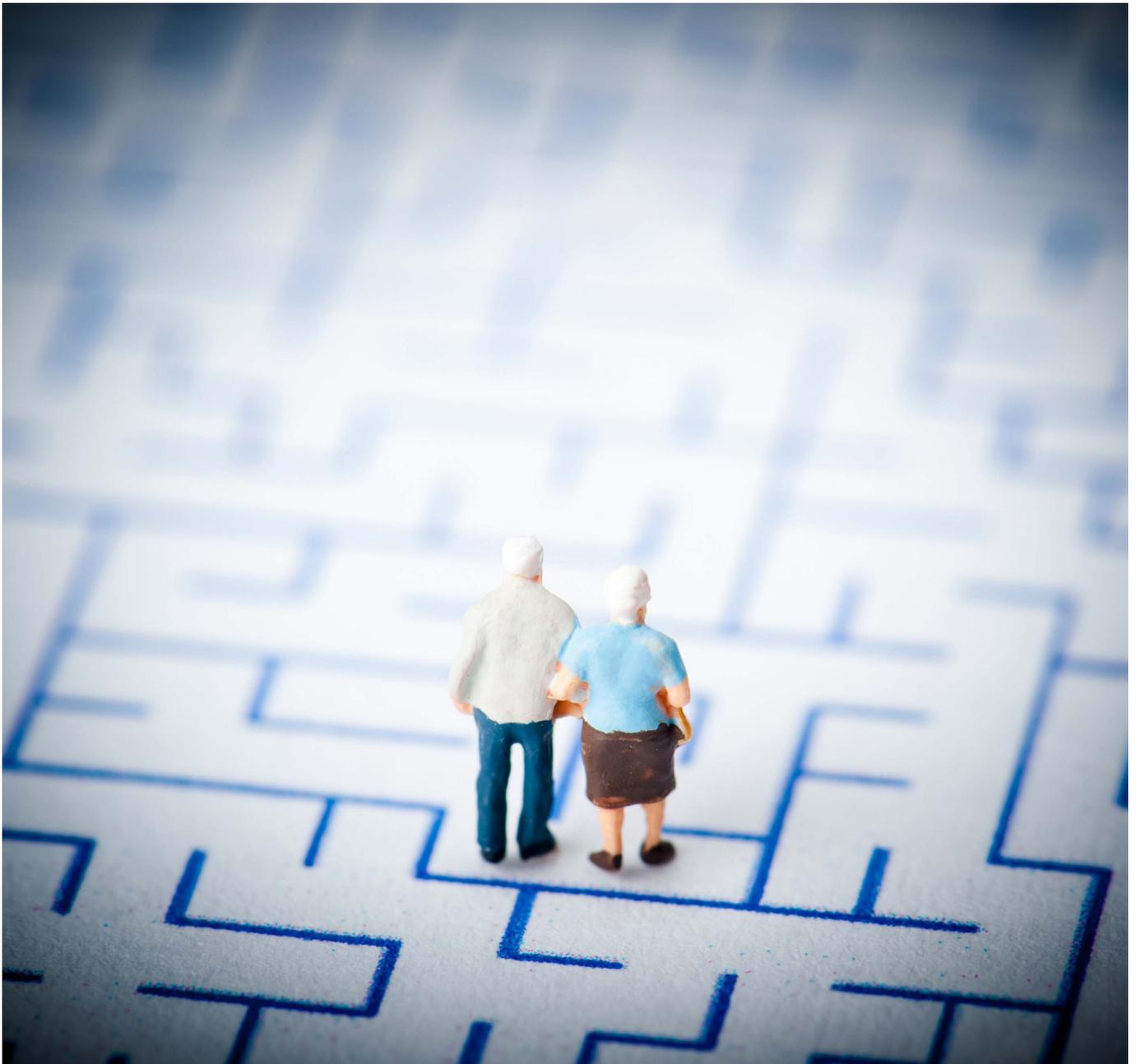


Demenz

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



beta Institut
gemeinnützige GmbH

Vorwort

Die Diagnose „Demenz“ oder „Alzheimer“ löst bei Betroffenen und ihren Angehörigen gleichermaßen Erschrecken und Angst aus. Laut deutscher Alzheimer Gesellschaft e.V. sind nach epidemiologischen Schätzungen in Deutschland ca. 1,6 Millionen Menschen davon betroffen. Um besser mit der Erkrankung umgehen zu können, ist es hilfreich, sich mit dem Krankheitsbild zu beschäftigen und sich Unterstützung zu holen. In unserem komplexen Gesundheitssystem ist es jedoch nicht immer einfach, die richtigen Leistungen oder den Zugang zu diesen zu finden.

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

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

Hinweis: Aufgrund der Corona-Pandemie gibt es zeitlich befristet für einige Sozialleistungen geänderte Regelungen. Stets aktuelle Informationen rund um das Thema Corona, z.B. zu finanziellen Hilfen, Sonderregelungen, Unterstützung bei psychischen Belastungen und hilfreiche Adressen, finden Sie unter www.betanet.de > *Krankheiten* > *Corona Covid-19*.

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| Vorwort | 2 |
| Demenz | 5 |
| Symptome | 5 |
| Ursachen und Formen | 6 |
| Diagnostik | 6 |
| Behandlung | 8 |
| Medikamentöse Therapie | 8 |
| Nicht-medikamentöse Therapie | 8 |
| Medizinische Rehabilitation | 11 |
| Spezielle Reha-Einrichtungen | 11 |
| Begleitperson | 12 |
| Geriatrische Rehabilitation | 13 |
| Leben mit Demenz | 16 |
| Umgang mit Demenzkranken | 16 |
| Ernährung bei Demenz | 18 |
| Führerschein bei Demenz | 21 |
| Demenzkranke im Krankenhaus | 23 |
| Wohnen bei Demenz | 24 |
| Wohnumfeldverbesserung | 25 |
| Stationäre Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten bei Demenz | 27 |
| Zuzahlungen in der Krankenversicherung | 29 |
| Zuzahlungsregelungen | 29 |
| Zuzahlungsbefreiung | 31 |
| Sonderregelung für chronisch Kranke | 34 |
| Pflege | 35 |
| Definition „Pflegebedürftigkeit“ | 35 |
| Pflegegrade | 38 |
| Pflegeleistungen | 40 |
| Leistungen für pflegende Angehörige | 46 |
| Soziale Sicherung | 47 |
| Pflegezeit | 48 |
| Kurzzeitige Arbeitsverhinderung | 50 |
| Pflegeunterstützungsgeld | 50 |
| Familienpflegezeit | 51 |
| Pflegekurse | 53 |
| Vorsorge und Rehabilitation | 54 |
| Behinderung | 57 |
| Definition | 57 |
| Grad der Behinderung | 57 |

| | |
|--|-----------|
| Schwerbehindertenausweis _____ | 58 |
| Nachteilsausgleiche _____ | 59 |
| Rechtliche Aspekte bei Demenzkranken _____ | 61 |
| Rechtliche Betreuung _____ | 61 |
| Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Demenzkranken _____ | 64 |
| Finanzen und Rechtsgeschäfte _____ | 66 |
| Patientenvorsorge und Testament _____ | 67 |
| Patientenverfügung _____ | 68 |
| Vorsorgevollmacht _____ | 71 |
| Betreuungsverfügung _____ | 74 |
| Testament _____ | 76 |
| Adressen _____ | 79 |
| Impressum _____ | 82 |

Demenz

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

Demenz ist ein Oberbegriff für verschiedene Krankheitsbilder, die mit dem fortschreitenden Verlust der geistigen Funktionen, z.B. Denken, Erinnern und Orientieren, einhergehen, sodass alltägliche Aktivitäten nicht mehr selbstständig durchgeführt werden können.

Symptome

Es gibt verschiedene Symptome, die auf eine Demenzerkrankung hindeuten können.

Typische Symptome einer Demenz sind:

- Nachlassen des Kurzzeitgedächtnisses, Vergesslichkeit, eingeschränkte Urteilsfähigkeit
- Zeitliche, räumliche und persönliche Orientierungslosigkeit, zielloses Herumirren
- Nachlassendes Denkvermögen, Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit (z.B. Lernen, Ideenfluss)
- Nichterkennen von Personen und Gegenständen
- Abnehmende körperliche Beweglichkeit, Störung von Reflexen, damit einhergehend erhöhte Sturzgefahr
- Persönlichkeitsveränderung, Gereiztheit
- Sprachstörungen, Störungen der Kommunikationsfähigkeit
- Schlafstörungen, depressive Symptome wie Antriebsarmut, Angst, Niedergeschlagenheit und Verlust der Eigeninitiative
- Störungen des Essverhaltens: Essen von Nicht-Essbarem, Vergessen von Essen und Trinken
- Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder Euphorie
- Auffällige Verhaltensstörungen, z.B. Enthemmung, Aggression, oft als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet

Für die Diagnose Demenz müssen die Symptome über **mindestens 6 Monate** bestanden haben.

Keines der genannten Symptome tritt nur bei einer Demenzerkrankung auf. Sie können auch auf eine seelische Störung oder eine andere hirnorganische Erkrankung hinweisen. Daher ist eine gründliche Diagnostik wichtig (siehe S. 6).

Verlauf und Phasen

Demnzerkrankungen sind Erkrankungen, bei denen nach und nach Gewebeteile bzw. Nervenzellen im Gehirn abgebaut werden. Nur bei sehr wenigen Formen sind grundlegende Verbesserungen oder gar eine Heilung möglich. Häufig wird der Verlauf in 3 Phasen eingeteilt:

- **Frühes Stadium:** Störungen von Gedächtnis, Orientierung, Denkvermögen und Wortfindung. Der Betroffene kann sich schon nach kurzer Zeit nicht mehr an Gespräche und Handlungen erinnern, Fragen wiederholen sich, Vereinbarungen werden vergessen, anspruchsvolle Tätigkeiten können nicht

mehr ausgeführt werden, die Sprache wird unpräzise.

- **Mittleres Stadium:** Orientierungslosigkeit, ausgeprägte Störungen der Sprache, Verblenden der Erinnerung. Betroffene finden sich in fremder und vertrauter Umgebung nicht mehr zurecht. Sie sind z.T. auf Unterstützung beim Waschen, Anziehen und Essen angewiesen. Sätze ergeben keinen Sinn mehr, die Erinnerung verblasst immer mehr. Verhaltensauffälligkeiten wie Unruhe, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus und unkontrollierte Gefühlsausbrüche können hinzukommen.
- **Fortgeschrittenes Stadium:** Hochgradiger geistiger Abbau, zunehmende Pflegebedürftigkeit und körperliche Symptome. Das Gefühlsleben des Erkrankten bleibt jedoch erhalten. Unterstützung ist bei allen Verrichtungen im Alltag nötig. Verbale Kommunikation ist kaum mehr möglich, oft ist das Sprachvermögen des Patienten auf wenige Worte beschränkt. Durch die Schädigungen des Gehirns tritt ein Kontrollverlust des Körpers ein, der sich z. B. in Schluckstörungen äußern kann.

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

Ursachen und Formen

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

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

Diagnostik

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

Erste Ansprechperson ist meist der Hausarzt. Im Gespräch erhält der Arzt vom Betroffenen und seinen Bezugspersonen Angaben über den Zeitpunkt und das Ausmaß der auftretenden Symptome und Verhaltensauffälligkeiten, eingenommene Medikamente, andere Erkrankungen usw.

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

Bei Betroffenen wechselt oft die Tagesform, sodass sie beim Arzt einen gesunden Eindruck machen, obwohl an anderen Tagen bereits große Defizite erkennbar sind. Zudem können viele im Anfangsstadium ihre Defizite gut überspielen. Eine Therapie ist aber umso wirksamer, je früher sie einsetzt. Daher ist es wichtig, dass Angehörige in die Diagnostik mit einbezogen werden und dem Arzt ein realistisches Bild der Gesamtsituation vermitteln können.

Gedächtnissprechstunden

In einigen Städten gibt es sog. Gedächtnissprechstunden, die auf die Diagnose und Therapie von Demenzerkrankungen spezialisiert sind. In den Gedächtnissprechstunden arbeiten Neurologen, Psychiater, Internisten, Geriater und/oder Psychologen, die den Patienten gründlich untersuchen, um die genaue Ursache der Gedächtnisstörung abzuklären. Das Team fasst die Einzelergebnisse in der „Diagnose-Konferenz“ zusammen und bewertet sie. Der betreuende Arzt erörtert die Diagnose in einem ausführlichen Beratungsgespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen und bespricht die Therapiemöglichkeiten.

Praxistipp!

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. bietet unter www.deutsche-alzheimer.de > *Hilfe und Beratung in Ihrer Nähe* eine Übersicht von Gedächtnissprechstunden in Deutschland, sortiert nach dem PLZ-Bereich.

Behandlung

Eine Demenz sollte ganzheitlich therapiert werden. Neben einer medikamentösen Behandlung sind vor allem psychosoziale Therapien sowie Informations- und Hilfsangebote für Angehörige wichtig.

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

Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Behandlung einer Demenz kann auf 2 Ebenen ansetzen:

- **Ursachenbezogen:** Bisher ist es nicht möglich, primäre Demenzen ursächlich medikamentös zu behandeln. Einige wesentliche Störungen im Gehirnstoffwechsel lassen sich jedoch mit sog. Antidementiva positiv beeinflussen, die das Fortschreiten der Krankheit um einige Zeit verzögern können. Wegen der Vielzahl möglicher Ursachen werden oft Substanzen mit unterschiedlichen Wirkansätzen angewendet. Häufig bringt auch erst eine Kombination verschiedener Medikamente Erfolg. Manche Patienten profitieren sehr gut von den Medikamenten, andere überhaupt nicht.
- **Symptomatisch:** Begleiterscheinungen der Krankheit, wie ein gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, Wahnvorstellungen, Ruhelosigkeit, Niedergeschlagenheit oder Aggressionen, lassen sich durch entsprechende Medikamente behandeln. Ihr Einsatz erfordert jedoch viel Wissen und Erfahrung sowie eine genaue Beobachtung des Patienten, da eine falsche Dosierung die Krankheit verschlimmern und die kognitive Leistung herabsetzen kann.

Nicht-medikamentöse Therapie

Psychosoziale Maßnahmen sind zentraler und notwendiger Bestandteil der Betreuung von Demenzerkrankten und ihren Angehörigen.

Wichtig ist, auf die Persönlichkeit und die Geschichte des Betroffenen einzugehen und den aktuellen Krankheitsverlauf zu beachten. Überforderung, Frustration, Angst oder negative Erinnerungen können sonst die Folge sein. Grundsätzlich geht es immer darum auf den Ressourcen aufzubauen, also mit den noch vorhandenen geistigen, emotionalen, kreativen und körperlichen Fähigkeiten zu arbeiten.

Kognitive Verfahren

- **Gedächtnistraining:** Trainiert und erhält vorhandenes Wissen. Neues lernen ist nur sehr eingeschränkt möglich. Problematik: Wenn die Patienten nicht erfolgreich lernen, werden sie mit ihrer eigenen Schwäche konfrontiert, was sehr belastend sein kann. Deshalb wird Gedächtnistraining meist nur in der Anfangsphase angewandt. Spielerische Trainingsformen können den Erfolgsdruck nehmen.
- **Realitätsorientierung:** Die Orientierung in Raum und Zeit kann durch Hinweise und Hilfen gefördert werden.
- **Biographiearbeit, Erinnerungsarbeit:** Frühere Erlebnisse, die im Altgedächtnis gespeichert sind, wer-

den abgerufen, um positive Gefühle hervorzurufen. Die Biographiearbeit kann auch dabei helfen, aktuelle Verhaltensweisen und Reaktionen des Betroffenen zu verstehen.

Körperliche Verfahren

- **Ergotherapie:** Ergotherapeutische, individuell angepasste Maßnahmen können bei Patienten mit leichter und mittelschwerer Demenz zum Erhalt der Alltagsfunktionen beitragen. Besonders hilfreich ist es, wenn die Bezugspersonen in die Therapie miteinbezogen werden.
- **Bewegungstherapie:** Körperliche Aktivität fördert die Beweglichkeit und Balance sowie die geistige Leistungsfähigkeit. Sie kann positive Gefühle vermitteln und die Selbstwahrnehmung erhalten und verbessern. Bewegungstherapie ist zudem hilfreich bei Bewegungsdrang und Weglauftendenzen und kann Schlafstörungen mindern.

Künstlerische Therapien

- **Kunst- und Musiktherapie:** Musik hören, kreativ arbeiten und Bilder/Fotos anschauen kann je nach Lebenserfahrung des Menschen auch noch im fortgeschrittenen Stadium positive Gefühle vermitteln sowie agitiertes Verhalten (d.h. Verhaltensweisen, die durch krankhafte Unruhe entstehen, z.B. gesteigerter Bewegungsdrang) und Aggressionen reduzieren. Aktive Musiktherapie hat zudem günstige Effekte auf psychische und Verhaltenssymptome, insbesondere auf Angst.
- **Tanztherapie:** Bewegung und Tanz werden zur Interaktion mit Demenzkranken eingesetzt, was insbesondere bei einer eingeschränkten sprachlichen Kommunikation die Ressourcen des Betroffenen stärken kann.

Sensorische Verfahren

- **Aromatherapie:** Der Einsatz von Geruchsstoffen kann unruhiges Verhalten und andere Verhaltenssymptome bei Patienten mit mittel- bis schwergradiger Demenz positiv beeinflussen.
- **Snoezelen/multisensorische Verfahren:** Individuelle biographiebezogene Reize (z.B. bestimmte Musik, Lichter, Düfte) regen alle Sinne an und können Effekte auf Freude und Aktivität bei Patienten mit mäßiger und schwerer Demenz haben.
- **Massagen, Berührungen:** Körperliche Berührung kann als Kommunikationsmittel eingesetzt werden und eine beruhigende Wirkung haben. Dabei muss aber das Bedürfnis nach Distanz und Privatsphäre des Erkrankten beachtet werden.

Validation

Validation ist ein komplexer Ansatz für Angehörige und Pflegende, der durch positives Annehmen des Patienten, so wie er ist, gekennzeichnet ist. Die Validation hat zum Ziel, das Verhalten von Menschen mit Demenz als für sie gültig zu akzeptieren („zu validieren“). Zudem ist das Validieren eine besondere Form der Kommunikation, die von einer wertschätzenden, nicht korrigierenden Sprache geprägt ist. Dadurch soll auf die Bedürfnisse des Betroffenen eingegangen und so versucht werden seine Ängste zu reduzieren und sein Selbstvertrauen zu stärken. Es gibt verschiedene Bücher zum Ansatz der Validation, in vielen Regionen werden über private Anbieter oder Volkshochschulen Kurse angeboten.



Praxistipp!

Die medizinische Leitlinie mit dem aktuellen Stand der Forschungen zu Diagnostik, Behandlung und Therapie der Demenzen von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen

Fachgesellschaften e. V.) können Sie unter www.awmf.org > *Suchbegriff: „Demenzen“* einsehen. Dort gibt es auch die Kurzinformationen „Demenz – Eine Herausforderung für Angehörige“ und „Demenz – mehr als nur vergesslich“.

Medizinische Rehabilitation

Bei der medizinischen Reha von Demenzpatienten geht es um 2 Bereiche: Die Alltagskompetenzen der Patienten zu erhalten und die Betreuenden zu informieren. Ziel ist, die Pflege so lange es geht im eigenen Zuhause zu ermöglichen.

Die medizinische Rehabilitation ist ein großer und komplexer Bereich, für den nahezu alle Versicherungsträger zuständig sein können. Allerdings kommt bei demenzkranken Menschen meist nur die Krankenkasse als Kostenträger in Frage, weil die Betroffenen in der Regel nicht mehr im Berufsleben stehen.

Kostenübernahme

Für Demenzkranke werden in der Regel nur stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen 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 erreichen. Dennoch sollten die Angehörigen gemeinsam mit dem behandelnden Arzt eine Reha beantragen. Wichtig ist eine ausführliche Begründung, warum die medizinische Reha auch bei Demenz notwendig und erfolgversprechend ist. Zudem sollte bereits im Antrag auf eine spezialisierte Einrichtung für Demenzkranke verwiesen werden.



Praxistipp!

Überlastete pflegende Angehörige können eine stationäre Reha für sich selbst beantragen. Betroffene sprechen am besten gezielt den Hausarzt darauf an.

Spezielle Reha-Einrichtungen

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

Dort werden Menschen mit Demenz und, bei medizinischer Notwendigkeit, eine Begleitperson (siehe S. 12) aufgenommen. Die Krankenkasse ist Kostenträger der stationären Reha-Maßnahme.

Das Reha-Angebot teilt sich auf in

- einen Betreuungs- und Beschäftigungsteil für Demenzpatienten in Verbindung mit medikamentöser Therapie und
- einen Informationsteil für Angehörige. Inhalt der Angehörigenbetreuung sind Informationen über die Krankheit und deren Auswirkungen, Austausch mit anderen Betroffenen, Entlastungsmöglichkeiten sowie der Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen wie Aggressionen.

Diese Maßnahmen sind auf die Krankheitsfolgen (z.B. Beeinträchtigung der Tagesstruktur) einer Demenz ausgerichtet.

In vielen Fällen kommen Menschen mit Demenz aufgrund einer anderen Erkrankung (z.B. Schlaganfall, Oberschenkelhalsbruch) nach einem Krankenhausaufenthalt in eine Reha-Maßnahme.

Die Rehabilitation bei einer Demenz als Nebendiagnose findet häufig als geriatrische Rehabilitation (siehe S. 13) statt, entweder

- als teil- oder vollstationäre Frührehabilitation in Krankenhäusern oder
- durch ambulante, ambulant-mobile oder stationäre Maßnahmen in Reha-Einrichtungen.

Ziel jeder Reha-Maßnahme ist, die Lebensqualität und die Teilhabe am sozialen Leben von Demenzpatienten und deren Angehörigen zu stärken, um Demenzpatienten möglichst lange in häuslicher Umgebung versorgen zu können.

Wer hilft weiter?

- Es gibt derzeit noch kein flächendeckendes Angebot von Reha-Einrichtungen mit demenzspezifischen Rehabilitationskonzepten im Bundesgebiet. Adressen vermittelt die Deutsche Alzheimer Gesellschaft unter www.deutsche-alzheimer.de. Dort findet man auch das Informationsblatt „Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz“ unter www.deutsche-alzheimer.de > Demenz-Wissen > Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz.
- Adressen von Reha-Kliniken können recherchiert werden unter www.rehakliniken.de oder www.kurklinikverzeichnis.de.

Begleitperson

Eine Begleitperson im Sinne der Krankenversicherung ist eine Person, die während eines Klinik- oder Reha-Aufenthalts ständig anwesend ist. Bei Demenzkranken kann möglicherweise die angehörige pflegerische Bezugsperson als Begleitperson mitkommen.

Die Mitaufnahme einer Begleitperson ins Krankenhaus wird von der Krankenkasse bezahlt, wenn sie medizinisch notwendig ist. In Einzelfällen tritt die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers für die Kosten ein.

Zwingende medizinische Gründe können sein:

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

Die Begleitperson muss **nicht** mit dem Patienten verwandt sein, allein entscheidend ist die Notwendigkeit aus medizinischen Gründen.

Eine vom Patienten angestellte und vertraute Pflegekraft kann ebenfalls Begleitperson sein, wodurch die Kontinuität der Pflege sichergestellt werden soll. Der Verdienst der Pflegekraft wird von der Krankenkasse nicht übernommen. Bei einer Pflegekraft muss eine medizinische Notwendigkeit für die Mitaufnahme nicht vorliegen.

Kosten

Der Begleitperson entstehen keine zusätzlichen Kosten. Für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist jedoch die Bestätigung des Krankenhausarztes über die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme bzw. die Bestätigung der Reha-Einrichtung über den günstigen Einfluss auf den Behandlungsverlauf erforderlich. Die Krankenkasse rechnet dann direkt mit dem Krankenhaus ab. Bei einer auswärtigen Unterkunft werden die Kosten bis zu einer Höhe von 45 € pro Tag erstattet (außer für Entlassungs- und Verlegungstage).

Fahrten

Ist eine Mitaufnahme der Begleitperson aus familiären, psychologischen, räumlichen oder sonstigen Gründen nicht möglich, **kann** die Kasse die Kosten für die täglichen Fahrten für eine Person anstelle der Mitaufnahme erstatten. Auch hier ist ein ärztliches Zeugnis notwendig. Die Krankenkasse **kann** Nebenkosten wie Reisekosten übernehmen.



Praxistipp!

Liegt beim Betroffenen eine **Schwerbehinderung** vor, kann eine notwendige Begleitperson kostenlos im öffentlichen Nah- und Fernverkehr mitfahren, sofern Merkzeichen „B“ im Schwerbehindertenausweis eingetragen ist (Näheres zu Behinderungen ab S. 57).



Wer hilft weiter?

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

Geriatrische Rehabilitation

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

Es gibt die geriatrische Reha in ambulanter und stationärer Form. Die Geriatrie beschäftigt sich mit den Krankheiten des alternden und alten Menschen.

Geriatrische Patienten

Von einem **geriatrischen Patienten** wird gesprochen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Biologisch höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre und älter)
- Geriatrietypische Mehrfacherkrankung (mindestens 2 behandlungsbedürftige Krankheiten und deren Folgen, z.B. Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite, Demenz, Inkontinenz, Depression, Angststörung, chronische Schmerzen, Gebrechlichkeit, starke Sehbehinderung, ausgeprägte Schwerhörigkeit)
- Gefährdung des Patienten durch altersbedingte Funktionseinschränkungen
- Besonderer rehabilitativer, psychosomatischer und psychosozialer Handlungsbedarf

- Schwierigkeiten in sozialen Situationen

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

Folgende Ereignisse können typischerweise eine geriatrische Reha erfordern:

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

Maßnahmen

Im Mittelpunkt steht die Einschätzung (Assessment) zur Situation des Patienten durch ein Team aus verschiedenen Fachrichtungen. Die geriatrische Reha kann, je nach individuellem Bedarf, unter anderem folgende Maßnahmen umfassen:

- Kontinuierliche ärztliche Diagnostik und Behandlung im interdisziplinären Team
- Pflege mit Schwerpunkt auf aktivierend-therapeutischer Pflege
- Krankengymnastik, Bewegungs- und Ergotherapie, Logopädie
- (Neuro-)Psychologische und psychotherapeutische Behandlung
- Soziale Beratung

Ziel

Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist, dass ältere Menschen trotz Erkrankungen und Einschränkungen eine größtmögliche Selbstständigkeit erreichen bzw. erhalten. Konkrete Rehabilitationsziele sind z.B.:

- Erreichen des Bett-Stuhl-Transfers,
- Selbstständige Nahrungsaufnahme, selbstständiges An- und Auskleiden,
- Gehfähigkeit innerhalb und außerhalb der Wohnung oder
- Tagesstrukturierung.

Voraussetzungen

Die Voraussetzungen für eine geriatrische Rehabilitation sind:

- Der Patient ist ein geriatrischer Patient (siehe S. 13).
- Er ist rehabedürftig.
- Er ist rehafähig.
- Es liegt eine positive Rehabilitationsprognose vor.
- Das angegebene Reha-Ziel ist realistisch und alltagsrelevant.

Ausschlusskriterien für die geriatrische Rehabilitation sind u.a.:

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

Formen

Eine geriatrische Rehabilitation kann sowohl **ambulant** als auch **stationär** in einer darauf spezialisierten und passend ausgestatteten Einrichtung stattfinden.

Die mobile geriatrische Reha ist eine Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation. Sie wird durch ein interdisziplinäres Team in der häuslichen Umgebung erbracht. Einzelheiten über Voraussetzungen und Indikationskriterien enthält die „Gemeinsame Empfehlung zur mobilen Rehabilitation“ des GKV Spitzenverbandes. Download unter www.gkv-spitzenverband.de > *Krankenversicherung* > *Rehabilitation* > *Mobile Rehabilitation*.

Antrag

Der Hausarzt oder das Krankenhaus senden den Antrag und die Verordnung der geriatrischen Reha inklusive ärztlicher Begründung an die zuständige Krankenkasse. Der Patient kann eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung selbst wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten.

Zuständigkeiten

Kostenträger ist die Krankenkasse. Ein Gutachter des Medizinischen Dienstes (MD) prüft ggf., ob die genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 € täglich bei ambulanter und stationärer geriatrischer Rehabilitation, begrenzt auf maximal 28 Tage im Kalenderjahr, Näheres zu Zuzahlungen ab S. 29.



Praxistipp!

Detaillierte Informationen bietet die „Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download oder Bestellung (2 €) unter www.bar-frankfurt.de > *Service* > *Publikationen* > *Reha-Grundlagen*.

Leben mit Demenz

Umgang mit Demenzkranken

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

Sich in den Betroffenen hineinversetzen

Die Demenz beeinträchtigt die kognitive Leistungsfähigkeit, das Denkvermögen, 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 lösen Versagensgefühle aus. Sie verstehen oder spüren z.B., dass sie sich in einer Situation nicht „richtig“ verhalten haben, aber ihnen fehlt bereits das Wissen oder die Fähigkeit, dieses „richtige“ Verhalten abzurufen. Durch Veränderungen bei den Nerven-Botenstoffen Serotonin und Dopamin kann es zu einem veränderten Gefühlsleben und zu Verhaltensauffälligkeiten kommen. Hinweise zum Umgang in verschiedenen Alltagssituationen können unter www.wegweiser-demenz.de > *Alltag und Pflege* > *Alltagssituationen* gefunden werden.

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

Annehmen von Hilfe

Nur wenige Patienten haben eine Krankheitseinsicht. Sie reagieren zum Teil mit Misstrauen und Ablehnung, z.B. weil sie Dinge und Menschen um sich herum nicht mehr richtig einordnen können. Das Annehmen von Hilfe ist für Demenzpatienten daher oft schwierig. Die Konfrontation mit den eigenen Defiziten verletzt die Erkrankten und kann leicht Abwehr erzeugen. Deshalb ist es wichtig, Erfolgserlebnisse zu schaffen und den Demenzkranken zu ermuntern, bestimmte Aufgaben im Alltag alleine zu verrichten, z.B. den Tisch zu decken oder Geschirr abzutrocknen.

Je nach Tagesform sollte der Angehörige oder Pflegende nur dann unterstützen und Tätigkeiten übernehmen, wenn es nötig ist.

Patienten sollten nicht kritisiert, berichtigt oder auf Fehler hingewiesen werden. Das bewirkt in keinem Fall etwas Positives, sondern löst Reaktionen wie Scham, Widerstand, Aggression, Rückzug oder Trauer aus und kann teilweise vom Patienten gar nicht verstanden werden.

Sozialer Rückzug

Bei vielen Demenzpatienten, vor allem bei solchen, die alleine leben, fällt die Erkrankung anfangs nicht auf. Verhaltensweisen, die als Hinweis auf eine Demenz dienen können, sind z.B. Rückzug aus dem Freundeskreis oder Aufgeben eines Hobbys.

Sozialer Rückzug, Angst und Antriebslosigkeit sind typische Symptome einer Depression, können aber auch Anzeichen einer Demenzerkrankung sein. Angstzustände und Antriebslosigkeit können möglicherweise medikamentös behandelt werden. Sie verstärken sich aber bei Patienten, die von der Außenwelt isoliert leben und keinen Kontakt mehr nach außen zulassen. Bekannte sollten bei Verdacht auf Demenz (oder Depressionen) ärztliche Hilfe in die Wege leiten.

Halluzinationen

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

Aggressionen

Oft werden Angehörige und Pflegekräfte vom Patienten beschimpft, beleidigt oder sogar tötlich angegriffen. 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 derartiges Verhalten persönlich genommen werden. Dem Patienten sollte so weit wie möglich Verständnis entgegengebracht werden, auch wenn es schwer fällt.

Kommunikation

Die Kommunikation mit Demenzpatienten unterliegt immer einem Dilemma: Einerseits ist sie für Angehörige und Pflegende teilweise schwierig, belastend, manchmal sogar verletzend, andererseits fördert sie die geistige Leistungsfähigkeit des Patienten, was das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen kann.

Folgende Tipps sollen zur Kommunikation ermutigen und sie erleichtern:

- **Respekt und Geduld** sollte die Grundhaltung gegenüber dem Patienten sein. Dies gelingt einfacher, wenn man sich gründlich über die Erkrankung informiert und sich in den Patienten hinein fühlen kann.
- Den Patienten **zum Reden ermuntern**, ohne ihn zu überfordern. Möglicherweise gibt es eine Tageszeit (meist morgens und vormittags), zu der Gespräche besser gelingen, da der Patient dann sein persönliches Tageshoch hat.
- **Kurze und einfache Sätze** formulieren. Diese klar und deutlich wiederholen, wenn die sprachliche Verständigung durch die Krankheit schon eingeschränkt ist.
- **Fragen stellen**, die mit Ja oder Nein zu beantworten sind. Keine Fragen stellen, für deren Beantwortung der Patient sich an etwas erinnern muss, etwas wissen muss. Das kann ihn verlegen, wütend oder traurig machen.
- **Wichtige Dinge** konkret mit Zeit, Ort und Namen nennen und mehrmals wiederholen.
- Diskussionen auf der Sachebene vermeiden. Erkrankte Menschen verstehen besser, wenn man ihnen auf der emotionalen, also auf der Beziehungsebene, begegnet und ihre Gefühle wahrnimmt und erwidert. Die kognitiven Fähigkeiten sind bei Demenzkranken beeinträchtigt, Appelle an ihr Gedächtnis („Du weißt doch, dass ...“) sind sinnlos. **Streit ist zu vermeiden**, denn mit sachlichen Argumenten ist kein Erfolg zu erzielen und beim Patienten bleibt das unangenehme Streit-Gefühl zurück, das er sich aber nicht erklären kann.
- Emotionen, z.B. Ängste oder Unruhe, wahrnehmen und darauf reagieren. Hilfreich ist, dazu **Körpersprache und Körperkontakt** einzusetzen. Selbst sehr verwirrte Patienten reagieren auf angemessene Berührungen und Mimik des Gegenübers. Das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit kann von Angehörigen oder Pflegekräften manchmal leichter „ohne Worte“ vermittelt werden.
- Gute Anknüpfungspunkte, um mit Demenzkranken ins Gespräch zu kommen, sind **Themen aus deren Vergangenheit** (wie z.B. über den früheren Beruf). Aktuelle Themen eignen sich oft weniger. Allerdings sollte man bedenken, dass auch das Langzeitgedächtnis im Verlauf der Krankheit schlechter wird.

Gewohnter Tagesablauf

Ein kennzeichnendes Symptom der Demenz ist der fortschreitende Verlust des Orientierungsvermögens und die damit einhergehende Unsicherheit. Ein **geregelter und gleich bleibender Tagesablauf** gibt dem Demenzpatienten Sicherheit, z.B. das Aufstehen, Waschen, Ankleiden und gemeinsame Frühstück im immer wiederkehrenden, identischen Ablauf. Diese wiederkehrenden Tätigkeiten sollte der Patient (wenn nötig unter Anleitung) so weit wie möglich selbstständig durchführen. Eine Aufgabe zu haben, die nicht überfordert (z.B. Tisch decken), ist gut für das Selbstbewusstsein des Patienten. Das Gefühl, gebraucht zu werden, und die Fähigkeiten, die beim erkrankten Menschen noch vorhanden sind, sollten so weit wie möglich erhalten werden. Im Umfeld des Patienten sollte man möglichst nichts verändern.

Verdrehen des Tag-Nacht-Rhythmus

Einige Demenzpatienten haben einen sehr unruhigen Schlaf. Sie gehen nachts umher oder 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, d.h.: Tagsüber viel Licht, nachts wenig. Dabei ist aber abzuwägen, ob Dunkelheit in der Nacht zu einem Orientierungsproblem und zu Stürzen oder Ängsten führen kann. 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 oder zumindest verbessert.



Praxistipp!

Leider kommt es nicht selten vor, dass überforderte Angehörige oder Pflegekräfte gegenüber dem Patienten grob oder gewalttätig werden. Die Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) bietet eine Internetseite mit vielen Informationen zum Thema Gewalt in der Pflege und Tipps zur Gewaltprävention: www.pflege-gewalt.de.

Ernährung bei Demenz

Demenzpatienten haben, unter anderem wegen ihrer motorischen Unruhe, oft einen überdurchschnittlichen Kalorien- und Flüssigkeitsbedarf, sind aber teilweise nicht in der Lage für die eigene Ernährung zu sorgen. Es ist wichtig, die täglichen Mahlzeiten als angenehme Erlebnisse für den Patienten zu gestalten. Mit fortschreitender Erkrankung kommt es häufig zu weiteren Problemen, z.B. verändertem Geschmackempfinden, Verlernen des Umgangs mit dem Besteck oder Schluckproblemen.

Allgemeines zur Ernährung im Alter

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 eventuell auf das Geschmackempfinden und die Schluckfähigkeit auswirkt. Auch der Geruchssinn nimmt häufig ab, was ebenfalls den Appetit hemmt. Es besteht die Gefahr einer Mangelernährung, die sich z.B. durch Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Kreislaufprobleme äußert. Damit

kann eine höhere Sturzgefahr, ein geschwächtes Immunsystem und eine größere Gefahr für die Entwicklung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) verbunden sein.

Trinken

Mangelnde Flüssigkeitszufuhr ist ein häufiges Problem im Alter. Viele Senioren vergessen schlicht zu trinken, andere trinken zu wenig, damit sie nicht zu oft auf die Toilette müssen, z.B. wegen Inkontinenzproblemen.

Flüssigkeitsmangel kann verschiedene Symptome und Krankheiten wie Kopfschmerzen, Müdigkeit, Lethargie und einen zu niedrigen Blutdruck hervorrufen. Eine unzureichende Flüssigkeitsversorgung kann auch zu Verwirrheitszuständen führen und die Symptome bei Demenzpatienten deutlich verstärken.

Essen

Ein schlechter Zustand der Zähne bzw. ein schlecht sitzendes Gebiss kann sich auf das Essverhalten auswirken. Nahrung kann nicht mehr ausreichend zerkleinert und gekaut werden. Salate sollten deshalb fein geschnitten, Obst evtl. püriert und Fleisch weich geschmort werden, um ausreichendes Kauen zu ermöglichen. Zudem sollte regelmäßig der Sitz von Zahnprothesen beim Zahnarzt kontrolliert werden.

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

Die Sehkraft lässt im Alter oft sehr nach, das Erkennen der Speisen wird schwerer. Dies mindert zusätzlich den Appetit. Durch gezielte Auswahl der Speisen (z.B. buntes Gemüse neben Kartoffelbrei) kann das Erkennen der Speisen und damit der Appetit gefördert werden. Auch große einfarbige Teller mit übersichtlich angerichtetem Essen können hilfreich sein.

Verdauungsprobleme

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

Besonderheiten bei Demenzpatienten

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

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

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

Geschmacks- und Temperaturempfinden

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

den Geschmackssinn zusätzlich herabsetzen, daher sollte der Mund regelmäßig befeuchtet werden. Neben dem Geschmack wird oftmals auch die Temperatur der Nahrung nicht mehr gut wahrgenommen. Speisen dürfen daher nicht zu heiß serviert werden.

Umgang mit dem Besteck

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

Bei einer nachlassenden Beweglichkeit der Hände und Arme kann spezielles Geschirr die Nahrungsaufnahme erleichtern. Es gibt Besteck mit dicken, rutschfesten Griffen, vertiefte Löffelschalen oder gebogenes Besteck. Wenn Betroffene das Essen mit dem Besteck überfordert, sollte das Essen als Fingerfood (mundgerechte, greifbare Happen) zubereitet werden.

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

Flüssigkeitszufuhr

Unbedingt notwendig bei Demenzpatienten ist eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr, da sich die Verwirrheitszustände sonst weiter verschlechtern. Getränke sollten den Tag über regelmäßig angeboten und an mehreren Stellen in der Wohnung positioniert werden. Das Trinkgefäß und das Getränkeangebot können für die Trinkbereitschaft eine Rolle spielen. Farbige Becher werden von Betroffenen oftmals besser wahrgenommen und animieren zum Trinken. Schnabeltassen sind nur geeignet, wenn keine Schluckbeschwerden bestehen, denn dadurch fließen Getränke oftmals unkontrolliert in Mund und Rachen. Angehörige und Pflegende sollten herausfinden, was der Patient bevorzugt – möglicherweise haben sich Vorlieben verändert.

Schluckprobleme

Die Beeinträchtigung des Schluckreflexes ist ein Symptom der fortschreitenden Demenz. Anzeichen für Schluckstörungen sind Husten, Räuspern, Würgen, Verschlucken, Herausfließen von Speisen während des Essens, veränderte Stimme und vermehrte Schleimproduktion.

Trinken die Erkrankten wegen Schluckstörungen zu wenig, kann durch das Andicken von Flüssigkeiten das Trinken erleichtert werden. Das Essen sollte in eine breiartige Konsistenz gebracht werden, aber trotzdem optisch ansprechend sein, z.B. durch verschiedene farbliche Pürees. Angehörige können sich Tipps und Anleitung von Logopäden oder speziell geschulten Diätassistenten holen.

Mangelernährung

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

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

Bei Mangelernährung sollten mehrmals täglich kleine nährstoffreiche Zwischenmahlzeiten angeboten werden. Energiereiche Getränke können eine zu geringe Kalorienaufnahme ausgleichen. Es gibt spezielle Trinknahrung, die sehr nährstoffreich ist und einem Mangelzustand entgegenwirken kann.

Magensonde

Sollte es trotz aller Bemühungen nicht gelingen, den Patienten zum Essen und Trinken zu bewegen, kann das Legen einer Magensonde eine lebenserhaltende Maßnahme sein, insbesondere dann, wenn eine Schluckstörung die Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme unmöglich macht. Unter Umständen kann die Sonde nach Überwindung eines kritischen Zustands auch wieder entfernt werden. Die Magensonde ist ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und bedarf der Zustimmung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters. Informationen zum Eingriff in die Persönlichkeitsrechte eines Betroffenen unter „Rechtliche Aspekte bei Demenzkranken“ auf S. 61.

Praxistipp!

Hilfsmittel, die den persönlichen Alltag, den Haushalt und die Ernährung unterstützen und erleichtern finden Sie unter www.rehadat-hilfsmittel.de > Produkte > Haushalt & Ernährung.

Führerschein bei Demenz

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

Die „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen geben auf S. 44 ff. Hinweise zur Kraftfahreignung bei Demenz und Persönlichkeitsveränderungen. Die Leitlinien können kostenlos heruntergeladen werden unter www.bast.de > Verhalten und Sicherheit > Fachthemen > Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung.

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

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

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

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

Problematisch ist es oft, den Demenzpatienten im fortgeschrittenen Stadium davon zu überzeugen,

freiwillig seinen Führerschein bei der Führerscheinstelle abzugeben. Ggf. können Angehörige, in Absprache mit dem behandelnden Arzt, der Führerscheinstelle melden, dass Zweifel an der Fahrtüchtigkeit bestehen und deshalb ein medizinisch-psychologischer Test gemacht werden sollte. Auch der behandelnde Arzt kann von sich aus entsprechende neuropsychologische Untersuchungen machen und dann die Fahreignung attestieren oder absprechen. Da bei einer Demenz von einer Verschlechterung auszugehen ist, sind auch bei (noch) gegebener Fahreignung Nachuntersuchungen vorzusehen.

Praxistipp!

Informationen zum Umgang mit Konflikten beim Thema „Autofahren und Demenz“ bietet ein informativer Kurzfilm von Demenz Partner, einer Initiative der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., unter www.demenz-partner.de > Aktuelles > Autofahren und Demenz im Film erklärt.

Überprüfung der Fahrtauglichkeit

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

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

Die MPU setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

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

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

Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

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

Wer hilft weiter?

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

Demenzkranke im Krankenhaus

Demenzpatienten haben es in der ungewohnten Umgebung eines Krankenhauses schwer, sich zu orientieren. Dabei kann es helfen, wenn Angehörige die Patienten während des Aufenthalts begleiten und deren spezifische Gewohnheiten mit dem örtlichen Pflegepersonal absprechen. Hilfreiche Informationen für das Pflegepersonal sollten bei Demenzpatienten griffbereit sein.

Manchmal fällt erst bei einem Krankenhausaufenthalt auf, dass ein Patient möglicherweise dement ist. In der gewohnten Umgebung gelingt es ihm noch, auftretende Gedächtnisstörungen zu kompensieren („überspielen“). In der fremden Umgebung sind demente Patienten dann überfordert und die Symptome werden auffällig.

Tipps zur Vorbereitung eines Krankenhausaufenthalts

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

Ziel bei der Versorgung dementer Patienten im Krankenhaus sollte eine **frühzeitige Entlassung** sein. Voraussetzung dafür ist aber, dass die Versorgung in der häuslichen Umgebung sichergestellt ist. Dies erfordert die Zusammenarbeit von Klinikarzt, Sozialdienst, Angehörigen, ambulanten Pflegediensten und dem Hausarzt.

Rooming-In

Manche Krankenhäuser bieten das sog. Rooming-In an. Das bedeutet, dass ein Angehöriger rund um die Uhr im Krankenzimmer des Demenzkranken mit untergebracht ist, um ihn während des Krankenhausaufenthalts unterstützen zu können. Dadurch soll sowohl der Betroffene als auch das Klinikpersonal entlastet werden. Die Kosten werden unter bestimmten Voraussetzungen von der Krankenkasse übernommen (Näheres unter Begleitperson auf S. 12).



Praxistipps!

- Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. hat einen „Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus“ und ein Begleitheft „Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus“ entwickelt.
Die Informationsblätter und weiteres Material zum Download gibt es unter www.deutsche-alzheimer.de > *Mit Demenz leben* > *Mit Demenz im Krankenhaus*.
- Bundesweit gibt es Krankenhäuser die Modelle und Konzepte zur Versorgung von Menschen mit Demenz erproben und einführen. Die Themenseite Demenz der Deutschen Krankenhausgesellschaft stellt einige Best Practice Beispiele vor: www.dkgev.de > *Themen* > *Versorgung & Struktur* > *Versorgungsformen* > *Demenz* > *Best-Practice-Beispiele*.

Wohnen bei Demenz

In der Wohnung von Demenzerkrankten sollte möglichst wenig verändert werden. Sie sollte dem gesteigerten Bewegungsdrang des Patienten angepasst sein und weder gefährliche noch angsterregende Elemente enthalten. Zunehmend gibt es Beratungs- und Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz und betreute Wohngruppen.

Keine Veränderungen

Demenziell erkrankte Menschen sind in ihrer Alltagskompetenz weitgehend eingeschränkt und die fortschreitende Demenz geht oft mit einer räumlichen Orientierungslosigkeit einher. Die eigene Wohnung dient als Gedächtnisstütze und als Orientierungspunkt. 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. Die Einrichtung sollte einfach und übersichtlich sein und Gegenstände sollten alle einen festen Platz haben.

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

Wahrnehmungsstörungen

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

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

Orientierung schaffen

Da die zeitliche Orientierung bei Menschen mit Demenz häufig gestört ist, kann es hilfreich sein, in der Wohnung einen Kalender mit großen Zahlen, ausgeschriebenem Monat und Jahr sowie Symbolen für die jeweilige Jahreszeit aufzuhängen. Große Uhren können die zeitliche Orientierung ebenfalls unterstützen. Auch eine der Jahreszeit angepasste Dekoration kann Orientierung bieten.

Die räumliche Orientierung kann durch eine gute Beleuchtung, Symbole auf Türen oder Schränken sowie eine farbliche Abhebung von wichtigen Raumelementen wie Lichtschaltern gefördert werden. Überflüssige Gegenstände sollten entfernt werden.

Gefahren ausschalten

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

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

Technische Hilfsmittel

Technische Hilfsmittel können den Alltag sicherer machen, z.B. Abschaltautomatik, Herdüberwachung, Weglaufmelder, Systeme zur Personenortung, Türalarmmelder, Wasserstandsmelder, Überlaufschutz, bewegungsgesteuerte Lichtschalter, Tablettendosen mit Timer, Großtastentelefon mit Bildern, Zeitschaltuhren, Einbau von Rauchmeldern. Zum Teil übernehmen die Krankenkassen oder die Pflegekassen die Kosten.



Praxistipps!

- Detaillierte Informationen bietet die Deutsche Alzheimergesellschaft unter www.deutsche-alzheimer.de > *Mit Demenz leben* > *Technische Hilfen*.
- Der Verein Barrierefrei Leben e.V. bietet unter www.online-wohn-beratung.de Beratung zur Wohnraumanpassung, zu barrierefreiem Bauen und zu Hilfsmitteln.

Wohnumfeldverbesserung

Die Wohnumfeldverbesserung ist eine Fördermöglichkeit der Pflegekasse für Menschen mit einem Pflegegrad. Die Kasse kann unter bestimmten Voraussetzungen Umbauten und Ergänzungen in der Wohnung bezuschussen, die die Pflege erleichtern, eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen oder die Aufnahme in ein Heim verhindern oder hinauszögern.

Voraussetzungen

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

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Pflegehilfsmitteln. Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit (siehe S. 35) festgestellt sein und die Maßnahmen bei der Pflegekasse beantragt werden.

Die Entscheidung, ob und in welcher Höhe ein Zuschuss zur Verbesserung des Wohnumfeldes gewährt wird, liegt **im Ermessen** der Pflegekasse.

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

Begutachtung

Manchmal schaltet die Pflegekasse den Medizinischen Dienst (MD) zur Begutachtung der häuslichen Pflegesituation ein. Dieser stellt vor Ort fest, ob entsprechende Mängel für die Pflegesituation und Sicherheitsrisiken vorliegen und ob die Wohnraumanpassung einen Umzug in ein Heim verhindern kann.

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 Verdienstaufschlag von am Bau mithelfenden Angehörigen und Bekannten.

Höhe

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

Praxistipps!

- **Eingliederungshilfe:** Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen **auch** im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen über den zuständigen Eingliederungshilfe-Träger beantragt werden. Für Leistungen der Eingliederungshilfe muss ab einem bestimmten Einkommen ein Beitrag geleistet werden. Weitere Informationen finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Abgrenzung zur Pflege“*.
- **Antrag: Bevor** der Versicherte eine Wohnumfeldanpassung durchführen lässt, die von der Pflegekasse finanziert werden soll, ist ein Antrag zu stellen. Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt, bis sie die Maßnahme genehmigt. Wenn eine Wohnumfeldverbesserung durchgeführt wird, und der Versicherte erst **danach** mit der Rechnung zur Pflegekasse geht, wird kein Zuschuss gewährt.
- Die **KfW-Bankengruppe** fördert mit dem Programm Nummer 159 „Altersgerecht Umbauen“ alle Baumaßnahmen, die Barrieren reduzieren und eine angenehme Wohnqualität gewährleisten sowie den Kauf soeben umgebauter Immobilien. Eigentümer, Vermieter oder, mit Zustimmung des Vermieters, auch Mieter erhalten auf Antrag einen zinsgünstigen Kredit von maximal 50.000 € pro Wohneinheit. Eine förderfähige Maßnahme kann zu 100 % kreditfinanziert sein. Der Antrag muss gestellt werden **bevor** die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt. Näheres unter www.kfw.de > *Suchbegriff: „159“*.
- Wer eine altersgerechte Immobilie erwirbt, kann den obigen Barrierefrei-Kredit auch mit zwei KfW-Wohneigentumsprogrammen für selbstgenutzte Wohnungen kombinieren: Programmnummer 124 Wohneigentümergeinschaften oder Programmnummer 134 Genossenschaftsanteile. Näheres unter www.kfw.de > *Suchbegriff: „124“ bzw. „134“*.
- Bei einer Mietwohnung sollte vor Antragstellung das Einverständnis des Vermieters eingeholt werden.
- Bei einigen Leistungen, z.B. Wohnumfeldverbesserung, bezahlen Pflegebedürftige den Umbau zunächst selbst und erhalten dann eine Erstattung durch die Pflegekasse. Seit dem 20.7.2021 können die Erben nach dem Tod des Pflegebedürftigen entstandene Ansprüche auf Kostenerstattung noch bis 12 Monate nach dem Tod bei der Pflegekasse geltend machen.

Wer hilft weiter?

- Viele Städte und Gemeinden haben Wohnberatungsstellen für Wohnraumanpassung und barrierefreies Wohnen. In manchen Fällen kommen die Berater auch in die Wohnung des Pflegebedürftigen, um gemeinsam zu sehen, welche Veränderung sinnvoll und durchführbar ist.

- Der Verein Barrierefrei Leben e.V. informiert über Ansprechpartner und Adressen nach Bundesländern sortiert unter www.online-wohn-beratung.de > *Wohnungsanpassung barrierefrei (Um-)Bauen* > *Wichtiges für Mieter, Eigentümer und Bauherren* > *Wohnberatungsstellen*.

Stationäre Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten bei Demenz

Die stationäre Pflege eines Demenzpatienten wird veranlasst, wenn die Angehörigen die häusliche Pflege und Betreuung nicht oder nicht mehr leisten können. Es gibt verschiedene Wohnformen für Demenzpatienten, z.B. Wohngruppen oder beschützende Stationen.

Nicht immer ist es Angehörigen möglich, einen Demenzpatienten in der häuslichen Umgebung zu pflegen. Die Pflege ist je nach Ausmaß der Demenzerkrankung sowohl psychisch als auch physisch sehr anstrengend. Sie führt oft zu **sozialer Isolation** der pflegenden Angehörigen, weil sie den Pflegebedürftigen nicht alleine lassen können und deshalb die Wohnung nur verlassen, wenn die Beaufsichtigung durch Dritte sichergestellt ist.

Ist die Belastung der Pflegepersonen (oft Ehepartner oder Kinder) zu groß und kann sie auch nicht durch die Inanspruchnahme von Entlastungsmöglichkeiten ausreichend reduziert werden, ist ein Umzug des Demenzpatienten in eine stationäre Einrichtung, z.B. ein Pflegeheim oder eine Wohngemeinschaft, notwendig.

Die Entscheidung für ein Pflegeheim ist für viele Angehörige ein schwerer Schritt, da neben dem schlechten Gewissen, den erkrankten Angehörigen „abzuschieben“, viele Ängste und Fragen im Raum stehen: Wird der Angehörige 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?

Kosten

Die Pflegeversicherung zahlt je nach Pflegegrad bis zu 2.005 € im Monat für die sog. vollstationäre Pflege. Dies deckt in der Regel höchstens die Kosten für die Pflege und Betreuung, nicht jedoch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (die sog. Hotelkosten), Investitionskosten und den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE). Die Hotelkosten, die Investitionskosten und den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil trägt der Pflegebedürftige selbst (Näheres siehe S. 45).

Kann der Pflegebedürftige den Eigenanteil nicht selbst zahlen, müssen unterhaltspflichtige Angehörige einen Teil der Kosten übernehmen. Durch das Angehörigen-Entlastungsgesetz werden Kinder jedoch nur für den Unterhalt ihrer Eltern herangezogen, wenn ihr jährliches Jahresbruttogehalt 100.000 € übersteigt.

Wahl der Einrichtung

Die Angehörigen sollten sich viel Zeit für die Wahl der geeigneten Einrichtung nehmen und diese vorab besichtigen. Im Idealfall ist es möglich, einige Stunden auf der in Frage kommenden Station zu bleiben, um die Atmosphäre, den Umgang mit demenzten Bewohnern und andere Faktoren mitzerleben. Es empfiehlt sich schon frühzeitig verschiedene Pflegeheime anzuschauen, da die Wartelisten oft lang sind.

Formen stationärer Einrichtungen

Durch die Zunahme demenzkranker Menschen im Pflegeheim wächst auch das entsprechende Angebot. Neben den klassischen Pflegeheimen gibt es immer mehr **alternative Wohnformen**, z.B. Wohngemeinschaften für Demenzpatienten.

Immer mehr Pflegeheime bieten im Rahmen ihrer Einrichtung spezielle Modelle wie Hausgemeinschaften, gerontopsychiatrische Wohngruppen oder beschützende Stationen. Dort wird mit einem besonderen Betreuungs- und Therapiekonzept auf die Bewohner mit Demenz eingegangen: Die Räume sind hell und übersichtlich gestaltet und das Personal ist auf den Umgang mit verwirrten, desorientierten und aggressiven Patienten geschult.

Wenn ein Demenzkranker gegen seinen Willen in einer beschützenden oder geschlossenen Station untergebracht wird, handelt es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme (siehe S. 64), die nur von Gerichten angeordnet werden kann. In der Regel beantragt der gesetzliche Betreuer eine solche Genehmigung.



Wer hilft weiter?

Über entsprechende Angebote informieren örtliche Seniorenberatungsstellen, Selbsthilfeorganisationen, wie z.B. die Deutsche Alzheimer Gesellschaft unter www.deutsche-alzheimer.de, oder andere Anlaufstellen für Demenzpatienten und deren Angehörige. Wertvolle Hinweise über Angebote vor Ort erhalten Angehörige außerdem in Gesprächskreisen oder Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige.



Praxistipps!

- Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat im Informationsblatt „Ambulant betreute Wohngruppen für Menschen mit Demenz“ alle wichtigen Informationen zum Thema kompakt zusammengestellt. Download unter www.deutsche-alzheimer.de > *Publikationen* > *Informationsblätter* > *Infoblatt 13 „Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz“*.
- Die Betroffeneninitiative „Leben wie ich bin – Selbstbestimmtes Wohnen für Menschen mit Demenz e.V.“ hat aus eigenen Erfahrungen ein Praxishandbuch für Wohngemeinschaften herausgegeben: „Es selbst in die Hand nehmen! Wie Angehörige eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz aufbauen und sich die Verantwortung mit einem ambulanten Pflegedienst teilen.“ Es steht unter www.leben-wie-ich-bin.de > *Material & Downloads* zur Verfügung.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Bei vielen ärztlichen Verordnungen müssen Versicherte ab 18 Jahren Zuzahlungen leisten. Da dies gerade für Menschen mit einer chronischen Erkrankung wie Demenz eine finanzielle Belastung darstellt, gibt es hier besondere Regelungen. Auch bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

| Preis/Kosten | Zuzahlung | Beispiel |
|--------------|--------------------|--|
| bis 5 € | Kosten = Zuzahlung | Kosten Medikament: 3,75 € Zuzahlung: 3,75 € |
| 5 € – 50 € | 5 € | Kosten Medikament: 25 € Zuzahlung: 5 € |
| 50 € – 100 € | 10 % der Kosten | Kosten Medikament: 75 € Zuzahlung: 7,50 € |
| ab 100 € | 10 € | Kosten Medikament: 500 € Zuzahlung: 10 € |

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

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

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. Die Zuzahlung (s.o.) richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung.

Verbandmittel

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

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physiotherapie oder Ergotherapie. Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte wie z.B. Hörgeräte, Prothesen, Krücken oder Rollstühle. Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels.

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

Häusliche Krankenpflege

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

Bei der häuslichen Krankenpflege wird ein Patient, z.B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt.

Außerklinische Intensivpflege

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

Zuzahlung stationär (im Pflegeheim): 10 € pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr.

Bei der außerklinischen bzw. ambulanten Intensivpflege werden intensiv betreuungsbedürftige Patienten außerhalb der Klinik von spezialisierten Pflegekräften betreut.

Soziotherapie

Soziotherapie ist die ambulante Betreuung schwer psychisch kranker Menschen.

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

Haushaltshilfe

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

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

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

Fahrtkosten

Solche Fahrten müssen medizinisch notwendig sein und vom Arzt verordnet werden.

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Zuzahlungsbefreiung

Wenn ein an Demenz erkrankter Mensch im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens (sog. Belastungsgrenze) an Zuzahlungen leistet, kann er sich von weiteren Zuzahlungen der Krankenkasse befreien lassen oder sich am Jahresende den über der Belastungsgrenze liegenden Betrag erstatten lassen.

Die Belastungsgrenze soll verhindern, dass insbesondere chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. Die Belastungsgrenze liegt bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens. Für chronisch Kranke liegt die Belastungsgrenze bei 1 %.

Berechnung des Bruttoeinkommens

Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als **Familienbruttoeinkommen** zu verstehen. Berücksichtigt werden folgende im **gemeinsamen Haushalt** mit dem Versicherten lebende **Angehörige**:

- Ehegatten und eingetragene Lebenspartner i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (auch wenn der Ehegatte/Lebenspartner beihilfeberechtigt oder privat krankenversichert ist)
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, wenn sie familienversichert sind
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 Krankenversicherung der Landwirte (KVLG)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft.

Freibetrag

Von dem „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt“ werden ein oder mehrere Freibeträge abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (z.B. Ehegatte): 5.922 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen nach § 7 Abs. 2 KVLG: 3.948 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 8.388 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Paaren wird der Kinder-Freibetrag bei dem Elternteil berücksichtigt, bei dem das Kind wohnhaft ist. Bei welchem Elternteil das Kind familienversichert ist spielt dabei keine Rolle.

Hinweis: Ein gemeinsamer Haushalt ist auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in einem Pflegeheim oder einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen lebt. Gleiches gilt, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in zwei der genannten Einrichtungen leben.

Einnahmen zum Lebensunterhalt

Was zu den „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ zählt haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem gemeinsamen Rundschreiben festgelegt. Dieses Rundschreiben kann beim Verband der Ersatzkassen unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Zuzahlungen heruntergeladen werden.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen bei selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld und Kinderpflege-Krankengeld
- Verletztengeld, Übergangsgeld
- Pflegeunterstützungsgeld
- Arbeitslosengeld
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der beim Basiselterngeld über 300 € liegt, beim ElterngeldPlus über 150 €
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilfegesetz (SGB XII)
- Altersrenten
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (i.d.R. der Betrag des Rentenbescheids) sowie Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung (abzüglich des Betrags der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz)
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 38 BVG)

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

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Kindergeld
- Elterngeld bis 300 € bzw. beim ElterngeldPlus bis 150 €
- Landeserziehungsgeld und Familiengeld (Sollte gleichzeitig Elterngeld, Betreuungsgeld und Landeserziehungsgeld/Familiengeld bezogen werden, bleiben diese Leistungen nur bis zu einer Gesamtsumme von 300 € unberücksichtigt.)
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“
- Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Ausbildungsförderung (BAföG)

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (449 € im Monat / 5.388 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 107,76 €, bei chronisch Kranken 53,88 €.

Berücksichtigungsfähige Zuzahlungen

Nicht alle Zuzahlungen werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung berücksichtigt. Befreiungsfähige Zuzahlungen sind z.B. Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel, aber auch Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation. Gesetzlich Versicherte müssen teilweise noch weitere Kosten im Zusammenhang mit ihrer Krankenversicherung leisten, z.B. individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder finanzielle Eigenbeiträge zum Zahnersatz. Diese werden

bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung jedoch **nicht** berücksichtigt.

Die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen (siehe „Berechnung des Bruttoeinkommens“, S. 31), die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet.

Ausnahme: Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die auch dieser eventuell leisten muss, **nicht** als Familienzuzahlung berechnet. Das bedeutet, die gesetzliche Krankenkasse erkennt diese nicht als Zuzahlungen in ihrem Sinne an. Beim Familieneinkommen werden allerdings **beide** Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

| Berechnungsbeispiel: Ehepaar mit 2 Kindern |
|--|
| Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 € |
| minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.922 € |
| minus Freibetrag für 2 Kinder: 16776 € (2 x 8.388 €) |
| ergibt: 7302 €, davon 2 % = Belastungsgrenze: 146,04 € |
| Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 146,04 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen. |



Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle **Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die 2%-Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Ist das Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.
- **Heimbewohner**, die Sozialhilfe beziehen, können ein Sozialhilfedarlehen beantragen: Der zuständige Sozialhilfeträger überweist den Höchstbetrag der Belastungsgrenze (107,76 € bzw. bei chronisch Kranken 53,88 €) vorab an die Krankenkasse. Der Betrag wird dann in monatlichen kleinen Raten mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet. Wer persönlich nicht in der Lage ist, diese Formalitäten zu erledigen, kann dafür eine Person des Vertrauens mit einer formlosen schriftlichen Vollmacht beauftragen.

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Schwerwiegend chronisch krank

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

- Pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.
- Grad der Behinderung (GdB, Begriff des Reha- und Teilhaberechts) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS, Begriff des Sozialen Entschädigungsrechts) oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE, Begriff der gesetzlichen Unfallversicherung) von mindestens 60. Der GdB, GdS oder MDE muss zumindest auch durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, 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.

Vorsorge

Die reduzierte Belastungsgrenze bei Zuzahlungen für chronisch Kranke gilt nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen beteiligt hat. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Vorsorgeuntersuchungen sind Versicherte

- mit schweren psychischen Erkrankungen (z.B. lang andauernde Psychose mit Beeinträchtigung des Sozialverhaltens).
- mit geistig wesentlicher Behinderung (z.B. IQ unter 70 mit erheblichen Anpassungsschwierigkeiten).
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur Umsetzung der Regelungen für schwerwiegend chronisch Kranke eine sog. Chroniker-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Chroniker-Richtlinie (§ 62 SGB V)* heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

Die zuständigen Krankenkassen.

Pflege

Die Pflegebedürftigkeit muss von der Pflegekasse festgestellt werden. Dies ist die Hauptvoraussetzung, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Pflegebedürftig ist, wer Hilfe braucht, weil seine Fähigkeiten und Selbstständigkeit infolge gesundheitlicher Probleme beeinträchtigt sind.

Leistungen der Pflegeversicherung erhält, wer nachweisen kann, dass er innerhalb der letzten 10 Jahre vor Antragstellung **mindestens 2 Jahre** in der Pflegeversicherung versichert gewesen ist und bei dem eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Grundsätzlich ist die Pflegeversicherung, im Gegensatz zur Krankenversicherung, deren Leistungen nahezu kostendeckend zur Verfügung stehen, keine Vollversicherung. Sie leistet Zuschüsse und deckt nur teilweise die Kosten der Pflege ab. Die restlichen Kosten müssen vom Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen als Eigenanteil aus eigenem Einkommen und Vermögen geleistet werden. Zum Beispiel war 2021 bei vollstationärer Pflege, nach Angaben des Verbands der Ersatzkassen, im Bundesdurchschnitt ein Eigenanteil von monatlich 2.125 € zu leisten.

Eine private Pflegezusatzversicherung kann daher sinnvoll sein, um finanzielle Risiken durch eine Pflegebedürftigkeit abzufedern.



Praxistipp!

Ist die Kostendeckung aus eigenem Einkommen und Vermögen nicht möglich, können Leistungen durch die Sozialhilfe im Rahmen der **Hilfe zur Pflege** erbracht werden.

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung ist, wer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen aufweisen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig bewältigen können.

Die Pflegebedürftigkeit muss **dauerhaft**, voraussichtlich für **mindestens 6 Monate** bestehen.

Antrags- und Begutachtungsverfahren

Pflegeleistungen werden vom Versicherten, ggf. mit Hilfe der Angehörigen oder Bevollmächtigten, bei der Pflegekasse beantragt.

Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst (MD) oder einen anderen unabhängigen Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit. Bei privat Versicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten – MEDICPROOF – festgestellt. Beim **Begutachtungstermin** erfasst der MD den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen und legt diesen in einem **Gutachten** fest.

Die Pflegekasse stuft den Pflegebedürftigen nach Erhalt des Gutachtens in einen Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller den **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält Angaben zum Pflegegrad und den daraus resultierenden Leistungen der Pflegekasse (Pflegegeld bzw. Pflegesachleistungen). Ist eine Verringerung des Hilfebedarfs nach Einschätzung des MD zu erwarten, kann der Bescheid auf bis

zu 3 Jahre befristet werden.

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

Soll nicht der MD, sondern ein **anderer unabhängiger Gutachter** mit der Prüfung beauftragt werden, muss die Pflegekasse dem Antragsteller mindestens 3 Gutachter zur Auswahl nennen. Dies gilt auch, wenn innerhalb von 4 Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist und die Pflegekasse diese Verzögerung zu vertreten hat. Der Antragsteller muss der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche mitteilen.

Bearbeitungsfrist

Die Pflegekasse muss innerhalb einer bestimmten Frist über den Leistungsanspruch entscheiden. Die Frist ist abhängig vom Aufenthaltsort des Antragstellers und von der Beantragung von Pflegezeit. Sie beträgt

- **25 Arbeitstage**, wenn sich der **Antragsteller zu Hause** befindet.
- **2 Wochen**, wenn sich der **Antragsteller zu Hause** befindet **und ein Angehöriger Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt** hat.
- **1 Woche**, wenn sich der **Antragsteller im Krankenhaus**, in einer **stationären Reha-Einrichtung** befindet **und ein Angehöriger Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt** hat **oder** wenn sich der **Antragsteller in einem Hospiz** befindet **oder** wenn er eine **spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)** erhält.

Werden die 5-Wochen-Frist oder andere Begutachtungsfristen nicht eingehalten, muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € an den Antragsteller zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder der Betroffene bereits stationär gepflegt wird und mindestens den Pflegegrad 2 hat.



Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt Hilfe zur Pflege beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab. Wichtig ist in einem solchen Fall, dass der zuständige Sachbearbeiter des Sozialamts über die Dringlichkeit des Antrags informiert ist, ggf. können auch Pflegestützpunkte oder Sozialverbände Unterstützung und Beratung bieten.

Grad der Selbstständigkeit

Bei der Begutachtung dient der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen als Maß zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit. Die relevanten Bereiche der Lebensführung sind in Module eingeteilt.

| Module und Beispiele | Gewichtung |
|--|---|
| 1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen | 10 % |
| 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen | 15 % Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen. |
| 3. Verhaltensweisen oder psychische Probleme: Gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder schädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage | |
| 4. Selbstversorgung: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls | 40 % |
| 5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche | 20 % |
| 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds | 15 % |

Es gibt noch zwei weitere Bereiche (Modul 7: außerhäusliche Aktivitäten und Modul 8: Haushaltsführung), die zwar nicht in die Ermittlung des Pflegegrades mit einfließen, jedoch erhoben werden, um eine bessere Versorgungsplanung und eine individuelle Beratung zu ermöglichen:

| Module und Beispiele | Gewichtung |
|--|---|
| 7. Außerhäusliche Aktivitäten: Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege | Die Module 7 und 8 dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und werden bei der Berechnung des Pflegegrads nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen. |
| 8. Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten | |

Unabhängig von der Feststellung des Pflegegrades können Maßnahmen zur Förderung oder zum Erhalt der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, der Prävention und der Rehabilitation (über die bisherige Versorgung hinaus) empfohlen werden, z.B.

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel,
- Heilmittel und andere therapeutische Maßnahmen,
- wohnumfeldverbessernde Maßnahmen,

- edukative Maßnahmen (Information, Beratung, Schulung, Anleitung),
- präventive Maßnahmen,
- eine Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention.

Klassifikation der Selbstständigkeit

Die Punktebewertung der einzelnen Kriterien der Module 1, 2, 4 und 6 erfolgt anhand der Beurteilung der Selbstständigkeit. Diese ist wie folgt definiert:

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

Für die Ermittlung des Pflegegrads werden die erhobenen Punktwerte der einzelnen Module addiert und anschließend je nach Modul unterschiedlich gewichtet. Dies soll sicherstellen, dass besonders wichtige Module entsprechend in die Berechnung des Pflegegrads mit einfließen.

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

Pflegegrade

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

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

Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim MD-Bund (Medizinischer Dienst Bund) unter www.md-bund.de > Richtlinien/Publicationen > Grundlagen der Begutachtung/ Richtlinien > Pflegebedürftigkeit heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

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

Widerspruch

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

Da bei der Pflegebegutachtung nur eine Momentaufnahme erfasst wird, kann es sein, dass der Gutachter die Situation des Pflegebedürftigen falsch einschätzt. Als Grundlage für den Widerspruch sollte daher immer das Gutachten beim Medizinischen Dienst (MD) angefordert werden, sofern es dem Feststellungs- bzw. Ablehnungsbescheid nicht beiliegt. Dann sollte die Einschätzung des Gutachters mit den eigenen Pflegeerfahrungen verglichen werden. War der Pflegebedürftige beispielsweise am Tag des Gutachterbesuchs wesentlich fitter als sonst oder wollte sich von seiner besten Seite zeigen, kann das die Ursache des „falschen“ bzw. nicht der Realität des Alltags entsprechenden Gutachtens sein. Es ist aber auch möglich, dass der Gutachter einen Umstand übersehen oder nicht genügend berücksichtigt hat.

Folgende Hinweise sollten bei einem Widerspruch beachtet werden:

- Das Gutachten des MD sorgfältig durchlesen und Abweichungen von eigenen Erfahrungen und Aufzeichnungen (z.B. aus einem Pfl egetagebuch) notieren.
- Spätestens ab dem Zugang der Ablehnung sollte ein Tagebuch geführt und jede Beobachtung und Hilfestellung festgehalten werden.
- Es sollten sämtliche Unterlagen, die Auskunft über den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen geben können (z.B. Arztbriefe, Operationsberichte, Atteste, Entlassungsberichte), gesammelt und dem Widerspruch beigelegt werden. Sind in der Zeit zwischen der Begutachtung und dem Widerspruch neue Dokumente entstanden, sollten diese schnellstmöglich angefordert werden, um sie dem Widerspruch beilegen zu können.

Allgemeine Informationen über einen Widerspruch, Hinweise dazu, wie Sie einen Widerspruch einlegen können und einen Musterwiderspruch finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: *“Widerspruch im Sozialrecht“*.

Es kann hilfreich sein, vorab einen Termin bei einer Pflegeberatung zu vereinbaren, die beim Widerspruchs-Prozess Unterstützung leisten kann.

Nach der Ablehnung eines Widerspruchs bleibt als Rechtsbehelf noch eine **Klage beim Sozialgericht**.



Praxistipp!

Der Ratgeber „Pflege-Check – Vorbereitung auf den Begutachtungstermin“ unterstützt Sie dabei, den Pflegebedarf Ihres Angehörigen selbst zu ermitteln und bietet grundlegende Informationen zum Antrag, zur Einschätzung der Pflegesituation sowie zu einem möglichen Widerspruch. Kostenloser Download unter www.betanet.de > *Ratgeber*.

Höherstufung

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

Ein höherer Pflegegrad kann auch in einem Wiederholungsgutachten festgestellt werden.

Pflegeleistungen

Zu den Leistungen der Pflegeversicherung zählen Leistungen zur häuslichen Pflege sowie teil- und vollstationäre Leistungen.

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

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

Bei Bezug von Pflegegeld ist eine Pflegeberatung im häuslichen Umfeld Pflicht, bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich, bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich.

Termine für diese sog. Beratungseinsätze muss der Pflegebedürftige oder ein Angehöriger eigenständig vereinbaren. Bei Versäumnis oder Verweigerung der Beratung drohen Kürzungen oder Streichung von Leistungen.

Pflegesachleistung

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

Werden Pflegesachleistungsbeträge nicht in Anspruch genommen, können Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 bis zu einer Höchstgrenze von 40 % den Pflegesachleistungsbetrag für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (z.B. Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Besuch von Demenzcafés oder Fahr- und Begleitdienste) verwenden. Die Kostenerstattung muss bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Kostenerstattung durch die Pflegekasse kann nur erfolgen, wenn die Leistungserbringung mit entsprechenden Belegen nachgewiesen wird. Näheres zu Angeboten zur Unterstützung im Alltag auch unter „Entlastungsbetrag“ auf S. 41.

Kombinationsleistung

Kombinationsleistung bedeutet, dass die Pflege eines Patienten zum Teil von einer nicht professionellen Pflegeperson (z.B. Angehörige) und zum Teil von einer professionellen Pflegekraft (z.B. ambulanter Pflegedienst) erbracht wird. Die Pflegeversicherung erstattet dann zuerst den Aufwand der Fachkraft und zahlt für die „restliche“ Pflege anteilig Pflegegeld an den Pflegebedürftigen. Der Pflegebedürftige ist, bis auf wenige Ausnahmen, an die prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung für die Dauer von 6 Monaten gebunden.

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen im Jahr bis maximal 1.612 €. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatz-

pflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Pflegeberatung und -kurse

Jeder, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, hat Anspruch auf eine Pflegeberatung und bekommt dafür einen festen Ansprechpartner vor Ort. Zudem können Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen Beratung und kostenlose Pflegekurse in Anspruch nehmen. Näheres zu Pflegekursen siehe S. 53.

Entlastungsbetrag

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

Er dient zur Erstattung von Leistungen im Zusammenhang mit:

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Leistungen ambulanter Pflegedienste (für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gilt dies **nicht** für Leistungen aus Modul 4, d.h. aus dem Bereich der Selbstversorgung), siehe Grad der Selbstständigkeit, S.36
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag (z.B. durch einen ambulanten Betreuungsdienst)
- Zuschuss für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 in der vollstationären Pflege

Durch den Entlastungsbetrag ist es möglich, die Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege etwas länger in Anspruch zu nehmen. Auch die dabei entstehenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Fahrtkosten können vom Entlastungsbetrag bezahlt werden. Der Entlastungsbetrag kann zusätzlich auch für nach Landesrecht geförderte Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden. Dazu gehören z.B.

- **Entlastung für Pflegebedürftige**, z.B. praktische Hilfen wie Einkaufen oder Vorlesen
- **Entlastung für Pflegenden und Angehörige**, z.B. emotionale Unterstützung durch Gespräche und Zuhören
- **Angebote zur Betreuung**, z.B. Übernahme stundenweiser Betreuung, wenn pflegende Angehörige kurze Auszeiten benötigen

Die Entlastungsangebote können von ambulanten Betreuungsdiensten oder ambulanten Pflegediensten in Anspruch genommen werden. Es ist auch möglich, dass der Entlastungsbetrag an Nachbarn, Freunde und Bekannte für Unterstützungen weitergegeben werden kann. Je nach Bundesland gibt es hierfür verschiedene Voraussetzungen, in der Regel muss ein Pflegekurs besucht werden. Die Pflegekassen geben hierzu Auskunft. Eine weitere Möglichkeit bieten Angebote, die im Rahmen der Nachbarschaftshilfe bzw. anderer organisierter Helferkreise zur Verfügung stehen.

Adressen solcher Anbieter können unter www.aok.de > *Pflege* > *Pflegenavigator* > *Suche nach Unterstützungsangeboten* oder unter www.pflegelotse.de gefunden oder bei der Pflegekasse erfragt werden.

Beratungen, wie und in welchem Umfang die Leistungen in Anspruch genommen werden können, bieten die unterstützenden Dienste selbst oder Pflegeberatungsstellen.

DiPA - Digitale Pflegeanwendungen

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) sind Programme, die Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegediensten übers Handy oder Internet helfen, die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen zu fördern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. DiPAs sind derzeit nur für die ambulante Pflege erstattungsfähig. Der Anspruch auf eine DiPA und eventuell notwendige ergänzende Unterstützungsleistung ist auf 50 € monatlich begrenzt. Die Leistung gibt es auf Antrag bei der Pflegekasse, wenn die DiPA beim BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) gelistet ist.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung haben das Ziel, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherzustellen. Näheres zur „Wohnumfeldverbesserung“ auf S. 25.

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag von 214 € monatlich, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Mindestens 2 und höchstens 11 weitere Pflegebedürftige leben in der ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung zusammen.
- Sie erhalten Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung.
- In der Wohngruppe ist eine Pflegekraft tätig, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet.
- Zweck der Wohngruppe ist die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung. Heimrechtliche Vorschriften dürfen dem nicht entgegenstehen.

Der Zuschlag dient vor allem der Finanzierung einer für die Wohngruppe zuständigen Pflegekraft.

| Leistungen bei häuslicher Pflege | | | | | |
|--|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 |
| Pflegegeld monatlich | — | 316 € | 545 € | 728 € | 901 € |
| Pflegesachleistungen monatlich | (Anspruch über Entlassungsbetrag: 125 €) | bis zu 724 € | bis zu 1.363 € | bis zu 1.693 € | bis zu 2.095 € |
| Ersatzpflege (bis zu 6 Wochen; Angaben beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr) | | | | | |
| ... durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte | (Anspruch über Entlassungsbetrag: 125 €) | bis zu 1.612 € |

| Leistungen bei häuslicher Pflege | | | | | |
|----------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| ... durch nahe Angehörige * | — | bis zu 474 € (316 € x 1,5) | bis zu 817,50 € (545 € x 1,5) | bis zu 1.092 € (728 € x 1,5) | bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5) |

* Handelt es sich bei der Ersatzpflegekraft um eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihm lebt, dürfen die Kosten den Betrag des 1,5-fachen des jeweiligen monatlichen Pflegegelds (entspricht dem Pflegegeld für 6 Wochen) **je Kalenderjahr** nicht überschreiten. Jedoch können **nachweisbare** zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausfall bei der Pflegekasse geltend gemacht werden.

Während der Ersatzpflege hat der Pflegebedürftige nur am ersten und letzten Tag Anspruch auf das volle Pflegegeld. An den übrigen Tagen erhält er nur die Hälfte des Pflegegelds.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung bezahlt bei Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise. **Pflegehilfsmittel sind Hilfsmittel**

- zur **Erleichterung der Pflege** (Produktgruppe 50), dazu zählen: Pflegebetten und Zubehör, Pflegebett-Tische und Pflegerollstühle.
- zur **Körperpflege/Hygiene** (Produktgruppe 51), dazu zählen: Waschsysteme, Duschwagen, Bettpfannen, Urinflaschen.
- zur **selbstständigen Lebensführung** (Produktgruppe 52), das sind: Hausnotrufsysteme.
- zur **Linderung von Beschwerden** (Produktgruppe 53), das sind: Lagerungsrollen und -halbrollen.
- die zum **Verbrauch bestimmt** sind (Produktgruppe 54), das sind: saugende Bettschutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch, Schutzbekleidung, z.B. Einmalhandschuhe und Desinfektionsmittel.
- die zu den **technischen Hilfen** zählen. Hierzu gehören Hilfsmittel der Produktgruppen 50–53 (z.B. Pflegebetten und Rollatoren), die von der Pflegekasse in erster Linie leihweise überlassen werden.

Kostenübernahme

Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln erfolgt in der Regel durch Vertragspartner der Pflegekasse. Bezieht der Versicherte aufgrund eines berechtigten Interesses Pflegehilfsmittel bei einem anderen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Pflegekasse ist, muss der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen. Um dies zu vermeiden, sollte sich der Versicherte vorab die Vertragspartner der Pflegekasse benennen lassen.

Bei der Kostenübernahme ist zu unterscheiden zwischen Pflegehilfsmitteln, für die ein Festbetrag (s.u.) besteht, und Pflegehilfsmitteln ohne Festbetrag.

- **Pflegehilfsmittel mit Festbetrag**
Die Kassen übernehmen die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags.
- **Pflegehilfsmittel ohne Festbetrag beim Vertragspartner**
Die Kassen übernehmen die Kosten bis maximal zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises.
- **Pflegehilfsmittel ohne Festbetrag bei Leistungserbringern, die nicht Vertragspartner der Pflegekasse sind**
Die Kassen erstatten nur Kosten in Höhe des niedrigsten Preises einer vergleichbaren Leistung des Vertragspartners.

Bei Produktgruppe 54, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmitteln, übernimmt die Pflegekasse die Kosten bis zu 40 € im Monat. Der Versicherte muss den Betrag, der 40 € monatlich übersteigt, selbst bezahlen.

Empfehlung durch Pflegekräfte

Pflegefachkräfte können seit 1.1.2022 eine konkrete Empfehlung zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln abgeben, ohne eine zusätzliche ärztliche Verordnung. Erhalten Pflegebedürftige Pflegesachleistung, Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit, häusliche Krankenpflege oder außerklinische Intensivpflege, können Pflegekräfte den Bedarf an Hilfs- und Pflegehilfsmitteln gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen ermitteln und konkret empfehlen.

Die **Empfehlung** darf bei Antragstellung **nicht älter als 2 Wochen** sein und wird vom Pflegebedürftigen **an den Hilfsmittel-Leistungserbringer**, z.B. ein Sanitätshaus oder Vertragspartner der Kranken- oder Pflegekasse, **zusammen mit** dem formlosen, schriftlichen **Antrag** weitergeleitet. Vertragspartner können bei der Kranken- oder Pflegekasse vorab erfragt werden. In Ausnahmefällen kann der Antrag vom Pflegebedürftigen oder der Pflegefachkraft auch direkt an die Kranken- oder Pflegekasse weitergeleitet werden.

Vor der Genehmigung prüft die Kranken- bzw. Pflegekasse zügig, spätestens innerhalb von 3 Wochen nach Antragseingang, die leistungsrechtlichen Voraussetzungen, die Richtigkeit der Empfehlung durch die Pflegefachkraft und die Wirtschaftlichkeit.

Die detaillierte Auflistung der Produktgruppen, die empfohlen werden dürfen, bildet Anhang II der „Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte“, Download unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Hilfsmittel > Richtlinien und Empfehlungen > Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte.

In dieser Richtlinie wurden auch die Grundsätze bei der Abgabe von Empfehlungen konkretisiert. Der Anhang der Richtlinie beschreibt den Ablauf des Antragsverfahrens und enthält ein Formular für die Empfehlung der Pflegefachkraft.

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, besteht ein Anspruch auf teilstationäre Pflege. Teilstationäre Pflege bedeutet, dass der Pflegebedürftige entweder tagsüber oder nachts in einer stationären Einrichtung (Tages- oder Nachtpflege) versorgt und die restliche Zeit zu Hause von Angehörigen gepflegt wird. Die Pflegekasse übernimmt dabei die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung, die Kosten der medizinischen Behandlungspflege, die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) muss der Pflegebedürftige selbst tragen.

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

Leistungen bei stationärer Pflege

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

| Leistungen bei stationärer Pflege | | | | | |
|---|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 |
| Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen; Angaben je Kalenderjahr) | (Anspruch über Entlas- tungsbetrag: 125 €) | bis zu 1.774 € | bis zu 1.774 € | bis zu 1.774 € | bis zu 1.774 € |
| Vollstationäre Pflege monatlich | (Anspruch über Entlas- tungsbetrag: 125 €) | 770 € | 1.262 € | 1.775 € | 2.005 € |

Ebenso wie bei der Tages- oder Nachtpflege muss der Pflegebedürftige die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst bezahlen. Zudem muss ein **Eigenanteil** gezahlt werden, den die Pflegekassen mit dem Heim vereinbaren.

Eigenanteil im Pflegeheim

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) sowie Investitionskosten (anfallende Kosten für z.B. Gebäude und Reparaturen) fallen sehr unterschiedlich aus und müssen vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Der **Pflegebedürftige muss** neben den **Hotelkosten** und den **Investitionskosten** zusätzlich einen **Eigenanteil** zu den **Kosten der vollstationären Pflege leisten**. Die Höhe des sog. einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) ermittelt die Einrichtung mit der Pflegekasse bzw. dem Sozialhilfeträger. Der EEE ist ein pauschaler Anteil der Pflegekosten im Pflegeheim, der nicht von den Pflegekassen übernommen wird. Der Eigenanteil unterscheidet sich von Einrichtung zu Einrichtung. Innerhalb einer Einrichtung ist er einheitlich für die Pflegegrade 2 bis 5 und erhöht sich nicht, wenn eine Höherstufung des Pflegegrades erfolgt. Bei Pflegegrad 1 muss ein großer Teil der Kosten selbst getragen werden, da nur der Entlastungsbetrag von monatlich 125 € zur Verfügung steht. Die Zahlungspflicht beginnt mit dem Aufnahmetag und endet an dem Tag, an dem der Heimbewohner auszieht oder stirbt.

Seit 1.1.2022 leistet die Pflegekasse, abhängig von der Aufenthaltsdauer des Pflegebedürftigen im Pflegeheim einen Zuschlag zum Eigenanteil. Anspruch auf diesen Leistungszuschlag haben Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5, er muss bei der Pflegekasse nicht beantragt werden.

| Aufenthaltsdauer im Heim | Leistungszuschlag |
|------------------------------|-------------------|
| bis einschließlich 12 Monate | 5 % |
| mehr als 12 Monate | 25 % |
| mehr als 24 Monate | 45 % |
| mehr als 36 Monate | 70 % |

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre **Kurzzeitpflege** nötig werden. Diese ist auf maximal **8 Wochen und maximal 1.774 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

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



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber Pflege des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: 030 3406066-02, Mo-Do, 8-18 Uhr und Fr 8-12 Uhr.

Leistungen für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige von Demenzkranken sind oft stark belastet. Die Pflegeversicherung bietet neben dem Pflegegeld, dem Entlastungsbetrag und der Kurzzeit- und Ersatzpflege weitere Leistungen, die pflegende Angehörige bei ihrer wichtigen Tätigkeit unterstützen sollen.

Soziale Sicherung

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

Unfallversicherung

Die Pflegeperson steht **während der pflegerischen Tätigkeit** unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Das gilt auch für die Wegzeiten, also den Hin- und Rückweg zum oder vom Pflegebedürftigen. Betreuungsleistungen, wie z.B. ein Spaziergang, werden hingegen nicht von der Unfallversicherung abgedeckt.

Die Pflegeperson braucht keinen Antrag stellen, sofern sie bei der Pflegekasse gemeldet ist. Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim kommunalen Unfallversicherungsträger melden, für die es pro Bundesland meist eine Anlaufstelle gibt. Adressen unter www.dguv.de > Suchbegriff: „Unfallkassen“. Nähere Informationen bietet die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit - Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bestellung oder Download unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A401“.

Rentenversicherung

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

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

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

Die Pflegezeit ist für die Rentenversicherung eine Pflichtbeitragszeit, d.h. sie erhöht die Beitragsjahre und die Rentenansprüche. Zudem hat die Pflegeperson Ansprüche aus der Rentenversicherung wie z.B. eine medizinische Reha-Maßnahme.

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

Auch Pflegepersonen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (z.B. während der Familienpflegezeit) nachgehen, bekommen zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekasse. Es werden auch für pflegende Rentner Rentenbeiträge von der Pflegekasse bezahlt.

Praxistipp!

Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die Deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“. Diese Broschüre können Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rente“ herunterladen.

Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege

Erhält ein Pflegebedürftiger Hilfe zur Pflege von der Sozialhilfe, so werden unter Umständen die Beiträge zur Alterssicherung für die Pflegeperson vom Sozialamt übernommen.

Krankenversicherung

Pflegepersonen müssen auf ihre Krankenversicherung achten, denn es gilt eine generelle Krankenversicherungspflicht:

- Pflegende Rentner sind unverändert über die Rentnerkrankenversicherung versichert.
- Arbeitnehmer, die neben der Pflege weiterhin sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, sind darüber auch krankenversichert.
- Pflegende Ehepartner können familienversichert sein oder werden.
- Bei Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe oder Grundsicherung ist die Krankenversicherung inklusive.

Wer keinen dieser Punkte erfüllt, muss sich freiwillig krankenversichern. In den meisten dieser Fälle bezuschusst die Pflegekasse auf Antrag die Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, z.B. bei voller Pflegezeit oder bei einem Minijob neben der Pflege.

Arbeitslosenversicherung

Für Pflegende, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 **mindestens 10 Stunden wöchentlich an regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche** nicht erwerbsmäßig pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die Dauer der Pflegetätigkeit. Es besteht Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der Arbeitsförderung, wenn nach der Pflegezeit ein lückenloser Einstieg in ein Arbeitsverhältnis nicht möglich ist. Diese Regelung gilt auch für Pflegepersonen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.

Pflegezeit

Berufstätige haben einen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um einen nahen Angehörigen zu pflegen. Die Pflegezeit kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson, in der Regel ohne Gehalt, von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung in Form von Reduzierung bzw. Verteilung der Arbeitszeit ist möglich. Für die Pflegezeit kann ein zinsloses Darlehen beantragt werden.

Voraussetzungen

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

- Häusliche Pflege eines nahen, pflegebedürftigen Angehörigen. Nahe Angehörige sind:
 - Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern
 - Ehe- und Lebenspartner, Partner ehe- oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaften, Geschwister, Schwägerinnen/Schwäger
 - Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder (auch des Ehe- oder Lebenspartners), Schwiegersohn oder -tochter, Enkelkinder.
- Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen durch die Pflegekasse oder den Medizinischen Dienst.
- Schriftliche Anmeldung der Pflegezeit beim Arbeitgeber. Die Freistellung muss 10 Tage vor Pflegebeginn beim Arbeitgeber angekündigt werden. Dabei muss der Zeitraum der Pflegezeit oder der Umfang der teilweisen Freistellung festgelegt sein.

Die Pflegezeit können nur sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in Anspruch nehmen. Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht erst ab einer Betriebsgröße von mehr als 15 Beschäftigten. Bei einer teilweisen Freistellung muss der Arbeitgeber den Wünschen des Arbeitnehmers entsprechen, es sei denn betriebliche Gründe stehen dem entgegen.

Dauer

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

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

Familienpflegezeit und Pflegezeit dürfen zusammen längstens 24 Monate dauern.

Vorzeitige Beendigung der Pflegezeit

Ist der Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder die häusliche Pflege unmöglich oder unzumutbar, endet die Pflegezeit 4 Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Der Arbeitgeber ist darüber unverzüglich zu informieren. Solche Umstände können z.B. Tod des Pflegebedürftigen, stationäre Unterbringung oder finanzielle Engpässe der Pflegeperson sein.

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

Verlängerung der Pflegezeit

Für einen kürzeren Zeitraum in Anspruch genommene Pflegezeit kann bis zur Höchstdauer von 6 Monaten verlängert werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt und die Verlängerung sich unmittelbar an den ersten Zeitabschnitt anschließt. Eine Verlängerung kann z.B. dann notwendig sein, wenn die Pflege von der zukünftigen Pflegeperson zum vereinbarten Zeitpunkt nicht angetreten werden kann. Zur Sterbebegleitung kann die Pflegezeit um bis zu 3 Monate verlängert werden. Das ist auch dann möglich, wenn der Sterbende in einem Hospiz lebt.

Sozialversicherung der Pflegeperson während der Pflegezeit

Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson über die Pflegeversicherung sozial abgesichert. Die Pflegekasse führt an folgende gesetzliche Sozialversicherungen Beiträge ab:

- **Unfallversicherung**
- **Rentenversicherung:** Die Höhe der Beiträge orientiert sich am Pflegegrad des Pflegebedürftigen.
- **Kranken- und Pflegeversicherung:** Besteht die Möglichkeit der Familienversicherung, so ist diese zu wählen. Ist dies nicht möglich, muss sich die Pflegeperson während der Pflegezeit freiwillig oder privat krankenversichern. Auf Antrag bezuschusst die Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrags der Kranken- und Pflegeversicherung.
- **Arbeitslosenversicherung:** Pflegepersonen können sich unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig versichern. Auch hier kann die Pflegeperson beantragen, dass die Pflegekasse die Beiträge übernimmt.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

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

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

Pflegeunterstützungsgeld

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

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

Voraussetzungen

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

Höhe

Es werden 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts bezahlt, maximal jedoch 70 % der Beitragsbemessungsgrenze, das entspricht 2022 maximal 112,88 € pro Tag. Einmalzahlungen werden bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nicht berücksichtigt.

Sozialversicherung der Pflegeperson für die Zeit des Pflegeunterstützungsgelds

- Während des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld bleibt die Mitgliedschaft in der

Kranken- und Pflegeversicherung erhalten.

- Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge werden je zur Hälfte von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen erbracht.
- In der Pflegeversicherung besteht Beitragsbefreiung.
- In die Unfallversicherung wird nicht eingezahlt, aber die Pflegeperson steht während der Pfl egetätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.
- Bei Minijobs zahlen die gesetzlichen und privaten Pflegekassen die Sozialversicherungsbeträge zu Renten- und Krankenversicherung.

Kündigungsschutz

Während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung und der Pflegezeit darf der Arbeitgeber in der Regel das Beschäftigungsverhältnis nicht kündigen.

Familienpflegezeit

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

Voraussetzungen

Um die Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen, muss die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes (MD) nachgewiesen werden. Sind Pflegebedürftige in der privaten Pflegeversicherung versichert, ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen. Nahe Angehörige sind:

- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern
- Ehe- und Lebenspartner, Partner ehe- oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaften, Geschwister, Schwägerinnen/Schwäger
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder (auch des Ehe- oder Lebenspartners), Schwiegersohn oder -tochter, Enkelkinder

Es besteht ein Rechtsanspruch auf die Familienpflegezeit, wenn ein Unternehmen mehr als 25 Mitarbeiter hat.

Dauer und Beendigung

- Im Rahmen der Familienpflegezeit können Arbeitnehmer ihre Arbeitszeit auf bis zu **15 Stunden** reduzieren. Wenn es aus betrieblicher Sicht möglich ist, kann die Arbeitszeit flexibel aufgeteilt werden. Die Frist von mindestens 15 Wochenstunden gilt im Jahresdurchschnitt.
- Die Familienpflegezeit darf **maximal 24 Monate** dauern.
- In der Familienpflegezeit besteht **Kündigungsschutz**.

Kombination mit Pflegezeit

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

Soll **nach der Pflegezeit** für denselben Angehörigen eine **Familienpflegezeit** anschließen, muss der

Arbeitnehmer dies spätestens **3 Monate vor Beginn** der Familienpflegezeit **beim Arbeitgeber** schriftlich ankündigen.

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

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

Beendigung

Vorzeitig beendet wird die Pflegephase **4 Wochen** nachdem

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

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



Praxistipp!

Eine kostenlose Broschüre „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ zur Familienpflegezeit kann beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend heruntergeladen werden unter www.bmfsfj.de > Suchbegriff: „Broschüre: Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“.

Sozialversicherung der Pflegeperson während der Familienpflegezeit

- Im Rahmen der reduzierten Lohnzahlung werden auch Arbeitslosen-, Kranken-, Renten- und Unfallversicherung weiterbezahlt.
- Wegen des niedrigeren Einkommens während der Familienpflegezeit sind im Bedarfsfall auch **Arbeitslosengeld und Krankengeld** niedriger.
- Auch die **Beiträge zur Rentenversicherung** sind während dieser Zeit niedriger, da sie sich prozentual aus dem Einkommen berechnen. Allerdings haben Pflegenden die Möglichkeit, zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung über die Pflegekasse zu beantragen. Weitere Auskünfte gibt der Rentenversicherungsträger.
- Ist der Pflegenden **privat krankenversichert**, weil sein Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt, kann es passieren, dass das reduzierte Einkommen unter diese Grenze sinkt. Dann ist der Pflegenden verpflichtet, sich bei einer gesetzlichen Krankenkasse zu versichern. Auf Antrag kann er jedoch für die Familienpflegezeit von dieser Versicherungspflicht befreit werden und Mitglied seiner privaten Krankenversicherung bleiben. Für diese Zeit wird in der Regel eine individuelle, befristete Vertragsänderung ausgehandelt.

Darlehen zur Gehaltsaufstockung

Der pflegende Angehörige kann für die Familienpflegezeit ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragen. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts.

Höhe

Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet unter www.bafza.de > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags. Zur Berechnung werden der Bruttoverdienst der letzten 12 Monate, die Lohnsteuerklasse, die Arbeitsstunden vor und nach der Reduzierung sowie die Anzahl der beantragten Monate eingegeben.

Rückzahlung des Darlehens

Das Darlehen wird innerhalb von 48 Monaten nach Beginn der Familienpflegezeit oder Pflegezeit fällig und muss ab dem Ende der Freistellungsphase bzw. ab Ende der Darlehenszahlungen zurückgezahlt werden.

Ausnahme: Das Darlehen wird zu einem Viertel erlassen, wenn der Pflegebedarf über die Dauer der Freistellung hinausgeht und der Pflegende seine Freistellung fortführt.

Eine **Stundung** ist in folgenden Härtefällen möglich: Bei Bezug von

- Arbeitslosengeld
- Krankengeld
- Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (Hilfe zum Lebensunterhalt)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung



Wer hilft weiter?

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben haben ein gemeinsames **Servicetelefon Pflege** eingerichtet, Telefon 030 20179131, Mo-Do, 9-18 Uhr und bietet viele Informationen zur Familienpflege unter www.wege-zur-pflege.de.

Pflegekurse

Um pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegekräfte zu unterstützen, sie zu stärken, sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen für die Pflegekräfte und den Pflegebedürftigen zu mindern, bieten die Pflegekassen Pflegekurse an.

Durchgeführt werden die Kurse (im Auftrag der Pflegekasse) oft von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen. Ein Pflegekurs kann auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Die Teilnahme ist kostenlos.

Viele Pflegekassen bieten ihren Mitgliedern auch Online-Pflegekurse an. Nach einer Registrierung kann das Angebot jederzeit von zu Hause aus genutzt werden. Wie auch bei den Präsenzpfelegkursen ist eine Teilnahme kostenlos.

Ein Pflegekurs vermittelt Angehörigen Fertigkeiten für die Durchführung der Pflege. Weitere Inhalte sind z.B.:

- rückschonendes Heben, Tragen und Pflegen,
- Umgang mit Ausscheidung, Wickeln und Lagern,
- Pflege bei bestimmten Erkrankungen (z.B. Demenz).

Wer hilft weiter?

Informationen zu Pflegekursen geben Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste und Pflegekassen.

Vorsorge und Rehabilitation

Pflegende Angehörige sind häufig stark belastet – sowohl körperlich als auch psychisch. Das führt nicht selten zu gesundheitlichen Problemen. Um die Gesundheit pflegender Angehöriger zu erhalten oder wiederherzustellen, kann eine Vorsorgekur oder Rehabilitation beantragt werden.

Während der Auszeit der Pflegeperson kann der Pflegebedürftige über die Ersatzpflege (siehe S. 40) von einem ambulanten Pflegedienst oder in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege (siehe S. 46) versorgt werden.

Ambulante Vorsorgekur

Ist eine Behandlung im eigenen Wohnort nicht ausreichend, besteht Anspruch auf eine ambulante Vorsorgekur an einem anerkannten Kurort. Anerkannte Kurorte zeichnen sich durch das Vorhandensein natürlicher Heilmittel aus, z.B. Heilquellen oder besonderes Klima. Die Bundesländer regeln die Anerkennung als Kurort. Der Versicherte muss die Kureinrichtung für eine ambulante Vorsorgekur selbst aussuchen und seinen Aufenthalt selbst organisieren. Für Anwendungen am Kurort muss der Patient eine Verordnung von seinem behandelnden Arzt oder vom Kurarzt (Badearzt) vor Ort vorlegen. Anwendungen sind z.B. Krankengymnastik oder Massagen. Ambulante Vorsorgekuren sind auch im EU-Ausland möglich.

Dauer und Wartezeit

- Die Kur dauert längstens 3 Wochen, eine Verlängerung ist nur aus dringenden medizinischen Gründen möglich.
- Für die Zeit der ambulanten Vorsorgekur muss ein Arbeitnehmer Urlaub nehmen.
- Zwischen 2 ambulanten Vorsorgekuren müssen in der Regel 3 Jahre liegen. Ausnahmen gibt es nur bei medizinischer Notwendigkeit.

Kosten und Zuschuss

- Unterkunft und Verpflegung muss der Versicherte bezahlen, jedoch gibt es je nach Satzung der Krankenkasse einen Zuschuss von bis zu 16 € täglich oder eine Pauschale von 100 €, wenn die Kur mindestens 14 Tage dauert.
- Für chronisch kranke Kleinkinder kann dieser Zuschuss je nach Satzung der Krankenkasse bis zu 25 € täglich betragen.

Zuzahlung

Im Gegensatz zur stationären Vorsorgekur müssen Versicherte nach dem 18. Geburtstag Zuzahlungen für Anwendungen am Kurort leisten.

Stationäre Vorsorgekur

Reichen ambulante Vorsorgemaßnahmen nicht aus, kann die Krankenkasse eine stationäre Vorsorgekur bewilligen. Diese umfasst die stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung.

Dauer und Wartezeit

- Die Kur dauert längstens 3 Wochen, eine Verlängerung ist nur aus medizinischen Gründen möglich.
- Für die Zeit der stationären Vorsorgekur muss ein Arbeitnehmer keinen Urlaub nehmen.
- Zwischen 2 stationären Vorsorgekuren müssen in der Regel 4 Jahre liegen. Ausnahmen gibt es nur bei medizinischer Notwendigkeit.

Zuzahlung

Versicherte nach dem 18. Geburtstag zahlen täglich 10 €.



Praxistipp!

Begibt sich ein Elternteil, der zu Hause Kinder unter 12 Jahren betreut, stationär auf Vorsorgekur, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe beantragt werden.

Medizinische Rehabilitation

Eine medizinische Reha umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind. Sie wird ambulant oder stationär erbracht, wobei eine ambulante Reha grundsätzlich Vorrang hat. Seit 1.1.2019 können pflegende Angehörige jedoch auch dann eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.

Voraussetzung für eine medizinische Reha ist, dass sie aus medizinischen Gründen erforderlich, vom Arzt verordnet und vorher vom Kostenträger genehmigt ist. Wird eine Reha-Maßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit durchgeführt, ist meist die Krankenkasse Kostenträger. Eine Reha-Maßnahme zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit finanziert meist der Rentenversicherungsträger.

Zwischen 2 bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren. Ausnahmen hinsichtlich dieses Zeitraums gibt es nur bei dringender medizinischer Erforderlichkeit der Reha. Es ist möglich, dass Reha-Kliniken neben dem Pflegenden auch den Pflegebedürftigen aufnehmen, falls sie die Voraussetzungen erfüllen.



Praxistipps!

- Ein Ratgeber, der vor allem auf die psychische Belastung abzielt, wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) und der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung (DPTV) herausgegeben. Er kann unter dem Titel „Entlastung für die Seele - Ein Ratgeber für pflegende Angehörige“ bei der DPTV unter www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de > *Patienten > Faltblätter & Broschüren* heruntergeladen werden.
- Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Online-Portal „Pflegen und Leben“ bietet online psychologische Beratung, Entlastung und Fachinformationen unter www.pflegen-und-leben.de. Die Online-Beratung steht allen Menschen offen, die krankenversichert sind. Sie erfolgt anonym, kostenfrei und datensicher.
- Kinder und Jugendliche, die sich um ihre Familie kümmern, finden unter www.pausentaste.de Unterstützung, Informationen über Gruppen und Workshops sowie Telefon- und E-Mail-Beratung.
- Pflegende Frauen können für eine Auszeit auch Einrichtungen des Müttergenesungswerks nutzen.

Weitere Informationen unter www.muettergenesungswerk.de.

- Ein schwieriges und sensibles Thema ist Gewalt gegen Pflegebedürftige, aber auch gegen Pflegende. Die Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) bietet eine Internetseite mit vielen Informationen zum Thema Gewalt in der Pflege und Tipps zur Gewaltprävention: www.pflege-gewalt.de.

Behinderung

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

Definition

Eine Behinderung liegt vor, wenn erhebliche Beeinträchtigungen bestehen, die länger als 6 Monate anhalten, und daher die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist. Nur wenn vom Versorgungsamt eine Behinderung festgestellt wurde, können Nachteilsausgleiche in Anspruch genommen werden.

Menschen mit Behinderungen sind nach § 2 Abs. 1 SGB IX „Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind **von Behinderung bedroht**, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

Schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten schwerbehinderte Menschen nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben. Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt.

Grad der Behinderung

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

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten Anhaltswerte über die Höhe des Grads der Behinderung (GdB) bzw. des Grads der Schädigung (GdS).

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“ gefunden werden.

Bestimmend für die Beurteilung des GdB bei Demenz ist das Ausmaß der bleibenden Ausfallserscheinungen. Dabei sind der neurologische Befund, die Ausfallserscheinungen im psychischen Bereich und ggf. das Auftreten von zerebralen Anfällen zu beachten. Bei der Vielfalt der Folgezustände von Hirnschädigungen kommen für die GdB-Beurteilung Sätze zwischen 20 und 100 in Betracht.

| Grundsätze der Gesamtbewertung von Hirnschäden | GdB |
|---|--------------------------|
| Hirnschäden <ul style="list-style-type: none"> - mit geringer Leistungsbeeinträchtigung - mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung - mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung | 30-40 50-60 70-100 |
| Hirnschäden mit psychischen Störungen <ul style="list-style-type: none"> - leicht (im Alltag sich gering auswirkend) - mittelgradig (im Alltag sich deutlich auswirkend) - schwer | 30-40 50-60 70-100 |
| Zentrale vegetative Störungen als Ausdruck eines Hirnschadens (z.B. Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus) <ul style="list-style-type: none"> - leicht - mittelgradig, auch mit vereinzelt synkopalen Anfällen - mit häufigeren Anfällen oder erhebliche Auswirkungen auf den Allgemeinzustand | 30 40 50 |
| Hirnschäden mit kognitiven Leistungsstörungen <ul style="list-style-type: none"> - leicht - mittelgradig (z.B. Aphasie mit deutlicher bis sehr ausgeprägter Kommunikationsstörung) - schwer | 30-40 50-80 90-100 |

Für die Bemessung des GdB ist vor allem die **tatsächliche** Leistungseinschränkung durch die Erkrankung bzw. Behinderung maßgeblich. Bei der Beurteilung ist vom klinischen Bild **und** von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Die GdB von mehreren Erkrankungen werden dabei **nicht** zusammengerechnet. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer **Gesamtheit** unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag des schwerbehinderten Menschen oder dessen Bevollmächtigten. Nach der Feststellung eines GdB ab 50 erhält jeder einen Schwerbehindertenausweis, der dies bei Antragstellung angegeben hat.

Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich oder im Internet-Portal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter www.einfach-teilhaben.de > Themen > Schwerbehinderung > Schwer-Behinderten-Ausweis beantragen.

Folgende Tipps können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die **am besten** über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert

sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtsentbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.

- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. psychische Belastungen) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich mit der Antragstellung einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild beilegen. Wenn der schwerbehinderte Mensch niemals in der Lage ist, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Passbild zu bekommen.

Nach der Feststellung des GdB wird vom Versorgungsamt ein sog. **Feststellungsbescheid** zugesendet. Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Menschen mit (Schwer-)Behinderung oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung durch eine neue Erkrankung dazu, dann sollte beim Versorgungsamt ein Antrag auf Erhöhung des GdB gestellt werden. Der Vordruck für den Antrag wird auf Anfrage vom Versorgungsamt zugeschickt und es wird geprüft, ob ein (neuer) Schwerbehindertenausweis mit eventuell neuen Merkzeichen ausgestellt wird.

Gültigkeitsdauer

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

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.
- **Verlängerung:** In der Regel ist ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.
- **Bei ausländischen schwerbehinderten Menschen** ist der Ausweis maximal bis zum Ablauf des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis, der Duldung oder der Aufenthaltsgestattung gültig. Geduldete Menschen erhalten nur dann einen Schwerbehindertenausweis, wenn deren Aufenthalt in Deutschland voraussichtlich länger als 6 Monate andauern wird.

Nachteilsausgleiche

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

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom **Merkzeichen** und vom **GdB**. Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“ heruntergeladen werden.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber Behinderungen des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

- Informationen zum SGB IX und zum Thema Behinderung gibt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über das Bürgertelefon, 030 221911-006, Mo-Do 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die **unabhängige Teilhabeberatung**. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.

Rechtliche Aspekte bei Demenzkranken

Demenz schränkt die Denk-, Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit des Patienten zunehmend ein. Das kann zu rechtlichen Problemen führen. Die Geschäftsfähigkeit des Patienten kann deshalb eingeschränkt werden.

Rechtliche Betreuung

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

Wenn jedoch offensichtlich wird, dass ein Mensch im Alltag nicht mehr zurechtkommt, dann kann von jedem, dem das auffällt, z.B. Arzt, Nachbar oder der betreuungsbedürftigen Person selbst, 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 oder Auffälligkeiten bei finanziellen Geschäften.

Voraussetzungen

Wenn ein Volljähriger aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht wahrnehmen kann, bestellt das Betreuungsgericht auf Anregung Dritter, oder durch die betreuungsbedürftige Person selbst, einen Betreuer.

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

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

Rechtliche Betreuung darf **niemals gegen den freien Willen** einer Person angeordnet werden. Dies gilt auch dann, wenn die Betreuung objektiv für den Betroffenen von Vorteil wäre (BGH FamRZ 2012, 869). Manchmal können Menschen allerdings **krankheitsbedingt keinen freien Willen bilden** und dann muss unter Umständen eine Betreuung gegen den sog. natürlichen Willen eines Menschen eingerichtet werden. Das kommt z.B. bei Psychosen und Demenzen vor. Führt eine Erkrankung dazu, dass Menschen nicht mehr einsichtsfähig sind und/oder nicht mehr ihren Einsichten entsprechend handeln können ist der Wille nicht mehr frei, sondern es gibt nur noch einen natürlichen Willen.

Eignung des Betreuers

Eine Person ist nur zum Betreuer geeignet, wenn sie das Amt **zum Wohl des Betroffenen** führen wird. Kriterien dafür sind u.a.:

- Intellektuelle und soziale Fähigkeiten
- Persönliche Lebensumstände
- Familiäre oder andere vertrauensvolle Beziehungen zum Betroffenen
- Körperliche und psychische Verfassung
- Einstellungen über die Betreuungsführung

- Andere besondere Qualifikationen wie Organisation und die Fähigkeit fachliche Hilfe anzufordern
- Allgemeine (pauschale) Annahmen, ob eine Person eine Betreuung ordnungsgemäß durchführt, sind **nicht mehr zulässig**. Auch sind ein Spezialwissen oder andere besondere Fachkenntnisse des Betreuers grundsätzlich nicht erforderlich. Eine **individuelle Einschätzung** erfolgt aus den Aufgaben des konkreten Betreuungsfalls.

Einwilligungsvorbehalt

Bei einer Betreuung bleibt die **Geschäftsfähigkeit des Betreuten** (im Gegensatz zur früheren Entmündigung) in der Regel **erhalten**. Wenn es aber zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für die Person oder das Vermögen des Betreuten erforderlich ist, kann das Betreuungsgericht anordnen, dass Erklärungen des Betreuten der **Einwilligung des Betreuers** bedürfen, um rechtswirksam zu werden. Es gibt jedoch 4 Ausnahmen, die nicht mit einem Einwilligungsvorbehalt versehen werden können:

- Geringfügige Geschäfte des täglichen Lebens (z.B. Einkäufe von Lebensmitteln)
- Eheschließung
- Erstellen eines Testaments
- Anfechtung und Aufhebung eines Erbvertrags

Der Betreuer kann, wenn es zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, Maßnahmen gegen den Willen des Betreuten einleiten, wenn diese zum **Aufgabenkreis** des Betreuers gehören. Zum Wohl des Betreuten gehört allerdings auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten. Das bedeutet, dass Einschränkungen der Selbstbestimmung nur begrenzt möglich sind. Ein Betreuer darf z.B. nicht einfach einer Person das Rauchen oder teure Ausgaben verbieten, obwohl das objektiv gesehen der Person schadet, wenn der Wunsch dazu Ausdruck der Selbstbestimmung und einer freien Willensentscheidung ist. Hingegen hat ein Betreuer z.B. dafür zu sorgen, dass ein Mensch in einem Zustand krankhafter Manie nicht sein gesamtes Geld verprasst, weil die Krankheit und nicht die Selbstbestimmung den Menschen dazu veranlasst.

Zustimmung des Betreuungsgerichts

Bei weitreichenden Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte des Betreuten muss der Betreuer die Zustimmung des Betreuungsgerichts einholen. Dies gilt z.B. bei:

- Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen, wenn z.B. die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet oder stirbt
- Ärztlichen Zwangsmaßnahmen
- Unterbringung des Betreuten gegen seinen Willen in einer geschlossenen Einrichtung
- Freiheitsentziehende Maßnahmen, z.B. durch Bettgitter, Medikamente, siehe S. 64
- Kündigung der Wohnung des Betreuten

Zustimmungspflichtig sind außerdem Rechtsgeschäfte wie Handlungen in Verbindung mit Erbausschlagungen, Arbeits- und Lebensversicherungsverträge sowie die Kreditaufnahme oder Überziehung eines Girokontos.

Kosten

Bei einer Betreuung entstehen folgende Kosten:

- **Gerichtsgebühren:** Kosten entstehen im Rahmen der Betreuung z.B. in Form von gerichtlichen Gebühren und als Auslagen; Letztere insbesondere für das Sachverständigengutachten über die Ermittlung der Notwendigkeit, den Umfang und die voraussichtliche Dauer der Betreuung. Diese Kosten muss der Betreute nur tragen, wenn sein Vermögen nach Abzug der Verbindlichkeiten mehr als 25.000 € beträgt.

Eine Eigentumswohnung oder ein eigenes Haus, das der Betreute allein oder mit Angehörigen bewohnt, bleibt unberücksichtigt und wird nicht zum Vermögen gerechnet.

Bei einem Reinvermögen über 25.000 € wird für eine dauerhafte Betreuung eine **Jahresgebühr** fällig: Sie beträgt pro Jahr der Betreuung 10 € für jede angefangenen 5.000 €, die über dem Vermögen von 25.000 € liegen, mindestens jedoch 200 €.

- **Gebühren für Berufsbetreuer:** Berufsbetreuer erhalten verschiedene Pauschalen. Die Höhe der Pauschale ist zum einen abhängig von den Kenntnissen des Betreuers (ohne besondere Kenntnisse, abgeschlossene Ausbildung oder Studium), zum anderen von den Umständen der Betreuung:
 - Dauer der Betreuung
 - Gewöhnlicher Aufenthaltsort des Betreuten (stationäre Einrichtung/gleichgestellte ambulant betreute Wohnform oder andere Wohnform)
 - Vermögensstatus des Betreuten (mittellos oder nicht mittellos)

Eine Übersicht mit allen Pauschalen sortiert nach den oben genannten Kriterien kann in der Anlage des Betreuervergütungsgesetzes unter www.gesetze-im-internet.de/vbvg eingesehen werden.

- **Gebühren für ehrenamtliche Betreuer:** Eine Betreuung wird grundsätzlich unentgeltlich geführt. Wenn das Vermögen des Betreuten und der Umfang oder die Schwierigkeit der Betreuung es rechtfertigen, kann das Betreuungsgericht eine angemessene Vergütung bewilligen. Die Höhe richtet sich nach dem Einzelfall.
Erhält der Betreuer keine Vergütung, wird eine Aufwandspauschale von jährlich 399 € inkl. Mehrwertsteuer gezahlt, oder er erhält eine individuell zu belegende Aufwandsentschädigung.

Praxistipps!

- Aufhebung oder Änderung einer Betreuung müssen beim Betreuungsgericht schriftlich oder persönlich vom Betroffenen oder seinem Betreuer beantragt oder von Dritten angeregt werden. Erfolgt kein Antrag über die Aufhebung oder Änderung, wird spätestens nach 7 Jahren die Notwendigkeit der Betreuung geprüft.
- Die Broschüre „Betreuungsrecht“ kann beim Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz unter www.bmjv.de > Themen > *Vorsorge und Patientenrechte* kostenlos heruntergeladen oder beim Publikationsversand der Bundesregierung, Telefon 030 182722721, bestellt werden.
- Auf www.betreuungsrecht.de liefert das Institut für Betreuungsrecht zahlreiche juristische Einzelfälle, häufig mit kritischem Unterton, und sensibilisiert für die möglichen Problembereiche bei Betreuung und Bevollmächtigung.

Wer hilft weiter?

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

Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Demenzkranken

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind ohne vorherige Genehmigung des Betreuungsgerichts nur dann und nur maximal 30 Minuten erlaubt, wenn der Demenzpatient sich selbst oder andere akut gefährdet. In dem Fall ist das Betreuungsgericht unverzüglich anzurufen. Ansonsten müssen freiheitsentziehende Maßnahmen vorab durch ein Betreuungsgericht genehmigt werden.

Grundsätzliches

Als freiheitsentziehende Maßnahmen werden 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 (ruhigstellende) Medikamente. Darüber hinaus zählen auch Methoden zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen, die einem Menschen die Möglichkeit nehmen das Bett, den Stuhl, den Raum oder das Haus zu verlassen, z.B. Abschließen der Tür oder Wegnahme von Hilfsmitteln.

Freiheitsentziehende Maßnahmen in der häuslichen Umgebung

Wenn ein Demenzpatient ständig weglaufen will, aber keinen Orientierungssinn mehr hat, 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 machen, wird einfach die Tür von außen abgesperrt.

Eine Genehmigung durch das Betreuungsgericht ist dafür nicht notwendig, da es hierzu keine gesetzlichen Regelungen gibt. Die vorhandenen gesetzlichen Regelungen für freiheitsentziehende Maßnahmen beziehen sich auf Heime oder andere sonstige Einrichtungen. Dadurch wollte der Gesetzgeber pflegenden Angehörigen ein gerichtliches Genehmigungsverfahren ersparen. Im häuslichen Bereich sind freiheitsentziehende Maßnahmen dann keine strafbare Freiheitsberaubung, wenn ein Rechtfertigungsgrund vorliegt. Eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine vom Patienten ausgehende Fremdgefährdung sind ein solcher Rechtfertigungsgrund.

Ein anderer Fall liegt vor, wenn der Patient durch einen Pflegedienst zu Hause gepflegt wird und dieser die Wohnungstür verschließen soll. Durch die fremde, professionelle ambulante Pflege ist aus rechtlicher Sicht eine Situation wie in einer Einrichtung gegeben. Somit ist eine freiheitsentziehende Maßnahme (hier: das Absperren) erst nach Genehmigung durch das Betreuungsgericht rechtmäßig.

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 **Fixierungen** wie Bettgurte 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. akuten Angst- oder Wahnvorstellungen) oder in Notfällen verordnen. Werden solche Medikamente jedoch dauerhaft über Wochen verordnet, dann ist dies eine freiheitsentziehende Maßnahme, die in die Persönlichkeitsrechte des Patienten eingreift. Als zusätzlicher Aspekt muss beachtet werden,

dass sedierende Medikamente typische Alzheimer-Symptome wie Apathie und depressive Symptome verstärken können.

Sowohl Fixierung als auch sedierende Medikamente über einen längeren Zeitraum (mehr als 30 Minuten) sind freiheitsentziehende Maßnahmen und damit vom Betreuungsgericht zu genehmigen. Die Maßnahmen müssen vom Pflegepersonal täglich dokumentiert und auf ihre Notwendigkeit geprüft werden.

Eine Vorsorgevollmacht reicht **nicht** aus, um eine Fixierung ohne gerichtlichen Beschluss durchzuführen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen im Notfall

Manchmal ist ein an Demenz erkrankter Mensch nicht mehr in der Lage zu erkennen, dass er sich selbst oder andere akut gefährdet. In solchen Fällen kann eine Einweisung in eine geschlossene Abteilung einer Klinik gegen seinen Willen notwendig werden. Oft kommt es zu einer Einweisung, weil ein Demenzpatient z.B. in der eigenen Wohnung verwahrlost, unterernährt ist und jede Hilfe ablehnt. Ist Eile geboten, ist eine einstweilige Anordnung durch das Betreuungsgericht möglich. Wenn wegen einer Notsituation bereits gehandelt wurde, muss dies sofort dem zuständigen Betreuungsgericht mitgeteilt werden.

Haben Ärzte, Angehörige oder Nachbarn Bedenken, dass ein Demenzbetroffener sich selbst oder andere gefährdet, dann sollten sie sich an dessen gesetzlichen Betreuer wenden. Falls der Patient noch keinen Betreuer hat, sind die Polizei, das Ordnungs- bzw. Gesundheitsamt oder der sozialpsychiatrische Dienst vor Ort die richtigen Ansprechpartner. Der Antrag auf eine Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung (z.B. innerhalb einer Gerontopsychiatrie) wird dann von einer dieser Behörden gestellt.

Gerontopsychiatrische Einrichtungen

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

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

Technische Überwachung

Technische Hilfsmittel können die persönliche Betreuung von Menschen mit Demenz zu Hause und im stationären Umfeld unterstützen und erleichtern. So gibt es z.B. 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 Demenzpatient ein vorher festgelegtes Areal verlässt, oder es kommt zu einer automatischen Weiterschaltung des Alarms an eine ständig besetzte Notrufzentrale. Weitere Lösungsideen für bestimmte problematische Bereiche gibt es unter www.deutsche-alzheimer.de > *Mit Demenz leben* > *Technische Hilfen*.

Alternative Möglichkeiten

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



Praxistipps!

- Umfangreiche Informationen und Methoden der Vermeidung bieten die Universitäten Lübeck und Halle-Wittenberg in der „Leitlinie FEM - Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege“, Download unter www.leitlinie-fem.de > *Materialien* > *Leitlinie*.
- Die Stadt München bietet in ihren Empfehlungen zum „Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen“ eine Übersicht zu alternativen Maßnahmen, Download unter www.muenchen.de > *Suchbegriff: „freiheitsentziehende Maßnahmen“*.
- Das Modellprojekt „Der Werdenfelser Weg“ bemüht sich darum, dass in den Regionen in denen er zur Anwendung kommt, gesetzliche Schutzmechanismen greifen, um freiheitsentziehende Maßnahmen zu unterbinden oder auf ein unumgängliches Minimum zu reduzieren. Spezialisierte Verfahrenspfleger mit pflegfachlichem Grundwissen diskutieren im gerichtlichen Auftrag jeden Fixierungsfall individuell und gehen gemeinsam mit dem Heim und den Angehörigen/Betreuern Alternativüberlegungen durch und regen im Einzelfall auch Erprobungen von Alternativmaßnahmen an. Beteiligte Einrichtungen finden Sie unter www.werdenfelser-weg-original.de > *Einrichtungen*.

Finanzen und Rechtsgeschäfte

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

Typische Vorkommnisse sind:

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

Wer an Demenz erkrankt ist, **kann** durchaus geschäftsfähig sein.

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

Versicherungen

Demenz zählt zu den informationspflichtigen und gefahrenerhöhenden Krankheiten. Schließt ein Demenzkranker eine private Haftpflichtversicherung ab, muss er die Krankheit angeben. Wird sie bei Versicherungsabschluss verschwiegen, muss die Versicherung im Schadensfall nicht erstatten. Tritt die Demenz erst nach dem Abschluss der Versicherung auf und es kommt zu einem Schadensfall, muss die Versicherung die Zahlung übernehmen. Allerdings kann sie die Regulierung des Schadens auch verweigern, wenn keine „Deliktsfähigkeit“ besteht und der Patient deshalb nicht für den Schaden verantwortlich gemacht werden kann. Deshalb ist es ratsam bei bestehender Haftpflichtversicherung der Versicherungsanstalt die Demenzerkrankung zu melden bzw. bei der Versicherung die Konditionen für Demenzerkrankte zu erfragen. Näheres unter www.deutsche-alzheimer.de > *Mit Demenz leben* > *Rechtliche Fragen* > *Versicherungen anpassen*.

Patientenvorsorge und Testament

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

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

Vorsorgemöglichkeiten

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

- **Patientenverfügung:** Damit legt man schriftlich fest, wie in bestimmten medizinischen Situationen die Behandlung in der letzten Lebensphase erfolgen soll.
- **Vorsorgevollmacht:** Diese Form ist sinnvoll, wenn man für den Fall der eigenen Hilflosigkeit einen Bevollmächtigten wünscht, der stellvertretend entscheidet. Dieser Bevollmächtigte sollte absolut vertrauenswürdig sein, denn seine Entscheidungen werden nicht überwacht. Man kann Bevollmächtigte für einzelne oder alle Bereiche des Lebens festlegen.
- **Betreuungsverfügung:** Mit dieser Form schlägt man dem Betreuungsgericht vor, wer im Falle einer Betreuung die persönlichen Angelegenheiten übernehmen soll, oder wer das auf keinen Fall übernehmen darf. Betreuer werden vom Betreuungsgericht eingesetzt und kontrolliert.

Grundsätzlich kann der Ersteller alle Formen der Patientenvorsorge jederzeit widerrufen oder abändern. Das sollte auf alle Fälle den entsprechenden Personen bzw. Institutionen mitgeteilt werden.

Zentrales Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer

Die Kenndaten einer Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung (z.B. Name und Adresse des Erklärenden und des Bevollmächtigten bzw. des vorgeschlagenen Betreuers) können beim **Zentralen Vorsorgeregister** der Bundesnotarkammer registriert werden. Das Zentrale Vorsorgeregister hilft den Gerichten beim Auffinden von Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen. Die Betreuungsgerichte können vor Anordnung einer Betreuung klären, welche Vorsorgedokumente vorhanden sind.



Praxistipp!

Der Hinweis auf das Bestehen einer Patientenverfügung kann beim Vorsorgeregister nur ergänzend zu einer Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung registriert werden. Beim Vorsorgeregister werden **keine** Inhalte hinterlegt. Informationen zum Zentralen Vorsorgeregister unter www.vorsorgeregister.de.

Anschrift: Bundesnotarkammer, Zentrales Vorsorgeregister, Postfach 080151, 10001 Berlin, Telefon 0800 3550500, E-Mail info@vorsorgeregister.de.

Die Daten der Vorsorgevollmacht können online oder per Post übermittelt werden. Je nach Art der Übermittlung, Zahlungsweise und Umfang kostet die Registrierung etwa 20,50 € bis 26 €.

Wer hilft weiter?

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

Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung für Krankheitssituationen oder die letzte Lebensphase. In der Verfügung beschreibt der Verfasser möglichst genau die gewünschte Pflege und ärztliche Behandlung bzw. Nichtbehandlung für Situationen, in denen er sich selbst nicht mehr dazu äußern kann. Damit kann er z.B. Regelungen für den Fall der Bewusstlosigkeit, Wünsche für die Sterbephase oder die Schmerztherapie festlegen.

Eine Patientenverfügung kann die „Garantenpflicht“ des Arztes aufheben, Leben zu erhalten oder zu retten. Wichtig ist, dass die Festlegungen in der Patientenverfügung auf die dann aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen:

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

Inhalte

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

Pauschalformulierungen ohne klaren Aussagewert brauchen vom Arzt nicht beachtet zu werden, z.B.: „Ich möchte keine ärztlichen Maßnahmen, die mein Leiden und Sterben verlängern.“ Dies kann zwar einleitend formuliert werden, muss jedoch dann konkretisiert werden.

Folgende Situationen sollten genau beschrieben sein:

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

gefühl gewünscht?

- Ist die Linderung von Übelkeit und 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.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen gelten bei der Patientenverfügung:

- Eine Patientenverfügung sollte schriftlich abgefasst werden, Handschriftlichkeit ist nicht nötig, hier ist allerdings die Fälschungsgefahr am geringsten. Es können auch Formularvordrucke verwendet werden, diese müssen mit Ort, Datum und Unterschrift unterzeichnet werden. Wichtig ist die gute Lesbarkeit.
- Der Ersteller einer Patientenverfügung muss volljährig und einwilligungsfähig sein. Zur Absicherung sollte ein Arzt die unzweifelhafte Einwilligungsfähigkeit des Verfassers der Patientenverfügung mit Unterschrift und Datum bestätigen.
- Ergänzungen und Streichungen müssen ebenfalls mit Ort, Datum und Unterschrift dokumentiert werden.

Bindungswirkung

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

- die aktuelle Situation auf die in der Patientenverfügung beschriebene Situation zutrifft **und**
- 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 damit einwilligungsfähig war **und**
- die **Aktualität** durch Unterschriften von Verfasser und dem die Einwilligungsfähigkeit bezeugenden Arzt (am besten nicht länger als 2 Jahre, besser 1 Jahr) gesichert ist. Das bedeutet allerdings nicht, dass eine Patientenverfügung mit älterer Unterschrift ungültig ist.

Damit die entsprechenden Situationen und 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.

Um den Willen des Verfassers nachvollziehen zu können, ist es hilfreich, wenn persönliche Wertvorstellungen und möglicherweise anstehende Behandlungsfragen in der Patientenverfügung **möglichst konkret** beschrieben sind.

Genehmigung ärztlicher Maßnahmen durch Betreuungsgericht

Wenn zwischen Betreuer/Bevollmächtigtem und behandelndem Arzt Einvernehmen über den Patientenwillen besteht, ist **keine** Genehmigung einer Behandlung oder Nicht-Behandlung erforderlich. Die Patientenverfügung ist entscheidend und bindend.

Wenn medizinische Eingriffe derart schwerwiegend sind, dass der Patient sterben oder einen schwe-

ren, länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte, muss das Betreuungsgericht diese genehmigen. Ohne Genehmigung darf eine Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

Wenn ein Betreuer/Bevollmächtigter in eine medizinisch notwendige oder lebenswichtige Maßnahme nicht einwilligt oder die Einwilligung widerruft, muss dies ebenso vom Betreuungsgericht genehmigt werden.

Diese Genehmigung ist zu erteilen, wenn die medizinische Maßnahme bzw. das Unterbleiben einer medizinischen Maßnahme dem Willen des Patienten entspricht.

Sterbebegleitung – Sterbehilfe

Eine Patientenverfügung bezieht sich unter anderem auf den Bereich der passiven Sterbebegleitung und der Schwerstkrankenpflege, der Wunsch nach aktiver/direkter Sterbehilfe darf nicht erfüllt werden. Passive Sterbehilfe (Therapieverzicht) und indirekte Sterbehilfe (Symptomlinderung begleitet von möglicher Lebensverkürzung) hingegen sind erlaubt.



Praxistipps!

Im Folgenden einige Hinweise zur Verfassung und Aufbewahrung einer Patientenverfügung:

- **Widerruf:** Eine Patientenverfügung kann jederzeit widerrufen werden.
- **Vordrucke** müssen sehr genau überprüft und auf die individuelle Situation abgewandelt werden. Sie sind z.B. beim Betreuungsgericht vor Ort zu erhalten. Einen Vordruck einer Patientenverfügung können Sie auch unter www.betanet.de > Ratgeber > Vordruck Patientenverfügung herunterladen.
- Um einer juristischen Anfechtung des Patientenwillens vorzubeugen, ist es dringend empfehlenswert, dass ein **Arzt** die unzweifelhafte Einwilligungsfähigkeit des Verfassers der Patientenverfügung mit Unterschrift und Datum bestätigt.
- Es wird empfohlen, die Patientenverfügung in regelmäßigen Abständen zu überprüfen, bei Bedarf zu ändern und dann erneut mit Ort und Datum zu unterschreiben. Auch die Einwilligungsfähigkeit des Verfassers sollte regelmäßig vom Arzt erneut bestätigt werden.
- Im Anhang kann auch eine **Beerdigungs- bzw. Bestattungsverfügung** mit den entsprechenden Wünschen beigefügt werden.
- Die Patientenverfügung ist **nur im Original gültig** und muss im **Bedarfsfall rasch zur Verfügung stehen**.
- Die Patientenverfügung sollte **an mehrere Vertrauenspersonen** gegeben werden, mit einer Liste, an wen sie vergeben wurde und wer im Bedarfsfall die Wünsche des Verfassers nachhaltig vertreten soll.
- Die Patientenverfügung kann auch bei Banken, dem Amts- oder Betreuungsgericht, Notaren oder Rechtsanwälten hinterlegt werden.
- Es ist ratsam, eine **Kopie** der aktuellen Version **bei sich selbst** oder an einem leicht zugänglichen Ort aufzubewahren, mit dem Hinweis, wo sich das Original befindet.
- Zweckmäßig ist ein Hinweiskärtchen im Geldbeutel mit dem Vermerk, dass eine Patientenverfügung verfasst wurde und wo sich das Original befindet.
- Eine Patientenverfügung ist empfehlenswert, aber: Die Errichtung einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses (z.B. eines Vertrags über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen, ehemals Heimvertrag) gemacht werden.

Beglaubigung und Beurkundung

- **Beglaubigung:** Eine Beglaubigung der Patientenverfügung durch einen Notar oder eine Betreuungsbehörde **kann** zweckmäßig sein, da hierdurch bestätigt wird, dass der Verfasser seine Unterschrift auch tatsächlich eigenhändig geleistet hat. Dies ist insbesondere dann zu empfehlen, wenn die Verfügung aufgrund von (bestehenden oder sich anbahnenden) körperlichen oder geistigen Einschränkungen erstellt wird.
- **Beurkundung:** Eine notarielle Beurkundung ist prinzipiell nicht nötig. Es ist zu bedenken, dass die Einholung eines rechtskundigen Rats von Vorteil sein kann, da der Notar – im Unterschied zur Beglaubigung – auch über die Reichweite der Patientenverfügung aufklärt und die Einwilligungsfähigkeit des Unterzeichnenden notariell bestätigt. Allerdings kann ein Notar in der Regel nicht zu den **medizinischen** Inhalten der Patientenverfügung beraten.

Informationen zu den Notarkosten finden Sie auf S. 74.



Praxistipp!

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz hat eine **Schiedsstelle Patientenverfügung** eingerichtet, die bei Konflikten rund um Patientenverfügungen berät. Angehörige und Ärzte können dort Expertenhilfe in Anspruch nehmen, wenn die Auslegung einer Verfügung zweifelhaft ist. Der Service ist kostenlos. Die Schiedsstelle ist erreichbar

- unter Telefon: 0231 7380730,
- per E-Mail: info@stiftung-patientenschutz.de oder
- unter www.stiftung-patientenschutz.de > Service > Patientenverfügung und Vollmacht > Schiedsstelle Patientenverfügung.

Vorsorgevollmacht

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

Die Vorsorgevollmacht kann allgemein sein (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne **Aufgabenkreise** beschränken.

Eine umfassende Vorsorgevollmacht sollte folgende Aufgabenkreise abdecken:

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

Überwachung des Bevollmächtigten

Der Bevollmächtigte untersteht – im Gegensatz zum Betreuer – keiner staatlichen Kontrolle durch das Betreuungsgericht.

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

- Notwendige freiheitseinschränkende Maßnahmen sollen durchgeführt werden, z.B. Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung, Anlegen von Bauchgurten, Anbringen von Bettgittern, Verabreichung ruhigstellender Medikamente. Näheres zu freiheitsentziehenden Maßnahmen auf S. 64.
- Ärztliche Untersuchungen, Heilbehandlungen oder medizinische Eingriffe, wenn dabei Lebensgefahr besteht oder ein schwerer, lang andauernder Gesundheitsschaden zu erwarten ist. Das gilt auch für die Nichteinwilligung oder den Widerruf der Einwilligung des Bevollmächtigten in derart schwerwiegende medizinische Eingriffe, Untersuchungen oder Heilbehandlungen, wenn die medizinische Maßnahme indiziert ist und durch das Unterbleiben ein gesundheitlicher Schaden für den Vollmachtgeber entstehen würde. Die Genehmigung durch das Betreuungsgericht ist nicht erforderlich, wenn sich Bevollmächtigter und behandelnder Arzt einig sind, dass die medizinische Maßnahme bzw. deren Unterlassung dem mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (im Idealfall schriftlich festgehalten in einer Patientenverfügung).

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

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

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

Missbrauch der Vorsorgevollmacht

Macht ein Bevollmächtigter absprachewidrig und/oder vorzeitig von der Vorsorgevollmacht Gebrauch, kann der Verfasser die Vollmacht sofort widerrufen und ggf. Schadensersatz verlangen. In einem solchen Fall sollte die Vorsorgevollmacht sofort vom Bevollmächtigten zurückverlangt werden. Wenn der Bevollmächtigte die Vorsorgevollmacht nicht herausgibt, kann der Verfasser die Vollmacht gerichtlich für kraftlos erklären lassen.

Gültigkeit

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

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

- Die Vorsorgevollmacht ist nur dann gültig, wenn der Bevollmächtigte das **Originaldokument** hat.

Geltungsdauer

Normalerweise gilt die Vorsorgevollmacht vom Zeitpunkt der Erstellung bis zum Tod des Vollmachtgebers. Es gibt zusätzlich die Möglichkeit in einem gesonderten Formular das Innenverhältnis von Vollmachtgeber und -nehmer zu regeln, z.B. wann genau die Vorsorgevollmacht wirksam wird.

Soll die Vorsorgevollmacht über den Tod hinaus gelten, benötigen Sie den Zusatz der transmortalen Vorsorgevollmacht.



Praxistipps!

Tipps zur Erstellung und Aufbewahrung der Vorsorgevollmacht:

- Die Vorsorgevollmacht **muss schriftlich** festgehalten werden, mündliche Absprachen zwischen Vollmachtgeber und Bevollmächtigten können im Rechtsverkehr nicht berücksichtigt werden.
- **Handschriftlichkeit** ist nicht nötig, hier ist jedoch die Fälschungsgefahr am geringsten. Wichtig ist die gute Lesbarkeit. Möglich sind auch Vordrucke, die individuell abwandelbar sind. Einen kostenlosen **Vordruck** einer Vorsorgevollmacht finden Sie unter www.betanet.de > Ratgeber > Vordruck Vorsorgevollmacht.
- Die Vollmacht sollte die gewünschten **Aufgabenkreise** des Bevollmächtigten möglichst genau beschreiben.
- Nur mittels der **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht** durch den Vollmachtgeber dürfen die behandelnden Ärzte gegenüber dem Bevollmächtigten, auch wenn es sich dabei um einen nahen Angehörigen handelt, Angaben über die Erkrankung und die medizinische Behandlung des Vollmachtgebers machen; andernfalls würden sich die behandelnden Ärzte aufgrund einer Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht strafbar machen.
- **Vermögenssorge:** Kreditinstitute verlangen in der Regel eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken bzw. dass die Vollmacht in Gegenwart eines Bankangestellten unterschrieben wird.
- Die Vollmacht kann bei Banken, dem Amts- bzw. Betreuungsgericht, Notaren, Rechtsanwälten, einer Person des Vertrauens oder beim gewünschten Bevollmächtigten **hinterlegt** werden.
- Es ist ratsam, eine **Kopie der aktuellen Version**, mit dem Hinweis, wo sich das Original befindet, bei sich selbst aufzubewahren.
- Zweckmäßig ist ein **Hinweiskärtchen** im Geldbeutel mit dem Vermerk, dass eine Vorsorgevollmacht verfasst wurde und wo sich diese befindet.

Beglaubigung oder Beurkundung

Eine Beglaubigung oder Beurkundung der Vorsorgevollmacht ist für die meisten Angelegenheiten nicht erforderlich, aber für spezielle Rechtsgeschäfte notwendig:

- **Öffentliche Beglaubigung:** Mit der öffentlichen Beglaubigung der Vorsorgevollmacht bestätigt ein Notar oder eine Betreuungsbehörde, dass der Verfasser seine Unterschrift auch tatsächlich eigenhändig geleistet hat. Eine öffentliche Beglaubigung der Vorsorgevollmacht ist in folgenden Fällen **zwingend** erforderlich:
 - Ausschlagung von Erbschaften.
 - Erklärungen gegenüber dem Handelsregister, z.B. bei Vertretung des Vollmachtgebers in unternehmensbezogenen Angelegenheiten.
 - Immobiliengeschäfte. Hierbei wird in der Regel eine Beurkundung dringend empfohlen.
- **Beurkundung:** Mit der Beurkundung bestätigt der Notar nicht nur die eigenhändige Unterschrift des

Verfassers, sondern auch dessen Geschäftsfähigkeit zum Zeitpunkt der Abfassung. Zudem klärt er ihn über die Tragweite der verfassten Vorsorgevollmacht auf und stellt eine rechtssichere Formulierung sicher. Neben dem Vorteil einer umfassenden juristischen Beratung kann eine notarielle Beurkundung Rechtsgeschäfte erleichtern. Dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Verfügungen über Grundbesitz und Unternehmen.

Notarkosten

Die **Betreuungsbehörde** erhebt für die Beglaubigung eine Gebühr von 10 €. Betreuungsbehörden sind oft im Jugend-, Gesundheits- oder Sozialamt angesiedelt. Die **notarielle Beglaubigung** der Unterschrift kostet Gebühren in Höhe von mindestens 20 € bis maximal 70 €.

Die **Beurkundung** ist teurer und richtet sich nach dem Geschäftswert, der individuell festgelegt werden muss und vom Vermögen bei Abfassung der Vorsorgevollmacht abhängt. Bei einem Vermögen von 50.000 € wird ein Geschäftswert von 25.000 € zugrunde gelegt und die Kosten einer Beurkundung betragen in diesem Fall 115 €, dazu kommen noch Mehrwertsteuer und evtl. noch Post- und Schreibauslagen.

Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung kann man für den Fall, dass eine rechtliche Betreuung notwendig wird, festlegen, wer bzw. wer auf keinen Fall als Betreuer eingesetzt werden soll.

Das Betreuungsgericht ist verpflichtet, die vorgeschlagene Person zu prüfen und deren Eignung zu bestätigen. Wenn keine Betreuungsverfügung vorliegt, sucht das Betreuungsgericht bei Bedarf eine geeignete Person aus.

Auswahl des Betreuers

Eine Betreuungsverfügung ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende niemanden kennt, dem er eine Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, er aber eine oder mehrere Personen kennt, die die Verwaltung seiner Angelegenheiten unter Aufsicht des Betreuungsgerichts übernehmen sollen und dies auch wollen. Diese Person/en sollte/n genau über die eigenen Vorstellungen informiert werden und muss/müssen damit einverstanden sein, die Betreuung zu übernehmen. Für den Fall, dass der gewünschte Betreuer verhindert ist, sollte eine Ersatzperson angegeben werden.

Eine Betreuungsverfügung ist auch sinnvoll, wenn es Personen gibt, die auf keinen Fall zum Betreuer bestellt werden sollen. Das ist besonders bei Familienangehörigen und nahestehenden Personen sinnvoll, mit denen sich der Ersteller einer Betreuungsverfügung zerstritten hat oder denen er die notwendigen Entscheidungen nicht zutraut. Denn das Betreuungsgericht zieht bei der Bestimmung eines Betreuers in der Regel die nächsten Angehörigen in Betracht.

Das Betreuungsgericht kann im Betreuungsverfahren eine in einer Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person nur dann ablehnen, wenn der Vorschlag dem Wohl des Betroffenen zuwiderläuft oder dieser erkennbar nicht mehr an der Person festhalten möchte. Wird bei der persönlichen Anhörung eine andere als die in der Betreuungsverfügung vorgeschlagene Person gewünscht, ist der aktuelle Wunsch entscheidend.

Formales

Bei der Abfassung einer Betreuungsverfügung sollte folgendes beachtet werden:

- **Handschriftlichkeit** ist nicht nötig, hier ist jedoch die Fälschungsgefahr am geringsten. Wichtig ist die gute Lesbarkeit. Möglich sind auch Vordrucke, die individuell abwandelbar sind. Diese erhält man z.B. beim Betreuungsgericht vor Ort oder unter www.betanet.de > Ratgeber > Vordruck Betreuungsverfügung.
- **Ort, Datum und eigenhändige Unterschrift** sind immer erforderlich.
- **Ergänzungen und Streichungen** müssen mit Ort, Datum und Unterschrift dokumentiert werden.

Aufbewahrung

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

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

Inhalte

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

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

Die Wünsche an den Betreuer sollten 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, oder es ist erkennbar, dass der Betreute nicht an den in der Betreuungsverfügung geäußerten Wünschen festhalten will.

Praxistipps!

Hinweise zum Inhalt und zur Aufbewahrung der Betreuungsverfügung:

- Um einer juristischen Anfechtung der Betreuungsverfügung vorzubeugen, ist es dringend empfehlenswert, dass ein **Arzt** die unzweifelhafte **Einsichtsfähigkeit** des Verfassers der Betreuungsverfügung mit Unterschrift und Datum bestätigt.
- Es wird empfohlen, die Betreuungsverfügung in regelmäßigen Abständen zu überprüfen, bei Bedarf zu ändern und dann erneut mit Ort und Datum zu unterschreiben. Auch die Bestätigung der Einsichtsfähigkeit des Verfassers sollte vom Arzt regelmäßig erneut bestätigt werden. Dies kann im

Ernstfall Zweifel am Patientenwillen ausräumen.

- Die Betreuungsverfügung sollte die gewünschten **Aufgabenkreise** des Betreuers möglichst genau beschreiben.

Beglaubigung und Beurkundung

- **Beglaubigung:** Eine **Beglaubigung** der Betreuungsverfügung durch einen Notar oder eine Betreuungsbehörde kann zweckmäßig sein, da hierdurch bestätigt wird, dass der Verfasser seine Unterschrift auch tatsächlich eigenhändig geleistet hat. Dies ist insbesondere dann zu empfehlen, wenn die Verfügung aufgrund von (bestehenden oder sich anbahnenden) körperlichen oder geistigen Einschränkungen erstellt wird.
- **Beurkundung:** Eine notarielle **Beurkundung** ist prinzipiell nicht nötig, da die Erteilung einer Betreuungsverfügung nicht die Geschäftsfähigkeit voraussetzt. Allerdings ist zu bedenken, dass die Einholung eines rechtskundigen Rats in diesen Angelegenheiten von Vorteil ist.

Die Höhe der Notarkosten finden Sie auf S. 74.



Praxistipp!

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

Testament

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

Im Zusammenhang mit einer Demenz ist es empfehlenswert, sich schon zu Beginn der Erkrankung um ein Testament zu kümmern, da die geistigen Fähigkeiten mit der Zeit nachlassen werden.

Das Testament ist eine Form der letztwilligen Verfügung eines Menschen. Eine letztwillige Verfügung wiederum ist eine einseitig getroffene Regelung des Erblassers über sein Vermögen, die im Falle seines Todes in Kraft tritt. Wer ein Testament erstellt, muss grundsätzlich volljährig und voll geschäftsfähig sein.

Erbfolge ohne Testament

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

- Der überlebende **Ehegatte** bzw. eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner sowie
- **Erben der ersten Ordnung**, das sind die Abkömmlinge, also Kinder, Enkel und Urenkel sowie nichteheliche Kinder und Adoptivkinder, die minderjährig adoptiert wurden.

Gibt es **keine** Erben erster Ordnung, wird ein nachrangiger Erbe nach folgender Reihenfolge ermittelt:

1. **Erben der zweiten Ordnung:** Die Eltern und deren Abkömmlinge, also die Geschwister und deren Kinder.
2. **Erben der dritten Ordnung:** Die Großeltern und deren Abkömmlinge, also Onkel, Tanten, Cousin, Cousine.

3. **Erben der vierten Ordnung:** Die Urgroßeltern und deren Abkömmlinge, also Großonkel und Großtanten.
4. Gibt es weder Verwandte noch einen Ehepartner, wird der **Staat** der gesetzliche Erbe. Der Staat hat nicht das Recht, das Erbe auszuschlagen.

Unter mehreren Erben derselben Ordnung wird das Erbe zu gleichen Teilen aufgeteilt.

Diese gesetzliche Erbfolge entspricht oft nicht den Vorstellungen des Erblassers und kann zu Streitigkeiten unter den Angehörigen führen. Streitigkeiten kann der Erblasser durch eine klare testamentarische Regelung vermeiden.

Pflichtteil

Die Höhe des Pflichtteils beträgt grundsätzlich die Hälfte des Werts des gesetzlichen Erbteils.

Mit dem Pflichtteil erhalten der Ehegatte, der eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner und die Abkömmlinge des Erblassers auch dann einen Teil des Nachlasses, wenn sie durch ein Testament von der gesetzlichen Erbfolge ausgeschlossen wurden. Eltern sind nur pflichtteilberechtigt, wenn sie nach der gesetzlichen Erbfolge erben würden.

Testamentsformen

Es gibt 2 Formen von Testamenten:

- **Öffentliches (notarielles) Testament:** Der Erblasser teilt dem **Notar** seinen letzten Willen mit. Dieser wird vom Notar niedergeschrieben, nochmals vorgelesen und vom Erblasser genehmigt und unterschrieben.
Diese notarielle Testamentserrichtung ist kostenpflichtig. Die Höhe orientiert sich am Gerichts- und Notarkostengesetz (Anlage 1 Teil 2 Nr. 21200, Anlage 2 Tabelle B GNotKG) und ist vom Vermögen des Erblassers abhängig, z.B. beträgt die Gebühr bei 100.000 € Vermögen für ein einfaches (kein gemeinschaftliches) Testament 273 €. Hinzu kommen 15 € für das Zentrale Testamentsregister und 75 € für die Hinterlegung beim Nachlassgericht.
- **Eigenhändiges Testament:** Dieses muss **handschriftlich** fixiert werden und kann nur von Volljährigen errichtet werden. Mit dem Computer oder der Schreibmaschine erstellte Testamente sind **ungültig**. Es muss klar erkennbar sein, wer das Testament erstellt hat. Neben dem Vor- und Zunamen erfordert dies die Angabe von Ort und Datum. Der Verfasser muss das Dokument mit seinem vollständigen Namen eigenhändig unterschreiben. Eigenhändige Testamente können ebenfalls für 75 € beim Nachlassgericht und nur wenn es dort hinterlegt ist, für 15 € beim Zentralen Testamentsregister hinterlegt werden.

Aufbewahrung und Gültigkeit von Testamenten

Ein Testament kann jederzeit widerrufen, geändert oder vernichtet und neu angefertigt werden. Es gilt immer die zeitlich spätere Fassung.

Zentrales Testamentregister

In Deutschland gibt es das Zentrale Testamentsregister. Es wird von der Bundesnotarkammer geführt und verzeichnet sämtliche erbfolgerrelevanten Urkunden, die von einem Notar errichtet wurden oder bei Gericht verwahrt werden. Das Register wird in jedem Sterbefall angefragt. Die Registrierung kostet einmalig 15 oder 18 €. Näheres unter www.testamentsregister.de.



Praxistipp!

Die Broschüre „Erben und Vererben“ kann auf der Internetseite des Justizministeriums kostenlos

heruntergeladen werden: www.bmjv.de > Suchbegriff „Broschüre Erben und Vererben“.

Wer hilft weiter?

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

Adressen

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Friedrichstr. 236, 10969 Berlin
Telefon: 030 2593795-0
Alzheimer-Telefon: 030 2593795-14 (Mo-Do 9-16 Uhr, Fr 9-15 Uhr)
Fax: 030 2593795-29
E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de
www.deutsche-alzheimer.de

Hirnliga e.V.

Postfach 1366, 51657 Wiehl
Telefon: 02262 9999917 (Mo-Fr 8.30-12.30 Uhr)
E-Mail: buero@hirnliga.de
www.hirnliga.de

Wegweiser Demenz

Internetportal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Thema Demenz
www.wegweiser-demenz.de

Alzheimer Forschung Initiative e.V. (AFI)

Stiftung Alzheimer Initiative gGmbH (SAI)
Kreuzstr. 34, 40210 Düsseldorf
Telefon: 0211 862066-0 oder 0800 2004001
Fax: 0211 862066-11
E-Mail: info@alzheimer-forschung.de
www.alzheimer-forschung.de

Demenzhilfe Deutschland

Dr. med. Klaus-Christopher Amelung
Frankfurter Str. 41, 65824 Schwalbach
E-Mail: kontakt@demenzhilfe-deutschland.de
<https://demenzhilfe-deutschland.de>

Deutsche Seniorenliga e.V.

Heilsbachstr. 32, 53123 Bonn
Telefon: 0228 36793-0
Fax: 0228 36793-90
E-Mail: info@deutsche-seniorenliga.de
www.deutsche-seniorenliga.de

Bundesverband Gedächtnistraining e.V.

Black-und-Decker-Str. 17 b, 65510 Idstein
Telefon: 06126 50578-0 (Mo-Fr 9-12 Uhr)
E-Mail: servicebuero@bvgt.de
www.bvgt.de

Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.

Pastorenweg 1, 27389 Fintel
Telefon: 03221 1056979
E-Mail: info@demenz-ded.de
www.demenz-ded.de

Aktion Demenz e.V.

Karl-Glöckner-Str. 21 e, 35394 Gießen
Telefon: 0641 99232-06
Mobil: 01577 2888378
Fax: 0641 99232-19
E-Mail: info@aktion-demenz.de
www.aktion-demenz.de

Freunde alter Menschen e.V.

Beratung u.a. zum Thema Demenzwohngemeinschaften
Tieckstr. 9, 10115 Berlin
Telefon: 030 138957-90
Fax: 030 138957-45
E-Mail: info@famev.de
www.famev.de

Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V.

Michaelkirchstr. 17-18, 10179 Berlin
Telefon: 030 2218298-0
Fax: 030 2218298-66
E-Mail: info@kda.de
www.kda.de

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin
Telefon: 030 310189-80
Fax: 030 310189-70
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (BAG SELBSTHILFE)

Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf

Telefon: 0211 31006-0 (Mo-Do 9-12.30 Uhr und 14-15.30 Uhr, Fr 9-13 Uhr)

Fax: 0211 31006-48

E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de

www.bag-selbsthilfe.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin

Telefon: 030 8934014 (Di-Do 10-14 Uhr)

Fax: 030 31018970

E-Mail: verwaltung@dag-shg.de

www.dag-shg.de

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Claudia Gottstein

Redaktionsteam

Bettina Baisch, Janina Del Giudice, Luisa Milazzo, Simone Kreuzer, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© beeboys – stock.adobe.de – ID 98933558

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2022

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

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

16. vollständig überarbeitete Auflage, März 2022