriffe etc., die auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation zutrifft, ist eine Einwilligung des Betreuers/Bevollmächtigten in die anstehende ärztliche Behandlung nicht erforderlich, da der Betreute/Vollmachtgeber (= Patient) diese Entscheidung bereits selbst getroffen hat und diese für den Betreuer/Bevollmächtigten bindend ist.
- Treffen die Festlegungen der Patientenverfügung auf die Situation nicht zu oder gibt es keine Patientenverfügung, so muss der Betreuer/Bevollmächtigte den mutmaßlichen Patientenwillen ermitteln. Dies geschieht mit Bezug auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen oder sonstige persönliche Wertvorstellungen des Patienten.

Genehmigung ärztlicher Maßnahmen durch Betreuungsgericht

Wenn medizinische Eingriffe derart schwerwiegend sind, dass der Patient sterben oder einen schweren, länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte, muss das Betreuungsgericht diese genehmigen, d.h.: Die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers/Bevollmächtigten in schwerwiegende medizinische Eingriffe bedürfen der Genehmigung. Diese Genehmigung ist zu erteilen, wenn die medizinische Maßnahme bzw. das Unterbleiben einer medizinischen Maßnahme dem Willen des Patienten entspricht.

Aber: Eine Genehmigung ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer/Bevollmächtigtem und behandelndem Arzt Einvernehmen über den Patientenwillen besteht. Die Patientenverfügung ist hierbei entscheidendes Kriterium und bindend.

Sterbebegleitung - Sterbehilfe

Eine Patientenverfügung bezieht sich auf den Bereich der passiven Sterbebegleitung und der Schwerstkrankenpflege. Sie muss vom Arzt beachtet werden, da er ansonsten der Körperverletzung

bezüglich werden kann.

Verbindlich ist allerdings nur, was rechtlich erlaubt ist, d.h.: Der Wunsch nach aktiver/direkter Sterbehilfe darf nicht erfüllt werden. Die Patientenverfügung kann verbindlich nur Wünsche zu Sterbegleitung, Schwerstkrankenpflege und passiver bzw. indirekter Sterbehilfe enthalten.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen gelten bei der Patientenverfügung:

- Sie muss schriftlich erteilt werden.
- Der Ersteller einer Patientenverfügung muss volljährig und einwilligungsfähig sein.
- Sie muss Ort, Datum und eigenhändige Unterschrift beinhalten.
- Ergänzungen und Streichungen müssen ebenfalls mit Ort, Datum und Unterschrift dokumentiert werden.

Bindungswirkung

Die Bindungswirkung einer Patientenverfügung für den Arzt ist dann am höchsten, wenn

- der Wille des Verfassers bezüglich ärztlicher Maßnahmen eindeutig und sicher nachvollzogen werden kann und
- eindeutig daraus hervorgeht, dass der Verfasser bei der Niederschrift im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte war und
- die Aktualität der Unterschriften von Verfasser und dem die Einwilligungsfähigkeit bezeugenden Arzt (nicht länger als 2 Jahre, besser 1 Jahr) gesichert ist.

Damit die gewünschten ärztlichen Maßnahmen in der Patientenverfügung auch wirklich eindeutig beschrieben sind, ist es empfehlenswert, ausführliche Gespräche mit Ärzten und/oder Intensiv- oder Palliativfachkräften insbesondere in Bezug auf eigene evtl. bereits bekannte Erkrankungen, ihre Folgen und ihre Behandlung bzw. Nichtbehandlung zu führen.

Inhalte

Die Patientenverfügung beinhaltet die genaue, detaillierte und persönlich begründete Aufzählung von spezifischen Behandlungs- und Pflegewünschen bzw. den Verzichtswunsch. Pauschalformulierungen ohne klaren Aussagewert brauchen vom Arzt nicht beachtet zu werden, z.B.: „Ich möchte keine ärztlichen Maßnahmen, die mein Leiden und Sterben verlängern.“ Dies kann zwar einleitend formuliert werden, muss jedoch dann konkretisiert werden.

Folgende Situationen sollten genau beschrieben sein:

- Formen einer eventuellen Intensivtherapie.
- Wann soll bzw. soll nicht reanimiert werden?
- Wann soll eine bzw. keine Schmerztherapie durchgeführt werden?
- Welche Folgen werden in Kauf genommen, welche nicht?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Beatmung gewünscht?
- Wann ist eine bzw. keine Krankenhauseinweisung erwünscht?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Ernährung (hier auch die Form aufschreiben) gewünscht?
- Ist eine verminderte Flüssigkeitszufuhr und entsprechende Mundpflege zur Vermeidung von

Durstgefühl gewünscht?

- Ist die Linderung von Übelkeit, Erbrechen erwünscht?
- Ist die Linderung von Angst- und Unruhezuständen gewünscht?
- Wie soll die Sterbebegleitung genau aussehen?
- Wer wird bzw. wird nicht als seelsorgerischer und/oder persönlicher Beistand gewünscht?
- Wünsche bezüglich der Behandlung als Wachkomapatient.
- Aussagen zum Organspendewunsch.



Praxistipps!

Im Folgenden einige Hinweise zur Verfassung und Aufbewahrung einer Patientenverfügung:

- **Widerruf:** Die Patientenverfügung kann jederzeit widerrufen werden.
- Handschriftlichkeit ist nicht nötig, hier ist jedoch die Fälschungsgefahr am geringsten. Wichtig ist die gute Lesbarkeit.
- Vordrucke müssen sehr genau überprüft und auf die individuelle Situation abgewandelt werden. Sie sind z.B. beim Betreuungsgericht vor Ort oder unter www.betaCare.de als Download zu erhalten.
- Um einer juristischen Anfechtung des Patientenwillens vorzubeugen, ist es dringend empfehlenswert, dass ein Arzt die unzweifelhafte Einwilligungsfähigkeit des Verfassers der Patientenverfügung mit Unterschrift und Datum bestätigt.
- Es wird empfohlen, die Patientenverfügung in regelmäßigen Abständen zu überprüfen, bei Bedarf zu ändern und dann erneut mit Ort und Datum zu unterschreiben. Auch die Einwilligungsfähigkeit des Verfassers sollte regelmäßig vom Arzt erneut bestätigt werden.
- Im Anhang kann auch eine Beerdigungs- bzw. Bestattungsverfügung mit den entsprechenden Wünschen beigefügt werden.
- Die Patientenverfügung ist nur im Original gültig und muss im Bedarfsfall rasch zur Verfügung stehen.
- Die Patientenverfügung sollte an mehrere Vertrauenspersonen gegeben werden, mit einer Liste, an wen sie vergeben wurde und wer im Bedarfsfall die Wünsche des Verfassers nachhaltig vertreten soll.
- Die Patientenverfügung kann auch bei Banken, dem Amts- oder Betreuungsgericht, Notaren oder Rechtsanwälten hinterlegt werden.
- Es ist ratsam, eine Kopie der aktuellen Version bei sich selbst an einem leicht zugänglichen Ort aufzubewahren, mit dem Hinweis, wo sich das Original befindet.
- Zweckmäßig ist ein Hinweiskärtchen im Geldbeutel mit dem Vermerk, dass eine Patientenverfügung verfasst wurde und wo sich diese befindet.

Notarielle Beglaubigung und Beurkundung

Eine **notarielle Beglaubigung** der Patientenverfügung kann zweckmäßig sein, da hierdurch bestätigt wird, dass der Verfasser seine Unterschrift auch tatsächlich eigenhändig geleistet hat.

Dies ist insbesondere dann zu empfehlen, wenn die Verfügung aufgrund von (bestehenden oder sich anbahnenden) körperlichen oder geistigen Einschränkungen erstellt wird.

Die notarielle Beglaubigung der Unterschrift kostet Gebühren in Höhe von mindestens 20 € bis maximal 70 €.

Eine **notarielle Beurkundung** ist prinzipiell nicht nötig. Allerdings ist zu bedenken, dass die Einholung eines rechtskundigen Rats von Vorteil ist, da der Notar – im Unterschied zur Beglaubigung – auch über die Reichweite der Patientenverfügung aufklärt und die Einwilligungsfähigkeit des Unterzeichnenden notariell bestätigt.

Wer hilft weiter?

Informationen geben Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare.

Vorsorgevollmacht

Mit einer **Vorsorgevollmacht kann man für den Fall, dass man nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für sich zu treffen.**

Die Vorsorgevollmacht kann allgemein sein oder sich auf einzelne Angelegenheiten, sog. „Aufgabenkreise“, beschränken.

Eine umfassende Vorsorgevollmacht sollte folgende Aufgabenkreise abdecken:

- Gesundheitspflege, Pflegebedürftigkeit
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

Gültigkeit

Für die Gültigkeit einer Vorsorgevollmacht sind Ort, Datum und eigenhändige Unterschrift immer erforderlich.

- Um einer juristischen Anfechtung der Vorsorgevollmacht vorzubeugen, ist es dringend empfehlenswert, dass ein Arzt die unzweifelhafte Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers mit Unterschrift und Datum bestätigt.
- Ergänzungen und Streichungen müssen mit Ort, Datum und Unterschrift dokumentiert werden.
- Die Vollmacht ist nur uneingeschränkt brauchbar, wenn keine Bedingungen an sie geknüpft sind, z.B. „Wenn ich einmal selbst nicht mehr handeln kann...“. Andernfalls bliebe ungeklärt, ob diese Bedingung tatsächlich eingetreten ist.

Geltungsdauer

Mit dem Tod des Vollmachtgebers ist die Vorsorgevollmacht in der Regel erloschen. Dennoch ist es möglich, ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Vorsorgevollmacht auch über den Tod hinaus gelten soll (sog. transmortale Vorsorgevollmacht).

Bei folgenden Situationen braucht auch der Bevollmächtigte immer die Zustimmung des Betreuungsgerichts:

- Notwendige freiheitseinschränkende Maßnahmen sollen durchgeführt werden, z.B. Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung, Anlegen von Bauchgurten, Anbringen von Bettgittern, Verabreichung ruhigstellender Medikamente.
- Ärztliche Untersuchungen, Heilbehandlungen oder medizinische Eingriffe, wenn dabei Lebensgefahr besteht oder ein schwerer, lang andauernder Gesundheitsschaden zu erwarten ist. Das gilt auch für die Nichteinwilligung oder den Widerruf der Einwilligung des Bevollmächtigten in derart schwerwiegende Eingriffe, Untersuchungen und Heilbehandlungen.

Wenn eine Vorsorgevollmacht vorliegt, kann das Gericht nur dann einen Betreuer bestellen,

- wenn die Verfügungen in der Vorsorgevollmacht für die Belange und das Wohl des Betroffenen nicht ausreichen,
- wenn der Bevollmächtigte verhindert ist **oder**
- zur Kontrolle, wenn Zweifel aufkommen, dass der Bevollmächtigte zum Wohl des Betroffenen handelt.

Für den Fall, dass das Gericht einen Betreuer einsetzt, kann in der Vorsorgevollmacht („Betreuung trotz Vorsorgevollmacht“) festgelegt werden, wer im Bedarfsfall als Betreuer eingesetzt werden soll. Weitestgehend verhindert werden kann die Einsetzung eines Betreuers, wenn die Vorsorgevollmacht möglichst komplett alle Aufgabenkreise definiert und Doppel- oder Ersatzvollmachten erstellt werden.



Praxistipps!

Tipps zur Erstellung und Aufbewahrung der Vorsorgevollmacht:

- Um Zweifel an der Geschäftsfähigkeit des Verfassers auszuschließen, wird dringend die **schriftliche** Form angeraten.
- **Handschriftlichkeit** ist nicht nötig, hier ist jedoch die Fälschungsfahr am geringsten. Wichtig ist die gute Lesbarkeit. Möglich sind auch Vordrucke, z.B. des Betreuungsgerichts, die individuell abwandelbar sind.
- Die Vollmacht sollte die gewünschten **Aufgabenkreise** des Bevollmächtigten möglichst genau beschreiben.
- **Vermögenssorge:** Kreditinstitute verlangen in der Regel eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken bzw. dass die Vollmacht in Gegenwart eines Bankangestellten unterschrieben wird.
- Die Vollmacht kann bei Banken, dem Amts- bzw. Betreuungsgericht, Notaren, Rechtsanwälten, einer Person des Vertrauens oder beim gewünschten Bevollmächtigten **hinterlegt werden**.
- Es ist ratsam, eine **Kopie** der aktuellen Version, mit dem Hinweis, wo sich das Original befindet, bei sich selbst aufzubewahren.
- Zweckmäßig ist ein **Hinweiskärtchen** im Geldbeutel mit dem Vermerk, dass eine Vorsorgevollmacht verfasst wurde und wo sich diese befindet.
- Nur mittels der **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht** durch den Vollmachtgeber dürfen die behandelnden Ärzte gegenüber dem Bevollmächtigten, auch wenn es sich dabei um einen nahen Angehörigen handelt, Angaben über die Erkrankung und die medizinische Behandlung des Vollmachtgebers machen; andernfalls würden sich die behandelnden Ärzte aufgrund einer Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht strafbar machen.

Notarielle Beglaubigung oder Beurkundung

Eine notarielle Beglaubigung oder Beurkundung der Vorsorgevollmacht ist nicht nötig, aber sinnvoll.

- **Beglaubigung:** Mit der Beglaubigung der Vorsorgevollmacht bestätigt ein Notar oder eine Betreuungsbehörde, dass der Verfasser seine Unterschrift auch tatsächlich eigenhändig geleistet hat.
- **Beurkundung:** Mit der Beurkundung stellt der Notar die Geschäftsfähigkeit bei Abfassung der Vorsorgevollmacht fest und klärt den Verfasser über die Tragweite seiner Vorsorgevollmacht auf.

Eine notarielle Beurkundung ist in folgenden Fällen (unabhängig von der Vorsorgevollmacht) **zwingend** erforderlich:

- Kauf oder Verkauf von Grundstücken oder Immobilien.
- Handels- und gesellschaftsrechtliche Geschäfte, z.B. Verkauf von Unternehmen, Änderung der Rechtsform.
- Ausschlagung von Erbschaften.
- Abschluss von Verbraucherdarlehensverträgen, insbesondere mit Kreditinstituten.

Notarkosten

Die Gebühren des Notars sind unterschiedlich:

- Notarielle Beglaubigung der Unterschrift kostet Gebühren in Höhe von mindestens 20 € bis maximal 70 €.
- Die Beurkundung richtet sich nach dem Geschäftswert, der individuell festgelegt werden muss und vom Vermögen bei Abfassung der Vorsorgevollmacht abhängt.

Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung kann man für den Fall, dass das Betreuungsgericht eine Betreuung anordnet und man selbst nicht mehr in der Lage ist, seine Vorstellungen zu äußern, festlegen, wer bzw. wer auf keinen Fall als Betreuer eingesetzt werden soll.

Die Betreuungsverfügung ist dann sinnvoll, wenn man niemanden kennt, dem man eine Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, aber eine Person kennt, die die Verwaltung der Angelegenheiten des zu Betreuenden mit Hilfe des Betreuungsgerichtes übernehmen soll und dies auch will. Diese Person sollte genau über die eigenen Vorstellungen informiert werden und damit einverstanden sein, die Betreuung zu übernehmen. Das Gericht ist verpflichtet, die vorgeschlagene Person zu prüfen und ihre Eignung zu bestätigen.

Falls keine Betreuungsverfügung vorliegt, in der eine Person als Betreuer gewünscht wird, sucht das Betreuungsgericht bei Bedarf eine geeignete Person aus.

Formales

Um Zweifel an der Einsichtsfähigkeit des Verfassers auszuschließen, wird dringend die schriftliche Form angeraten.

- Handschriftlichkeit ist nicht nötig, hier ist jedoch die Fälschungsgefahr am geringsten. Wichtig ist die gute Lesbarkeit. Möglich sind auch Vordrucke, die individuell abwandelbar sind. Diese erhält man z.B. beim Betreuungsgericht vor Ort.
- Ort, Datum und eigenhändige Unterschrift sind immer erforderlich.

- Ergänzungen und Streichungen müssen mit Ort, Datum und Unterschrift dokumentiert werden.

Aufbewahrung

Die Betreuungsverfügung ist nur im Original gültig und muss im Bedarfsfall unverzüglich dem Betreuungsgericht zur Verfügung stehen.

- Die Betreuungsverfügung sollte entweder einer Vertrauensperson ausgehändigt oder auffindbar aufbewahrt werden, damit das Betreuungsgericht im Betreuungsfall davon Kenntnis erhält.
- Die Betreuungsverfügung kann auch bei Banken, dem Amts- bzw. Betreuungsgericht, Notaren, Rechtsanwälten oder beim gewünschten Betreuer hinterlegt werden.
- Es ist ratsam, eine Kopie der aktuellen Version, mit dem Hinweis, wo sich das Original befindet, bei sich aufzubewahren.
- Zweckmäßig ist ein Hinweiskärtchen im Geldbeutel mit dem Vermerk, dass eine Betreuungsverfügung verfasst wurde und wo sich diese befindet.

Inhalte

Der Verfügende kann seine Wünsche an den Betreuer sehr detailliert schriftlich festlegen, z.B.:

- zum Umgang mit seiner Person.
- zur Verwaltung seiner Finanzen und seines Vermögens (z.B. Immobilien auf keinen Fall in Aktien umwandeln).
- zum Aufenthalt (in welchem Pflegeheim man untergebracht werden will, in welchem auf keinem Fall).
- zu medizinischen Angelegenheiten.

Das Gericht und der Betreuer müssen die Wünsche des zu Betreuenden berücksichtigen, außer sie widersprechen dessen Wohl, oder die Erfüllung ist dem Betreuer nicht zuzumuten oder es ist erkennbar, dass der Betreute nicht an den in der Betreuungsverfügung geäußerten Wünschen festhalten will.



Praxistipps!

Hinweise zum Inhalt und zur Aufbewahrung der Betreuungsverfügung:

- Um einer juristischen Anfechtung der Betreuungsverfügung vorzubeugen, ist es dringend empfehlenswert, dass ein Arzt die unzweifelhafte Einsichtsfähigkeit des Verfassers der Betreuungsverfügung mit Unterschrift und Datum bestätigt.
- Es wird empfohlen, die Betreuungsverfügung in regelmäßigen Abständen zu überprüfen, bei Bedarf zu ändern und dann erneut mit Ort und Datum zu unterschreiben. Auch die Bestätigung der Einsichtsfähigkeit des Verfassers sollte vom Arzt regelmäßig erneut bestätigt werden. Dies kann im Ernstfall Zweifel am Patientenwillen ausräumen.
- Die Betreuungsverfügung sollte die gewünschten Aufgabenkreise des Betreuers möglichst genau beschreiben.

Das beta Institut hat einen Ratgeber mit ausführlichen Informationen und Mustern zu Vorsorgevollmachten, Patienten- und Betreuungsverfügungen zusammengestellt. Dieser Ratgeber „Patientenvorsorge“ kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Testament

Überlegungen darüber, wer im Falle des eigenen Todes erben soll, finden im Idealfall bei voller geistiger Leistungsfähigkeit statt. Doch nicht immer werden Wünsche und Vorstellungen frühzeitig schriftlich festgehalten.

Im Zusammenhang mit einer Demenz ist es empfehlenswert, sich schon zu Beginn der Erkrankung um ein Testament zu kümmern, da die geistigen Fähigkeiten mit der Zeit nachlassen werden. Das Testament ist eine Form der letztwilligen Verfügung eines Menschen. Eine letztwillige Verfügung wiederum ist eine einseitig getroffene Regelung des Erblassers über sein Vermögen, die im Falle seines Todes in Kraft tritt. Wer ein Testament erstellt, muss grundsätzlich volljährig und voll geschäftsfähig sein.

Erbfolge und Testament

Wenn jemand stirbt, ohne ein Testament verfasst zu haben, tritt die gesetzliche Erbfolge ein, d.h. erbberechtigt sind dann:

- Der überlebende Ehegatte bzw. gleichgeschlechtliche Lebenspartner sowie
- Erben der ersten Ordnung. Das sind die Abkömmlinge, also Kinder, Enkel und Urenkel sowie nichteheliche Kinder und Adoptivkinder, die minderjährig adoptiert wurden. Gibt es keine Erben erster Ordnung, wird ein nachrangiger Erbe ermittelt.

Unter mehreren Erben derselben Ordnung wird das Erbe zu gleichen Teilen aufgeteilt. Durch eine klare testamentarische Regelung können Streitigkeiten vermieden werden.

Formen

Es gibt zwei Formen von Testamenten:

- **Öffentliches Testament:** Der Erblasser teilt dem Notar seinen letzten Willen mit. Dieser wird vom Notar niedergeschrieben, nochmals vorgelesen und vom Erblasser genehmigt und unterschrieben. Diese notarielle Testamenterrichtung ist kostenpflichtig. Die Höhe orientiert sich am Notarkostengesetz (GNotKG) und ist vom Vermögen des Erblassers abhängig. Beträgt z.B. das Vermögen 100.000 € wird eine Gebühr von 273 € angesetzt. Hinzu kommen 15 € für das Zentrale Testamentsregister (s.u.).
- **Eigenhändiges Testament:** Dieses muss handschriftlich fixiert werden. Mit dem Computer oder der Schreibmaschine erstellte Testamente sind ungültig. Es muss klar erkennbar sein, wer das Testament erstellt hat. Neben dem Vor- und Zunamen erfordert dies die Angabe von Ort und Datum. Der Verfasser muss das Dokument mit seinem vollständigen Namen eigenhändig unterschreiben.

Aufbewahrung

Vorschriften zur Aufbewahrung gibt es nicht. Das Testament kann gegen Gebühr von 75 € beim Nachlassgericht hinterlegt werden. Wenn der letzte Wille nicht mehr gelten soll, kann das Testament jederzeit widerrufen, geändert oder vernichtet und neu angefertigt werden. Es gilt immer die zeitlich spätere Fassung.

Seit 2012 gibt es in Deutschland das **Zentrale Testamentsregister**. Es wird von der Bundesnotarkammer geführt und verzeichnet sämtliche erbfolgerrelevanten Urkunden, die von einem Notar errichtet wurden oder bei Gericht verwahrt werden. Das Register wird in jedem Sterbefall angefragt. Die Registrierung kostet einmalig 15 € (bei Abrechnung mit Notar oder Gericht) bzw. 18 € (bei

direkter Abrechnung mit der Bundesnotarkammer). Näheres unter www.testamentsregister.de.

Praxistipp!

Die kostenlose Broschüre „Erben und Vererben“ kann auf der Internetseite des Justizministeriums unter www.bmjv.de > Publikationen heruntergeladen werden.

Ein Testament ist nicht zu verwechseln mit einem „Patiententestament“. Bei diesem Begriff ist in der Regel die Patientenverfügung (siehe S. 44) gemeint, die festlegt, wie ein schwerkranker Patient, der sich selbst nicht mehr äußern kann, medizinisch behandelt werden möchte.

Wer hilft weiter?

Bei Abfassung eines Testaments hilft der Notar oder ein Rechtsanwalt (vorzugsweise ein Fachanwalt für Erbrecht).

Rechtliche Aspekte bei Demenzkranken

Demenz verändert die Denk-, Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit der Patienten zunehmend. Die Geschäftsfähigkeit des Patienten kann deshalb eingeschränkt sein.

Gesetzliche Betreuung

Eine gesetzliche Betreuung erübrigt sich meist, wenn der Demenzkranke schon im Vorfeld Vollmachten an Angehörige abgegeben hat.

Wenn jedoch offensichtlich wird, dass ein Mensch im Alltag nicht mehr zurechtkommt, dann kann von jedem, dem das auffällt, z.B. Arzt, Apotheker oder Nachbar, eine Betreuung angeregt werden. Anzeichen dafür, dass jemand nicht mehr ohne Hilfe zurechtkommt sind beispielsweise zunehmende Verwahrlosung der Wohnung und des äußeren Erscheinungsbildes, Ablehnung von ärztlicher oder pflegerischer Hilfe und Versorgung, Auffälligkeiten bei finanziellen Geschäften.

Die Betreuung ersetzt frühere rechtliche Möglichkeiten: die Entmündigung, die Vormundschaft für Volljährige und die Gebrechlichkeitspflegschaft.

Voraussetzungen

Wenn ein Erwachsener auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht wahrnehmen kann, bestellt das Betreuungsgericht auf Anregung Dritter einen Betreuer.

Eine Betreuung ist nicht erforderlich, wenn die Angelegenheiten ebenso gut durch einen Bevollmächtigten oder durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt werden muss, besorgt werden können (z.B. Hilfe durch Angehörige oder soziale Dienste).

Kann der Betroffene noch einen „freien Willen“, d.h. einen von Krankheit unbeeinflussten Willen bilden, darf eine Betreuung **nicht** gegen seinen Willen angeordnet werden. Dies gilt auch dann, wenn die Betreuung objektiv für den Betroffenen von Vorteil wäre. Eine Zwangsbetreuung ist nur bei Geschäftsunfähigkeit möglich. Geschäftsunfähig ist, wer sich in einem Zustand krankhafter und dauerhaft gestörter Geistestätigkeit befindet, der die freie Willensbildung ausschließt. Ob der Wille noch „frei“ ist, wird in der Regel von einem Sachverständigen festgestellt.

Einwilligungsvorbehalt

Bei einer Betreuung bleibt die Geschäftsfähigkeit des Betreuten – im Gegensatz zur früheren Entmündigung – in der Regel erhalten. Wenn es aber zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für die Person oder das Vermögen des Betreuten erforderlich ist, kann das Betreuungsgericht anordnen, dass Willenserklärungen des Betreuten zu ihrer Wirksamkeit der Einwilligung des Betreuers bedürfen. Das kann in der Praxis bedeuten, dass z.B. der Betreuer der Bank einen Betrag (z.B. 200 €) nennt, den der Betreute in der Woche abheben darf. Will er mehr Geld haben, muss die Bank mit dem Betreuer Rücksprache halten.

Der Einwilligungsvorbehalt erstreckt sich aber nicht auf „Willenserklärungen, die auf Eingehung einer Ehe gerichtet sind“, und „Verfügungen von Todes wegen“ (also Anordnungen des Betroffenen für den Fall seines Todes, die erst mit dessen Eintritt wirksam werden).

Die Bestellung eines Betreuers führt zu einer Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts des Betreuten. Der Betreuer kann, wenn es zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, Maßnahmen gegen den Willen des Betreuten einleiten, soweit diese zum Aufgabenkreis des Betreuers gehören.

Aufgabenkreise

Aufgabenkreise können z.B. sein:

- Gesundheitspflege
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

Zustimmung des Betreuungsgerichts

Bei weitreichenden Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte des Betreuten muss der Betreuer die Zustimmung des Betreuungsgerichts einholen.

Dies gilt z.B. bei:

- Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen, wenn z.B. die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet oder stirbt
- Sterilisation
- Ärztliche Zwangsmaßnahmen
- Unterbringung des Betreuten gegen seinen Willen in einer geschlossenen Einrichtung
- Freiheitsentziehende Maßnahmen, z.B. durch Bettgitter, Medikamente
- Kündigung der Wohnung des Betreuten

Kosten

Bei einer Betreuung entstehen folgende Kosten:

- **Gerichtsgebühren:** Kosten entstehen im Rahmen der Betreuung z.B. in Form von gerichtlichen Gebühren und als Auslagen. Letztere insbesondere für das Sachverständigengutachten über die Ermittlung der Notwendigkeit, den Umfang und die voraussichtliche Dauer der Betreuung. Diese Kosten muss der Betreute nur tragen, wenn sein Vermögen nach Abzug der Verbindlichkeiten mehr als 25.000 € beträgt. Bei einem Reinvermögen über 25.000 € wird für eine dauerhafte Betreuung eine Jahresgebühr fällig. Sie beträgt pro Jahr der Betreuung 10 € für jede angefangenen 5.000 €, die über dem Vermögen von 25.000 € liegen, mindestens jedoch 200 €.
- **Gebühren für Berufsbetreuer:** Bei einem Reinvermögen ab 2.600 € müssen der Betreute oder seine Unterhaltspflichtigen (z.B. Ehegatte, Kinder) die Kosten für einen Berufsbetreuer prinzipiell selbst tragen. Berufsbetreuer haben bestimmte Stundensätze, abhängig von ihrer Vorbildung. Das sind ohne besondere Kenntnisse: 27 € inkl. Mehrwertsteuer, mit abgeschlossener Ausbildung: 33,50 € inkl. Mehrwertsteuer und mit abgeschlossenem Studium: 44 € inkl. Mehrwertsteuer.
- **Gebühren für ehrenamtliche Betreuer:** Eine Betreuung wird grundsätzlich unentgeltlich ge-

führt. Wenn das Vermögen des Betreuten und der Umfang oder die Schwierigkeit der Betreuung es rechtfertigen, kann das Betreuungsgericht eine angemessene Vergütung bewilligen. Die Höhe richtet sich nach dem Einzelfall. Erhält der Betreuer keine Vergütung, wird eine Aufwandspauschale von jährlich 399 € inkl. Mehrwertsteuer gezahlt, oder er erhält eine individuell zu belegenden Aufwandsentschädigung.

Ob für einen Patienten ein Berufs- oder ein ehrenamtlicher Betreuer eingesetzt wird, entscheidet das Betreuungsgericht.

Praxistipps!

Anregung der Einrichtung einer Betreuung:

- Wer meint, dass eine Betreuung für einen Menschen nötig ist, kann sich an das Betreuungsgericht wenden. Das Betreuungsgericht wird dann im Rahmen seiner Amtserhebungspflicht tätig. Hilfreich sind Angaben, für welche Aufgabenkreise der Betroffene Unterstützung und gesetzliche Vertretung benötigt (z.B. Wohnungsangelegenheiten, Vermögenssorge, Aufenthaltsbestimmung, Gesundheitsangelegenheiten, Heimangelegenheiten).
- Es ist zu beachten, ob es bereits eine Betreuungsverfügung gibt, in der der betroffene Mensch festgelegt hat, wen er unter welchen Bedingungen als Betreuer haben möchte.
- Aufhebung oder Änderung einer Betreuung müssen beim Betreuungsgericht schriftlich oder persönlich vom Betroffenen oder seinem Betreuer beantragt oder von Dritten angeregt werden.

Wer hilft weiter?

Zuständig für Betreuungsangelegenheiten ist das Betreuungsgericht beim örtlich zuständigen Amtsgericht. Informationen und Aufklärung leisten auch die Betreuungsbehörden bei der örtlichen Kreis- bzw. Stadtverwaltung und Betreuungsvereine.

Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Demenzkranken

Als freiheitsentziehende Maßnahmen werden verschiedene Maßnahmen bezeichnet, die die Bewegungsfreiheit eines Menschen gegen dessen Willen einschränken.

Dies können zum einen mechanische Geräte wie Fixiergurte und Bettgitter sein, zum anderen sedierende Medikamente. Darüber hinaus können auch sonstige Methoden zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen zählen, die einem Menschen mit Behinderung die Möglichkeit nehmen, das Bett, den Stuhl, den Raum oder das Haus zu verlassen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen müssen beim Betreuungsgericht beantragt werden. Sie dürfen nur eingesetzt werden, wenn Demenzkranke sich selbst und/oder andere gefährden. Das Betreuungsgericht erlaubt solche Maßnahmen nur im Falle einer generellen Gefährdung.

Sind solche Maßnahmen im Akutfall nötig, dann ist dies zum Schutz des Patienten und seiner Umgebung ohne vorherige richterliche Genehmigung erlaubt. Diese muss jedoch unverzüglich nachgeholt werden.

Freiheitsentziehende Maßnahmen in der häuslichen Umgebung

Will ein Demenzkranker ständig weglaufen, hat aber keinen Orientierungssinn mehr, dann trauen sich pflegende Angehörige meist nicht, ihn alleine in der Wohnung zu lassen.

Wenn sie also kurz die Wohnung oder das Haus verlassen, um Besorgungen zu erledigen, sperren sie die Türe von außen ab. Hier handelt es sich strenggenommen um freiheitsentziehende Maßnahmen, die nur mit Genehmigung des Amtsgerichts durchgeführt werden dürfen.

Eine Genehmigung durch das Betreuungsgericht ist aber bei Pflege durch Privatpersonen nicht notwendig, da es hierzu keine gesetzlichen Regelungen gibt. Die vorhandenen gesetzlichen Regelungen für freiheitsentziehende Maßnahmen beziehen sich auf Pflegedienste, Heime oder sonstige Einrichtungen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen im stationären Bereich

Ein Problem bei vielen dementen Patienten in Pflegeheimen oder Krankenhäusern ist ihr Bewegungsdrang und damit einhergehend die Weglauftendenz bei fehlender Orientierung. Patienten laufen rastlos hin und her, oft steigert sich die motorische Unruhe in der Nacht.

In manchen Krankenhäusern oder Pflegeheimen werden solche Patienten insbesondere nachts durch Fixierung wie Bettgurt oder das Anbringen von Bettgittern daran gehindert, ihrem Bewegungsdrang nachzugeben.

Eine andere Art, den Bewegungsdrang einzuschränken, ist die Gabe von sedierenden Medikamenten. Unter sedierenden Medikamenten versteht man bestimmte Psychopharmaka, die von einer Verlangsamung auf körperlicher und geistiger Ebene bis zur Teilnahmslosigkeit (Apathie) und Dauerschläfrigkeit führen können. Der Arzt darf solche Psychopharmaka nur zum Zweck der Heilung oder Linderung bei Krankheitszuständen (z.B. momentane Angst- oder Wahnvorstellungen) oder in Notfällen verordnen.

Werden solche Medikamente jedoch dauerhaft über Wochen verordnet, dann ist dies eine freiheitsentziehende Maßnahme, die in die Persönlichkeitsrechte des Patienten eingreift. Als zusätzlicher Aspekt muss beachtet werden, dass sedierende Medikamente typische Demenz-Symptome wie Apathie und depressive Symptome verstärken können.

Beide Maßnahmen sind, wenn sie über einen längeren Zeitraum angewendet werden, vom Betreuungsgericht zu genehmigen.

Sie müssen vom Pflegepersonal täglich dokumentiert und auf ihre Notwendigkeit geprüft werden.

Freiheitsentziehende Maßnahmen im Notfall

Manchmal ist ein demenzkranker Mensch nicht mehr in der Lage zu erkennen, dass er sich selbst oder andere akut gefährdet. In solchen Fällen kann eine Einweisung in eine geschlossene Abteilung einer Klinik gegen seinen Willen notwendig werden. Oft kommt es zu einer Einweisung, weil ein Demenzkranker z.B. in der eigenen Wohnung verwahrlost, unterernährt ist und jede Hilfe ablehnt.

Haben Ärzte, Angehörige oder Nachbarn Bedenken, dass ein Demenzkranker sich selbst oder andere gefährdet, dann sollten sie sich an dessen gesetzlichen Betreuer wenden. Falls der Demenzkranke noch keinen Betreuer hat, ist die Polizei, das Ordnungs- bzw. Gesundheitsamt oder der sozialpsychiatrische Dienst vor Ort der richtige Ansprechpartner. Der Antrag auf eine Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung (beispielsweise innerhalb einer Gerontopsychiatrie) wird dann von einer dieser Behörden gestellt. Allerdings hilft es oft schon, wenn diese offiziellen Stellen mit dem Patienten sprechen und ihn um Einsicht bitten.

Das Verfahren zur zwangsweisen Unterbringung von psychisch kranken Menschen ist in jedem Bundesland nach Landesrecht individuell geregelt. In jedem Fall ist für eine solche Unterbringung das Betreuungsgericht zuständig.

Gerontopsychiatrische Einrichtungen

Gerontopsychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit der diagnostischen Abklärung und Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter befasst.

Auch in gerontopsychiatrischen Einrichtungen wird bei Bedarf mit mechanischen Fixierungen und Psychopharmaka gearbeitet. Wie im stationären Bereich gilt auch hier die Genehmigungspflicht durch das Betreuungsgericht.

Technische Überwachung

Mittlerweile erlauben technische Erfindungen eine Überwachung von demenzkranken Bewohnern im Krankenhaus oder Pflegeheim.

So gibt es beispielsweise Signalgeber bei Weglauftendenz des Patienten:

Der Patient trägt einen Sender am Körper. Wenn er den geschützten Bereich verlässt, erfolgt eine akustische und optische Alarmierung des Personals. Solche Alarmsysteme gibt es auch für den häuslichen Bereich. Dort werden Angehörige über ein akustisches Signal informiert, wenn der Demenzkranke ein vorher festgelegtes Areal verlässt, oder es kommt zu einer automatischen Weiter-schaltung des Alarms an eine ständig besetzte Notrufzentrale.

Alternative Möglichkeiten

In manchen Fällen, vor allem bei akuter Gefährdung, lassen sich freiheitsentziehende Maßnahmen nicht vermeiden. Langfristig lohnt sich für die Lebensqualität der Patienten jedoch meist die Suche nach alternativen Möglichkeiten zur Sicherung.

Umfangreiche Informationen und Methoden der Vermeidung bieten die Universitäten Lübeck und Halle-Wittenberg in der „Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege“, Download unter www.leitlinie-fem.de/materialien/leitlinie.

Finanzen und Rechtsgeschäfte

Die meisten rechtlichen Probleme infolge der Demenz resultieren daraus, dass die kognitiven Fähigkeiten des Erkrankten, wie z.B. erinnern, lernen oder orientieren, schwinden und er selbst das nicht wahrhaben kann bzw. will.

Typische Vorkommnisse sind:

- Betroffene heben die gesamte Rente vom Konto ab, weil sie der Bank misstrauen, verstecken das Geld und finden es nicht wieder.
- Sie verlieren oder verschenken Bargeld.
- Sie machen Kaufverträge oder tätigen Rechtsgeschäfte, auch wenn sie im juristischen Sinne nicht mehr geschäftsfähig sind.

Wer an Demenz erkrankt ist, kann durchaus geschäftsfähig sein. Es kommt darauf an, ob die Art und Tragweite einer Entscheidung in Bezug auf das jeweilige Rechtsgeschäft eingeschätzt werden kann.

Bei einer diagnostizierten Hirnleistungserkrankung wie Demenz, können Rechtsgeschäfte wie unüberlegte Käufe rückgängig gemacht werden. Ein ärztliches Attest sollte belegen, dass beim Patienten von einer Beeinträchtigung der freien Willensentscheidung oder von fehlender Einsichtsfähigkeit infolge der Krankheit auszugehen ist.

Versicherungen

Demenz zählt zu den informationspflichtigen und gefahrenerhöhenden Krankheiten. Schließt ein Demenzkranker eine private Haftpflichtversicherung ab, muss er die Krankheit angeben. Wird sie bei Versicherungsabschluss verschwiegen, muss die Versicherung im Schadensfall nicht erstatten.

Tritt die Demenz erst nach dem Abschluss der Versicherung auf und es kommt zu einem Schadensfall, muss die Versicherung die Zahlung übernehmen. Allerdings kann sie die Regulierung des Schadens auch verweigern, wenn keine „Deliktsfähigkeit“ besteht und der Patient deshalb nicht für den Schaden verantwortlich gemacht werden kann. Deshalb ist es ratsam bei bestehender Haftpflichtversicherung der Versicherungsanstalt die Demenzerkrankung zu melden bzw. bei der Versicherung die Konditionen für Demenzerkrankte zu erfragen.

Führerschein bei Demenzerkrankung

Auch trotz einer Einschränkung wollen viele Menschen weiterhin selbstständig und mobil sein und deshalb Auto fahren. Doch wer sich infolge körperlicher oder geistiger Mängel nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn er selbst Vorsorge getroffen hat, dass er andere nicht gefährdet.

Die „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen geben Hinweise zur Kraftfahreignung bei Demenz und Persönlichkeitsveränderungen. Die Leitlinien können kostenlos heruntergeladen werden unter www.bast.de > Verhalten und Sicherheit > Fachthemen > Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung.

Bei leichten hirnrnorganischen Psychosyndromen kann es sein, dass das Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 (Klassen A, A1, A2, B, BE, AM, L und T) weiterhin möglich ist. Gruppe-2-Fahrzeuge (Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E) können nur in seltenen Fällen weiter geführt werden.

Bei schweren organischen Psychosyndromen, Altersdemenz und schweren Persönlichkeitsveränderungen durch krankhafte Altersprozesse darf kein Fahrzeug mehr geführt werden.

Beeinträchtigend sind bei Demenz insbesondere: Verlangsamung, mangelnde sensorische Leistungen, erhebliche Reaktionsleistungsschwächen, Anpassungsschwierigkeiten, Gedächtnisstörungen und weitere kognitive Beeinträchtigungen. Das kann zu Situationsverknennung und Fehlreaktionen und in der Folge zu gefährlichen Situationen führen.

Wenn eine Demenz diagnostiziert wird, sollte der Patient darüber aufgeklärt werden, dass diese Erkrankung im weiteren Verlauf zum Verlust der Fahreignung führen wird, selbst wenn der Patient zum Zeitpunkt der Diagnosestellung noch fahrtauglich sein sollte („Sicherungsaufklärung“). Es sollte darauf hingewirkt werden, dass der Erkrankte rechtzeitig aus eigener Einsicht auf das Fahren verzichtet. Hierbei handelt es sich um einen Prozess, der umfassende und wiederholte Beratung erfordern kann.

Problematisch ist es oft, den Demenzpatienten im fortgeschrittenen Stadium davon zu überzeugen, freiwillig seinen Führerschein bei der Führerscheinstelle abzugeben.

Gegebenenfalls können Angehörige, in Absprache mit dem behandelnden Arzt, der Führerscheinstelle melden, dass Zweifel an der Fahrtüchtigkeit bestehen und deshalb ein medizinisch-psychologischer Test gemacht werden sollte.

Auch der behandelnde Arzt kann von sich aus entsprechende neuropsychologische Untersuchungen machen und dann die Fahreignung attestieren oder absprechen. Da bei einer Demenz von einer Verschlechterung auszugehen ist, sind auch bei (noch) gegebener Fahreignung Nachuntersuchungen vorzusehen.

Überprüfung der Fahrtauglichkeit

Bestehen Zweifel an der Fahrtauglichkeit, fordert die Führerscheinstelle in der Regel ein fachärztliches Gutachten. Der Facharzt sollte nicht der behandelnde Arzt sein.

Bestehen laut diesem Facharztgutachten noch immer Bedenken, fordert die Führerscheinstelle ein medizinisch-psychologisches Gutachten bzw. eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU).

Die MPU setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

- **Fragebögen**, die vom Patienten ausgefüllt werden müssen, als Vorbereitung des Arzt- und Psychologengesprächs.
- **Leistungstests** zur Prüfung der Reaktions- und Wahrnehmungsfähigkeit sowie der Reaktionsgeschwindigkeit.
- **Medizinischer Bereich:** Körperlicher Allgemeinzustand, Sinnesfunktionen, fachärztlicher Befund, neurologischer Befund (falls erforderlich) und Medikamenteneinnahme werden berücksichtigt.
- **Psychologischer Bereich:** Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Orientierung, Reaktion und Belastbarkeit werden beurteilt. Im Gespräch mit dem Arzt und Psychologen geht es um die Einstellungen zum Straßenverkehr (Vorausschauen, Planen, Erkennen von Gefahren), aber auch um die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung und den Umgang mit Schwierigkeiten.

Kommt der Betroffene der Forderung der Führerscheinstelle zur Erstellung o.g. Gutachten nicht nach, kann der Führerschein eingezogen werden. Die Kosten der Gutachten trägt der Betroffene selbst.

Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

Bei nachgewiesenen Intoxikationen (Vergiftungen) und anderen Wirkungen von Arzneimitteln, die die Leistungsfähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges beeinträchtigen, ist bis zu deren völligem Abklingen die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen aller Art nicht gegeben.



Wer hilft weiter?

Bei Fragen helfen der behandelnde Arzt, die Führerscheinstelle, TÜV oder DEKRA sowie Stellen, die medizinisch-psychologische Untersuchungen durchführen.

Ernährung bei Demenz

Auch wenn Demenz nicht ausschließlich im hohen Alter auftritt, ist dies doch meist der Fall. Grundsätzlich sinkt der Energieverbrauch im Alter. Hungergefühl und Appetit nehmen bei den meisten Menschen ab, dadurch vergessen einige zu essen. Dagegen bleibt der Vitamin- und Mineralstoffbedarf unverändert.

Durch Medikamenteinnahmen und mangelnde Flüssigkeitszufuhr kann sich der Speichelfluss verringern, was sich eventuell auf das Geschmackempfinden und die Schluckfähigkeit auswirkt. Auch der Geruchssinn nimmt häufig ab, sodass es schwer ist, den Appetit zu fördern.

Mangelnde Flüssigkeitszufuhr ist ein häufiges Problem im Alter. Viele Senioren vergessen schlicht zu trinken, andere trinken zu wenig, damit sie nicht zu oft auf die Toilette müssen, z.B. wegen Inkontinenzproblemen. Flüssigkeitsmangel kann verschiedene Symptome und Krankheiten wie Kopfschmerzen, Müdigkeit, ausgeprägte Schläfrigkeit (Lethargie) und zu niedrigen Blutdruck hervorrufen. Eine unzureichende Flüssigkeitsversorgung kann auch Verwirrheitszustände auslösen und die Symptome bei Demenzpatienten deutlich verstärken.

Ein schlechter Zustand der **Zähne** bzw. ein schlecht sitzendes Gebiss können sich auf das Essverhalten auswirken. Nahrung kann nicht mehr ausreichend zerkleinert und gekaut werden. Salate sollten deshalb fein geschnitten, Obst evtl. püriert und Fleisch weich geschmort werden, um ausreichendes Kauen zu ermöglichen.

Für viele ältere Menschen ist es leichter mehrmals am Tag kleine **Zwischenmahlzeiten** einzunehmen als mit den 3 Hauptmahlzeiten genug Kalorien aufzunehmen.

Die **Sehkraft** lässt im Alter oft sehr nach, das Erkennen der Speisen wird schwerer. Dies mindert zusätzlich den Appetit. Durch gezielte Auswahl der Speisen (z.B. buntes Gemüse neben Kartoffelbrei) kann das Erkennen der Speisen und damit der Appetit gefördert werden.

Weit verbreitet sind **Verdauungsprobleme** bis Verstopfung (Obstipation) im Alter. Gründe dafür sind unter anderem zu wenig Bewegung und mangelnde Flüssigkeitszufuhr. Deshalb ist für ausreichende Flüssigkeitszufuhr und ballaststoffreiche Ernährung zu sorgen.

Besonderheiten bei Demenzpatienten

Bei Demenzpatienten ist durch motorische Unruhe, Umherlaufen und Stress der Kalorienverbrauch höher. Umso schwerwiegender ist, dass die Patienten infolge eines veränderten Hunger- oder Durstgefühls oder Gedächtnislücken zu wenig essen und trinken. Werden sie von Angehörigen zum Essen oder Trinken aufgefordert, fühlen sie sich häufig bevormundet.

Es ist hilfreich, wenn die Betroffenen das **Essen oder Trinken mit möglichst vielen Sinnen** wahrnehmen. Dazu gehören eine angenehme Atmosphäre, dass Speisen und Getränke ansprechend dargereicht werden und angenehm riechen. Meist ist es hilfreich, dem Patienten das Essen und Trinken immer wieder schmackhaft zu machen ohne es zu „verordnen“.

Bei wenigen Demenzpatienten ist aber auch ein schier unbegrenztes Bedürfnis nach Essen ein Problem. Hier können Maßnahmen zur Beschäftigung und Ablenkung helfen.

Die **Geschmacksempfindungen** verändern sich, oft werden süße Speisen bevorzugt. Bittere oder salzige Speisen werden teilweise als unangenehm empfunden und deshalb abgelehnt.

Im fortschreitenden Stadium wissen Demenzpatienten zum Teil nicht mehr, wie man mit dem **Besteck umgeht** und wie man Essen kaut und schluckt. Hier kann es hilfreich sein, dass sie gemeinsam mit Angehörigen bzw. dem Pflegepersonal Mahlzeiten einnehmen. Dabei können sie das Essverhalten von anderen abschauen und es nachahmen.

Wenn sie das Essen mit dem Besteck überfordert, sollte das Essen als fingerfood (mundgerechte, greifbare Happen) zubereitet werden.

Einige Demenzpatienten müssen auch während des Essens aufstehen und umhergehen. Die Pflegeperson kann den Patienten dann mit dem Essen begleiten (Eat-by-Walking-Modell), es können Imbiss-Stationen auf dem Weg eingerichtet oder ein Bauchladen installiert werden, auf dem der Patient sein Essen mitnimmt.

Grundsätzlich sollte das Essen nicht zu heiß sein, damit es nicht zu Verbrennungen kommen kann, da Demenzpatienten Warnsignale, wie aufsteigenden Dampf aus dem Essen oder die Temperatur, teilweise nicht wahrnehmen können.

Unbedingt notwendig bei Demenzpatienten ist eine **ausreichende Flüssigkeitszufuhr**, da sich die Verwirrtheitszustände sonst weiter verschlechtern. Getränke sollten den Tag über regelmäßig angeboten werden. Das Trinkgefäß und das Getränkeangebot können für die Trinkbereitschaft eine Rolle spielen. Angehörige und Pflegenden sollten herausfinden, was der Patient bevorzugt, möglicherweise haben sich Vorlieben verändert.

Die **Beeinträchtigung des Schluckreflexes** ist ein Symptom der fortschreitenden Demenz. Anzeichen für Schluckstörungen sind Husten, Räuspern, Würgen, Herausfließen von Speisen während des Essens, veränderte Stimme und vermehrte Schleimproduktion. Trinken die Kranken wegen Schluckstörungen zu wenig, kann durch das Andicken von Flüssigkeiten das Trinken erleichtert werden. Das Essen sollte in eine breiartige Konsistenz gebracht werden, sollte aber trotzdem optisch ansprechend sein, z.B. durch verschiedene farbliche Pürees. Angehörige sollten sich Tipps und Anleitung von Logopäden oder speziell geschulten Diätassistenten holen.

Grundsätzlich sollte bei einem Menschen, der **unter- bzw. mangelernährt** ist, nach den möglichen Ursachen gesucht werden. Medikamente, Schmerzen oder andere Erkrankungen, z.B. Magen-Darm-Erkrankungen, können sich auf den Appetit auswirken.

Demenzpatienten im fortgeschrittenen Stadium können oft keine Hinweise mehr auf ihr Befinden geben, deswegen sind Beobachtungen durch Angehörige bzw. Pflegepersonal und regelmäßige Routineuntersuchungen von ärztlicher Seite notwendig.

Sollte es trotz aller Bemühungen nicht gelingen, den Patienten zum Essen und Trinken zu bewegen, kann das **Legen einer Magensonde** eine lebenserhaltende Maßnahme sein, insbesondere dann, wenn eine Schluckstörung die Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme unmöglich macht. Unter Umständen kann die Sonde nach Überwindung eines kritischen Zustands auch wieder entfernt werden. Die Magensonde ist ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und bedarf der Zustimmung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters.

Wohnen bei Demenz

Fortschreitende Demenz geht oft mit einer räumlichen Orientierungslosigkeit einher, deshalb ist es sinnvoll, das häusliche Umfeld des Patienten so weit wie möglich zu belassen.

Die eigene Wohnung dient als Gedächtnisstütze und als Orientierungspunkt. Veränderungen innerhalb der Wohnung oder das Umstellen von Möbeln verstärken die Orientierungslosigkeit. Zusätzliche Orientierungspunkte durch Beleuchtung, Farbe und Einrichtungsgegenstände können dem Demenzkranken helfen, sich besser zurechtzufinden und einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Wohnung gewährleisten.

Beim Umzug in eine Wohngemeinschaft oder ein Heim sollten möglichst viele vertraute Möbel und Einrichtungsgegenstände mitgenommen werden.

Wahrnehmungsstörungen

Schwellen, Stufen, Glastüren und Fenster können übersehen werden und damit eine Gefahrenquelle darstellen. Gemusterte Tapeten, Stoffe, Teppiche oder Bodenbeläge können verunsichern oder Angst auslösen. Spiegelnde, dunkle Bodenbeläge werden als Löcher oder Hindernisse wahrgenommen und können Demenzpatienten unnötig verunsichern. Spiegel können Patienten im fortgeschrittenen Stadium erschrecken, wenn sie sich selbst nicht mehr erkennen. Licht darf weder blenden noch Schatten werfen, es wird eine Lichtstärke von 500 Lux empfohlen.

Es gilt, die Angstauslöser des jeweiligen Patienten herauszufinden und zu reduzieren. Eine klare, übersichtliche Einrichtung, gut ausgeleuchtete Räume und das Abhängen von Spiegeln können helfen.

Gefahren ausschalten

Es ist sinnvoll, die räumlichen Gefahren auszuschalten, z.B.: Stolperfallen (Teppiche, Stromkabel, Schwellen) zu entfernen und für ausreichende Beleuchtung zu sorgen.

Werkzeuge oder Gegenstände, von denen eine Verletzungsgefahr ausgeht, sollten aus der Wohnung entfernt werden. Reinigungsmittel oder giftige Substanzen könnten verwechselt und getrunken werden, sie sollten daher sicher verwahrt werden.

Wohnumfeldverbesserung

Maßnahmen zur Verbesserung und Anpassung des Wohnumfelds eines Pflegebedürftigen erleichtern oder ermöglichen die Pflege oder die selbstständige Lebensführung zu Hause. Die Pflegekasse gewährt dafür unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse.

Voraussetzungen

Voraussetzung für die Gewährung eines Zuschusses ist, dass die vorgesehenen Maßnahmen die häusliche Pflege ermöglichen oder erheblich erleichtern oder dass eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von der Pflegekraft verringert wird.

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Pflegehilfsmitteln. Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Maßnahmen bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Entscheidung, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe ein Zuschuss zur Verbesse-

rung des Wohnumfeldes gewährt wird, liegt im Ermessen der Pflegekasse.

Es muss sich um Maßnahmen in der Wohnung des Pflegebedürftigen handeln oder um Maßnahmen in dem Haushalt, in dem der Pflegebedürftige aufgenommen ist und gepflegt werden soll. Es werden alle baulichen Veränderungen, die das Wohnumfeld des Pflegebedürftigen verbessern, zusammen als eine Maßnahme betrachtet. Ändert sich die Pflegesituation, können weitere Maßnahmen beantragt werden.

Begutachtung

Manchmal schaltet die Pflegekasse den MDK zur Begutachtung der häuslichen Pflegesituation ein. Dieser stellt vor Ort fest, ob entsprechende Mängel für die Pflegesituation und Sicherheitsrisiken vorliegen und ob die Wohnraumanpassung hilft, den Umzug in ein Heim zu verhindern.

Beispiele bezuschussungsfähiger Maßnahmen:

Einbau einer Dusche, Einbau und Anbringung von Treppenliften, Türverbreiterungen, Installation von Wasseranschlüssen, Ein- und Umbau von Mobiliar entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Pflegesituation. Zu den Kosten zählen auch statische Gutachten, Antragsgebühren, Kosten der Bauüberwachung, nachgewiesene Fahrtkosten und Verdienstausfall von am Bau mithelfenden Angehörigen und Bekannten.

Höhe

Die Pflegekasse leistet maximal 4.000 € Zuschuss je Maßnahme. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes 4.000 € je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf 16.000 € begrenzt. Bei mehr als 4 Pflegebedürftigen werden die 16.000 € anteilig auf die Versicherungsträger der Pflegebedürftigen aufgeteilt.



Praxistipps!

Folgende Tipps helfen bei einer geplanten Wohnumfeldverbesserung:

- **Eingliederungshilfe:** Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserungen für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung über das örtliche Sozialamt beantragt werden. Dabei darf allerdings die allgemeine Einkommensgrenze der Sozialhilfe nicht überschritten werden.
- **Antrag:** Bevor der Versicherte eine Wohnumfeldanpassung durchführen lässt, die von der Pflegekasse finanziert werden soll, ist ein Antrag zu stellen. Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt, bis sie die Maßnahme genehmigt. Wenn eine Wohnumfeldverbesserung durchgeführt wird, und der Versicherte erst danach mit der Rechnung zur Pflegekasse geht, wird kein Zuschuss gewährt.
- Die **KfW-Bankengruppe** fördert mit dem Programm Nummer 159 „Altersgerecht Umbauen“ alle Baumaßnahmen, die Barrieren reduzieren und eine angenehme Wohnqualität gewährleisten sowie den Kauf soeben umgebauter Immobilien. Eigentümer, Vermieter oder – mit Zustimmung des Vermieters – auch Mieter erhalten auf Antrag einen zinsgünstigen Kredit von maximal 50.000 € pro Wohneinheit. Eine förderfähige Maßnahme kann zu 100 % kreditfinanziert sein. Der Antrag muss gestellt werden **bevor** die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt. Die Umbauten müssen von Baufachhandwerkern ausgeführt werden, die dafür verantwortlich sind, dass alles, was gefördert wird, der Barrierefrei-Norm DIN 18040-2 entspricht. Näheres unter www.kfw.de.
- Wer eine altersgerechte Immobilie erwirbt, kann den obigen Barrierefrei-Kredit auch mit zwei

KfW-Wohneigentumsprogrammen für selbstgenutzte Wohnungen kombinieren: Programmnummer 124 Wohneigentümergeinschaften oder Programmnummer 4 Genossenschaftsanteile.

Wer hilft weiter?

Viele Städte und Gemeinden haben Beratungsstellen für Wohnraumanpassung und barrierefreies Wohnen. Meistens sind diese Stellen der Behinderungs- oder Seniorenberatung angeschlossen oder laufen unter dem Begriff „Wohnberatungsstellen“. In manchen Fällen kommen die Berater auch in die Wohnung des Pflegebedürftigen, um gemeinsam zu sehen, welche Veränderung sinnvoll und durchführbar ist.

Wohngruppen bei Demenz

Eine Alternative zum Wohnen zu Hause sind spezielle Wohngruppen für demenzkranke Menschen. Hier haben sich in den letzten Jahren zahlreiche Initiativen entwickelt.

In diesen Wohngruppen wohnen Pflegekräfte und andere Betreuer mit in der Wohnung oder sind rund um die Uhr vor Ort. Gemeinsam sind allen Wohngruppen ganzheitliche Betreuungskonzepte, die den demenzkranken Menschen in den Mittelpunkt stellen.

Familiäre Atmosphäre, gemeinsame Wohn- und Lebensbereiche für die Gemeinschaft, pflegerische Betreuung in allen Phasen mit besonderer fachlicher Ausbildung und das Einbeziehen der Angehörigen in die Wohnplanung können dem Bewohner weitestgehende Selbstständigkeit ermöglichen.

Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen

Die Pflegekassen fördern die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen einmalig pro Pflegebedürftigem mit bis zu 2.500 €.

Eine Wohngruppe erhält maximal 10.000 €. Bei mehr als 4 Pflegebedürftigen leisten die jeweiligen Pflegekassen anteilig. Der Antrag muss innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Voraussetzungen gestellt werden. Die Anschubfinanzierung gilt auch für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Die Förderung wird ausbezahlt, wenn die Gründung der ambulant betreuten Wohngruppe nachgewiesen wird. Die Förderung endet, sobald die 30 Mio. € aufgebraucht sind, die der Gesetzgeber dafür vorgesehen hat.

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 214 € monatlich, wenn sie mit mindestens 2 weiteren pflegebedürftigen Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben. Der Zuschuss muss zweckmäßig eingesetzt werden, z.B. für Ausstattungsgegenstände für Gemeinschaftsräume, die die besonderen Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen berücksichtigen oder Personal- und Sachkosten, die z.B. in Zusammenhang mit der Organisation und Verwaltung der ambulanten Wohngruppe stehen.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Mindestens 2 und höchstens 11 weitere Pflegebedürftige leben in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung zusammen.
- Die Pflegebedürftigen erhalten Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung.

- In der Wohngruppe ist eine Pflegekraft tätig, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet.

Stationäre Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten bei Demenz

Nicht immer ist es Angehörigen möglich, die Pflege eines Demenzkranken in der häuslichen Umgebung abzudecken. Die Pflege ist je nach Ausmaß der Demenzerkrankung sowohl psychisch als auch physisch sehr anstrengend.

Viele können die demenzkranken Angehörigen nicht alleine lassen und verlassen die Wohnung nur dann, wenn die Beaufsichtigung durch Dritte sichergestellt ist.

Ist die Belastung der Pflegepersonen (oft Ehepartner bzw. Kinder) zu groß und kann nicht durch die Inanspruchnahme von Entlastungsmöglichkeiten aufrechterhalten werden, dann ist ein Umzug des Demenzkranken in eine stationäre Einrichtung, z.B. ein Pflegeheim, unausweichlich. Dies ist für viele ein sehr schwerer Schritt, da neben dem schlechten Gewissen, den Kranken „abzuschieben“, viele Ängste und Fragen im Raum stehen: Wird der Demenzkranke ausreichend gepflegt? Kann sich das Personal individuell um seine Bedürfnisse kümmern? Wie viel kostet die Unterbringung im Heim? Reicht die Rente dafür aus? Müssen Angehörige zuzahlen? Was bleibt für deren Lebensunterhalt übrig?

Die Pflegeversicherung zahlt je nach Pflegegrad (siehe S. 26) bis zu 2.005 € im Monat. Reicht das Ersparte nicht zur Deckung der zusätzlichen Kosten, wie z.B. der Hotelkosten, müssen Unterhaltspflichtige (auch Kinder) je nach Einkommen und Vermögen einen Teil der Kosten übernehmen.

Die Angehörigen sollten sich viel Zeit bei der Wahl der geeigneten Einrichtung für den Demenzkranken nehmen und die in Frage kommenden Einrichtungen besichtigen. Im Idealfall ist es möglich, einige Stunden auf der in Frage kommenden Station zu bleiben, um die Atmosphäre, den Umgang mit demenzen Bewohnern und andere Faktoren mitzubekommen.

Durch die Zunahme demenzkranker Menschen im Heim gibt es auch ein größeres, speziell auf Demenz abgestimmtes, Angebot. Neben den klassischen Pflegeheimen gibt es immer mehr alternative Wohnformen wie z.B. Wohngemeinschaften für Demenzkranke. Innerhalb von Pflegeheimen werden spezielle Modelle wie Hausgemeinschaften, gerontopsychiatrische Wohngruppen oder beschützende Stationen angeboten. Dort wird mit einem besonderen Betreuungs- und Therapiekonzept auf die Demenzkranken eingegangen. Dies beinhaltet z.B. eine helle und übersichtliche Gestaltung von Räumen sowie Personal, das im Umgang mit verwirrten, desorientierten und aggressiven Patienten geschult wurde.

Wenn ein Demenzkranker gegen seinen Willen in einer beschützenden oder geschlossenen Station untergebracht wird, dann handelt es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme (siehe S. 55), die nur von Gerichten angeordnet werden kann. Hat der Patient einen Betreuer, dann muss dieser die Unterbringung vom Betreuungsgericht genehmigen lassen.

Wer hilft weiter?

Über entsprechende Angebote informieren örtliche Seniorenberatungsstellen, Pflegestützpunkte, Selbsthilfeorganisationen, wie z.B. die Alzheimer Gesellschaft, oder andere Anlaufstellen für Demenzkranke und deren Angehörige.

Adressen

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Friedrichstr. 236, 10969 Berlin-Kreuzberg

Telefon: 030 2593795 0

E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de

www.deutsche-alzheimer.de

Beratung am Alzheimer-Telefon: 01803 171017 (9 ct/min) oder 030 259379514

Mo bis Do 9–18 Uhr, Fr 9–15 Uhr

Bundesverband Gedächtnistraining e.V.

Black-und-Decker-Straße 17B, 65510 Idstein

Telefon: 06126 505780

E-Mail: servicebuero@bvgt.de

www.bvgt.de

Zentrales Vorsorgeregister

Bundesnotarkammer, Zentrales Vorsorgeregister

Postfach 080151, 10001 Berlin

Telefon: 0800 3550500

E-Mail: info@vorsorgeregister.de

www.vorsorgeregister.de

Geschäftszeiten Mo bis Do 7–17 Uhr, Fr bis 13 Uhr

Die Daten der Vorsorgevollmacht können online oder per Post übermittelt werden. Je nach Art der Übermittlung und dem Umfang ist die Registrierung ab etwa 13 € möglich.

Hirnliga e.V. Deutschlands Alzheimer Forscher

Postfach 1366, 51657 Wiehl

Telefon: 02262 9999917

E-Mail: buero@hirnliga.de

www.hirnliga.de

Geschäftszeiten: Mo bis Fr 8.30–12.30 Uhr

Seniorenberatung Online

Ein spezialisierter Beratungsdienst für altersverwirrte und demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen: www.seniorenberatung-online.de.

Impressum

Herausgeber

beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
info@beta-institut.de
www.beta-institut.de

Leitende Redakteurin

Jutta Meier

Redaktionsteam

Janina Del Giudice, Max Glaser, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

Jutta Meier

Autoren und Herausgeber übernehmen keine Haftung für die Angaben in diesem Werk.

Alle Rechte vorbehalten

© 2017

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

Der Ratgeber einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Reproduzierung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen oder Datenverarbeitungsanlagen.

9. Auflage, April 2017