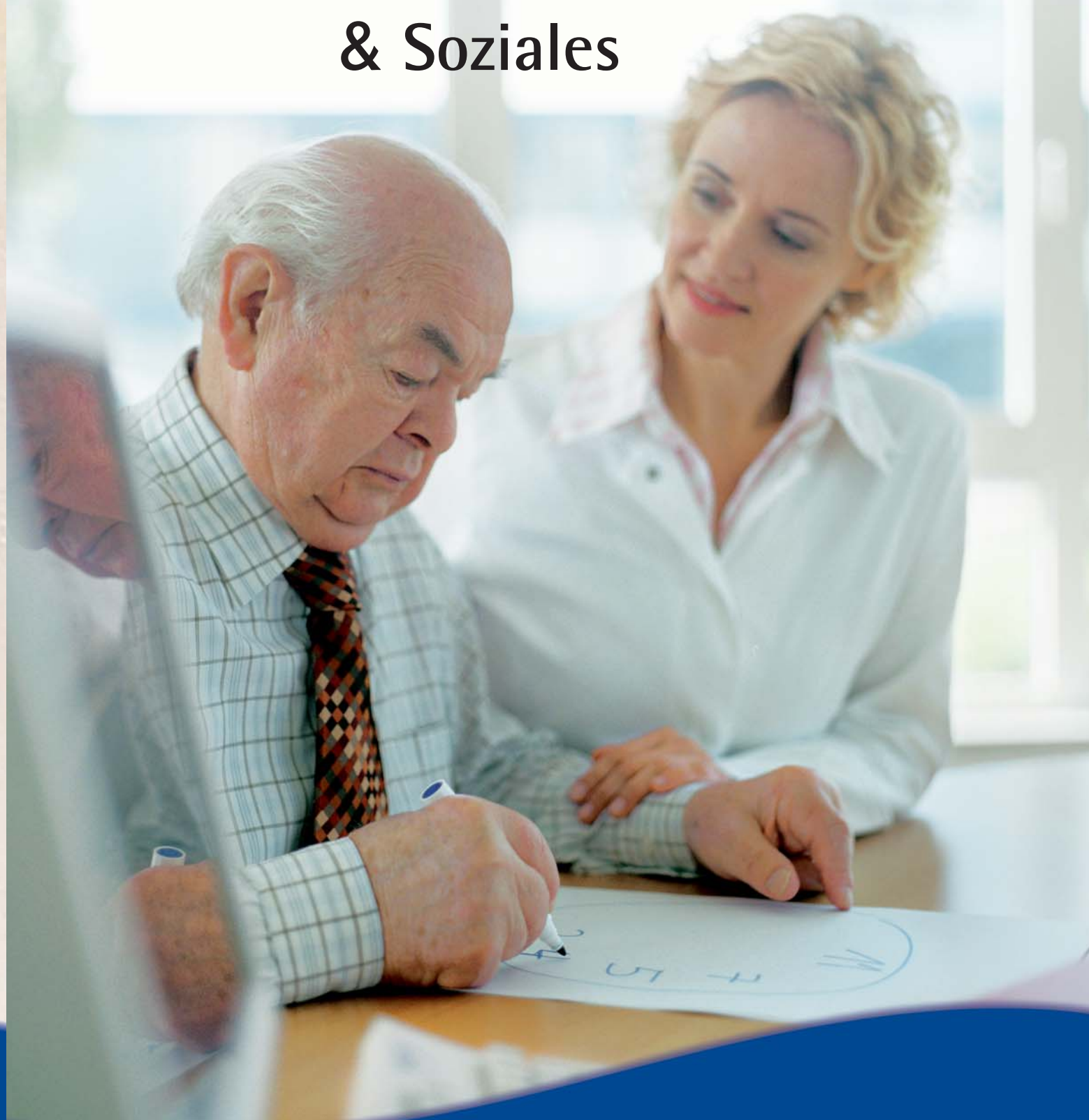


Ein Engagement der betapharm

Demenz & Soziales



beta Care

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Liebe Leserin, lieber Leser,

betapharm setzt sich seit Jahren aktiv für eine verbesserte Versorgungsqualität im Gesundheitswesen ein. Aus diesem Engagement hat sich betaCare – das Wissenssystem für Krankheit & Soziales – entwickelt. Mit betaListe, betanet, betafon und vielen weiteren aufeinander abgestimmten Medien, bietet es Antworten auf alle sozialen Fragen rund um eine Krankheit.

Der vorliegende Ratgeber „Demenz & Soziales“ informiert umfassend zu Themen wie Pflege, Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige und rechtliche Aspekte.

Die fachliche und inhaltliche Qualität von betaCare garantiert das gemeinnützige beta Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement. betapharm stellt Ihnen das Wissenssystem zur Verfügung.

Weitere Fragen rund um das Thema Demenz beantworten Ihnen die Expertinnen des beta Instituts am betafon.
Telefon 01805 2382366 (12 ct./min.)

Für Fachkräfte im Gesundheitswesen:
Mo–Do 9–18 Uhr und Fr 9–16 Uhr

Für Patienten und Angehörige Mo–Do 16–18 Uhr

Mehr Informationen zu betaCare finden Sie unter www.betaCare.de



Mit herzlichen Grüßen


Dr. Wolfgang Niedermaier
Geschäftsführer betapharm


Horst Erhardt
Geschäftsführer beta Institut

Inhaltsverzeichnis

Informationen zu Demenz	3
Umgang mit Demenzkranken	6
Zuzahlungen und Zuzahlungsbefreiung in der gesetzlichen Krankenversicherung	9
Zuzahlungen	9
Zuzahlungsbefreiung bei Erreichen der Belastungsgrenzen	11
Rehabilitation	16
Allgemeines zur Rehabilitation bei Demenzkranken	16
Begleitperson	17
Stationäre Rehammaßnahmen	18
Geriatrische Rehabilitation	19
Demenzkranke im Krankenhaus	21
Pflege	23
Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung	23
Pflegetätigkeiten	24
Pflegebedürftigkeit	28
Pflegestufen	32
Pflegehilfsmittel	36
Spezielle Leistungen der Pflegeversicherung bei Demenzkranken	38
Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	41
Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige	45
Tages- und Nachtpflege	45
Kurzzeitpflege	47
Ersatzpflege	48
Gesprächskreise für pflegende Angehörige	50
Schwerbehinderung	52
Schwerbehindertenausweis	52
Öffentlicher Nah- und Fernverkehr	54
Grad der Behinderung bei Demenz	56
Patientenvorsorge	59
Patientenverfügung	60
Vorsorgevollmacht	63
Betreuungsverfügung	65
Rechtliche Aspekte bei Demenzerkrankungen	67
Gesetzliche Betreuung	67
Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Demenzkranken	70
Finanzen und Rechtsgeschäfte	72

Inhaltsverzeichnis

Führerschein bei Demenzerkrankung	73
Ernährung bei Demenz	75
Wohnen bei Demenz	78
Wohnumfeldverbesserung	78
Stationäre Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten bei Demenz	80
Adressen und Links	82

Hinweis:

Zur besseren Lesbarkeit wird im Text häufig die männliche Form verwendet.
Gemeint sind grundsätzlich weibliche und männliche Personen.

Informationen zur Demenz

Unter Demenz versteht man den Verlust erworbener intellektueller und kognitiver Fähigkeiten, vor allem des Gedächtnisses, des Denkens und der Orientierung, begleitet von Persönlichkeitsveränderungen aufgrund von hirnorganischen, degenerativen Veränderungen.

In Deutschland leiden rund eine Million Menschen an einer Demenzerkrankung. Demenzerkrankungen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit sehr an: 1,5% aller Menschen bis 69 Jahren leiden daran, bei über 90-Jährigen sind es über 30% (Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28, Hrsg.: Robert-Koch-Institut, Nov. 2005).

Für Angehörige ist es schwer, mit anzusehen, wie Ehemann, Ehefrau, Vater oder Mutter sich verändern, unselbstständig, verwirrt, misstrauisch und hilflos werden. Um besser mit der Erkrankung umgehen zu können, ist es wichtig, sich mit dem Krankheitsbild zu beschäftigen und sich über die Abläufe im Gehirn und die dadurch eintretenden Verhaltensänderungen zu informieren. Wissen schafft mehr Verständnis für den Kranken.

Typische Symptome für eine Demenz sind:

- Nachlassen des Kurzzeitgedächtnisses, Vergesslichkeit
- zeitliche, räumliche und persönliche Orientierungslosigkeit
- eingeschränkte Urteilsfähigkeit
- Persönlichkeitsveränderung
- Sprachstörungen
- Dinge werden versteckt und nicht mehr gefunden. Daher glauben viele, dass sie bestohlen werden.
- depressive Symptome wie Antriebsarmut, Niedergeschlagenheit und Verlust der Eigeninitiative
- manchmal: Halluzinationen und Wahnvorstellungen

Symptome

Demenzerkrankungen sind degenerative Erkrankungen, die man in drei Phasen einteilen kann:

• frühes Stadium

Störungen von Gedächtnis (vor allem Kurzzeitgedächtnis), Orientierung, Denkvermögen und Wortfindung:

Der Patient 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.

Phasen

- **mittleres Stadium**

Orientierungslosigkeit, ausgeprägte Störungen der Sprache, Verblässen der Erinnerung (allerdings bleiben Kindheits-erlebnisse am längsten im Gedächtnis erhalten):

Betroffene finden sich in fremder und vertrauter Umgebung nicht mehr zurecht und sind 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 kommen hinzu.

- **fortgeschrittenes Stadium**

Hochgradiger geistiger Abbau, zunehmende Pflegebedürftigkeit und körperliche Symptome:

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 Gehirnschädigung 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.

Verursachende Erkrankungen

Eine Demenz entsteht aufgrund folgender Erkrankungen:

- **Alzheimer-Krankheit**

Die Alzheimer-Krankheit ist eine hirnorganische Erkrankung, gekennzeichnet durch den langsam fortschreitenden Untergang von Nervenzellen und Nervenzellkontakten. Mit etwa 50 bis 60 % ist die Alzheimer-Krankheit die häufigste Ursache für eine Demenz.

- **vaskuläre Demenz**

Prinzipiell können alle Veränderungen im Gehirn eine Demenz hervorrufen. Solche Veränderungen können durch andere körperliche Erkrankungen entstehen, vor allem durch Durchblutungsstörungen. Bei dieser vaskulären Demenz kommt es häufig schlagartig zur Verschlechterung der Gehirnleistung und es treten anderweitige Zeichen eines Schlaganfalls auf wie z.B. Sprachstörungen. Meist werden sie durch eine Vielzahl kleinster Gefäßverschlüsse in den Blutgefäßen des Gehirns verursacht (Multiinfarktdemenz). Bei 10 bis 20 % der Patienten sind Durchblutungsstörungen die Ursache fortschreitender Veränderungen (vaskuläre Demenz).

- **Mischformen aus Alzheimer- und vaskulären Demenzen**

- **Stoffwechselstörungen, chronische Vergiftungen** (Alkoholismus), Mangelernährung, Gehirntumoren sowie Infektionen des Gehirns sind Erkrankungen, die weitere 10 bis 20 % der Demenzerkrankungen verursachen.

Der erste Ansprechpartner bei Störungen des Gedächtnisses und des Denkvermögens sollte der Hausarzt sein. Dieser kennt in der Regel den Patienten schon über einen längeren Zeitraum und kann im Gespräch schon Veränderungen feststellen. Gedächtnisstörungen können viele verschiedene Ursachen haben, wie z. B. zu geringe Flüssigkeitszufuhr, Vitaminmangel, Medikamentennebenwirkungen, Depressionen. Wenn sie rechtzeitig erkannt werden, können sie behoben bzw. behandelt werden. Die medizinische Diagnose ist die Voraussetzung dafür, dass der Kranke und seine Angehörigen die Zukunft planen und zu gegebener Zeit notwendige Entscheidungen treffen können.

Im Gespräch erfährt der Hausarzt vom Betroffenen bzw. vor allem von der Bezugsperson Angaben über den Zeitpunkt und das Ausmaß der auftretenden Symptome, Verhaltensauffälligkeiten, eingenommene Medikamente, andere Erkrankungen etc.

Die zweite wichtige Informationsquelle ist die Untersuchung des Kranken. Gedächtnis, Sprach- und Konzentrationsfähigkeit des Patienten werden mit bestimmten Tests und Fragen ermittelt. Auf die Feststellung des Symptommusters folgt die Klärung der Ursache.

Manche Hausärzte überweisen den Patienten zu einem Facharzt wie Neurologe oder einem Psychiater, der mit verschiedenen Laborbestimmungen und Methoden (Computertomographie oder Kernspintomographie) Bilder des Gehirns anfertigen kann, um andere Krankheiten auszuschließen. Der behandelnde Arzt entscheidet, ob diese Untersuchungsmethoden sinnvoll sind und damit die Ursache der Demenz näher bestimmt werden kann.

Bisher gibt es keine ursächlich wirksame medizinische Therapie der Demenz. Entsprechende Medikamente können helfen, das Fortschreiten der Erkrankung hinauszuzögern. Begleitende psychische Symptome wie Angstzustände, Antriebslosigkeit oder Halluzinationen können möglicherweise medikamentös behandelt werden. Menschen, die von Alzheimer- oder anderen Demenzerkrankungen betroffen sind, können schon bald nach Auftreten der ersten Symptome in vielen Dingen auf die Hilfe und das Verständnis anderer Menschen angewiesen sein. Im weiteren Verlauf führen Demenzerkrankungen dazu, dass auch einfachste Verrichtungen des täglichen Lebens nur mit der Unterstützung anderer möglich sind. Die betroffenen Menschen werden zunehmend pflegebedürftig. Die Krankheitsdauer liegt durchschnittlich bei 8 Jahren. Demenzpatienten im Endstadium werden oft anfällig für eine Lungenentzündung, eine Infektion oder für andere Krankheiten. Werden die Patienten bettlägrig, nehmen Atemprobleme oft zu. Dieses letzte Stadium führt häufig zum Tod.

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 dadurch 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 vermittelt ihnen Versagensängste. Mehr Details zu den Veränderungen siehe unten.

Die Anwendung der folgenden Hinweise zum Umgang mit Demenzkranken muss aber immer auf die jeweilige Situation und das Krankheitsstadium des Betroffenen angepasst werden.

Sich in den Kranken hineinversetzen

Es ist wichtig, sich immer wieder in den Patienten hineinzuversetzen 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 als Versager fühlt. Diese Bedrohung würde wahrscheinlich jeden gesunden Menschen unruhig, unsicher und aggressiv machen.

Oft werden Angehörige und Pflegekräfte vom Patienten beschimpft, beleidigt oder sogar tätlich angegriffen. 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 derartige Verhalten des Patienten persönlich genommen werden; dem Patienten sollte so weit wie möglich Verständnis entgegengebracht werden, auch wenn es schwer fällt.

Annehmen von Hilfe

Wenige Patienten haben eine Krankheitseinsicht. Sie reagieren zum Teil mit Misstrauen und Ablehnung, weil sie Dinge und Menschen um sich herum nicht mehr richtig einordnen können. Das Annehmen von Hilfen ist für Demenzkranke daher oftmals sehr schwierig. Durch ihre veränderte Selbstwahrnehmung und das eingeschränkte Verständnis ihrer Situation können sie Hinweise, Ratschläge oder Kritik von anderen nicht verstehen und fühlen sich schnell bevormundet. 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 Verrichtungen im Alltag alleine zu verrichten, beispielsweise den Tisch zu decken oder Geschirr abzutrocknen. Je nach Tagesform sollte der Angehörige oder Pfleger nur dann unterstützen und Tätigkeiten übernehmen,

wenn es nötig ist. Der Betroffene soll nach Möglichkeit das Gefühl behalten, selbst kompetent zu sein, auch wenn ihm Hilfe angeboten wird.

Bei vielen Demenzkranken, vor allem bei denen, die alleine leben, fällt die Demenzerkrankung in der ersten Zeit nicht auf. Viele Verhaltensweisen wie Rückzug aus dem Freundeskreis oder das Aufgeben eines Hobbys werden als alterstypisch angesehen. Grund ist aber zum Teil, dass die Kranken mit dem Einhalten von Terminen und dem Verlassen der Wohnung überfordert sind. Angstzustände und Antriebslosigkeit sind Symptome, die möglicherweise medikamentös behandelt werden könnten. Sie verstärken sich aber bei Patienten, die von der Außenwelt isoliert leben und keinen Kontakt nach außen mehr zulassen. Falls im Bekanntenkreis ältere Menschen sind, die sich zurückziehen, sollten Bekannte diese auch zu Hause besuchen und bei Verdacht auf Demenz ärztliche Hilfe in die Wege leiten.

Sozialer Rückzug

Folgendes sollte bei der Kommunikation mit Demenzkranken beachtet werden:

Kommunikation

- 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. Diese Zeiten nutzen.
- Kurze und einfache Sätze formulieren, klar und deutlich wiederholen, wenn die sprachliche Verständigung durch die Krankheit schon eingeschränkt ist.
- 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 mit Demenzkranken vermeiden. Der Patient versteht besser, wenn man ihm auf der emotionalen, also auf der Beziehungsebene begegnet und seine Gefühle wahrnimmt und erwidert. Die kognitiven Fähigkeiten bei Demenzkranken sind beeinträchtigt, Appelle an ihr Gedächtnis („Du weißt doch, dass ...“) führen oft zu sinnlosen Debatten.

Besser ist es, Ängste oder Unruhe wahrzunehmen und darauf zu reagieren. Hilfreich ist, dazu Körpersprache und Körperkontakt einzusetzen. Selbst sehr verwirrte Patienten reagieren auf Berührungen und Mimik des Gegenübers. Das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit ist von Angehörigen oder Pflegekräften manchmal leichter „ohne Worte“ zu vermitteln.

- Gute Anknüpfungspunkte, um mit Demenzkranken ins Gespräch zu kommen, sind Themen aus deren Vergangenheit. Durch das Nachlassen des Kurzzeitgedächtnisses sind aktuelle Themen oft weniger geeignet. Oftmals gelingen Gespräche über den früheren Beruf etc.

Alltag und Tagesrhythmus

Ein geregelter und gleich bleibender Tagesablauf gibt dem Demenzkranken Sicherheit, beispielsweise das Aufstehen, Waschen, Ankleiden und das gemeinsame Frühstück. Diese immer wiederkehrenden Tätigkeiten soll er (wenn nötig unter Anleitung) so weit wie möglich selbstständig durchführen. Eine Aufgabe zu haben, die nicht überfordert (Tisch decken), 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 werden.

Verdrehen des Tag-Nacht-Rhythmus

Einige Demenzkranke haben einen sehr unruhigen Schlaf, sie gehen nachts umher und können Tag und Nacht nicht mehr unterscheiden. Dies ist besonders für die Angehörigen anstrengend, die nicht mehr zu ihrer Nachtruhe kommen. In solchen Fällen ist es hilfreich, mit dem Patienten tagsüber lange Spaziergänge zu unternehmen und körperlich aktiv zu sein. Außerdem ist eine klare Hell-dunkel-Abgrenzung vorteilhaft, das heißt: tagsüber viel Licht, nachts wenig.

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

Zuzahlungen und Zuzahlungsbefreiung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Durch die Versorgung mit Arzneimitteln, Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte kann bei Demenzkranken eine Reihe von Zuzahlungen anfallen.

Versicherte ab 18 Jahren müssen zu bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Zuzahlungen leisten. Wo vermerkt, gelten diese Zuzahlungen auch für Kinder. Die nachfolgenden Regelungen gelten auch für Sozialhilfeempfänger.

Die Praxisgebühr beträgt 10,- € pro Quartal und Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut.

Die Praxisgebühr wird nicht fällig bei:

- Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren
- Überweisungen von einem anderen Arzt im selben Quartal
- Vorsorge, Früherkennung, Kontrolluntersuchungen, Schutzimpfungen
- Überschreiten der Belastungsgrenze

Zuzahlung (umgangssprachlich Rezeptgebühr genannt): 10 % der Kosten, mindestens 5,- €, maximal 10,- €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Arzneimittels.

Preis/Kosten	Zuzahlung
bis 5,- €	Preis = Zuzahlung
5,01 bis 50,- €	5,- €
50,- bis 100,- €	10 % des Preises
ab 100,- €	10,- €

Diese Tabelle gilt entsprechend auch für Verbandmittel, die meisten Hilfsmittel, Haushaltshilfe, Soziotherapie und Fahrtkosten.

Seit dem 01.07.2006 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen Arzneimittelwirkstoffe von der Zuzahlung befreit.

Auf den Internetseiten der GKV (Die gesetzlichen Krankenkassen) ist eine Übersicht der zuzahlungsfreien Arzneimittelwirkstoffe, ebenso eine entsprechende präparatebezogene Liste zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird: www.gkv.info

Zuzahlungen

Praxisgebühr

Arzneimittel

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

<i>Verbandmittel</i>	Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5,- €, maximal 10,- €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Verbandmittels.
<i>Heilmittel</i>	Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10,- € je Verordnung.
<i>Hilfsmittel</i>	Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5,- €, maximal 10,- €. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt die Zuzahlung 10 % je Packung, maximal jedoch 10,- € monatlich.
<i>Häusliche Krankenpflege</i>	Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10,- € je Verordnung.
<i>Soziotherapie</i>	Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5,- €, maximal 10,- €.
<i>Haushaltshilfe</i>	Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5,- €, maximal 10,- €.
<i>Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung</i>	Zuzahlung: 10,- € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlung werden angerechnet.
<i>Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation</i>	Zuzahlung: 10,- € pro Kalendertag an die Einrichtung, ohne zeitliche Begrenzung. 28 Tage, wenn die ambulante Rehamaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 42 Behandlungstage bzw. die stationäre Rehamaßnahme aus medizinischen Gründen länger als 6 Wochen dauert.
<i>Fahrtkosten</i>	Zuzahlung: 10 % der Fahrtkosten, mindestens 5,- €, maximal 10,- €, in keinem Fall mehr als die Kosten der Fahrt. Auch für Fahrten von Kindern.
<i>Nicht befreiungsfähige Zuzahlungen</i>	Folgende Zuzahlungen werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung nicht berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> • Künstliche Befruchtung Die Krankenkasse übernimmt 50 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten, den Rest zahlt der Versicherte zu.

- **Zahnersatz**

Zuzahlung wird auch für Kinder fällig.

Die Krankenkasse übernimmt:

- 50 % der Regelversorgungskosten (= Festzuschuss)
- 60 % der Regelversorgungskosten bei 5 Jahren Vorsorge (= Festzuschuss + 20 % Bonus)
- 65 % der Regelversorgungskosten bei 10 Jahren Vorsorge (= Festzuschuss + 30 % Bonus)

Den Rest zahlt der Versicherte zu. Darüber hinaus gelten beim Zahnersatz besondere Härtefallregelungen.

- **Kieferorthopädische Behandlung**

Bei Kindern

Die Krankenkasse übernimmt 20 % der Kosten, bei gleichzeitiger Behandlung weiterer Kinder 10 %.

Die Zuzahlung wird am Ende der erfolgreichen Behandlung erstattet.

Bei Erwachsenen

20 % der Kosten und nur soweit zusätzlich kieferchirurgische Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind, ansonsten zahlt der Versicherte voll.

Die Belastungsgrenze soll verhindern, dass insbesondere chronisch Kranke, Behinderte, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. Die Belastungsgrenze liegt bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens.

Frühere Regelungen wie Sozialklausel, Härtefallregelung und Überforderungsklausel gelten seit 1.1.2004 nicht mehr.

Zuzahlungsbefreiung bei Erreichen der Belastungsgrenze

Als „belastet“ gilt, wer mehr als 2 % der jährlichen Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt (siehe unter „Berechnung“) für Zuzahlungen ausgeben muss(te).

Voraussetzung

Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Es errechnet sich aus dem Bruttoeinkommen des Versicherten und den Bruttoeinkommen aller Angehörigen des Versicherten, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben.

Berechnung

„Angehörige“ des Versicherten sind:

- Ehepartner
- Kinder, die familienversichert sind
- eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)
- sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 KVLG (Krankenversicherung der Landwirte)

Nicht zu den „Angehörigen“ zählen Partner einer eheähnlichen verschiedengeschlechtlichen oder nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaft.

Kinder des Versicherten müssen dabei familienversichert sein. Dasselbe gilt bei eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften.

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 4.410,- € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße)
- **nur für Mitglieder in der Krankenversicherung für Landwirte:** für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 2.940,- € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- für jedes Kind des verheirateten Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.648,- € (§ 32 Abs. 6 EStG)
- für das erste Kind einer/s allein erziehenden Versicherten 4.410,- € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße)
- für jedes weitere Kind einer/s allein erziehenden Versicherten 3.648,- €

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind:

- Altersrenten
- Arbeitsentgelt
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld
- Arbeitseinkommen (bei selbstständiger Tätigkeit)
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Witwen-/Witwerrente und andere Renten wegen Todes
- Einnahmen von Angehörigen im gemeinsamen Haushalt (Ehegatte, familienversicherte Kinder, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner). Hierzu zählen nicht Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII, von Arbeitslosengeld II, von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und bei Heimbewohnern, die Leistungen vom Sozialamt bekommen, wird jeweils nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt.

Nicht zu den Einnahmen zählen zweckgebundene Zuwendungen, die einen beschädigungs- oder behinderungsbedingten Mehrbedarf abdecken sollen, wie z. B.:

- Pflegegeld
- Blindenzulage
- Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Erziehungsgeld
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ (Mittel der Bundesstiftung „Mutter und Kind“)
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit diese der Grundrente nach dem BVG entspricht
- Ausbildungsförderung (BAföG)
- Kindergeld

Auch die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, das heißt 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. Überschreiten die Zuzahlungen 2% der Bruttoeinnahmen im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhalten der Versicherte sowie sein Ehegatte und die familienversicherten Kinder, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

*Zuzahlungsbefreiung/
Rückerstattung der Zuzahlung*

Verschiedene Krankenkassen bieten ihren Versicherten ein Quittungsheft an, in dem sie übers Jahr alle Quittungen von Zuzahlungen sammeln können.

Quittungsheft



Praxistipp

Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb Patienten immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres auflaufen. Wenn ein Versicherter im Lauf des Jahres die 2%-Belastungsgrenze erreicht hat, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen.

Die Krankenkasse wird dem Patienten die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2%-ige Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine Zuzahlungsbefreiung bescheinigt.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

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

- pflegebedürftig mit Pflegestufe 2 oder 3
- Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 %
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln) 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.

Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine andere Belastungsgrenze: Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (siehe oben unter „Berechnung“) für Zuzahlungen ausgeben müssen/mussten.

Überschreiten die Zuzahlungen 1 % der o. g. Bruttoeinnahmen im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhalten der chronisch Kranke, sein Ehegatte und die familienversicherten Kinder für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurück.



Grundsätzlich gilt:

Ist das Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen, dann errechnet eine Krankenkasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und stellt ggf. eine Zuzahlungsbefreiung aus. Dies wird der anderen Krankenkasse mitgeteilt, so dass die Versicherten für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten müssen.

Nach Ablauf eines Kalenderjahres ist der Krankenkasse die weitere Dauer der Behandlung nachzuweisen. Auf Verlangen der Krankenkasse kann eine Überprüfung durch den MDK erfolgen.

Sonderregelung für Pflegebedürftige

Pflegebedürftige mit Pflegestufe 2 oder 3 müssen einen jährlichen Nachweis über das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung nicht mehr vorlegen.

Sonderregelung für Sozialhilfeempfänger

Berechnungsgrundlage für die Zuzahlungsgrenze bei Sozialhilfeempfängern ist der Regelsatz des Haushaltsvorstands (Regelsätze der Sozialhilfe), das heißt: Ein Sozialhilfeempfänger zahlt – je nach Bundesland – im Jahr ca. 70,- € zu, ein chronisch kranker Sozialhilfeempfänger ca. 35,- €.

Sonderregelung für Bewohner im Heim, die Sozialhilfe erhalten

Seit 1.1.2005 müssen Heimbewohner, die Sozialhilfe beziehen, nicht mehr Zuzahlungen leisten, bis sie die 1 %- bzw. 2 %-Grenze erreicht haben und damit eine Zuzahlungsbefreiung erhalten, sondern haben auch die Möglichkeit, dass der örtlich zuständige Sozialhilfeträger den Gesamtbetrag (West/Ost: 82,80 €/79,40 € bzw. bei chronisch Kranken West/Ost: 41,40 €/39,70 €) an die Krankenkasse des Heimbewohners vorab überweist. Dieser als Darlehen gewährte Gesamtbetrag wird dann in monatlichen kleinen Ratenbeträgen mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet.

Rehabilitation

Demenzkranke Patienten sind meistens ältere Menschen, bei denen die Ziele der Rehabilitation wie „Wiederherstellung der Gesundheit und Erwerbsfähigkeit“ nicht erfüllt werden können. Vielmehr geht es bei der Rehabilitation von Demenzkranken darum, die Alltagskompetenzen noch so lange wie möglich zu erhalten und die Betreuer über das Krankheitsbild zu informieren. Ziel ist häufig, die Pflege in den eigenen vier Wänden noch lange zu ermöglichen und einen Umzug in ein Pflegeheim zu vermeiden.



Praxistipp

Zuständigkeit

Grundsätzlich gilt:

Vorsorge/Rehabilitation vor Pflege.

Die verschiedenen Arten der Rehabilitation sind ein großer und komplexer Bereich, für den alle Versicherungsträger zuständig sein können. Allerdings kommen bei demenzkranken Menschen, die in den meisten Fällen nicht mehr im Berufsleben stehen, als Kostenträger für medizinische Rehabilitation nur die Krankenkassen in Frage. Bei Gefährdung oder Minderung der Erwerbstätigkeit und Vorliegen versicherungsrechtlicher Voraussetzungen sind die Rentenversicherungsträger für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig.

Allgemeines zur Rehabilitation von Demenzkranken

Für Demenzkranke werden eigentlich nur stationäre Vorsorge- und RehaMaßnahmen oder geriatrische Rehabilitationen genehmigt. Da es bei Demenzerkrankungen wie Alzheimer keine Heilungschancen gibt, ist es für Versicherte sehr schwer, eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu bekommen. Dennoch sollten die Angehörigen gemeinsam mit dem behandelnden Arzt eine Reha beantragen.

Für Demenzkranke gibt es spezielle Einrichtungen, die in der Regel an neurologische Rehakliniken angeschlossen sind. Diese nennen sich beispielsweise „Alzheimer Therapie Zentrum“. Dort werden der Demenzkranke und sein pflegender Angehöriger aufgenommen. Die Krankenkasse ist Kostenträger der stationären RehaMaßnahme, der Angehörige kommt als Begleitperson mit.

Das Angebot dort teilt sich auf in einen Betreuungs- und Beschäftigungsteil für die Demenzkranken und einen Informationsteil für die Angehörigen. Die Information der Angehörigen über die Krankheit und deren Auswirkungen, der Umgang mit problematischen Verhaltensweisen wie Aggressionen, aber auch Entlastungsmöglichkeiten sind Inhalt der Angehörigenbetreuung im Rahmen der Rehabilitation. Das Ziel einer solchen RehaMaßnahme ist, dass die Pflege des Demenzkranken noch lange in häuslicher Umgebung stattfinden kann.

Leider gibt es noch nicht viele Einrichtungen dieser Art im Bundesgebiet. Adressen bekommt man bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. (siehe Adressteil).

Eine Begleitperson im Sinne der Krankenversicherung ist eine Person, die für ein Kind oder einen Erwachsenen während eines Klinik- oder Kuraufenthaltes ständig anwesend ist. Bei Demenzkranken kann möglicherweise der pflegende Angehörige als Begleitperson auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme 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 der Bezugsperson
- wegen schwerer Behinderung ständiger Betreuungsbedarf des rehadürftigen Patienten, der nicht von der Rehaeinrichtung 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.

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

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

Die Krankenkasse kann Nebenkosten wie Reisekosten oder Verdienstausfall der Begleitperson übernehmen.

Begleitperson

Voraussetzung

Kosten

Fahrten



Wer hilft weiter?

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

Stationäre Rehamaßnahmen

Darunter versteht man eine Kur: Der Patient wohnt für die Zeit der Rehamaßnahme in einer entsprechenden Einrichtung. Stationäre Rehamaßnahmen sind z.B. bei Nachbehandlungen schwerer Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Geschwulstleiden möglich.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für eine stationäre Rehamaßnahme sind:

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

Antrag

Der Patient beantragt die medizinische Rehamaßnahme beim zuständigen Träger. Erforderlich sind eine ärztliche Bescheinigung, Arztbericht(e) und möglichst ein selbst verfasstes Schreiben. Der Leistungsumfang bei ambulanten, teilstationären und stationären Rehamaßnahmen liegt im Ermessen der Krankenkasse bzw. des Renten- oder Unfallversicherungsträgers und wird aufgrund medizinischer Erfordernisse festgelegt.

Vorgehensweise bei der Antragstellung

Seit 1.4.2004 sind neue Rehabilitations-Richtlinien in Kraft. Der behandelnde Arzt stellt bei der Krankenkasse einen Antrag auf „Einleitung zur Rehabilitation oder alternative Angebote“. Kommt nach Ansicht der Krankenkasse eine Rehamaßnahme und sie selbst als Kostenträger in Betracht, dann bekommt der Arzt die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ zugeschickt. Falls der Antrag bei einem anderen Kostenträger gestellt werden muss (z.B. Rentenversicherung), wird dies von der Krankenversicherung mitgeteilt. Bis zum 31.3.2006 (Übergangsfrist) dürfen noch alle Vertragsärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen, ab dann nur noch dafür qualifizierte Ärzte.

Eigentlich genügt bei den Anträgen auf RehaMaßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD 10 (internationale Klassifikation der Krankheiten). Es ist jedoch mittlerweile fast zur Regel geworden, dass der Arzt die Notwendigkeit der medizinischen Rehabilitation ausführlich begründet. Auf jeden Fall vermindert es das Risiko einer Ablehnung durch den Kostenträger, wenn dem Antrag sofort eine ausführliche ärztliche Begründung beigefügt wird. Es kann durchaus sein, dass der MDK über das ärztliche Attest hinaus den Patienten zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der RehaMaßnahme zu prüfen.



Praxistipp

Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Krankenkassen oder das Sozialamt.



Wer hilft weiter?

Wenn ein Demenzkranker beispielsweise bei einem Sturz einen Oberschenkelhalsbruch erleidet und eine RehaMaßnahme sinnvoll ist, dann sollte diese in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung stattfinden. Diese sind besonders auf Patienten mit Multimorbidität ausgerichtet. Es gibt die geriatrische Rehabilitation in ambulanter und stationärer Form. Allerdings muss genau geprüft und begründet werden, ob es sich um einen geriatrischen Patienten handelt, da sonst keine geriatrische Rehabilitation genehmigt werden kann, sondern evtl. eine Anschlussheilbehandlung oder eine medizinische Rehabilitation beantragt werden sollte.

**Geriatrische
Rehabilitation**

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)
- geriatritypische Multimorbidität (mindestens zwei behandlungsbedürftige Krankheiten)
Dabei handelt es sich um eine Kombination von Schädigungen und Fähigkeitsstörungen im Sinne eines geriatrischen Symptoms, z. B. Immobilität, Sturzneigung oder Schwindel, kognitive Defizite, Demenz, (Harn-)Inkontinenz, Depression, Angststörung, chronische Schmerzen, Gebrechlichkeit, starke Sehbehinderung, ausgeprägte Schwerhörigkeit. Geriatrische Patienten nehmen oft mehrere Medikamente und sind häufig im Krankenhaus.

Geriatrische Patienten müssen aufgrund von Multimorbidität und Komplikationen oft akutmedizinisch behandelt bzw. überwacht und gleichzeitig rehabilitativ behandelt werden.

Folgende Ereignisse können typischerweise eine geriatrische Rehabilitation erfordern:

- Schlaganfall
- hüftgelenksnahe Frakturen
- operative Versorgung mit Totalendoprothesen von Hüfte und Knie
- Gliedmaßenamputation bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder diabetischem Gefäßleiden

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

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

Voraussetzungen

Voraussetzungen für eine geriatrische Rehabilitation:

- Der Patient ist ein geriatrischer Patient (siehe oben).
- Er ist rehabilitationsbedürftig.
- Er ist rehabilitationsfähig.
- Es liegt eine positive Rehabilitationsprognose vor.
- Das angegebene Rehabilitationsziel ist realistisch und alltagsrelevant.

Ziel

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

Antrag

Der Antrag auf geriatrische Rehabilitation kann sowohl vom behandelnden Hausarzt als auch von einem Krankenhaus, in dem der geriatrische Patient behandelt wird, gestellt werden. Dieser Antrag wird dann mit einer ärztlichen Begründung zur zuständigen Krankenkasse geschickt. Es können Vorschläge von Seiten des Arztes, des Krankenhauses, des Patienten oder von Angehörigen gemacht werden, in welcher Einrichtung die Rehabilitation stattfinden soll.

Kostenträger ist die Krankenkasse.

Ein Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) prüft, ob die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Entscheidung über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Einrichtung trifft die Krankenkasse. Unter Berücksichtigung der vom MDK-Gutachter festgestellten medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit wird die am besten geeignete Einrichtung ausgewählt.

Zuständigkeiten

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

Zuzahlung

Der Krankenhausaufenthalt ist nicht nur für demenzkranke Menschen schwierig: täglich mehrfacher Wechsel des Krankenhauspersonals (behandelnde Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger, Reinigungskräfte), Wechsel der Zimmernachbarn, unterschiedliche Behandlungen und Untersuchungen, evtl. Narkosen, fremde Umgebung, fehlende räumliche und zeitliche Orientierungsmöglichkeiten. Diese Belastungen können von einem demenzkranken Menschen meist nicht gut bewältigt werden. Manchmal fällt erst bei einem Krankenhausaufenthalt auf, dass ein Patient möglicherweise dement ist. In der gewohnten Umgebung gelingt es noch eher, auftretende Gedächtnisstörungen zu kompensieren („überspielen“). Sind sie in einer fremden Umgebung, dann sind demente Patienten häufig überfordert und die Symptome werden auffällig.

**Demenzkranke
im Krankenhaus**

Eine angemessene Versorgung von Demenzkranken in Akutkrankenhäusern ist oft schwierig. Das Personal ist oft überfordert mit verwirrten, ängstlichen, umherlaufenden und aggressiven Patienten. Insbesondere nachts „stören“ demente Patienten, die umherlaufen und möglicherweise sich selbst und andere gefährden. In vielen Krankenhäusern fehlt die Zeit und auch die Kompetenz, mit diesen Patienten umzugehen. Daher werden sie oftmals durch Medikamente oder Fixierung ans Bett ruhig gestellt (mehr unter „Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Demenzkranken“, Seite 70).

Dieses Problem wird durch die hohe Zahl dementer Patienten immer größer und in einigen Krankenhäusern wird darauf durch Schulung des Personals und Schaffung gerontopsychiatrischer Stationen reagiert.

Hier einige Tipps zur Vorbereitung eines stationären Aufenthalts von Menschen mit Demenzerkrankungen:

- 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 dann stattfinden, wenn der Patient sein Tageshoch hat.
- Der Patient sollte von seinem pflegenden Angehörigen begleitet und dieser sollte, wenn nötig und möglich, als Begleitperson aufgenommen werden.
- Wichtig ist, das Pflegepersonal über die Gewohnheiten und Verhaltensauffälligkeiten zu informieren. Außerdem sollte während des Krankenhausaufenthaltes darauf geachtet werden, dass Brillen und Hörgeräte wie gehabt eingesetzt werden. Eventuell gibt es weitere Orientierungshilfen wie Uhren, Kalender oder Ähnliches.
- Die Klinikärzte brauchen die aktuelle Medikation des Patienten durch den Hausarzt, 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 mit einbezogen werden können.

Pflegebedürftigkeit kann jeden Menschen treffen. Bei körperlicher Gebrechlichkeit ist es offensichtlich, dass ein Mensch Hilfe und Unterstützung braucht. Doch auch Demenzkranke, die in ihrer Beweglichkeit nicht eingeschränkt sind, können unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Allerdings gibt es bei Demenzkranken einige Besonderheiten zu beachten.

Im folgenden Kapitel werden erst allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung dargestellt und zum Abschluss die Besonderheiten bei Demenzkranken erläutert.

Die gesetzliche Pflegeversicherung tritt ein für die pflegerische Versorgung von Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung oder Behinderung in Bezug auf die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens für mindestens 6 Monate in erheblichem Umfang der Hilfe bedürfen.

Die Pflegekassen sind die Träger der Pflegeversicherung. Bei den Pflegekassen sind alle Pflegeleistungen zu beantragen.

In den Schutz der Pflegeversicherung sind alle einbezogen, die auch in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Die Versicherungspflicht besteht daher für dieselben Personengruppen, auch für Familienversicherte. Zuständig sind die (bei den Krankenkassen errichteten) Pflegekassen.

Es besteht auch die Möglichkeit, sich freiwillig bei der gesetzlichen Pflegeversicherung zu versichern, allerdings ist dies nur in Koppelung mit der gesetzlichen Krankenversicherung möglich.

Grundsatz:

Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig.

Ausnahme:

Wer freiwillig krankenversichert ist und nicht Mitglied der zugehörigen gesetzlichen Pflegekasse werden möchte, muss bei der Pflegekasse einen Befreiungsantrag stellen und mit diesem Antrag einen gleichwertigen privaten Versicherungsschutz nachweisen. Das muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der freiwilligen Versicherung geschehen. Der Befreiungsantrag ist nicht widerrufbar, außer der freiwillig Versicherte wird aufgrund veränderter Voraussetzungen wieder zum Pflichtversicherten.

Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung

Versicherungspflicht

Freiwillige Versicherung

Antrag auf Pflegeleistungen

Pflegeleistungen werden bei der Pflegekasse beantragt. Prinzipiell ist die Vorversicherungszeit zu berücksichtigen und eine Pflegebedürftigkeit festzustellen.

Zwischen Antragstellung und Genehmigung können mehrere Wochen vergehen. Falls in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson notwendig ist, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Wird der Antrag genehmigt, übernimmt die Pflegekasse die Kosten im Nachhinein ab dem Datum der Antragsstellung und bis zur Höhe der genehmigten Sachleistungen. Deshalb ist es wichtig, alle Belege aufzubewahren.

Damit die Pflegekasse Leistungen übernimmt, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein:

- Pflegebedürftigkeit und
- Vorversicherungszeit

Leistungen der Pflegeversicherung

Es gibt folgende Leistungen:

- häusliche Pflege

Zu den Leistungen der häuslichen Pflege zählen:

- Pflegegeld, wenn die Pflege nur von (einem) Angehörigen übernommen wird
- Pflegesachleistungen, wenn die Pflege nur von einem ambulanten Pflegedienst übernommen wird
- Kombinationsleistung, wenn die Pflege sowohl von (einem) Angehörigen als auch von einem ambulanten Pflegedienst übernommen wird
- Pflegehilfsmittel (dazu zählen auch technische Hilfen und Wohnumfeldverbesserungen)
- wenn zu Hause vorübergehend eine andere als die übliche Person die Pflege übernimmt, handelt es sich um Ersatzpflege.

- teilstationäre Pflege

- Tages- und Nachtpflege
- Kurzzeitpflege (wenn statt der häuslichen vorübergehend eine vollstationäre Pflege notwendig ist)

- vollstationäre Pflege im Pflegeheim

Pflegetätigkeiten

Für die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist ausschließlich der auf Dauer erforderliche Hilfebedarf für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung maßgebend.

Der Hilfebedarf ist in vier Bereiche eingeteilt:

- Körperpflege
- Ernährung
- Mobilität
- hauswirtschaftliche Versorgung

Nachfolgend die Details, welche Tätigkeiten zum Hilfebedarf zählen:

Unter Körperpflege versteht man:

Körperpflege

- **Waschen/Duschen/Baden**

Hierunter fällt das Waschen des Körpers, entweder unter der Dusche, in der Badewanne, am Waschbecken oder auch im Bett.

Zum Waschvorgang gehören die erforderlichen Vorbereitungen (z. B. das Zurechtlegen der erforderlichen Utensilien wie Seife/Handtuch, das Einlassen des Badewassers sowie das Bedienen der Armaturen), der Waschvorgang selbst sowie das Abtrocknen und Eincremen des Körpers.

- **Zahnpflege**

Zur Zahnpflege zählen die Vorbereitung (z. B. das Öffnen und Schließen der Zahnpastatube einschließlich der Dosierung der Zahnpasta und das Füllen des Wasserglases), der Putzvorgang einschließlich der Mundpflege sowie die Reinigung von Zahnersatz.

- **Kämmen**

Dies umfasst das Kämmen und Bürsten der Haare entsprechend der individuellen Frisur.

Das Legen von Frisuren (z. B. Dauerwelle) oder das Haarewaschen oder -schneiden können nicht berücksichtigt werden. Eine Ausnahme kann vorliegen, wenn durch Erkrankungen oder durch deren Folgen regelmäßige Haarwäsche erforderlich ist. Trägt der/die Pflegebedürftige ein Toupet oder eine Perücke, so gehört zum Hilfebedarf das Kämmen und Aufsetzen des Haarteils.

- **Rasieren, Gesichtspflege**

Rasieren beinhaltet wahlweise die Trocken- oder Nassrasur einschließlich der notwendigen Hautpflege.

Bei Frauen wird hier die Gesichtspflege – mit Ausnahme des Schminkens – berücksichtigt.

- **Darm- und Blasenentleerung**

Hierzu gehören die Kontrolle des Harn- und Stuhlganges, die Reinigung und Versorgung von künstlich geschaffenen Ausgängen sowie die notwendigen Handgriffe bei dem

Hygienevorgang, das Richten der Kleidung vor und nach dem Gang zur Toilette, die Intimhygiene wie das Säubern nach dem Wasserlassen und dem Stuhlgang sowie das Entleeren und Säubern eines Toilettenstuhls bzw. eines Stechbeckens (Bettpfanne). Ebenso zählen das Anlegen bzw. Wechseln von Windeln dazu.

Ernährung

Unter Ernährung versteht man:

- **mundgerechte Nahrungszubereitung**
Hierzu zählen die Tätigkeiten, die zur unmittelbaren Vorbereitung dienen, wie die portionsgerechte Vorgabe, das Zerkleinern der zubereiteten Nahrungsmittel, z. B. das mundgerechte Zubereiten bereits belegter Brote, ebenso die notwendige Kontrolle der richtigen Essenstemperatur. Hierzu zählen nicht das Kochen oder das Eindecken des Tisches. Die Zubereitung von Diäten ist beim Kochen zu berücksichtigen.
- **Nahrungsaufnahme**
Hierunter fallen die Nahrungsaufnahme in jeder Form (fest, flüssig) sowie eine ggf. erforderliche Sondenernährung und die Verwendung bzw. der Umgang mit dem Essbesteck oder anderer geeigneter Geräte, um die Nahrung zum Mund zu führen, zu kauen und zu schlucken.

Mobilität

Unter Mobilität versteht man:

- **Aufstehen/Zubettgehen**
Das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen umfasst die eigenständige Entscheidung, zeitgerecht das Bett aufzusuchen bzw. zu verlassen. Hierunter fällt auch das alleinige Umlagern von bettlägerigen Pflegebedürftigen. Fällt das Umlagern in Verbindung mit anderen Verrichtungen an, so erfolgt die Zuordnung bei der jeweiligen Verrichtung.
- **An- und Auskleiden**
Das An- und Auskleiden beinhaltet neben notwendigen Handgriffen (z. B. das Öffnen und Schließen von Verschlüssen, das Auf- und Zuknöpfen sowie das An- und Ausziehen von Kleidungsstücken/Schuhen) die Auswahl der Kleidungsstücke entsprechend Jahreszeit und Witterung, die Entnahme der Kleidung aus ihrem normalen Aufbewahrungsort (z. B. Kommode oder Schrank) sowie die Überprüfung der Kleidung.
Hierunter fällt auch das Anlegen von Prothesen oder Hilfsmitteln.

- **Gehen/Stehen und Treppensteigen**

Das Gehen, Stehen und Treppensteigen ist nur dann maßgebend, wenn es im Zusammenhang mit den genannten Verrichtungen der Körperpflege und der Ernährung erforderlich wird.

Das Gehen und Treppensteigen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung ist als Hilfebedarf bei der Hauswirtschaft zu berücksichtigen.

- Unter Gehen ist hier das Bewegen innerhalb der Wohnung (z. B. zum Waschen/Duschen/Baden oder zur Toilettennutzung) zu verstehen.
- Bei Rollstuhlfahrern fällt hierunter der Hilfebedarf, der durch die Benutzung eines Rollstuhls erforderlich wird.
- Zum Stehen gehört nicht nur, diese Körperhaltung zu erreichen (Aufstehen), sondern auch, diese über einen längeren Zeitraum zu bewahren.
- Das Treppensteigen beinhaltet das notwendige Überwinden von Stufen innerhalb der Wohnung.

Das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung ist maßgebend, wenn es im Zusammenhang mit Verrichtungen erforderlich wird, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause unumgänglich sind und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen notwendig machen. Hierzu zählen das Aufsuchen von Ärzten, Apotheken und Behörden sowie die Inanspruchnahme ärztlich veranlasster Therapien.

Die Aufenthaltszeiten (z. B. Wartezeiten beim Arzt) bleiben unberücksichtigt. Das Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten (z. B. Spaziergänge, Besuche von kulturellen Veranstaltungen) sowie das Aufsuchen von Kindergärten, Schulen, Arbeitsplätzen oder Behindertenwerkstätten bleiben ebenfalls unberücksichtigt.

Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

Verrichtungen der hauswirtschaftlichen Versorgung werden nur als Hilfebedarf berücksichtigt, wenn sie sich auf die Versorgung des Pflegebedürftigen selbst beziehen. Die Versorgung möglicher weiterer Familienangehöriger bleibt unberücksichtigt.

Hauswirtschaftliche Versorgung

- **Einkaufen**

Das Einkaufen beinhaltet auch die Einkaufsplanung rund um die Beschaffung von Lebens-, Reinigungs- und Körperpflegemitteln. Dazu gehören auch die Informationsbeschaffung und der Überblick, welche Lebensmittel wo eingekauft werden müssen, unter Berücksichtigung der Jahreszeit und Menge, die Kenntnis des Wertes des Geldes (preisbewusstes Einkaufen) und die Kenntnis der Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln sowie deren richtige Lagerung.

- **Kochen**
Zum Kochen gehören das Vor- und Zubereiten der Bestandteile der Mahlzeiten sowie das Aufstellen eines Speiseplanes für die richtige Ernährung unter Berücksichtigung des Alters und der Lebensumstände. Hierzu gehören auch die Bedienung der technischen Geräte sowie die Einschätzung der Mengenverhältnisse und Garzeiten unter Beachtung der Hygieneregeln.
- **Reinigen der Wohnung**
Hierzu gehören das Reinigen von Fußböden, Möbeln, Fenstern und Haushaltsgeräten im allgemein üblichen Lebensbereich des Pflegebedürftigen, die Kenntnis von Reinigungsmitteln und -geräten sowie das Bettenmachen.
- **Spülen**
Je nach Gegebenheiten des Haushalts fällt hierunter das Hand- bzw. maschinelle Spülen.
- **Wechseln/Waschen der Wäsche/Kleidung**
Hierzu gehören das Einteilen und Sortieren der Textilien, das Waschen, Aufhängen, Bügeln, Ausbessern und Einsortieren der Kleidung in den Schrank sowie das Bettenbeziehen.
- **Beheizen**
Das Beheizen umfasst auch die Beschaffung und Entsorgung von Heizmaterial.

Pflegebedürftigkeit

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig ist, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf. Die Schwere der Pflegebedürftigkeit wird in Pflegestufen eingeteilt.

Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf.

Krankheiten oder Behinderungen sind:

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane
- Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems, wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen

Gewöhnliche und wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- **Körperpflege**
(z. B. Waschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung)
- **Ernährung**
(z. B. mundgerechte Zubereitung und Aufnahme der Nahrung)
- **Mobilität**
(z. B. Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung)
- **hauswirtschaftliche Versorgung**
(z. B. Einkaufen, Kochen, Putzen, Spülen, Waschen, Heizen)

Hilfe bedeutet: Unterstützung, Übernahme und Anleitung bzw. Beaufsichtigung.

Hilfe

Unterstützung bedeutet, dass der Pflegebedürftige grundsätzlich zur selbstständigen Erledigung einer Verrichtung in der Lage ist, jedoch zur Vorbereitung, Durchführung oder Nachbereitung ergänzende Hilfeleistungen der Pflegeperson benötigt.

Beispiel

Infolge einer teilweisen Lähmung muss die Hand des rechten Arms zum Kämmen von einer anderen Person geführt werden.

Teilweise Übernahme bedeutet, dass Hilfe bei einer teilweise selbstständig erledigten Verrichtung benötigt wird.

Übernahme

Vollständige Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson die Verrichtung notwendigerweise selbst ausführt, da der Pflegebedürftige diese nicht selbst ausführen kann.

Anleitung oder Beaufsichtigung haben zum Ziel, dass die täglichen Verrichtungen in sinnvoller Weise vom Pflegebedürftigen selbst durchgeführt werden.

Anleitung bedeutet, dass die Pflegeperson bei einer konkreten Verrichtung den Ablauf der einzelnen Handlungsschritte oder den ganzen Handlungsablauf lenken oder demonstrieren muss.

Beispiel

Die Pflegeperson muss beim Waschen den Ablauf der einzelnen Handlungsabschnitte lenken oder demonstrieren.

Bei der Beaufsichtigung steht zum einen die Sicherheit beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtung (Eigen- oder Fremdgefährdung) im Vordergrund (z. B. beim Rasieren, wenn durch unsachgemäße Benutzung des Rasierapparates eine Selbstgefährdung gegeben ist), zum anderen die Kontrolle darüber, ob die betreffenden Verrichtungen in der erforderlichen Art und Weise durchgeführt werden.

Beispiel

Das bedeutet, dass die Beaufsichtigung eines demenzkranken Menschen, der nur unter Anweisung seine Zähne putzen kann, zum Hilfebedarf des Pflegebedürftigen zählt.

Eine allgemeine Beaufsichtigung, die über die Sicherung der Verrichtungen (auch zur Vermeidung von Eigen- und Fremdgefährdung bei diesen) hinausgeht, bleibt unberücksichtigt.



Praxistipp

Die Pflegebedürftigkeitsrichtlinien sind für das gesamte Bundesgebiet einheitlich und für alle Pflegekassen und MDKs verbindlich. Diese Richtlinien können im Internet beim MDS-Fachgebiet Pflege (MDS = Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) unter www.mds-ev.de heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

Ansprechpartner für die Leistungen der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen.



Praxistipp

- Wenn das Geld für die vorübergehenden Kosten vor der Genehmigung nicht vorhanden ist, kann beim Sozialamt ein Antrag auf „Hilfe zur Pflege“ gestellt werden. Liegen die Voraussetzungen vor, geht das Sozialamt in Vorleistung und rechnet dann bei Bewilligung des Pflegeantrags direkt mit der Pflegekasse ab.
- Wenn absehbar ist, dass zu einer bereits ausgewählten oder vorhandenen Pflegeperson aus dem sozialen Umfeld noch ein ambulanter Pflegedienst hinzugezogen werden muss, sollte am besten von Anfang an eine Kombination von Geldleistung und Sachpflege (Kombinationsleistung) beantragt werden.
- Vor dem Begutachtungstermin des MDK sollte man sich bei der Krankenkasse informieren, welche Leistungen der Grundpflegekatalog beinhaltet, um die zutreffenden Punkte angeben zu können. Der Grundpflegekatalog ist bei den Krankenkassen/Pflegekassen erhältlich.
- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle zusätzlichen Beeinträchtigungen, z. B. Sehfehler, sowie Begleiterscheinungen angeben. Dabei nichts herunterspielen.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angeführten Gesundheitsstörungen informiert sind.
- Die Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. In dessen Befundberichten müssen die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z. B. die Höhe der körperlichen Belastbarkeit) detailliert dargestellt werden. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über die Pflegestufe.
- Vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsbericht, Kurbericht, Bescheinigung des Hausarztes, Gutachten, Atteste.
- Die Mitteilung eines Arztes oder Pflegeheims bezüglich einer Pflegebedürftigkeit gilt nur dann als Antrag, wenn sie auch eindeutig als „Antrag“ bezeichnet ist. Pflegebedürftige, Angehörige oder Bevollmächtigte sollten im Zweifelsfall bei der Pflegekasse nachfragen, ob die Information durch Arzt oder Pflegeheim auch tatsächlich als Antrag interpretiert wurde.

Der Beginn der Leistungen durch die Pflegekasse hängt vom Datum der Antragstellung und vom Beginn der Pflegebedürftigkeit ab.

Beginn der Leistungen

Die Pflegekasse leistet

- ab dem Datum der Antragstellung, wenn der Versicherte an diesem Tag seit weniger als einem Monat pflegebedürftig ist.

- ab dem Ersten 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.

Pflegestufen

Die Pflegestufe ergibt sich aus der Schwere der Pflegebedürftigkeit und bedingt die Höhe der Leistungen der Pflegekasse.

Die Pflegestufe wird von der Pflegekasse festgelegt. Basis sind die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen und die Pflegebedürftigkeit, die der MDK beurteilt.

Pflegestufe I – erheblich Pflegebedürftige

Hilfebedarf einmal täglich für wenigstens zwei Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Der Zeitaufwand eines Familienangehörigen oder einer anderen nicht als Pflegekraft ausgebildeten Pflegeperson beträgt für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten. Davon müssen auf die Grundpflege mindestens 46 Minuten entfallen.

Leistungen	€
Monatliches Pflegegeld Pflegeversicherung	205,-
Monatliche Pflegesachleistungen	384,-
Bei teilstationärer Tages- oder Nachtpflege monatlich	384,-
Stationäre Kurzzeitpflege (längstens 4 Wochen/Jahr)	1.432,-
Vollstationäre Pflege monatlich	1.023,-
Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch Fachkräfte und nicht verwandte Laienhelfer	1.432,-
Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch verwandte Laienhelfer	205,-

Hilfebedarf mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten für Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

*Pflegestufe II –
Schwerpflegebedürftige*

Der Zeitaufwand eines Familienangehörigen oder einer anderen nicht als Pflegekraft ausgebildeten Pflegeperson beträgt für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 3 Stunden. Davon müssen auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen.

Leistungen	€
Monatliches Pflegegeld der Pflegeversicherung	410,-
Monatliche Pflegesachleistungen	921,-
Bei teilstationärer Tages- oder Nachtpflege monatlich	921,-
Stationäre Kurzzeitpflege (längstens 4 Wochen/Jahr)	1.432,-
Vollstationäre Pflege monatlich	1.279,-
Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch Fachkräfte und nicht verwandte Laienhelfer	1.432,-
Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch verwandte Laienhelfer	410,-

Hilfebedarf täglich rund um die Uhr, auch nachts, bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

*Pflegestufe III –
Schwerstpflegebedürftige*

Der Zeitaufwand eines Familienangehörigen oder einer anderen nicht als Pflegekraft ausgebildeten Pflegeperson für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung beträgt wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 5 Stunden. Davon müssen auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen.

Leistungen	€
Monatliches Pflegegeld der Pflegeversicherung	665,-
Monatliche Pflegesachleistungen	1.432,-
Monatliche Pflegesachleistungen im Härtefall	1.918,-
Bei teilstationärer Tages- oder Nachtpflege monatlich	1.432,-
Stationäre Kurzzeitpflege (längstens 4 Wochen/Jahr)	1.432,-
Vollstationäre Pflege monatlich	1.432,-
Vollstationäre Pflege monatlich im Härtefall	1.688,-
Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch Fachkräfte und nicht verwandte Laienhelfer	1.432,-
Ersatzpflege, Verhinderungspflege durch verwandte Laienhelfer	665,-

Höherstufung

Eine Höherstufung der Pflegestufe ist immer dann möglich, wenn sich der Pflegeaufwand erhöht. Dazu ist ein Antrag bei der Pflegekasse zu stellen und ein erneutes Feststellungsverfahren über den MDK nötig, das auch als Wiederholungsgutachten bezeichnet wird.

Als Wiederholungsgutachten gilt auch die Begutachtung im Auftrag der Pflegekasse, wenn diese den Hinweis erhält, dass die häusliche Pflege nicht mehr in ausreichender Weise gewährleistet ist.



Praxistipp

Besteht Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I, kann der MdK in die inoffizielle „Pflegestufe 0“ einstufen. Unter bestimmten Umständen, die sich auf die gesundheitliche und finanzielle Situation des Antragstellers beziehen, kann es finanzielle Hilfen vom Sozialamt geben.

Pflegegeld

Pflegegeld bekommt ein Pflegebedürftiger, um eine selbst beschaffte Pflegekraft zu bezahlen. Es gehört im Rahmen der Pflegeversicherung zur häuslichen Pflege und stellt die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Person in geeigneter Weise sicher. Für Nichtmitglieder der Pflegeversicherung tritt unter bestimmten Voraussetzungen das Sozialamt ein.

Höhe

Die Pflegekasse bezahlt für eine selbst beschaffte Pflegekraft Pflegegeld in folgender Höhe:

- Pflegestufe I: 205,- € monatlich
- Pflegestufe II: 410,- € monatlich
- Pflegestufe III: 665,- € monatlich

Pflegegeld wird immer im Voraus am Ersten eines Monats für diesen Monat geleistet.

Pflegeeinsatz

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, sind verpflichtet, einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung in Anspruch zu nehmen: Dabei kommt eine Pflegefachkraft zum Pflegebedürftigen nach Hause. Dies dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der häuslich Pflegenden. Den Pflegeeinsatz bezahlt die Pflegekasse. Die Vergütung eines Einsatzes beträgt je 16,- € in den Pflegestufen I und II und 26,- € in der Pflegestufe III.

Der Pflegeeinsatz findet statt:

- bei Pflegestufe I und II mindestens 1 x halbjährlich
- bei Pflegestufe III mindestens 1 x vierteljährlich

Kommt der Pflegebedürftige seiner Nachweispflicht eines Pflegeeinsatz nicht nach oder erteilt er dem Pflegedienst nicht sein Einverständnis zur Mitteilung an die zuständige Pflegekasse, wird das Pflegegeld gekürzt bzw. im Wiederholungsfall vollständig entzogen.

Praxistipp



Bei der „Pflegesachleistung“ werden die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung von professionellen Pflegekräften übernommen. Die Pflegekräfte sind entweder von der Pflegekasse oder einer zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung angestellt, oder haben als Einzelpersonen einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen. Pflegesachleistungen gehören im Rahmen der Pflegeversicherung zur häuslichen Pflege.

Pflegesachleistung

Die Pflegekraft der Kasse bekommt bei:

- Pflegestufe I: 384,- € monatlich
- Pflegestufe II: 921,- € monatlich
- Pflegestufe III: 1.432,- € monatlich
- Härtefällen der Pflegestufe III: 1.918,- € monatlich

Höhe

Von einem Härtefall spricht man, wenn die Erbringung der Grundpflege auch in der Nacht notwendig ist und nur von mehreren Pflegekräften gleichzeitig erbracht werden kann. Es handelt sich auch um einen Härtefall, wenn Grundpflege für mindestens 7 Stunden täglich erforderlich ist, davon mindestens 2 in der Nacht, und zusätzlich ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt wird.

Härtefall

Allerdings darf diese Härtefallregelung bei jeder einzelnen Pflegekasse auf nicht mehr als 3% der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, angewendet werden.

Für die Regelung von Härtefällen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen Richtlinien erlassen, die bei den Pflegekassen angefordert werden können.

Praxistipp



Kombinationsleistung

Unter Kombinationsleistung ist zu verstehen, dass die Pflege eines Patienten zum Teil von einer nicht professionellen Pflegekraft (z. B. Angehörige) und zum Teil von einer professionellen Pflegekraft (z. B. ambulanter Pflegedienst) erbracht wird. Die Kombinationsleistung kombiniert somit Pflegesachleistung mit Pflegegeld und gehört zur häuslichen Pflege. Die Kombinationsleistung wird unter Umständen auch vom Sozialamt im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ übernommen.

Höhe

Wird die Pflegesachleistung nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes anteiliges Pflegegeld beansprucht werden. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz gemindert, den der Pflegebedürftige in Form von Sachleistungen in Anspruch genommen hat.

Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen gehören im Rahmen der Pflegeversicherung zur häuslichen Pflege. Sie können in der Regel neben den anderen Leistungen der häuslichen Pflege gewährt werden. Auch Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes zählen hierzu. Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt und die Pflegebedürftigkeit festgestellt werden.

Pflegehilfsmittel sind Hilfsmittel

- zur Erleichterung der Pflege (Produktgruppe 50)
dazu zählen: Pflegebetten und Zubehör, Pflegebett-Tische, Pflegeliegestühle.
- zur Körperpflege/Hygiene (Produktgruppe 51)
dazu zählen: Waschsysteme, Duschwagen, Bettpfannen, Urinflaschen.
- zur selbstständigen Lebensführung (Produktgruppe 52)
dazu zählen: Hausnotrufsysteme.
- zur Linderung von Beschwerden (Produktgruppe 53)
dazu zählen: Lagerungsrollen und -halbrollen.
- die zum Verbrauch bestimmt sind (Produktgruppe 54)
dazu zählen: saugende Bettschutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch, Schutzbekleidung, Desinfektionsmittel.
Die Pflegehilfsmittel werden als Sachleistung über einen zugelassenen Leistungserbringer (gegenwärtig sind dies Sanitätshäuser und Apotheken) bezogen. Adressen dieser Vertragspartner erhält man von der Pflegekasse. Die Pflegekasse übernimmt Kosten dieser Sachleistung bis zu 31,- € im Monat. Nur in begründeten Fällen sind Ausnahmen möglich.

Die Pflegehilfsmittel der Produktgruppen 50 bis 53 sind so genannte technische Hilfen, die von der Pflegekasse in erster Linie leihweise überlassen werden.

Die Pflegekassen können die Bewilligung technischer Hilfsmittel davon abhängig machen, dass sich die Pflegebedürftigen die Hilfsmittel anpassen oder sich in deren Gebrauch ausbilden lassen.

Nicht zu den Pflegehilfsmitteln gehören Mittel des täglichen Lebensbedarfs, die allgemeine Verwendung finden und üblicherweise von mehreren Personen benutzt werden oder in einem Haushalt vorhanden sind.

Ein so genanntes Pflegehilfsmittelverzeichnis gibt Auskunft darüber, welche Pflegehilfsmittel bzw. technische Hilfen vergütet bzw. leihweise überlassen werden können.

Es ist erhältlich:

- bei den Pflegekassen
- z.T. in Sanitätshäusern
- beim Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter (siehe Adressteil)
- beim Bundesverband Medizintechnologie (siehe Adressteil)



Der Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln umfasst:

Umfang der Versorgung

- die Erstausrüstung
- die erforderlichen Änderungen, z.B. aufgrund technischer Entwicklung
- die erforderlichen Instandsetzungen, soweit technisch möglich und wirtschaftlich sinnvoll
- die erforderliche Ersatzbeschaffung, soweit die Beschädigung der Erstausrüstung durch den Pflegebedürftigen nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurde

Die Pflegekasse zahlt Pflegehilfsmittel nachrangig gegenüber anderen Hilfsmitteln, die bei Krankheit und Behinderung von den Krankenkassen, den Berufsgenossenschaften oder den Rentenversicherungsträgern bezahlt werden.

Das heißt: War beispielsweise bislang die Krankenkasse für einzelne Hilfsmittel zuständig, bleibt sie dies auch weiterhin, unabhängig davon, ob zur krankheitsbedingten Behinderung auch Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes hinzukommt.

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen für technische Hilfen folgende Zuzahlung leisten:

- 10 % der Kosten des Hilfsmittels
- maximal 25,- € je Hilfsmittel

Die Kosten der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel übernehmen die Pflegekassen als Sachleistung bis zu einem Höchstbetrag von 31,- € monatlich.

Bei leihweiser Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln entfällt die Zuzahlung, es kann jedoch eine Leihgebühr anfallen.

Befreit von der Zuzahlung können Personen werden, die die Belastungsgrenze überschreiten. Quittungen über Zuzahlungen zu Pflegehilfsmitteln sollten auf jeden Fall aufbewahrt werden, denn diese Ausgaben werden bei der Ermittlung einer möglichen Zuzahlungsbefreiung berücksichtigt.



Praxistipp

Der Antrag für die Kostenübernahme eines Pflegehilfsmittels kann ohne ärztliche Verordnung bei der Pflegekasse gestellt werden.



Wer hilft weiter?

Pflegehilfsmittel müssen bei den Pflegekassen beantragt werden.

Spezielle Leistungen der Pflegeversicherung bei Demenzkranken

Voraussetzung für Leistungen der Pflegekassen ist unter anderem die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in eine Pflegestufe.

Die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit gelten verbindlich für die Pflegekassen und Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK). Damit soll die Qualität und Einheitlichkeit bei der Begutachtung erhöht werden. In diesen Richtlinien wird unter anderem speziell auf Menschen mit Störungen des zentralen Nervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen eingegangen. Zu diesen Erkrankungen zählt auch die Demenz.

Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist der Hilfebedarf eines Menschen, den er in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung hat.

Damit eine Pflegebedürftigkeit festgestellt und der Erkrankte in eine Pflegestufe eingestuft wird, muss die Fähigkeit, bestimmte Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auszuüben, eingeschränkt oder nicht vorhanden sein. Dies ist auch dann gegeben, wenn der Pflegebedürftige die Verrichtung zwar motorisch ausüben kann, jedoch deren Notwendigkeit nicht erkennen oder nicht in sinnvoll zielgerichtetes Handeln umsetzen kann.

So kann ein demenzkranker Mensch durchaus körperlich in der Lage sein, sich selbst zu waschen, zu kämmen und Nahrung zu sich zu nehmen. Durch die hirnorganischen Veränderungen vergisst er aber z. B., dass er diese alltäglichen Verrichtungen erledigen muss, oder sträubt sich sogar dagegen.

Hilfen der Pflegeversicherung gibt es in drei Formen:

- 1) Unterstützung bei den pflegerlevanten Verrichtungen des täglichen Lebens
- 2) teilweise oder vollständige Übernahme dieser Verrichtungen
- 3) Beaufsichtigung der Ausführung oder Anleitung zur Selbstvornahme dieser Verrichtungen

Bei demenzkranken Menschen kommt hauptsächlich die dritte Form der Hilfe vor.

Aus den Richtlinien: „Anleitung bedeutet, dass die Pflegeperson bei einer konkreten Verrichtung den Ablauf einzelner Handlungsschritte oder den ganzen Handlungsablauf anregen, lenken oder demonstrieren muss.“

Anleitung und Beaufsichtigung

Zur Anleitung gehört auch die Motivierung des Pflegebedürftigen zur selbstständigen Übernahme der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens.

„Bei der Beaufsichtigung steht zum einen die Sicherheit beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtungen im Vordergrund, zum anderen die Kontrolle darüber, ob die betreffenden Verrichtungen in der erforderlichen Art und Weise durchgeführt werden.“

Beispiel

Beaufsichtigung eines Demenzkranken beim Rasieren, damit er sich nicht verletzt.

Beaufsichtigung und Anleitung bei diesen Verrichtungen richten sich auch darauf,

- körperliche, psychische und geistige Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten (z. B. Orientierung zur eigenen Person und in der Umgebung),
- Selbst- und Fremdgefährdung zu vermeiden sowie
- Ängste, Reizbarkeit und Aggression abzubauen.

Die Anleitung zu Verrichtungen der Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Mobilität und hauswirtschaftlicher Versorgung erfordert mehr Zeit, als wenn sie von einer Pflegekraft selbst übernommen werden. In diesen Fällen können zusätzliche Zeitbedarfe als Mehraufwand angerechnet werden können. Angehörige und Pflegekräfte sollten beim Begutachtungstermin darauf aufmerksam machen.

Pflegetagebuch

Die Pflegekassen bieten ein Pflegetagebuch, in das alle an der Pflege beteiligten Personen ihre Pflegezeiten und Pflegetätigkeiten eintragen. Es ist sinnvoll, dieses Pflegetagebuch 2 Wochen vor Erscheinen des MDK sorgfältig zu führen. Dabei wird minutengenau festgehalten, wie viel Zeit die einzelnen Tätigkeiten im Rahmen der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung einnehmen. So bekommt der Pflegenden einen Überblick über den gesamten Hilfebedarf und Zeitaufwand der täglichen Pflege.

Das Pflegetagebuch ist in Spalten angelegt. Hinter jede pflegende Tätigkeit kann der Zeitaufwand in Minuten und die Art der Hilfe (Anleitung, Beaufsichtigung, Unterstützung, teilweise oder volle Übernahme) eingetragen werden.

Als pflegende Tätigkeiten sind aufgelistet:

- **Körperpflege**
Waschen, Duschen, Baden, Rasieren, Kämmen, Mund- und Zahnpflege, Blasenentleerung, Darmentleerung, Intimpflege, Wechseln von Inkontinenzartikeln
- **Mobilität**
Aufstehen vom Bett, Aufstehen vom Rollstuhl, Zubettbringen, Ankleiden, Auskleiden, Gehen/Bewegen im Haus, Stehen, Treppensteigen, Begleiten zum Arzt
- **Ernährung**
mundgerechte Zerkleinerung, Füttern
- **hauswirtschaftliche Versorgung**
Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln der Wäsche, Waschen, Bügeln, Beheizen der Wohnung

Bei der Begutachtung sollte das ausgefüllte Pflegetagebuch zusammen mit allen medizinischen Unterlagen dem MDK vorgelegt werden. Dieser sieht dann nicht nur eine „Momentaufnahme“, sondern den ständigen Hilfebedarf.

Den Termin mit dem Gutachter des MDK sollten Demenzkranke nie alleine wahrnehmen. Ist der Angehörige verhindert, sollte ein Ersatztermin vereinbart werden.



Bei der Begutachtung durch den MDK kann es zu Fehldeutungen durch den Begutachter kommen, weil

- dem demenzkranken Menschen äußerlich nichts anzusehen ist.
- er in seiner vertrauten Umgebung orientiert und unauffällig wirkt.
- viele sich auch Fremden gegenüber selbstständig darstellen können und geschickt ihre kognitiven Einbußen überspielen.
- bei Demenzkranken Schwankungen im Tagesverlauf auftreten können. Manche sind tagsüber relativ ruhig und abends und nachts sehr unruhig und verwirrt.

Daher ist es sehr wichtig, dass Angehörige und Pflegende die Situation und das wahre Ausmaß der Demenz bereits im Vorfeld dem Gutachter darlegen, wenn nötig sogar schriftlich schildern. Denn viele Demenzkranke können sich beim Begutachtungstermin, zumal in vertrauter Umgebung, bei Kontaktaufnahme zunächst orientiert und unauffällig darstellen, so dass die Einschränkung der seelisch-geistigen Leistungsfähigkeit in dieser speziellen Situation nicht deutlich wird. Die wirklichen Leistungseinschränkungen und Defizite sollten mit Rücksicht auf das Selbstbild und Selbstwertgefühl des Pflegebedürftigen entweder vor oder nach der Begutachtung in seiner Abwesenheit geschildert werden. Eine Möglichkeit ergibt sich vielleicht auch während des Gutachtertermins bei der Besichtigung des Badezimmers oder beim Verabschieden an der Haustüre.

Das Pflegeleistungsergänzungsgesetz (in Kraft seit 1.1.2002) ermöglicht zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Betreuung vorliegt.

Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

Dies betrifft Pflegebedürftige der Stufen I, II oder III mit

- demenzbedingten Fähigkeitsstörungen,
- geistigen Behinderungen oder
- psychischen Erkrankungen.

Der MDK muss bei der Begutachtung als Folge der Krankheit oder Behinderung eine dauerhafte und erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz und damit einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf festgestellt haben, z.B.: Weglauftendenz, Störung des Tag-Nacht-Rhythmus, Verkennen von Alltagssituationen. Entlastet werden die Angehörigen, die rund um die Uhr beansprucht werden, weil sie die Pflegebedürftigen nicht allein lassen können.

Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
9. Störung des Tag-Nacht-Rhythmus
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen
12. ausgeprägt labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des MDK beim Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus den Bereichen 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

Seit dem 1.4.2002 sollten die Gutachter des MDK bei jedem Hausbesuch in Zusammenhang mit der Pflegeeinstufung automatisch auch die Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz prüfen.

460,- € Betreuungsbetrag

Pflegebedürftige, die diese Voraussetzungen erfüllen, können neben den Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und erhalten zu deren Finanzierung einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460,- € je Kalenderjahr.

Pflegebedürftige, die erst im Laufe eines Kalenderjahres Anspruch auf den Betreuungsbetrag haben, erhalten den entsprechenden Anteil.

Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen.

Zweckgebundene Verwendung

Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Pflegebedürftigen entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- 1) der nach Landesrecht anerkannten niedrighschwelligen Betreuungsangebote, die gefördert oder förderungsfähig sind (siehe Praxistipp Seite 44),
- 2) der Tages- oder Nachtpflege (siehe Seite 45),
- 3) der Kurzzeitpflege (siehe Seite 47),
- 4) der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt.

Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der oben genannten Betreuungsleistungen. Werden die 460,- € in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden.

Die zuständige Pflegekasse stellt Pflegebedürftigen auf Verlangen eine Liste der in ihrem Einzugsbereich vorhandenen qualitätsgesicherten Betreuungsangebote zur Verfügung, deren Leistungen mit den 460,- € finanziert werden können.



Praxistipp

Niedrigschwellige Betreuungsangebote gibt es häufig in Form von Betreuungsgruppen für Demenzkranke und ehrenamtlichen Helferkreisen. Sie werden beispielsweise von Selbsthilfeinitiativen oder Nachbarschaftshilfen angeboten. Informationen bekommt man z.B. von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (siehe Adressteil) oder einer örtlichen Beratungsstelle für Demenzkranke bzw. Senioren.

Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige

Die Pflege eines demenzkranken Menschen ist für die Pflegenden oft eine große Belastung. Je nach Stadium der Erkrankung sind die Betroffenen nicht in der Lage, die Zuwendung, Aufmerksamkeit und Arbeit, die ihnen entgegengebracht wird, anzuerkennen. Viele Angehörige kennen keine Nachtruhe mehr, weil die Verwirrten nachts umherirren, tagsüber müssen sie permanent darauf achten, dass sie nicht weglaufen. Besonders belastend wird auch aggressives Verhalten empfunden, das häufig bei Demenzkranken auftritt.

Um die Pflege, die sowohl psychisch als auch physisch anstrengend sein kann, möglichst lange durchzuhalten, sollten pflegende Angehörige Entlastungsangebote wahrnehmen. Die Verantwortung für den erkrankten Menschen eine gewisse Zeit abgeben zu können ist wichtig, um die Belastung durch die Pflege solange wie nötig und möglich aushalten zu können.

Die Tages- oder Nachtpflege ist eine teilstationäre Pflege der Pflegeversicherung, das heißt: Der Pflegebedürftige wird teilweise in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege (= zugelassene Pflegeeinrichtung), teilweise zu Hause gepflegt.

Tagespflegeeinrichtungen betreuen pflegebedürftige Menschen, die aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Beeinträchtigungen nicht in der Lage sind, allein in ihrer Wohnung zu leben, und tagsüber der Unterstützung bedürfen, ansonsten aber von ihren Familien oder anderen Personen zu Hause gepflegt werden.

Nachtpflegeeinrichtungen betreuen pflegebedürftige Menschen, die Hilfestellungen beim Zubettgehen, Aufstehen und Maßnahmen der Körperpflege benötigen. Nachtpflegeeinrichtungen werden oft von demenzkranken Personen genutzt, die einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus haben. Wenn diese nachts in einer Nachtpflege untergebracht sind, können die Angehörigen durchschlafen und sich tagsüber wieder um ihre verwirrten Angehörigen kümmern.

Nacht- und Wochenendpflege sind nicht überall verfügbar. Die Pflegekassen haben Verzeichnisse der regionalen Pflegeeinrichtungen einschließlich Leistungs- und Preislisten.

Tages- und Nachtpflege

Voraussetzung Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege kommt immer dann in Betracht, wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Pflegesachleistung bei der Pflegekasse beantragt werden.

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung Teilstationäre Tages- und Nachtpflege ist neben Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen möglich. Jedoch sind hierbei die Höchstwerte (siehe unten unter Höhe) zu beachten.

Umfang **Zu den Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, die die Pflegekasse übernimmt, zählen:**

- pflegebedingte Aufwendungen
- Aufwendungen der sozialen Betreuung
- notwendige Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (zunächst bis zum 30.6.2007)
- die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück

Zur Tages- und Nachtpflege zählen auch medizinische Hilfen.

Von der Pflegekasse übernommen werden auf jeden Fall:

- die Insulinversorgung und die dazugehörenden Begleitmaßnahmen
- das Abklopfen bei Mukoviszidosekranken
- die Dekubitusprophylaxe

Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind vom Pflegebedürftigen in der Regel selbst zu tragen.

Höhe Die Sätze für die Tages- oder Nachtpflege entsprechen den Pflegesachleistungen und richten sich nach der Pflegestufe.

Pflegestufe I: 384,- € (maximal monatlich)

Pflegestufe II: 921,- € (maximal monatlich)

Pflegestufe III: 1.432,- € (maximal monatlich)

Anteiliges Pflegegeld

Wenn der Höchstwert der Tages- oder Nachtpflege für die jeweilige Pflegestufe nicht voll ausgeschöpft wird, besteht Anspruch auf zusätzliches anteiliges Pflegegeld.

Allerdings reicht das Geld von der Pflegeversicherung in Stufe 1 nur für 1 bis 2 Tage in der Woche, da sich die Kosten der Tagespflege ca. zwischen 60,- und 80,- € pro Tag bewegen.

Adressen von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen bekommt man von der Pflegekasse und von den für Senioren zuständigen Ansprechpartnern der Stadt oder Gemeinde.

Kurzzeitpflege wird von der Pflegekasse immer dann übernommen, wenn vorübergehend weder häusliche noch teilstationäre Pflege möglich ist. Die Unterbringung eines Pflegebedürftigen in einer Kurzzeitpflege soll den Angehörigen beispielsweise auch die Möglichkeit der Erholung oder eines Urlaubs geben. Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Pflegeleistung bei der Pflegekasse beantragt werden.

Die Kurzzeitpflege ist eine Pflege in einer vollstationären Einrichtung, so dass während des dortigen Aufenthaltes weitere Leistungen der häuslichen Pflege nicht gewährt werden.

Die Pflegekasse übernimmt

- die pflegebedingten Aufwendungen,
- die Aufwendungen der sozialen Betreuung,
- die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (zunächst bis zum 31.7.2007).

Die Unterbringung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung wird von der Pflegekasse bis zu maximal 4 Wochen im Jahr übernommen.

Die Pflegekasse leistet bis zu einem Gesamtbetrag von 1.432,- € im Jahr ohne Differenzierung nach der Pflegestufe, einheitlich für alle Pflegebedürftigen.



Kurzzeitpflege

Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung

Umfang

Dauer

Höhe

Eigenanteil

Es ist vom Versicherten ein täglicher Eigenanteil zu leisten. Dieser setzt sich aus den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und den so genannten Investitionskosten zusammen.

Praxistipp



Bei der Wahl einer Kurzzeitpflegeeinrichtung sollten die Angehörigen im Vorfeld die Einrichtungen anschauen und das Ausmaß der Demenz ihres Angehörigen schildern. Nicht jede Einrichtung kann die Betreuung eines weglaufgefährdeten Demenzkranken übernehmen. Da die Zahl der Demenzkranken zunimmt, gibt es spezielle Einrichtungen, die sich auf die Betreuung von Demenzkranken eingestellt haben und die deshalb auch mit Weglauftendenz oder anderen Verhaltensauffälligkeiten umgehen können.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, kann neben der Kurzzeitpflege im selben Jahr auch die Ersatzpflege beansprucht werden.

Wer hilft weiter?



Wenn der Pflegebedürftige in einer Kurzzeitpflege untergebracht werden soll, dann muss dies bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Pflegekassen haben die Adressen der Einrichtungen, die dafür in Frage kommen.

Ersatzpflege

Ersatzpflege, auch Verhinderungspflege genannt, ist die Pflege durch eine andere als die normalerweise tätige Pflegeperson, wenn diese zur häuslichen Pflege des Pflegebedürftigen aufgrund Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert ist.

Ersatzpflege wird auch anerkannt, wenn

- die Wohnung des Pflegebedürftigen renoviert werden muss.
- alle Familienmitglieder bei der Ernte eingebunden sind (Landwirtschaft).
- die Zeit überbrückt werden muss, bis ein Heimplatz gefunden ist.
- es sich um Kurzzeitpflege oder Sterbebegleitung in einem Hospiz handelt.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt werden, um Ersatzpflege in Anspruch nehmen zu können:

Voraussetzungen

- Wenn die Ersatzpflege erstmalig in Anspruch genommen wird, muss die Pflegeperson den Pflegebedürftigen bereits mindestens 12 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt haben.
- Wenn die Ersatzpflege ein weiteres Mal beansprucht wird, ist keine Vorauspflege von 12 Monaten erforderlich.
- Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Pflegeleistung bei der Pflegekasse beantragt werden.

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für maximal 4 Wochen im Jahr (so genannte Urlaubsvertretung).

Dauer und Kosten

- Die Kosten für eine Ersatzpflegekraft dürfen dabei 1.432,- € im Kalenderjahr nicht überschreiten.
- Handelt es sich bei der Ersatzpflegekraft um eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihm lebt, dürfen die Kosten den Betrag des jeweiligen Pflegegeldes, also 205,- € (Pflegestufe I), 410,- € (Stufe II), 665,- € (Stufe III), nicht überschreiten.
Als Verwandte gelten Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister.
Als Verschwägte gelten Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehepartners), Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin.
- Soweit diesen mit dem Pflegebedürftigen verwandten bzw. verschwägerten Personen notwendige Aufwendungen wie z. B. Fahrtkosten oder Verdienstaussfall entstehen, können diese Kosten auf Nachweis von der Pflegekasse bis zu maximal 1.432,- € übernommen werden.
- Wird die Verhinderungs- bzw. Ersatzpflege in einer stationären Einrichtung (z. B. Wohnheim für Behinderte, Kurzzeitpflege oder Pflegeheim) erbracht, übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Kosten bis zu einer Höhe von 1.432,- € im Kalenderjahr.
Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen.



Praxistipp

- Sind die Voraussetzungen erfüllt, kann neben der Ersatzpflege im selben Jahr auch die Kurzzeitpflege beansprucht werden. Das bedeutet, dass von der Pflegeversicherung zweimal im Jahr die Leistung in Höhe von 1.432,- € zur Betreuung des Demenzkranken in Anspruch genommen werden kann.
- Die Leistungen des Familienentlastenden Dienstes (FED), der bei Familien mit behinderten Kindern diese stundenweise betreut, um den restlichen Familienangehörigen Freizeitaktivitäten ohne das behinderte Kind zu ermöglichen, können bei einer Einstufung durch die Pflegekasse über die Ersatzpflege abgerechnet werden. Auch für behinderte Erwachsene gilt diese Möglichkeit. Ab einer Betreuung von über 8 Stunden täglich wird in der Regel das Pflegegeld um einen Tag gekürzt. Allerdings wird dies von den Pflegekassen unterschiedlich gehandhabt.

Sozialhilfe – Hilfe zur Pflege

Leistet das Sozialamt „Hilfe zur Pflege“, so kann es unter Umständen die Kosten der Ersatzpflege übernehmen.



Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilen die Pflegekassen bzw. das Sozialamt.

Gesprächskreise für pflegende Angehörige

Die Pflege eines demenzkranken Angehörigen kann psychisch und in vielen Fällen auch physisch sehr anstrengend sein. In einem Gesprächskreis für pflegende Angehörige findet persönlicher Erfahrungsaustausch statt und durch Erfahrungs- und Informationsaustausch ist es möglich, Hilfestellungen bekommen, voneinander zu lernen und sich gegenseitig zu unterstützen. Ebenso wichtig ist das verständige Miteinander in der Gruppe als Ausgleich für die alltägliche Belastung zu Hause. Auf Wunsch können zu wichtigen Themen Referenten eingeladen werden, beispielsweise Pflegeversicherung, Betreuungsrecht, Umgang mit Aggressionen, Kommunikation mit Demenzkranken etc.

Da Demenz eine sehr häufige Krankheit ist, gibt es in fast allen Städten und Gemeinden Gesprächskreise für pflegende Angehörige, oft auch speziell für Angehörige von Alzheimerpatienten. Dort treffen sich Betroffene und tauschen ihre Erfahrungen aus.

Die Betreuung und Pflege eines Demenzkranken ist für die pflegenden Angehörigen (oft Ehepartner oder Sohn/Tochter) äußerst anstrengend und oft auch schmerzlich. Den Menschen, den man Jahrzehnte gekannt (evtl. geliebt) hat, gibt es nicht mehr; oft müssen Pflegende mit Wut, Aggression und der Tatsache fertig werden, dass der Kranke sie nicht mehr erkennt.

Die Gruppe kann ein wichtiger Raum für belastete Angehörige werden, wo sie ihre Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit oder Trauer äußern können. Menschen, die ähnliche Erfahrungen machen, kann man sich in der Regel leichter öffnen, das Verständnis untereinander ist groß. Tipps und Erfahrungen können leichter von ebenfalls betroffenen Menschen angenommen werden.

Neben dem Gesprächsangebot vermitteln diese Gruppen oft auch Informationen zum Krankheitsbild, zu Behandlungsmöglichkeiten und zur eigenen Entlastung.

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für Schulungskurse für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Helfer, um die Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Angeboten werden solche Schulungen und Gesprächskreise von Pflegediensten, Sozialstationen, kirchlichen Trägern oder Selbsthilfegruppen.

Schwerbehinderung

Demenz kann dazu führen, dass der Patient als schwerbehindert eingestuft wird. Unterstützung und Hilfen für behinderte Menschen sind hauptsächlich im SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe – geregelt. Als schwerbehindert gilt, wem vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 zugesprochen wurde.

Wenn ein Schwerbehindertenausweis erteilt wird, können Patient und Angehörige abhängig vom zuerkannten Merkzeichen und Grad der Behinderung verschiedene Vergünstigungen und Erleichterungen in Anspruch nehmen. Dies ist vor allem im öffentlichen Nah- und Fernverkehr von Vorteil, wenn der Demenzkranke auf ständige Begleitung angewiesen ist, weil er alleine orientierungslos ist.

Schwerbehindertenausweis

Der Schwerbehindertenausweis belegt Art und Schwere der Behinderung und muss vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen für Behinderte beantragt oder in Anspruch genommen werden.

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

Praxistipp



Folgende Punkte sind bei der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises zu beachten:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle zusätzlichen Beeinträchtigungen, z. B. Sehfehler, sowie Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angeführten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichts-entbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragsstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z. B. die Höhe der körperlichen Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.

Der Patient sollte sich etwa eine Woche lang selbst beobachten und beobachten lassen und alles aufschreiben, was körperlich beeinträchtigt, was Schmerzen verursacht, womit er sich und/oder andere gefährdet (z. B. zu langsam im Straßenverkehr, andere Verkehrsteilnehmer nicht gehört oder gesehen).

- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsbericht, Kurbericht, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen (erst ab Vollendung des 10. Lebensjahres notwendig).
- Wenn der Behinderte niemals in der Lage ist, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Foto zu bekommen.
- Nach der Feststellung des Grades der Behinderung bekommt der Behinderte vom Versorgungsamt einen so genannten Feststellungsbescheid. Ab einem GdB von 50 besteht die Möglichkeit, einen Schwerbehindertenausweis zu bekommen.

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

Gültigkeit

Ausnahme:

Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.

Verlängerung:

Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens zweimal verlängert werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Menschen mit Schwerbehindertenausweis oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung durch eine neue Erkrankung dazu, dann sollte beim Versorgungsamt ein Antrag auf Erhöhung des Grades der Behinderung gestellt werden. Der Vordruck für den Antrag wird auf Anfrage vom Versorgungsamt zugeschickt und es wird geprüft, ob ein neuer Schwerbehindertenausweis mit evtl. neuen Merkzeichen ausgestellt wird.

Antrag auf Erhöhung

Schwerbehinderten wird – teilweise auf freiwilliger Grundlage – eine Reihe von Nachteilsausgleichen zugestanden, z. B.:

- Eintrittspreisermäßigungen (z. B. Filme, Theater, Sportveranstaltungen, Museen)
- Benutzung der Abteile und Sitze, die Schwerbehinderten in Verkehrsmitteln vorbehalten sind
- bevorzugte Abfertigung in Ämtern
- Beitragsermäßigungen von Vereinen, Interessenverbänden etc.



Praxistipp



Wer hilft weiter?

Fragen zu Leistungen für Schwerbehinderte oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen Servicestellen der Rehabilitationsträger. Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das Integrationsamt.

Merkzeichen

Verschiedene Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Behinderung und signalisieren, welche Vergünstigungen der Behinderte erhält.

Es gibt folgende Merkzeichen:

Merkzeichen „G“: Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie erhebliche Geh- und/oder Stehbehinderung

Merkzeichen „aG“: Außergewöhnliche Gehbehinderung

Merkzeichen „H“: Hilflos

Merkzeichen „Bl“: Blind oder hochgradig sehbehindert

Merkzeichen „RF“: Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung

Merkzeichen „B“: Ständige Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel notwendig

Merkzeichen „Gl“: Gehörlos und an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung

Bei Demenz können Patienten je nach Phase der Erkrankung die Merkzeichen G, aG, H, RF und B erhalten.

Öffentlicher Nah- und Fernverkehr

Als „Erleichterung im Personenverkehr“ können Schwerbehinderte Verkehrsmittel des öffentlichen Nahverkehrs vergünstigt oder kostenlos benutzen.

Definition „öffentlichen Nahverkehr“

- Straßenbahnen, Busse, U- und S-Bahnen
- Zug (2. Klasse), wenn er in einen Verkehrsverbund einbezogen ist und mit Verbundfahrkarte benutzt werden kann
- Züge der Deutschen Bahn in der 2. Klasse im Nahverkehr im Umkreis von 50 km um den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Schwerbehinderten. Das Versorgungsamt gibt dazu spezielle Streckenverzeichnisse heraus. Zuschläge (z. B. für EC, IC, ICE) müssen allerdings gezahlt werden.
- Schiffe im Linien-, Fähr- und Übersetzverkehr im Orts- und Nachbarschaftsbereich

Voraussetzungen für die unentgeltliche Beförderung sind:

Voraussetzungen

- orangefarbener Flächenaufdruck auf dem Schwerbehindertenausweis
- gültiges Beiblatt mit Wertmarke

Es gibt zwei Wertmarken:

Wertmarke

- Wert 30,- € für die kostenlose Beförderung für 6 Monate
- Wert 60,- € für die kostenlose Beförderung für 12 Monate

Folgende Schwerbehinderte erhalten ein weißes Beiblatt mit 60-Euro-Wertmarke kostenlos:

- Schwerbehinderte mit Merkzeichen „H“ oder „Bl“
- Schwerbehinderte, die Arbeitslosengeld II, Leistungen der Grundsicherung oder laufende Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten.

Folgende Schwerbehinderte erhalten ein weißes Beiblatt mit 60-Euro-Wertmarke oder 30-Euro-Wertmarke gegen Bezahlung:

- Schwerbehinderte mit Merkzeichen „G“, „aG“ oder „Gl“

Die Wertmarken, unabhängig ob kostenlos oder kostenpflichtig, müssen beim Versorgungsamt beantragt werden.

Antrag

Auch ohne Beiblatt zum Schwerbehindertenausweis und Wertmarke werden zusätzlich kostenlos mitbefördert:

- Handgepäck
- Krankenfahrrad, sofern das Verkehrsmittel diesen aufnehmen kann. Zu beachten ist, dass der Rollstuhl bei einer Bahnreise die Maße der ISO-Norm (Breite max. 70 cm, Länge max. 1,2 m, Gewicht max. 250 kg) nicht überschreiten sollte.
- Führhund

Bei der Bahn gibt es folgende Vorteile für Schwerbehinderte:

Öffentlicher Fernverkehr

- Schwerbehinderte mit einem GdB von mindestens 70 können die BahnCard 50 zum ermäßigten Preis von 100,- € (2. Klasse) bzw. 200,- € (1. Klasse) erwerben.
- Dies gilt auch für Menschen ab 60 Jahren.
- Mit der BahnCard 50 gibt es 50% Ermäßigung auf alle Normalpreise.
- Rollstühle, Führhunde und orthopädische Hilfsmittel werden unentgeltlich befördert.
- Die Platz- oder Abteilreservierung ist kostenlos.

Notwendige ständige Begleitung

Die Begleitperson fährt immer kostenlos mit, wenn im Schwerbehindertenausweis das Merkzeichen „B“ eingetragen und der Vermerk „Die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist nachgewiesen“ nicht gelöscht ist. Das gilt auch, wenn der Behinderte keine Wertmarke besitzt.

Wenn die Begleitperson den Behinderten bei dessen Berufsausübung und auf Dienstreisen begleitet, steht die Begleitperson unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.



Wer hilft weiter?

Auskünfte zu den Wertmarken und den erforderlichen Merkzeichen im öffentlichen Nahverkehr geben die Versorgungsämter und Verkehrsbetriebe vor Ort.

Informationen zu weiteren Vergünstigungen und Hilfen gibt die Broschüre „Informationen für behinderte Reisende“. Sie ist überall kostenlos erhältlich, wo es Fahrkarten gibt, oder über die MobilitätsServiceZentrale, Telefon 01805 512512. Informationen finden sich auch auf der Website der Deutschen Bahn (www.bahn.de > Mobilität & Service > Handicap).

Grad der Behinderung bei Demenz

Der Grad der Behinderung (GdB) wird durch das Versorgungsamt (= Amt für Familienförderung und Versorgung) festgestellt, soweit er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z. B. durch Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung.

Abhängig vom GdB sind die Nachteilsausgleiche für Behinderte. Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung, des GdB und der Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach den „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“. Diese Anhaltspunkte enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben darüber, wie hoch der Grad der Behinderung bei welchen Behinderungen festzusetzen ist.

Die Anhaltspunkte gelten bundesweit und sollen für eine möglichst einheitliche Praxis sorgen. Vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wurden sie zuletzt im Mai 2004 neu überarbeitet und herausgebracht.

Nach diesen Anhaltspunkten fällt eine Demenz unter Hirnschäden.

Bei der folgenden GdB-Tabelle der Hirnschäden soll die unter A genannte Gesamtbewertung im Vordergrund stehen. Die unter B angeführten isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndrome stellen eine ergänzende Hilfe zur Beurteilung dar.

A. Grundsätze der Gesamtbewertung von Hirnschäden

GdB 30 bis 40

Hirnschäden mit geringer Leistungsbeeinträchtigung

GdB 50 bis 60

Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung

GdB 70 bis 100

Hirnschäden mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung

B. Bewertung von Hirnschäden mit isoliert vorkommenden bzw. führenden Syndromen

Organisch-psychische Störungen

Hier wird unterschieden zwischen:

- hirnorganischen Allgemeinsymptomen
„Hirnleistungsschwäche“ – dazu werden vor allem gerechnet: Beeinträchtigungen der Merkfähigkeit und der Konzentration, Reizbarkeit, Erregbarkeit, vorzeitige Ermüdbarkeit, Einbuße an Überschau- und Umstellungsvermögen und psychovegetative Labilität (Kopfschmerzen, vasomotorische Störungen, Schlafstörungen, affektive Labilität).
- intellektuellem Abbau (Demenz)
- hirnorganischen Persönlichkeitsveränderungen
Sie werden bestimmt von Verarmung und Vergröberung der Persönlichkeit mit Störungen des Antriebs, der Stimmungslage und der Emotionalität, mit Einschränkung des Kritikvermögens und des Umweltkontaktes sowie mit Akzentuierung besonderer Persönlichkeitseigenarten.

Organisch-psychische Störungen sind jedoch oft kombiniert und gehen fließend ineinander über.

GdB	Hirnschäden mit psychischen Störungen
30 bis 40	leicht (im Alltag sich gering auswirkend)
50 bis 60	mittelgradig
70 bis 100	schwer

GdB	Zentrale vegetative Störungen als Ausdruck eines Hirnschadens (z. B. Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus)
30	leicht
40	mittelgradig
50	erhebliche Auswirkungen auf den Allgemeinzustand

GdB	Hirnschäden mit kognitiven Leistungsstörungen
30 bis 40	leicht
50 bis 80	mittelgradig (z. B. Aphasie mit deutlicher bis sehr ausgeprägter Kommunikationsstörung)
90 bis 100	schwer

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.

Patientenvorsorge

Wenn möglich, sollten im Anfangsstadium der Demenz persönliche Angelegenheiten, 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 Kranke noch geschäftsfähig ist und rechtliche Entscheidungen treffen kann. Um Zweifeln an der Geschäftsfähigkeit vorzubeugen, sollte ein Facharzt die Geschäftsfähigkeit attestieren.

Mit folgenden Maßnahmen im Rahmen der Patientenvorsorge kann für die Zeit vorgesorgt werden, in der die Fähigkeit, Entscheidungen für sich und persönliche Angelegenheiten zu treffen, nicht mehr vorliegt

Es gibt 3 Arten der Vorsorge:

- **Patientenverfügung**

Damit legt man schriftlich fest (ohne Einschaltung eines fremden Entscheiders), wie in bestimmten medizinischen Situationen die Behandlung in der letzten Lebensphase erfolgen soll. Das kann, wenn gewünscht, auch den Hinweis auf eine Organspende einschließen.

- **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. Das kann sich auf einzelne oder alle Bereiche des Lebens beziehen.

- **Betreuungsverfügung**

Sie ist eine schriftliche Willensäußerung, die dem Vormundschaftsgericht vorschlägt, wer im Falle einer Betreuung die persönlichen Angelegenheiten übernehmen soll oder auf keinen Fall übernehmen sollte. Betreuer werden vom Vormundschaftsgericht kontrolliert.

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.

Mit dem Tod des Vollmachtgebers erlöschen die Vollmachten des Bevollmächtigten nicht. Die Erben sind an Entscheidungen im Auftrag des Vollmachtgebers gebunden, können vom Bevollmächtigten jedoch Rechenschaft verlangen und die Vollmacht anfechten.

Vorsorgemöglichkeiten

Geltungsdauer und Missbrauch

Zentrales Vorsorgeregister

Die Kenndaten einer Vorsorgevollmacht (z. B. Name und Adresse des Vollmachtgebers und des Bevollmächtigten) können beim Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert werden. Das Zentrale Vorsorgeregister hilft den Gerichten beim Auffinden von Vorsorgevollmachten. Die Vormundschaftsgerichte können vor Anordnung einer Betreuung klären, ob es eine Vorsorgevollmacht gibt.

Betreuungsverfügung und/oder Patientenverfügung können beim Vorsorgeregister nur ergänzend zu einer Vorsorgevollmacht registriert werden.

Beim Vorsorgeregister werden keine Inhalte hinterlegt.

Die Adresse des Vorsorgeregisters findet man im Adressteil.



Wer hilft weiter?

Informationen geben Amts- und Vormundschaftsgerichte, Rechtsanwälte und Notare.

betaCare hat einen Ratgeber mit ausführlichen Informationen und Mustern zu Vorsorgevollmachten, Patienten- und Betreuungsverfügungen zusammengestellt. Dieser Ratgeber „Patientenvorsorge“ kann beim betafon – Infodienst für Sozialfragen – unter der Telefonnummer 01805 2382366 bestellt werden.

Patientenverfügung

Die Patientenverfügung, auch Patiententestament genannt, ist eine vorsorgliche Erklärung für 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 beispielsweise Regelungen für den Fall der Pflegebedürftigkeit, Wünsche für die Sterbephase oder die Schmerztherapie festlegen. Eine rechtswirksame Patientenverfügung kann die „Garantiepflicht“ des Arztes aufheben, Leben zu erhalten oder zu retten. Im Fall einer Bewusstlosigkeit ist der Arzt verpflichtet, den „mutmaßlichen Willen“ des Patienten zu ermitteln. Dabei ist ihm eine schriftlich niedergelegte Patientenverfügung eine große Hilfe.

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

Passive Sterbebegleitung ist die Unterlassung bzw. der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen im Sterbeprozess oder die Inkaufnahme des vorzeitigen Todes durch z. B. schmerzlindernde Medikamente.

Aktive Sterbehilfe ist in Deutschland als aktiver Eingriff zur Lebensbeendigung verboten und darf vom Arzt auch dann nicht durchgeführt werden, wenn sie in der Patientenverfügung als Wunsch formuliert ist.

Nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 10.4.2003 „reicht zum Abschalten lebenserhaltender Apparate eine Verfügung des betroffenen Patienten allein nicht aus. Einer solchen Entscheidung muss vorab ein Vormundschaftsgericht zustimmen. Aus Gründen der Menschenwürde und des Selbstbestimmungsrechts ist allerdings der Wille des Patienten zu respektieren.“

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 Zeugen (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.

Die Patientenverfügung beinhaltet die genaue, detaillierte und persönlich begründete Aufzählung von spezifischen Behandlungs- und Pflegewünschen bzw. den Verzicht darauf.

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.

Inhalte

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, nicht nur vorübergehend, 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
- eventuell Organspendewunsch und die Festlegung, ob eines der derzeit spendbaren Organe gespendet werden soll oder nicht



Praxistipp

Im Folgenden einige Hinweise zur Verfassung und Aufbewahrung einer Patientenverfügung:

- Die Patientenverfügung kann mündlich und schriftlich erteilt werden. Eine notarielle Absicherung ist nicht nötig.
- Um Zweifel an der Geschäftsfähigkeit 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.
- Vordrucke müssen sehr genau überprüft und auf die individuelle Situation abgewandelt werden. Sie sind z. B. beim Vormundschaftsgericht vor Ort zu erhalten.
- Ort, Datum und eigenhändige Unterschrift sind immer erforderlich.
- Zur weiteren Absicherung kann der Verfasser einen oder mehrere Zeugen unterschreiben lassen, die mit Unterschrift und Datum auch die unzweifelhafte Geschäftsfähigkeit bestätigen.
- Es ist anzuraten, sich von einem Arzt schriftlich bestätigen zu lassen, dass man die Bedeutung und Tragweite des Inhaltes vollständig verstanden hat.
- Um die Aktualität zu wahren, sollten alle Unterschriften spätestens alle 2 Jahre (besser jährlich) mit Ort, Datum und der Bestätigung der Geschäftsfähigkeit des Verfassers erneuert werden.
- Ergänzungen und Streichungen sollten ebenfalls mit Ort, Datum und Unterschrift, auch der Zeugen, dokumentiert werden.
- Im Anhang kann auch eine Beerdigungs- bzw. Bestattungsverfügung mit den entsprechenden Wünschen beigelegt 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 Vormundschaftsgericht, 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.

Informationen geben Amts- und Vormundschaftsgerichte, Rechtsanwälte und Notare.

betaCare hat einen Ratgeber mit ausführlichen Informationen und Mustern zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügungen zusammengestellt. Dieser Ratgeber „Patientenvorsorge“ kann beim betaFon – Infodienst für Sozialfragen – unter der Telefonnummer 01805 2382366 bestellt werden.



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 beschränken, z. B. medizinische Versorgung, Aufenthaltsbestimmung oder Verwaltung von Finanzen und Vermögen. Die Bereiche können auf verschiedene Personen aufgeteilt werden.

Vorsorgevollmacht

Der Bevollmächtigte untersteht – im Gegensatz zum Betreuer – keiner staatlichen Kontrolle durch das Vormundschaftsgericht. 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, oder zur Kontrolle, wenn Zweifel aufkommen, dass der Bevollmächtigte zum Wohl des Betroffenen handelt.

Einwilligungen des Bevollmächtigten in risikoreiche Gesundheitsmaßnahmen sowie Unterbringungen bzw. Unterbringungsmaßnahmen mit freiheitsentziehender Wirkung (z. B. geschlossenes Krankenhaus, Anbringen eines Bettgitters, Verabreichung ruhigstellender Medikamente) muss das Vormundschaftsgericht immer vorher genehmigen.

Zur Erstellung und Aufbewahrung der Vorsorgevollmacht folgende Hinweise:

- Um Zweifel an der Geschäftsfähigkeit 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 z. B. des Vormundschaftsgerichts, die individuell abwandelbar sind.
- Ort, Datum und eigenhändige Unterschrift sind immer erforderlich.
- Zur weiteren Absicherung sollte man einen oder mehrere Zeugen (z. B. Hausarzt) unterschreiben lassen, die mit Unterschrift und Datum auch die unzweifelhafte Geschäftsfähigkeit bestätigen. Der gewünschte Bevollmächtigte sollte nicht als Zeuge unterschreiben.
- Um die Aktualität zu wahren, sollten alle Unterschriften spätestens alle 2 Jahre (besser jährlich) mit Ort, Datum und Bestätigung der Geschäftsfähigkeit des Verfassers erneuert werden.
- Ergänzungen und Streichungen sollten mit Ort, Datum und Unterschrift, auch der Zeugen, 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 ...“. Deshalb sollte festgehalten werden, dass mindestens 2 Ärzte unabhängig voneinander die Notwendigkeit des Einsatzes des Bevollmächtigten feststellen müssen. Das bietet auch Schutz vor Missbrauch der Vollmacht.
- Die Vollmacht sollte die gewünschten Aufgabenbereiche 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.
- Bei Immobiliengeschäften, Geschäften über das ganze Vermögen und im Handelsgewerbe ist die Vollmacht zwingend notariell zu beurkunden.
- Die Vollmacht kann bei Banken, dem Amts- bzw. Vormundschaftsgericht, Notaren, Rechtsanwälten, einer Person des Vertrauens oder beim gewünschten Betreuer hinterlegt werden.
- Es ist ratsam, eine Kopie der aktuellen Version, mit dem Hinweis, wo sich das Original befindet, bei sich selbst aufzubewahren.
- Eine Vorsorgevollmacht sollte möglichst nicht mit einer Betreuungsverfügung kombiniert werden.

Mit einer Betreuungsverfügung kann man für den Fall, dass das Vormundschaftsgericht 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.

Das Gericht ist verpflichtet, die vorgeschlagene Person zu prüfen und ihre Eignung zu bestätigen.

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 Vormundschaftsgerichtes übernehmen soll und dies auch will. Diese Person/en sollte/n genau über die eigenen Vorstellungen informiert werden und damit einverstanden sein, die Betreuung zu übernehmen.

Falls keine Betreuungsverfügung vorliegt, in der eine Person als Betreuer gewünscht wird, sucht das Vormundschaftsgericht bei Bedarf eine geeignete Person aus. Dabei prüft das Gericht zuerst, ob im Verwandten- und Bekanntschaftskreis eine Person ist, die diese Aufgabe übernehmen kann und will.

Die Betreuungsverfügung sollte schriftlich abgefasst sein und entweder einer Vertrauensperson ausgehändigt oder auffindbar aufbewahrt werden, damit das Vormundschaftsgericht im Betreuungsfall davon Kenntnis erhält.

Der Verfügende kann seine Wünsche an den Betreuer sehr detailliert schriftlich festlegen:

- 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

Die Wünsche an den Betreuer können sehr individuell nach den Bedürfnissen des Betreuten schriftlich in einem Anhang der Betreuungsverfügung festgelegt werden.

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.

Inhalt



Hinweise zum Inhalt und zur Aufbewahrung der Betreuungsverfügung:

- Die Betreuungsverfügung ist nur im Original gültig und muss im Bedarfsfall unverzüglich dem Vormundschaftsgericht zur Verfügung stehen.
- Um Zweifel an der Geschäftsfähigkeit 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 Vormundschaftsgericht vor Ort.
- Ort, Datum und eigenhändige Unterschrift sind immer erforderlich.
- Zur weiteren Absicherung kann man einen oder mehrere Zeugen unterschreiben lassen, die mit ihrer Unterschrift und dem Datum auch die unzweifelhafte Geschäftsfähigkeit des Verfassers bestätigen. Die als Betreuer gewünschte Person sollte nicht als Zeuge unterschreiben.
- Um die Aktualität zu wahren, sollten alle Unterschriften spätestens alle 2 Jahre (besser jährlich) mit Ort, Datum und der Bestätigung der Geschäftsfähigkeit des Verfassers erneuert werden.
- Ergänzungen und Streichungen sollten mit Ort, Datum und Unterschrift, auch der Zeugen, dokumentiert werden.
- Die Betreuungsverfügung sollte die gewünschten Aufgabebereiche des Betreuers möglichst genau beschreiben.
- Die Betreuungsverfügung kann bei Banken, dem Amts- bzw. Vormundschaftsgericht, Notaren, Rechtsanwälten, einer Person des Vertrauens 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.
- Eine Betreuungsverfügung sollte möglichst nicht mit einer Vorsorgevollmacht kombiniert werden.

Rechtliche Aspekte bei Demenzerkrankungen

Bei der Erstdiagnose Demenz sollte der Patient wenn möglich gemeinsam mit seinen Angehörigen planen, was er für den Fall, dass er in einer späteren Phase der Erkrankung nicht mehr entscheidungsfähig ist, noch regeln kann. Dies können Vollmachten für Angehörige in unterschiedlichen Bereichen wie Vermögenssorge und/oder Gesundheitsangelegenheiten sein. Häufig ist auch eine Betreuungsverfügung sinnvoll.

Eine gesetzliche Betreuung erübrigt sich meist, wenn der Demenzkranke schon im Vorfeld Vollmachten an Angehörige abgegeben hat. Problematisch kann es bei Menschen werden, die keine Angehörigen oder Bezugspersonen haben. Wenn offensichtlich wird, dass ein Mensch im Alltag nicht mehr zurechtkommt, dann kann von jedem, dem das auffällt, z.B. Arzt, Apotheker, 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.

Seit Januar 1992 ist das Betreuungsgesetz in Kraft. Die Betreuung ersetzt frühere rechtliche Möglichkeiten: die Entmündigung, die Vormundschaft für Volljährige und die Gebrechlichkeitspflegschaft.

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

Eine Betreuung ist nicht erforderlich, wenn die Angelegenheiten des Volljährigen ebenso gut durch einen Bevollmächtigten oder durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt werden muss, besorgt werden können.

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 Vormundschaftsgericht anordnen, dass Erklärungen des Betreuten zu ihrer Wirksamkeit der Einwilligung des Betreuers bedürfen.

Gesetzliche Betreuung

Voraussetzung

Einwilligungsvorbehalt

Das kann in der Praxis bedeuten, dass 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“.

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 Kreis der Aufgaben des Betreuers gehören.

Aufgabenkreise aus dem Bereich der Personensorge können sein:

- **Gesundheitsfürsorge**
 - Veranlassung von ärztlicher Behandlung
 - Zustimmung zu Operationen und Medikamentengabe
- **Aufenthaltsbestimmung**
 - Mietangelegenheiten
 - Suche eines geeigneten Wohnraums
 - Entscheidung über Umzug in ein Pflegeheim
 - Wohnungsauflösung
 - Behandlung in einem Krankenhaus oder Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung gegen den Willen des Betreuten
- **Vermögenssorge**
 - Verwaltung von Vermögen und laufenden Einkommen
 - Antragstellung auf Sozialhilfe, Renten und andere öffentliche Leistungen
 - Wohnungsauflösung
 - Erbschaftsangelegenheiten

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

Dies gilt z. B. bei:

- Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet oder stirbt
- Kündigung der Wohnung des Betreuten

- einer mit Freiheitsentziehung verbundenen Unterbringung. Freiheitsentzug bedeutet auch, dass der Demenzkranke mit Bettgurt oder Bettgitter daran gehindert wird, das Bett zu verlassen, um damit seinen Bewegungsdrang einzuschränken. Dasselbe gilt auch, wenn auf Dauer Medikamente verabreicht werden, die zur Folge haben, dass der Demenzkranke dadurch keinen Bewegungsdrang mehr hat.

Bei einer Betreuung entstehen folgende Kosten:

Kosten

- bei Einrichtung der Betreuung für Gerichtskosten, Gutachter- und Verfahrenspflegerkosten
- In der laufenden Betreuung hat ein privater Betreuer Anspruch auf eine pauschale Aufwandsentschädigung. Es entstehen unterschiedliche Kosten, je nachdem, ob es sich um eine private Betreuungsperson oder um einen beruflichen Betreuer handelt.

Bis zu bestimmten Einkommens- und Vermögensgrenzen kommt der Staat für diese Kosten auf, ansonsten zahlt der zu Betreuende (anteilig) selbst.

Nähere Informationen gibt das Vormundschaftsgericht oder die örtliche Betreuungsstelle.

- **Anregung der Einrichtung einer Betreuung:**
Wer meint, dass eine Betreuung für einen Menschen nötig ist, kann sich an das Vormundschaftsgericht oder an die örtliche Betreuungsstelle wenden. Das Vormundschaftsgericht wird dann im Rahmen ihrer Amtserhebungspflicht tätig. Hilfreich sind Angaben, für welche Aufgabenbereiche 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 Vormundschaftsgericht schriftlich oder persönlich vom Betroffenen oder seinem Betreuer beantragt werden.

Praxistipp



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

Wer hilft weiter?



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 behinderten Menschen die Möglichkeit nehmen, das Bett, den Stuhl oder den Raum zu verlassen. Freiheitsentziehende Maßnahmen dürfen nur eingesetzt werden, wenn Demenzkranke sich selbst und/oder andere gefährden. Sind solche Maßnahmen im Akutfall nötig, dann ist dies zum Schutz des Patienten und seiner Umgebung erlaubt. Sind solche Maßnahmen auf längere Sicht notwendig, dann muss eine richterliche Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht eingeholt werden.

Freiheitsentziehende Maßnahmen in der häuslichen Umgebung

Will ein Demenzkranker ständig weglaufen und 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, dann wird einfach die Türe von außen abgesperrt. Doch auch hier handelt es sich strenggenommen um freiheitsentziehende Maßnahmen, die nur mit Genehmigung des Amtsgerichts durchgeführt werden dürfen.

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 zu 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. Eine Medikamentengabe muss vom Vormundschaftsgericht genehmigt werden, wenn sie zu einer „Ruhigstellung“ des Patienten mit eingeschränktem Bewegungsradius oder zu schweren gesundheitlichen Dauerfolgen führen kann.

Beide Möglichkeiten, den Bewegungsdrang zu bremsen, sind, wenn sie über einen längeren Zeitraum angewendet werden, vom Vormundschaftsgericht zu genehmigen.

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

Manchmal 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 psychiatrischen Klinik gegen seinen Willen notwendig werden. Oft kommt es zu einer Einweisung, weil ein Demenzkranker z. B. in der eigenen Wohnung verwahrlost, unternährt ist und jede Hilfe ablehnt.

*Freiheitsentziehende
Maßnahmen im Notfall*

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 kann eine Einweisung häufig durch das Einschalten einer offiziellen Stelle und deren Intervention vermieden werden. Dieses 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 Vormundschaftsgericht zuständig.

Gerontopsychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit der diagnostischen Abklärung und Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter befasst. Häufig werden Demenzerkrankungen und Depressionen behandelt, aber auch Wahnvorstellungen und Schizophrenien. Manchmal können erst bei einem stationären Aufenthalt diagnostische Maßnahmen ergriffen werden und eine sinnvolle medikamentöse Einstellung erfolgen. In den meisten Fällen kommen die Demenzkranken durch eine ärztliche Einweisung in die Einrichtung.

*Gerontopsychiatrische
Einrichtungen*

Die Behandlungsmaßnahmen in einer solchen Einrichtung dienen nicht nur der medikamentösen Therapie der psychischen Beeinträchtigungen, sondern auch der Förderung erhaltener Fertigkeiten und sozialer Kontakte. Ziel ist die Verbesserung der durch die Erkrankung beeinträchtigten Lebensqualität und die Entlassung des Patienten in seine häusliche Umgebung.

Auch in gerontopsychiatrischen Einrichtungen wird bei Bedarf mit mechanischen Fixierungen und Psychopharmaka gearbeitet. Wie im häuslichen und stationären Bereich gilt auch hier die Genehmigungspflicht durch das Vormundschaftsgericht, wenn die Maßnahmen über einen längeren Zeitraum erforderlich sind.

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 seine Wohnung verlässt, oder es kommt zu einer automatischen Weiterleitung des Alarms an eine ständig besetzte Notrufzentrale.

Finanzen und Rechtsgeschäfte

Die meisten rechtlichen Probleme infolge der Demenz resultieren daraus, dass die kognitiven Fähigkeiten des Erkrankten schwinden und er selbst das nicht wahrhaben kann bzw. will.

Typische Vorkommnisse sind:

- Patienten 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. Ist beim Demenzkranken eine Hirnleistungserkrankung diagnostiziert, 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, zahlt die Versicherung den Schaden, kann den Vertrag danach aber kündigen. Deshalb ist es sinnvoll, bei bestehender Haftpflichtversicherung und Auftreten einer Demenz dies der Versicherungsanstalt zu melden.

Führerschein bei Demenzerkrankung

Auch nach einer Krankheit (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt) oder trotz einer Einschränkung (Diabetes) 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.

In der Anlage zur Fahrerlaubnisverordnung werden häufig vorkommende Erkrankungen und Mängel aufgeführt, die die Eignung zur Führung von Kraftfahrzeugen längere Zeit beeinträchtigen oder aufheben können. Neben den einzelnen Erkrankungen sind mögliche Beschränkungen oder Auflagen aufgeführt.

Diese Anlage findet man unter www.betanet.de unter dem Stichwort „Führerschein“.

Schon im frühen Stadium einer Demenzerkrankung sind meist die Reaktionsfähigkeit und das Einschätzen von Abständen und Geschwindigkeiten so beeinträchtigt, dass es zum Teil unverantwortlich ist, Auto zu fahren.

Bei schwerer Altersdemenz und schweren Persönlichkeitsveränderungen durch pathologische Alterungsprozesse besteht keine Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeugs.

Problematisch ist jedoch oft, dass der Demenzkranke nicht davon zu überzeugen ist, 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.

Ist ein Patient fahruntauglich und steuert dennoch ein Kraftfahrzeug, macht er sich strafbar und muss für mögliche Schäden selbst aufkommen. Bei einem Unfall muss er mit strafrechtlichen und versicherungsrechtlichen Konsequenzen rechnen.

Bei Führerscheininhabern, die z. B. einen Herzinfarkt hatten oder bei denen eine Demenzerkrankung diagnostiziert wurde, ist der behandelnde Arzt verpflichtet, den Patienten auf mögliche Einschränkungen und Gefahren hinzuweisen. Der Arzt sollte den Patienten auch schriftlich bestätigen lassen, dass er auf die Gefahr hingewiesen wurde, andernfalls könnten Ärzte für die Kosten möglicher Unfälle haftbar gemacht werden.

*Führerschein
und schwere Krankheit*

Ob der Patient dies dann bei der zuständigen Führerschein- bzw. Kfz-Zulassungsstelle meldet und seine Fahrtauglichkeit überprüfen lässt, bleibt diesem selbst überlassen.

Auch Fahrradfahrer, die nach einer schweren Erkrankung am Verkehr teilnehmen und aufgrund ihres Gesundheitszustands einen Unfall verursachen, können ihren Führerschein verlieren. Bei entsprechendem Verdacht macht die Polizei eine Mitteilung an die Führerscheinstelle, welche dann den Patienten auffordert, die Fahrtauglichkeit prüfen zu lassen.

Zweifel an 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).

Dabei wird Folgendes getestet:

- **medizinischer Bereich**
körperlicher Allgemeinzustand, Sinnesfunktionen, fachärztlicher Befund, neurologischer Befund (falls erforderlich), Medikamenteneinnahme
- **psychologischer Bereich**
Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Orientierung, Reaktion, Belastbarkeit
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 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

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 Medikamenteneinnahmen und mangelnde Flüssigkeitszufuhr kann sich der Speichelfluss verringern, was sich evtl. auf das Geschmackempfinden und die Fähigkeit, zu schlucken, auswirkt. Auch der Geruchssinn nimmt häufig ab, was sich ebenfalls nicht appetitfördernd auswirkt.

*Allgemeines
zur Ernährung im Alter*

Ausreichende 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. Bei einigen kommen Inkontinenzprobleme dazu und sie meinen, das verhindern zu können, indem sie viel zu wenig trinken. Viele haben Angst, dass sie es nicht mehr rechtzeitig auf die Toilette schaffen. Aber gerade der Flüssigkeitsmangel kann verschiedene Symptome und Krankheiten wie Kopfschmerzen, Müdigkeit, Lethargie und zu niedrigen Blutdruck provozieren.

Eine unzureichende Flüssigkeitsversorgung kann auch Verwirrheitszustände hervorrufen und die Symptome bei Demenzkranken sehr verschlechtern. Auch ein schlechter Zustand der Zähne bzw. ein Gebiss, das nicht passt, hat bei älteren Menschen Auswirkungen auf das Essverhalten. 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 von Speisen wird schwerer. Dies ist eine zusätzliche Appetitbremse. 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 auch Verdauungsprobleme bis Verstopfung im Alter. Gründe dafür sind unter anderem zu wenig Bewegung und mangelnde Flüssigkeitszufuhr. Die Ernährung im Alter sollte schmackhaft, abwechslungsreich, vitamin- und mineralstoffreich sein, arm an tierischen Fetten und, um die Verdauung zu fördern, ballaststoffreich.

*Besonderheiten
bei Demenzkranken*

Bei Demenzkranken ist durch motorische Unruhe, Umherlaufen und Stress der Kalorienverbrauch höher. Umso schwerwiegender ist das häufige Problem, dass Demenzkranke durch ein verändertes Hunger- oder Durstgefühl zu wenig essen und vor allem zu wenig trinken. Verstärkt wird dies dadurch, dass die Betroffenen sich nicht zuverlässig erinnern können, wann sie wie viel gegessen bzw. getrunken haben. Werden sie nun ständig von Angehörigen zum Essen oder Trinken aufgefordert, fühlen sie sich häufig bevormundet und weisen die Ratschläge zurück. Über rationale Argumente sind Demenzkranke meist nicht mehr erreichbar. Deshalb ist es hilfreich, dass die Erkrankten das Essen oder Trinken mit möglichst vielen Sinnen wahrnehmen können. Dazu gehören zum einen eine angenehme Atmosphäre, aber auch, dass Speisen und Getränke ansprechend dargereicht werden und auch angenehm riechen. Meist ist es hilfreich zu versuchen, dem Erkrankten das Essen und Trinken immer wieder schmackhaft zu machen ohne es zu „verordnen“.

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

Die Geschmacksempfindungen verändern sich, oft werden süße Speisen bevorzugt. Speisen werden im weiteren Krankheitsverlauf als bitter empfunden und deshalb abgelehnt.

Im fortschreitenden Stadium wissen Demenzkranke zum Teil nicht mehr, wie man mit dem Besteck umgeht und wie man Essen kaut und schluckt. Hier kann es hilfreich sein, dass sie, ob in der häuslichen Umgebung oder im stationären Bereich, gemeinsam mit Angehörigen bzw. Pflegepersonal an einem Esstisch sitzen und gemeinsame Mahlzeiten einnehmen. Dabei können sie von den anderen abschauen, was diese mit der Gabel tun, und das nachahmen. Einige Demenzkranke sind so unruhig, dass es ihnen nicht gelingt, länger als einige Minuten am Stück am Tisch zu sitzen. Sie müssen aufstehen und umhergehen und in mehreren Etappen essen. Wenn sie das Essen nicht mit dem Besteck aufnehmen können, weil sie dadurch überfordert sind, dann sollte man ein Essen mit den Händen zulassen. Grundsätzlich ist zu beachten, dass es nicht zu heiß auf den Tisch kommt, damit es nicht zu Verbrennungen kommen kann.

Unbedingt notwendig ist eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr bei Demenzkranken, da sich die Verwirrtheitszustände ansonsten weiter verschlechtern.

Deshalb sollten Getränke regelmäßig angeboten werden, und zwar von morgens nach dem Aufstehen bis zum Zubettgehen. Die Angehörigen oder Pfleger sollten herausfinden, was der Demenzkranke bevorzugt, möglicherweise haben sich Vorlieben verändert. Falls das Essen schon schwierig ist, können auch

Joghurt-Milch-Wasser-Mixgetränke mit püriertem Obst gegeben werden, die neben der Flüssigkeit auch einen höheren Nährwert haben.

Der behandelnde Arzt sollte den Patienten regelmäßig auf Mangelernährung und Austrocknung hin untersuchen.

Die Beeinträchtigung des Schluckreflexes ist ein weiteres Symptom der fortschreitenden Demenz. Schluckstörungen erkennt man unter anderem an Husten, Räuspern, Würgen und häufigem Verschlucken während des Essens und auch daran, dass Essensreste im Mund behalten werden.

Der Schluckvorgang kann durch eine aufrechte Sitzposition unterstützt werden. Wenn möglich, sollten auch bettlägrige Patienten zum Essen aufgesetzt werden. Gegebenenfalls muss die Kost angepasst werden, d. h. Umstellen auf Flüssignahrung. Eine Magensonde sollte nur bei Demenzkranken gelegt werden, die nicht mehr schlucken können.

Grundsätzlich sollte bei einem Menschen, der unter- bzw. mangelernährt ist, nach möglichen Ursachen gesucht werden. Möglicherweise können bestimmte Medikamente, Schmerzen oder andere Erkrankungen wie z. B. Magen-Darm-Erkrankungen sich auf den Appetit auswirken. Demenzkranke im fortgeschrittenen Stadium können oft keine Hinweise mehr darauf geben, deswegen sind Beobachtung von Angehörigen bzw. Pflegepersonal und regelmäßige Routineuntersuchungen von ärztlicher Seite notwendig.

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. Veränderungen innerhalb der Wohnung oder Umstellen von Möbeln verstärken die Orientierungslosigkeit.

Allerdings haben Patienten oft einen großen Bewegungsdrang und gehen viel hin und her.

Dann ist es sinnvoll, die räumlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen:

- Stolperfallen (Teppiche, Stromkabel) entfernen
- optische Hilfen anbieten: farbige Kennzeichnungen, gut lesbare Uhren und Kalender, ausreichende nächtliche Beleuchtung. Das gibt dem Patienten Sicherheit und Orientierung.
- automatisches Licht, so dass nachts beispielsweise die Toilette gefunden werden kann

Manche demente Menschen leiden an Halluzinationen und Wahnvorstellungen. Verstärken können sich diese durch dunkle Ecken in einem Raum, Bilder an den Wänden, ein Spiegel, in dem sich der Kranke nicht selbst erkennt, sondern erschrickt. Diese Angstauslöser gilt es herauszufinden und zu verändern. Klare Einrichtung, helle Räume, das Abhängen von Spiegeln können schon helfen.

Gefahren

Werkzeuge oder Gegenstände, von denen eine Verletzungsgefahr ausgeht, müssen aus der Wohnung entfernt werden.

Auch durch technische Hilfsmittel wie eine automatische Herdabschaltung bei bestimmter Zeit- und/oder Temperaturüberschreitung, den Einbau von Rauchmeldern in der Wohnung und Überwachung des Demenzkranken mit Infrarot- oder Funksystemen können Gefahren ausgeschaltet werden.

Wohnumfeldverbesserung

Maßnahmen zur Verbesserung und Anpassung des Wohnumfelds eines Pflegebedürftigen erleichtern oder ermöglichen die Pflege oder die selbstständige Lebensführung zu Hause. Die Zuschüsse leistet die Pflegekasse, sie zählen zu den Pflegehilfsmitteln.

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.

Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Maßnahmen bei der Pflegekasse beantragt werden.

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

Die Entscheidung, ob und ggf. in welcher Höhe ein Zuschuss zur Verbesserung des Wohnumfelds 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.

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.

Maximal übernimmt die Pflegekasse 2.557,- € je Maßnahme, jedoch nur, wenn die Maßnahme bei der Pflegekasse beantragt und genehmigt wurde.

Höhe

Selbstbeteiligung/Eigenanteil des Pflegebedürftigen:

Selbstbeteiligung/Eigenanteil

- 10 % der Kosten der Maßnahme
- höchstens jedoch 50 % seiner monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt
- Eingliederungshilfe: Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserungen für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe über das örtliche Sozialamt beantragt werden. Dabei darf allerdings die allgemeine Einkommensgrenze nicht überschritten werden.
- 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 danach mit der Rechnung zur Pflegekasse geht, wird kein Zuschuss gewährt.



Praxistipp

Wer hilft weiter?



Stationäre Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten bei Demenz

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

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, oft führt sie zu sozialer Isolation des pflegenden Angehörigen. Viele können die Pflegebedürftigen 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 Pflegestufe (siehe Seite 32) bis zu 1.432,- € im Monat, das reicht aber nicht für die Finanzierung des Heimplatzes. Unterhaltspflichtige (auch Kinder) müssen je nach Einkommen und Vermögen einen Teil der Kosten übernehmen, wenn Einkommen und Vermögen des Pflegebedürftigen nicht ausreichen.

Die Angehörigen sollten sich viel Zeit nehmen bei der Wahl der geeigneten Einrichtung für den Demenzkranken 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 dementen Bewohnern und andere Faktoren mitzubekommen.

Durch die Zunahme demenzkranker Menschen im Heim gibt es auch ein größeres Angebot für diese Menschen. Neben den klassischen Pflegeheimen gibt es immer mehr alternative Wohnformen. Beispielsweise gibt es mancherorts 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 beginnt mit der hellen und übersichtlichen Gestaltung von Räumen und mit Personal, das auf den Umgang mit verwirrten, desorientierten und aggressiven Patienten geschult wurde.

Wenn ein Demenzkranker gegen seinen Willen in einer beschützenden oder geschlossenen Station gegen seinen Willen untergebracht wird, dann handelt es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme. Hat dieser Patient einen Betreuer, dann muss dieser die Unterbringung vom Vormundschaftsgericht genehmigen lassen.

Über entsprechende Angebote informieren örtliche Seniorenberatungsstellen, Selbsthilfeorganisationen, wie z. B. die Alzheimer Gesellschaft, oder andere Anlaufstellen für Demenzkranke und deren Angehörige. Ebenso bekommen Angehörige in Gesprächskreisen oder Selbsthilfegruppen wertvolle Hinweise über Angebote vor Ort.



Adressen und Links

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

– Bundesverband –

Friedrichstraße 236, 10969 Berlin

Telefon 030 25937950

E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de

www.deutsche-alzheimer.de

Beratung am Alzheimer-Telefon:

01803 171017 (9 Ct./Min.)

Montag bis Donnerstag: 9–18 Uhr, Freitag: 9–15 Uhr

Die Alzheimer Gesellschaft bietet eine Vielzahl von Publikationen rund um die Krankheit an. So können Broschüren zum Thema Ernährung, Leistungen rund um die Pflegeversicherung etc. angefordert werden.

Bundesverband Gedächtnistraining e.V.

Friedensweg 3, 57462 Olpe-Dahl

Telefon 02761 826555

E-Mail: info@bv-gedaechnistraining.de

www.bv-gedaechnistraining.de

Bundesverband Medizintechnologie

Reinhardtstraße 29 b, 10117 Berlin

Telefon 030 246255-0

E-Mail: info@bvmed.de

www.bvmed.de

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter

Altkrautheimer Straße 20, 74238 Krautheim

Telefon 06294 42810

www.bsk-ev.org

Hirnliga e.V. Deutschlands Alzheimer Forscher

Postfach 1366, 51657 Wiehl

Telefon 0700 44765442

E-Mail: GS@hirnliga.de

www.hirnliga.de

Zentrales Vorsorgeregister

Informationen zum Zentralen Vorsorgeregister findet man unter www.vorsorgeregister.de.

Anschrift:

Bundesnotarkammer, Zentrales Vorsorgeregister

Kronenstraße 42, 10 117 Berlin

Telefon 01805 355050 (12 Ct./Min.)

E-Mail: info@vorsorgeregister.de

www.zvr-online.de

Die Daten der Vorsorgevollmacht können online oder per Post übermittelt werden. Je nach Art der Übermittlung und Umfang kostet die Registrierung etwa 13,- bis 20,- €.

www.kompetenznetz-demenzen.de

Das Kompetenznetz Demenzen ist ein bundesweiter Zusammenschluss von 14 auf dem Gebiet der Demenzforschung führenden universitären Einrichtungen. Dazu kommen regionale geriatrische Klinikabteilungen, niedergelassene Fach- und Allgemeinärzte sowie Selbsthilfegruppen Pflegender von Demenzkranken. Das Kompetenznetz bietet Ärzten, Betroffenen und Angehörigen Informationen zu Diagnostik, Therapie und Hilfsangeboten.

Impressum

Herausgeber

betapharm Arzneimittel GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
Telefon 0821 748810, Telefax 0821 74881420

Redaktion

beta Institut für
angewandtes Gesundheitsmanagement gGmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg

Text

Sabine Bayer

Leitung

Tanja Güntner

Die Informationen über Leistungsansprüche beziehen sich nicht auf private Versicherungen oder die Beihilfe für Beamte. Ein Anspruch auf Vollständigkeit wird nicht erhoben.

Autoren und Herausgeber übernehmen keine Haftung für die Angaben in dieser Broschüre.

August 2006