

Demenz & Soziales



betaCare

Wissenssystem für Krankheit & Soziales

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Diagnosen „Demenz“ oder „Alzheimer“ können bei Betroffenen und deren Angehörigen Ängste auslösen. 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 betaCare-Ratgeber „Demenz & Soziales“ informiert umfassend zu Themen wie Leistungen der Pflegeversicherung, Patientenvorsorge sowie zu weiteren rechtlichen Aspekten. Ein zentrales Augenmerk liegt auf der Entlastung von pflegenden Angehörigen.

betapharm setzt sich seit vielen Jahren aktiv für eine verbesserte Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und Hilfen für Betroffene und Angehörige ein. Aus diesem Engagement hat sich betaCare – ein Informationsdienst für Krankheit und Soziales – entwickelt. Auch der betaCare-Ratgeber „Demenz & Soziales“ ist Teil dieses Engagements.

Mit herzlichen Grüßen
Ihre betapharm

Weitere Informationen sowie alle bisher erschienenen Ratgeber finden Sie auch unter www.betaCare.de.

Mehr über das soziale Engagement und die Produkte der betapharm Arzneimittel GmbH finden Sie unter www.betapharm.de.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
Demenz	5
Symptome	5
Ursachen und Formen	6
Diagnostik	7
Therapie	9
Medikamentöse Therapie	9
Nicht-medikamentöse Therapie	9
Medizinische Rehabilitation	13
Spezielle Reha-Einrichtungen	13
Begleitperson	14
Geriatrische Rehabilitation	16
Leben mit Demenz	19
Umgang mit Demenzkranken	19
Ernährung bei Demenz	22
Führerschein bei Demenz	25
Demenzkranken im Krankenhaus	27
Wohnen bei Demenz	29
Wohnumfeldverbesserung	30
Stationäre Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten bei Demenz	32
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	35
Zuzahlungsregelungen	35
Zuzahlungsbefreiung	37
Sonderregelung für chronisch Kranke	40
Pflege	43
Definition „Pflegebedürftigkeit“	43
Pflegegrade	47
Bearbeitungsfristen der Pflegekasse	49
Pflegeleistungen	49
Leistungen für pflegende Angehörige	55
Soziale Sicherung	55
Pflegezeit	57
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	59
Pflegeunterstützungsgeld	60
Familienpflegezeit	61
Pflegekurse	63
Vorsorge und Rehabilitation	64

Behinderung	67
Definition	67
Grad der Behinderung	67
Schwerbehindertenausweis	69
Nachteilsausgleiche	70
Rechtliche Aspekte bei Demenzkranken	71
Gesetzliche Betreuung	71
Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Demenzkranken	75
Finanzen und Rechtsgeschäfte	78
Patientenvorsorge und Testament	79
Patientenverfügung	81
Vorsorgevollmacht	85
Betreuungsverfügung	89
Testament	91
Adressen	95
Impressum	99

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 wie 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
- Zeitliche, räumliche und persönliche Orientierungslosigkeit
- Eingeschränkte Urteilsfähigkeit
- Nachlassendes Denkvermögen, Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit (z. B. Lernen, Ideenfluss)
- Nichterkennen von Personen und Gegenständen
- Persönlichkeitsveränderung, Gereiztheit, Aggression
- Sprachstörungen, Störungen der Kommunikationsfähigkeit
- Zielloses Herumirren, Schlafstörungen
- Depressive Symptome wie Antriebsarmut, Niedergeschlagenheit und Verlust der Eigeninitiative
- Halluzinationen und Wahnvorstellungen
- Störungen des Essverhaltens: Essen von Nicht-Essbarem, Vergessen von Essen und Trinken

Für die Diagnose Demenz müssen die Symptome über **mindestens 6 Monate** bestanden haben. Die genannten Symptome treten nicht nur bei Demenzerkrankungen auf. Sie können auch auf eine seelische Störung oder eine andere hirnorganische Erkrankung hinweisen, daher ist eine gründliche Diagnostik wichtig (siehe S. 7).

Demenzerkrankungen sind degenerative Erkrankungen mit zunehmendem Abbau von Gewebeteilen bzw. Nervenzellen im Gehirn. Man kann sie in 3 Phasen einteilen:

- **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, Verblissen der Erinnerung. Betroffene finden sich in fremder und vertrauter Umgebung nicht mehr zurecht und sind z.T. auf Unterstützung beim Waschen, Anziehen und Essen angewiesen. Sätze ergeben keinen Sinn mehr, die Erinnerung verblasst immer mehr. Verhaltensauffälligkeiten wie Unruhe, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus und unkontrollierte Gefühlsausbrüche können hinzukommen.

- **Fortgeschrittenes Stadium**

Hochgradiger geistiger Abbau, zunehmende Pflegebedürftigkeit und körperliche Symptome. Das Gefühlsleben des Erkrankten bleibt jedoch erhalten. Unterstützung ist bei allen Verrichtungen im Alltag nötig. Verbale Kommunikation ist kaum mehr möglich, oft ist das Sprachvermögen des Patienten auf wenige Worte beschränkt. Durch die Schädigungen des Gehirns tritt ein Kontrollverlust des Körpers ein, der sich zum Beispiel in Schluckstörungen äußern kann.

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

Ursachen und Formen

Demenzen können bis zu 100 verschiedene Ursachen und Formen haben.

Dabei wird unterschieden zwischen primären und sekundären Demenzen.

- **Primäre Demenzen**

Bei primären Demenzen beginnt der Krankheitsprozess direkt im Gehirn. Die Schädigungen sind bleibend (z. B. Alzheimer-Krankheit, gefäßbedingte Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz, frontotemporale Demenz, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit).

- **Sekundäre Demenzen**

Die Demenz ist die Folge einer anderen Grunderkrankung, z. B. Parkinson, Hirntumor, Korsakowsyndrom oder Depressionen. Die Grunderkrankungen sind zum Teil behandelbar und manchmal ist auch eine Rückbildung der Demenzsymptomatik möglich.

Diagnostik

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

Erster Ansprechpartner 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 etc.

Zudem werden Gedächtnis, Sprach- und Konzentrationsfähigkeit des Patienten mit bestimmten psychologischen Tests und Fragen ermittelt. Das kann für Betroffene sehr unangenehm sein, da die Defizite unmittelbar spürbar werden. Daher sollten sie behutsam über den Sinn der Testung aufgeklärt werden. Bei Betroffenen wechselt oft die Tagesform, sodass sie beim Arzt einen gesunden Eindruck machen. Zudem können viele im Anfangsstadium ihre Defizite gut überspielen. Eine Therapie ist aber umso wirksamer, je früher sie einsetzt.

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.

*Gedächtnis-
sprechstunden*



Praxistipp!

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



Therapie

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

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

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 den Verlauf der Krankheit 1–2 Jahre aufhalten können. Wegen der Vielzahl möglicher Ursachen werden oft Substanzen mit unterschiedlichen Wirkansätzen angewendet. Häufig bringt auch erst eine Kombination verschiedener Medikamente Erfolg. Manche Patienten profitieren sehr gut von den Medikamenten, andere überhaupt nicht.

- **Symptomatisch**

Begleiterscheinungen der Krankheit, wie ein gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, Wahnvorstellungen, Ruhelosigkeit, Niedergeschlagenheit oder Aggressionen, lassen sich durch entsprechende Medikamente behandeln. Ihr Einsatz erfordert jedoch viel Wissen und Erfahrung sowie eine genaue Beobachtung des Patienten, da eine falsche Dosierung die Krankheit verschlimmern und die kognitive Leistung herabsetzen kann.

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.

Nachfolgend einige Therapieformen:

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, werden 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 in fortgeschrittenem Stadium positive Gefühle vermitteln sowie unruhiges und aggressives Verhalten reduzieren. Aktive Musiktherapie hat zudem günstige Effekte auf psychische und Verhaltenssymptome, insbesondere auf Angst.

- **Tanztherapie**

Bewegung und Tanz werden zur Interaktion mit dem Demenzkranken eingesetzt, was insbesondere bei einer eingeschränkten sprachlichen Kommunikation, die Ressourcen des Betroffenen stärken kann.

Sensorische Verfahren

- **Aromatherapie**

Der Einsatz von Geruchsstoffen kann 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

Dabei handelt es sich um einen komplexen Ansatz für Angehörige und Pflegende, der durch positives Annehmen des Patienten, so wie er ist, Angst nimmt und Selbstvertrauen gibt.



Praxistipp!

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



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 in den eigenen vier Wänden möglichst lange zu ermöglichen. Grundsätzlich gilt: Reha kommt vor Pflege.

Die Medizinische Rehabilitation ist ein großer und komplexer Bereich, für den alle Versicherungsträger zuständig sein können. Allerdings kommen bei demenzkranken Menschen, weil sie nicht mehr im Berufsleben stehen, als Kostenträger nur die Krankenkassen in Frage.

Für Demenzkranke werden in der Regel nur stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen oder geriatrische Rehabilitationen genehmigt. Da es bei Demzenerkrankungen 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.

Kostenübernahme



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 der Patient und sein pflegender Angehöriger aufgenommen. Die Krankenkasse ist Kostenträger der stationären Reha-Maßnahme, der Angehörige wird als Begleitperson mit aufgenommen (siehe S. 14).

Das Reha-Angebot teilt sich auf in

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

Ziel der Reha-Maßnahme ist, den Demenzpatienten möglichst lange in häuslicher Umgebung pflegen zu können.

Wer hilft weiter?

- Es gibt derzeit noch kein flächendeckendes Angebot solcher Reha-Einrichtungen im Bundesgebiet. Adressen vermittelt z. B. die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, siehe Adressteil S. 95.
- 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-Aufenthaltes ständig anwesend ist. Bei Demenzkranken kann möglicherweise der pflegende Angehörige als Begleitperson mitkommen.

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

Zwingende medizinische Gründe sind:

- Gefährdung der Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen, z. B. bei Trennung des Demenzkranken von Bezugspersonen.
- Ständiger Betreuungsbedarf des rehaedürftigen Patienten, z. B. aufgrund von schweren Behinderungen, 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 Patient 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.

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

Kosten

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

Fahrten



Praxistipp!

Liegt beim Betroffenen eine **Schwerbehinderung** vor, dann kann eine notwendige Begleitperson kostenlos im öffentlichen Nah- und Fernverkehr mitfahren, sofern Merkzeichen „B“ im Schwerbehindertenausweis eingetragen ist (Näheres zu Behinderungen ab S. 67).



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. Nicht jeder ältere Patient ist gleichzeitig ein geriatrischer Patient.

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

- Höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre und älter).
- Geriatrietypische Mehrfacherkrankung (mindestens 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 Multimorbidität und Komplikationen oft akutmedizinisch behandelt, überwacht und gleichzeitig rehabilitativ versorgt 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

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

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

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

Konkrete Reha-Ziele sind z. B.:

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

Voraussetzungen für eine geriatrische Reha:

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

Ausschlusskriterien für die geriatrische Reha sind u. a.:

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

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 Reha. Sie wird durch ein interdisziplinäres Team in der häuslichen Umgebung erbracht. Einzelheiten über Voraussetzungen und Indikationskriterien enthalten die „Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation“ des MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen).
Download unter www.mds-ev.de > *Richtlinien/Publikationen* > *Rehabilitation*.

Maßnahmen

Ziel

Voraussetzungen

Formen

Antrag

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

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

Zuständigkeiten

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

Zuzahlung

Die **Zuzahlung** beträgt 10 € täglich bei ambulanter und stationärer Rehabilitation, begrenzt auf maximal 28 Tage im Kalenderjahr. Näheres zu Zuzahlungen ab S. 35.

Leben mit Demenz

Umgang mit Demenzkranken

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

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

Um zu verhindern, dass die Erkrankten für die schwierigen Verhaltenssymptome, z. B. Aggressionen, Wahnvorstellungen, Enthemmung oder Weglauftendenz, verantwortlich gemacht werden, sind diese als „herausforderndes Verhalten“ konzeptualisiert worden. Hinweise zum Umgang mit herausforderndem Verhalten können unter www.wegweiser-demenz.de > *Informationen* > *Akutsituationen* > *Herausforderndes Verhalten und Demenz* 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 und man sich machtlos fühlt – und machtlos dagegen ist. Diese Bedrohung würde auch jeden gesunden Menschen unruhig, unsicher und aggressiv machen.

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

Sich in den Betroffenen hineinversetzen

Annehmen von Hilfe

Sozialer Rückzug

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

Sozialer Rückzug, Angst und Antriebslosigkeit sind typische Symptome einer Depression, können aber auch Anzeichen einer Demenzerkrankung sein. Angstzustände und Antriebslosigkeit sind Symptome, die möglicherweise medikamentös behandelt werden können. 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 gegebenenfalls einen Arzt kontaktieren.

Aggressionen

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

Kommunikation

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.
- **Einfache 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, traurig etc. machen.
- **Wichtige Dinge** konkret mit Zeit, Ort und Namen nennen und mehrmals wiederholen.
- Diskussionen auf der Sachebene vermeiden. Der Erkrankte versteht besser, wenn man ihm auf der emotionalen, also auf der Beziehungsebene, begegnet und seine Gefühle wahrnimmt und erwidert. Die kognitiven Fähigkeiten sind bei Demenzkranken beeinträchtigt, Appelle an ihr Gedächtnis („Du weißt doch, dass...“) sind sinnlos. **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.

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.

*Alltag und
Tagesrhythmus*

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 Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus informiert werden.



Praxistipp!

Leider kommt es nicht selten vor, dass überforderte Angehörige oder Pflegekräfte gegenüber dem Patienten grob oder gar 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.

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 hemmen kann.

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 Verwirrheitszustände bedingen und die Symptome bei Demenzpatienten deutlich verstärken.

Trinken

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.

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.

Essen

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

Verdauung

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

Besonderheiten bei Demenzpatienten

Es ist hilfreich, wenn die Betroffenen 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-empfinden

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

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 einnehmen. Dabei können sie das Essverhalten von anderen abschauen und es nachahmen.

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

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

Grundsätzlich sollte das Essen nicht zu heiß sein, damit es nicht zu Verbrennungen kommen kann, da Demenzpatienten entsprechende Warnsignale teilweise nicht wahrnehmen können.

Flüssigkeitszufuhr

Unbedingt notwendig bei Demenzpatienten ist eine ausreichende **Flüssigkeitszufuhr**, da sich die Verwirrheitszustände sonst weiter verschlechtern.

Getränke sollten den Tag über regelmäßig angeboten werden. Das Trinkgefäß und das Getränkeangebot können für die Trinkbereitschaft eine Rolle spielen. Angehörige und 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, 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 sollten sich Tipps und Anleitung von Logopäden oder speziell geschulten Diätassistenten holen.

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

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

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

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 Mängel nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn er selbst Vorsorge getroffen hat, dass er andere nicht gefährdet.

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

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 Situationsverkenntung und Fehlreaktionen und in der Folge zu gefährlichen Situationen führen.

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

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

Gegebenenfalls können Angehörige, in Absprache mit dem behandelnden Arzt, der Führerscheinstelle melden, dass Zweifel an der Fahrtüchtigkeit bestehen und deshalb ein medizinisch-psychologischer Test gemacht werden sollte. Auch der behandelnde Arzt kann von sich aus entsprechende neuro-psychologische 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.

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 werden berücksichtigt.
- **Psychologischer Bereich:** Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Orientierung, Reaktion und Belastbarkeit werden beurteilt. Im Gespräch mit dem Arzt und Psychologen geht es um die Einstellungen zum Straßenverkehr (Vorausschauen, Planen, Erkennen von Gefahren), aber auch um die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung und den Umgang mit Schwierigkeiten.

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

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



Wer hilft weiter?

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

Demenzkranke im Krankenhaus

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

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.

Demenzpatienten mit fortschreitender Erkrankung verstehen nicht, warum sie im Krankenhaus sind, was sie tun sollen, was all die fremden Menschen von ihnen erwarten. Sie vergessen Erklärungen und leiden umso mehr unter ihren unerklärlichen Symptomen.

Folgende Tipps können zur Vorbereitung eines stationären Aufenthalts von Menschen mit Demenzerkrankung hilfreich sein:

- 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 zu einem Zeitpunkt stattfinden, an dem der Patient sein Tageshoch hat.
- Er sollte von einem Angehörigen begleitet werden der, wenn möglich, als Begleitperson mit aufgenommen wird. Dabei sollten Angehörige aber auch die eigenen Grenzen im Auge behalten.
- 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. Im Idealfall gibt es vor Ort eine Senioren- und Demenzberatungsstelle, die einbezogen werden kann.

 **Praxistipp!**

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 > *Unser Service* > *Informationsblätter (Downloads)*.

Wohnen bei Demenz

In der Wohnung von Demenz-Erkrankten 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.

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.

Zusätzliche Orientierungspunkte durch Beleuchtung, Farbe und Einrichtungsgegenstände können dem Demenzkranken helfen, sich besser zurechtzufinden und einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Wohnung gewährleisten.

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

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

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

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.

Keine Veränderungen

Wahrnehmungsstörungen

Gefahren ausschalten

Wohnumfeldverbesserung

Die Wohnumfeldverbesserung ist eine Fördermöglichkeit der Pflegekasse für Menschen, deren Pflegebedürftigkeit bereits anerkannt ist. 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 oder erheblich erleichtern oder dass eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von der Pflegekraft verringert wird.

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Pflegehilfsmitteln. Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit (siehe S. 43) festgestellt 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 MDK zur **Begutachtung** der häuslichen Pflegesituation ein. Dieser stellt vor Ort fest, ob entsprechende Mängel für die Pflegesituation und Sicherheitsrisiken vorliegen und ob die Wohnraumanpassung einen Umzug in ein Heim verhindern kann.

Beispiele bezuschussungs- fähiger 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 Verdienstausschlag von am Bau mithelfenden Angehörigen und Bekannten.

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 Wohnumfeldverbesserungen für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung über das örtliche Sozialamt beantragt werden. Dabei darf allerdings die allgemeine Einkommensgrenze der Sozialhilfe nicht überschritten werden.
- **Antrag:** Bevor der Versicherte eine Wohnumfeldanpassung durchführen lässt, die von der Pflegekasse finanziert werden soll, ist ein Antrag zu stellen. Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt, bis sie die Maßnahme genehmigt. Wenn eine Wohnumfeldverbesserung durchgeführt wird, und der Versicherte erst **danach** mit der Rechnung zur Pflegekasse geht, wird kein Zuschuss gewährt.
- Die **KfW-Bankengruppe** fördert mit dem Programm Nummer 159 „Altersgerecht Umbauen“ alle Baumaßnahmen, die Barrieren reduzieren und eine angenehme Wohnqualität gewährleisten sowie den Kauf soeben umgebauter Immobilien. Eigentümer, Vermieter oder, mit Zustimmung des Vermieters, auch Mieter erhalten auf Antrag einen zinsgünstigen Kredit von maximal 50.000 € pro Wohneinheit. Eine förderfähige Maßnahme kann zu 100% kreditfinanziert sein. Der Antrag muss gestellt werden **bevor** die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt. 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“*.
- **Technische Hilfsmittel** können den Alltag sicherer machen, z. B.: Herdüberwachung, Weglaufmelder, 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. Detaillierte Informationen bietet die Deutsche Alzheimergesellschaft e.V. unter www.deutsche-alzheimer.de > *Menschen mit Demenz > Technische Hilfen*.

Wer hilft weiter?

Viele Städte und Gemeinden haben Beratungsstellen für Wohnraumanpassung und barrierefreies Wohnen. Meistens sind diese Stellen der Behinderungs- oder Seniorenberatung angeschlossen oder laufen unter dem Begriff **Wohnberatungsstellen**. Adressen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Wohnberatung“. In manchen Fällen kommen die Berater auch in die Wohnung des Pflegebedürftigen, um gemeinsam zu sehen, welche Veränderung sinnvoll und durchführbar ist. Weitere Anlaufstellen sind **Pflegestützpunkte**, die unter www.pflegestuetzpunkte-deutschlandweit.de gefunden werden können.

Stationäre Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten bei Demenz

Die stationäre Pflege eines Demenzpatienten wird meist erst veranlasst, wenn die Angehörigen die häusliche Pflege und Betreuung 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 des 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 bzw. 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, unausweichlich.

Kosten

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?

Die Pflegeversicherung zahlt je nach Pflegegrad bis zu 2.005 € im Monat für die sog. vollstationäre Pflege (Näheres auf S. 52). Dies deckt in der Regel höchstens die Kosten für die Pflege und Betreuung, nicht jedoch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (die sog. Hotelkosten). Diese Hotelkosten trägt der Pflegebedürftige selbst.

Unterhaltspflichtige Personen (auch Kinder) müssen je nach Einkommen und Vermögen einen Teil der Kosten übernehmen.

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 mitzuerleben.

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.

Besonders betreute Wohngruppen sind für demenzkranke Menschen eine Alternative zum Wohnen zu Hause. In diesen Wohngruppen wohnen Pflegekräfte und andere Betreuer mit in der Wohnung oder sind rund um die Uhr vor Ort. Durch ganzheitliche Betreuungskonzepte, die den demenzkranken Menschen in den Mittelpunkt stellen, wird den Betroffenen weitestgehend Selbstständigkeit ermöglicht.

Wenn ein Demenzkranker gegen seinen Willen in einer beschützenden oder geschlossenen Station untergebracht wird, dann handelt es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme (siehe S. 75), die nur von Gerichten angeordnet werden kann. Hat der Patient einen Betreuer, muss dieser die Unterbringung vom Betreuungsgericht genehmigen lassen.



Wer hilft weiter?

Über entsprechende Angebote informieren örtliche Seniorenberatungsstellen, Selbsthilfeorganisationen, wie z. B. die 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.



Praxistipp!

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Soziales fördert die Integration von Menschen mit Demenz in ihrem Wohnraum und -umfeld durch die Vernetzung verschiedener Projekte. Nähere Informationen zum Projekt „Lokale Allianz für Menschen mit Demenz“ unter www.lokale-allianzen.de.

Wahl der Einrichtung

Formen stationärer Einrichtungen

 Bundesdruckerei 01.13

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Versicherten

Apotheken-Nummer / IK

Versicherer

stätten-Nr.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Bei vielen ärztlichen Verordnungen müssen erwachsene Patienten 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
bis 5 €	Preis = Zuzahlung
5 € bis 50 €	5 €
50 € bis 100 €	10% des Preises
Ab 100 €	10 €

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden. Unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe bezahlt der Betroffene also die Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind.

Zuzahlungen

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. Ergotherapie (siehe S. 10), Physiotherapie oder Logopädie.

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

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankheitsbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen (z. B. Hörgeräte, Prothesen, Brillen, Krücken oder Rollstühle).

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

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

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient zu Hause von Fachpersonal versorgt wird. Zuzahlung: 10% der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.

Soziotherapie

Soziotherapie ist die ambulante Betreuung schwer psychisch kranker Menschen.

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die (unter bestimmten Voraussetzungen) während einer stationären Behandlung die tägliche Arbeit im Haushalt und gegebenenfalls die Kinderbetreuung übernimmt.

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr.

Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

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

Zuzahlungsbefreiung

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

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass 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.

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

Angehörige des Versicherten sind:

- Ehepartner
- 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
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz)
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 KVLG (Krankenversicherung der Landwirte)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen verschiedenen- oder nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt werden ein oder mehrere Freibeträge abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (z. B. Ehegatte): 5.607 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 3.738 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners: 7.620 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.810 €.
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten: 7.620 €.

Berechnung des Bruttoeinkommens

Freibetrag

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
- Arbeitslosengeld
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Einnahmen von Angehörigen im **gemeinsamen Haushalt** (Ehepartner, familienversicherte Kinder, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner).
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, sofern diese die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) übersteigt
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem BVG

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

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d. h. der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 101,76 €, bei chronisch Kranken 50,88 €.

Zuzahlungsbefreiung und Rückerstattung

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

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

Überschreiten die Zuzahlungen **2% der o.g. Bruttoeinnahmen** im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhält der Versicherte sowie sein Ehegatte und die familienversicherten Kinder, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet. Ist ein Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen, dann errechnet eine Krankenkasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und stellt ggf. eine Zuzahlungsbefreiung aus. Dies wird der anderen Krankenkasse mitgeteilt, sodass die Versicherten für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten müssen.

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.607 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 15.240 € (2 x 7.620 €)

davon 2% = Belastungsgrenze: 183,06 €

Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 183,06 € 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 Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2-%ige Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine **Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung** ausgestellt.

- 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.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Patienten mit Demenz sind meistens auf regelmäßige Besuche beim Arzt angewiesen. Um chronisch kranke Patienten in Dauerbehandlung zu entlasten, gilt für sie 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 sich wenigstens ein Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung befindet **und** mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:

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

- **Vorsorge und therapiegerechtes Verhalten**

Die reduzierte Belastungsgrenze gilt nur dann, wenn sich der Patient an **regelmäßiger Gesundheitsvorsorge** beteiligt hat oder **therapiegerechtes Verhalten** nachweisen kann. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Es gelten abhängig vom Alter folgende Regelungen:

- Wer nach dem 01.04.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 3. Jahr am **allgemeinen Gesundheitscheck** zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-, Atemwegs- und Nierenerkrankungen teilnehmen.
- Frauen, die nach dem 01.04.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 01.04.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

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

- mit schweren psychischen Erkrankungen
- mit schweren geistigen Behinderungen
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden

Von **therapiegerechtem Verhalten** wird im Regelfall ausgegangen. Nur wenn der Patient erklärt, dass er sich nicht an die gemeinsam mit dem Arzt getroffenen Vereinbarungen hält und dies auch in Zukunft nicht tun wird, kann der Arzt eine Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten verweigern.

Der Gemeinsame Bundesausschuss 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.

Richtlinie



Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.



**PFLEGE
VERSICHERUNG**

Pflege

Das zweite Pflegestärkungsgesetz hat wichtige Veränderungen für Betroffene mit Demenz angestoßen. Wurden ehemals vor allem körperliche Einschränkungen bei der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit berücksichtigt, erfasst das Begutachtungsverfahren seit 2017 auch Beeinträchtigungen, die bei Demenzpatienten ohne körperliche Gebrechen auftreten. Es wird seitdem auch die Betreuung und Anleitung von Demenzerkrankten bei der Vergütung von Pflegeleistungen berücksichtigt.

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

- Pflegebedürftigkeit und
- Vorversicherungszeit.

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



Praxistipp!

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

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind Menschen, die

- *gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen und deshalb die Hilfe von anderen benötigen und*
- *körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.*

Die Beeinträchtigungen müssen dauerhaft, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, bestehen.

Antrags- und Begutachtungsverfahren

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

Den Antrag auf Pflegeleistungen können neben dem Versicherten auch Familienangehörige oder Bekannte stellen, wenn diese dazu bevollmächtigt sind. Antragsformulare sind bei den Pflegekassen erhältlich. Die zuständige Pflegekasse ist bei der jeweiligen Krankenkasse angegliedert.

Der Gutachter erhebt die Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen, sog. Modulen (siehe S. 45).

Zudem gibt er Empfehlungen zur Optimierung der Pflegesituation, also zu präventiven oder rehabilitativen Leistungen, Hilfs- und Pflegemitteln oder Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung (siehe S. 30).

Sobald die Pflegekasse das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit erhalten hat, stuft sie den Pflegebedürftigen in einen Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller einen **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält neben dem Pflegegrad Angaben zu den genehmigten Leistungen der Pflegeversicherung.



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 vorübergehend **Hilfe zur Pflege** beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab.

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.

- **Modul 1: Mobilität**
Beispiele: Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen (Gewichtung: 10%)
- **Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
Beispiele: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen (Gewichtung: 15%)
- **Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
Beispiele: Gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder selbstschädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage (Gewichtung: 15%)
- **Modul 4: Selbstversorgung**
Beispiele: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gewichtung: 40%)
- **Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
Beispiele: Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche (Gewichtung: 20%)
- **Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**
Beispiele: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds (Gewichtung: 15%)
- **Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten**
Beispiele: Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege
- **Modul 8: Haushaltsführung**
Beispiele: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten

Für die **Module 1 bis 6**, die jeweils mehrere Einzelkriterien enthalten (z.B. Essen oder Trinken) ermittelt der Gutachter einen Punktwert. Die Höhe der Punkte orientiert sich daran, wie sehr die Selbstständigkeit eingeschränkt ist bzw. die Fähigkeiten nicht mehr vorhanden sind.

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

- **Selbstständig**

Die Aktivität kann, evtl. unter Verwendung von Hilfsmitteln, in der Regel selbstständig durchgeführt werden.

- **Überwiegend selbstständig**

Die Aktivität kann zum größten Teil selbstständig durchgeführt werden. Der Pflegeaufwand ist gering und besteht vor allem in Form von motivierenden Aufforderungen, dem Richten und Zurechtlegen von Gegenständen oder in der vereinzelt Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität.

- **Überwiegend unselbstständig**

Die Aktivität kann nur zu einem geringen Teil selbstständig durchgeführt werden. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Eine ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität kann notwendig sein.

- **Unselbstständig**

Die Aktivität kann in der Regel nicht durchgeführt bzw. gesteuert werden.

Die innerhalb eines Bereichs für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen im Anschluss die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrads ein (Höhe der Gewichtung siehe einzelne Module).

Besonderheit bei den Modulen 2 und 3:

Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.

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.

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.



Praxistipp!

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

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

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

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

Widerspruch

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 MDK 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 MDK sorgfältig durchlesen und Abweichungen von eigenen Erfahrungen und Aufzeichnungen (z. B. aus einem Pflegetagebuch) notieren.
- Spätestens ab dem Zugang der Ablehnung sollte ein Pflegetagebuch 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.

- Der Widerspruch sollte schriftlich, am besten postalisch per Einschreiben, eingereicht werden. Dann existiert im Zweifel ein Nachweis über den Eingang des Widerspruchs bei der Pflegeversicherung.
- Um die Fristen des Widerspruchs einhalten zu können, reicht zunächst ein formloses Schreiben, in dem vermerkt ist, dass die ausführliche Begründung für den Widerspruch zeitnah nachgereicht wird.
- Es muss beachtet werden, dass nur der Pflegebedürftige selbst oder eine bevollmächtigte Person den Widerspruch einreichen darf.

Es kann hilfreich sein, vorab ein Beratungsgespräch bei einem Pflegeberater zu vereinbaren, der beim Widerspruchs-Prozess Unterstützung leisten kann. Nach der Ablehnung eines Widerspruchs bleibt nur noch eine **Klage beim Sozialgericht**.



Praxistipp!

Ein ausführlicher Vordruck eines Pfl egetagebuchs kann unter www.betanet.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.

Höherstufung

Wird nach der Einstufung ein höherer Pflegeaufwand als bisher erforderlich, kann ein Antrag auf **Höherstufung** gestellt werden. In der Regel wird dann ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. Änderungsgutachten) durchgeführt.

Bearbeitungsfristen der Pflegekasse

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

Es gelten folgende Fristen:

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

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

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.
- **Pflegesachleistung**
Pflegesachleistungen sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung, die von ambulanten Pflegediensten in der häuslichen Umgebung erbracht werden. Der Pflegedienst rechnet monatlich direkt mit der Pflegekasse ab.
- **Kombinationsleistung**
Nimmt der Pflegebedürftige Sachleistungen nur teilweise in Anspruch, erhält er zudem anteiliges Pflegegeld. An die Entscheidung zu welchen Teilen er Geld- und Sachleistungen erhalten möchte, ist er in der Regel 6 Monate gebunden.

Leistungen bei häuslicher Pflege

- **Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)**
 Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen im Jahr. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.
- **Pflegeberatung und -kurse**
 Jeder, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, hat Anspruch auf eine Pflegeberatung und bekommt dafür einen festen Ansprechpartner vor Ort. Zudem können Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen eine Beratung und kostenlose Pflegekurse in Anspruch nehmen.
- **Entlastungsbetrag**
 Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die häuslich gepflegt werden, haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von 125 € monatlich. Der Betrag wird als Kostenerstattung für anerkannte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger oder zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei der Alltagsgestaltung gewährt.
Er dient zur Erstattung von Leistungen im Zusammenhang mit

 - Tages- oder Nachtpflege,
 - Kurzzeitpflege,
 - Angeboten zur Unterstützung im Alltag oder
 - Leistungen des ambulanten Pflegedienstes. Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 sind Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung (Modul 4) ausgenommen.
- **Pflegehilfsmittel**
 Die Pflegeversicherung zahlt Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise, wenn nicht ein anderer Kostenträger (z. B. die Krankenversicherung) vorrangig leistet. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, die die selbstständige Lebensführung fördern. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z. B. saugende Bettschutzeinlagen) auf 40 € monatlich begrenzt.
- **Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds**
 Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung (siehe Seite 30) haben das Ziel, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherzustellen. Dazu zählen z. B. der behindertengerechte Umbau einer Dusche, der Einbau eines Treppenlifts oder Türverbreiterungen. Die Pflegekasse zahlt maximal 4.000 € je Maßnahme und bis zu 16.000 €, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen.

• **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 Entlastungsbetrag: 125 €	bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €
Ersatzpflege (bis zu 6 Wochen; Angaben beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr)					
... durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte	–	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
... durch nahe Angehörige*	–	bis zu 474 € (316 € x 1,5)	bis zu 817,50 € (545 € x 1,5)	bis zu 1.092 € (728 € x 1,5)	bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5)

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

*Leistungen bei
teilstationärer Pflege
(Tages- oder
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 (Tages- oder Nachtpflege)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich	Anspruch über Entlastungsbetrag: 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 Entlastungsbetrag: 125 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
Vollstationäre Pflege monatlich	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

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

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

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



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege“. Dieser kann unter www.betaCare.de > [ratgeber.html](http://www.betaCare.de/ratgeber.html) kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürger-telefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: 030 3406066-02
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > *Pflegeversicherung* > *Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare* > *Empfehlungen zum Leistungsrecht* findet man im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom Februar 2018 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.



Leistungen für pflegende Angehörige

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

Soziale Sicherung

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

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. spazieren gehen, 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 > *Quicklinks und Services* > *Unfallkassen*.

Praxistipp!

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“*.

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.

Unfallversicherung

Rentenversicherung

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 Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen werden auch während eines Urlaubs bis zu 6 Wochen im Jahr von der Pflegeversicherung weiterbezahlt. Auch Pflegepersonen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (z. B. während der Familienpflegezeit) nachgehen, bekommen zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekasse.

Seit dem 01.07.2017 werden auch für pflegende Rentner Rentenbeiträge von der Pflegekasse bezahlt. Damit kann die bestehende Rente aufgebessert werden.



Praxistipp!

Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“. Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Services > Broschüren & mehr > Broschüren > Vor der Rente heruntergeladen werden.

Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege

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

Besonderheit

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

Krankenversicherung

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.

Für Pflegende, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich an regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Die Pflegepersonen haben damit Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung, falls ein nahtloser Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pflegetätigkeit nicht gelingt. Gleiches gilt für Personen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der **Arbeitslosenversicherung** unterbrechen.

*Arbeitslosen-
versicherung*

Pflegezeit

Für berufstätige Angehörige gibt es einen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um einen nahen Angehörigen zu pflegen.

Die Pflegezeit kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson in der Regel ohne Gehalt von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung in Form von Reduzierung bzw. Verteilung der Arbeitszeit ist möglich. Für die Pflegezeit kann ein zinsloses Darlehen beantragt werden.

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

Voraussetzungen

- 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 MDK.
- 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.

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

Dauer

Die Pflegezeit beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen maximal 6 Monate. Sie kann nur einmal zusammenhängend in Anspruch genommen werden. 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 ist eine häusliche Pflege nicht mehr möglich, endet die Pflegezeit 4 Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Der Arbeitgeber muss darüber unverzüglich informiert werden.

Solche Umstände können z.B. Tod des Pflegebedürftigen, 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.

Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson über die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Die Pflegekasse führt an folgende gesetzliche Sozialversicherungen Beiträge ab:

- Unfallversicherung
- Rentenversicherung
- Kranken- und Pflegeversicherung

Die Höhe der Beiträge orientiert sich am Pflegegrad des Pflegebedürftigen.

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.

Pflegepersonen können sich unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig in der Arbeitslosenversicherung versichern.

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. Dieser 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 2019 maximal 105,88 € pro Tag. Einmalzahlungen werden bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nicht berücksichtigt.

Sozialversicherung

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 Pfllegetätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.
- Bei Minijobs zahlen die gesetzlichen und privaten Pflegekassen die Sozialversicherungsbeiträge 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.

Um die Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen, muss die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des MDK nachgewiesen werden.

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

Im Rahmen der Familienpflegezeit können Arbeitnehmer ihre Arbeitszeit auf bis zu **15 Stunden** reduzieren.

Die Familienpflegezeit darf **maximal 24 Monate** dauern.

In der Familienpflegezeit besteht **Kündigungsschutz**.

Kombination mit Pflegezeit

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

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

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

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

Vorzeitig beendet wird die Pflegephase **8 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.

Voraussetzungen

Dauer

Beendigung

 **Praxistipp!**

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

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 > *Aufgaben* > *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 Pflegenden 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 Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) und das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben haben ein gemeinsames Servicetelefon Pflege eingerichtet, Telefon 030 20179131, Mo–Do von 9–18 Uhr und bieten viele Informationen zur Familienpflege unter www.wege-zur-pflege.de.

Pflegekurse

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

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

Die Teilnahme ist für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegehelfer kostenlos.



Wer hilft weiter?

Informationen zu Pflegekursen geben Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste und Pflegekassen.

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. 50) von einem ambulanten Pflegedienst oder in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege (siehe S. 53) versorgt werden.

Ambulante Vorsorgekur

Eine **ambulante Vorsorgekur** wird an einem anerkannten Kurort erbracht. Anerkannte Kurorte zeichnen sich durch das Vorhandensein natürlicher Heilmittel aus, z. B. Heilquellen oder besonderes Klima. Der pflegende Angehörige 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. Moorbäder, Krankengymnastik, Massagen oder Heuauflagen.

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.

Unterkunft und Verpflegung muss der pflegende Angehörige selbst bezahlen, jedoch gibt es je nach Satzung der Krankenkasse einen Zuschuss von bis zu 13 € täglich. Seit 01.01.2009 zahlen einige Krankenkassen nur noch eine Pauschale von 100 €, wenn die Kur mindestens 14 Tage dauert.

Im Gegensatz zur stationären Vorsorgekur müssen pflegende Angehörige ab dem 18. Geburtstag Zuzahlungen für Anwendungen am Kurort leisten.

Stationäre Vorsorgekur

Die Krankenkasse kann pflegenden Angehörigen auch eine **stationäre Vorsorgekur** bewilligen. Die stationäre Kur dauert ebenfalls längstens 3 Wochen und kann nur aus dringenden medizinischen Gründen verlängert werden. 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.

Pflegende Angehörige ab 18 Jahren müssen eine Zuzahlung von 10 € täglich für die Dauer des Aufenthalts leisten.

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 01.01.2019 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“ 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 in einer Krankenkasse versichert 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.

Schwerbehindertenausweis

The holder of this card is severely disabled.

Mustermann

Merkzeichen

G | H

GdB

100

Name

Mustermann

Vorname

Max

Geburtsdatum

05.03.1999

Ausstellungsbehörde / Geschäftszeichen:

Versorgungsamt XYZ in 12345 Musterstadt / 217-13-8

Gültig ab: 01.01.2013

n: 217-13-8

hme einer
esen



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

„Behinderung“ ist im Sozialrecht genau definiert. Grundlage der Definitionen ist das Behinderungsverständnis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Definition „Behinderung“

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 6 Monate hindern können.

Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Als schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX gelten Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 (Näheres zum GdB siehe unten). 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, siehe S. 69.

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.

Im sozialen Entschädigungsrecht wird vom GdS gesprochen, im Schwerbehindertenrecht vom GdB. Berechnet werden beide jedoch gleich nach den sog. **Versorgungsmedizinischen Grundsätzen**. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB bei verschiedenen Gesundheitsstörungen. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim 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:

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

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

Wer hilft weiter?

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

Schwerbehindertenausweis

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

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

Antrag

Folgende Hinweise 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 Schweigepflichtsentscheidungen 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 Grad der Behinderung.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich mit der Antragstellung einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.

Nach der Feststellung des GdB wird vom Versorgungsamt ein sog. **Feststellungsbescheid** zugesendet.

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

Gültigkeitsdauer

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

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

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

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, welche die Art der Behinderung kennzeichnen, und vom Grad der Behinderung. Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können Sie im Internet downloaden unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche“.
- Nähere Informationen rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber „Behinderung & Soziales“. Dieser kann unter www.betaCare.de/ratgeber.html kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo-Do von 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die **unabhängige Teilhabeberatung**. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen unter www.integrationsaemter.de > Kontakt.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.

Rechtliche Aspekte bei Demenzkranken

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

Gesetzliche Betreuung

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

Wenn jedoch offensichtlich wird, dass ein Mensch im Alltag nicht mehr zurechtkommt, dann kann von jedem, dem das auffällt, z. B. Arzt, Nachbar oder die betreuungsbedürftige 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. Die Betreuung ersetzt frühere rechtliche Möglichkeiten: die Entmündigung, die Vormundschaft für Volljährige und die Gebrechlichkeitspflegschaft.

Wenn ein Erwachsener 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 einen Betreuer.

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

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

Voraussetzungen

Eignung des Betreuers

Eine Person ist nur zum Betreuer geeignet, wenn sie das Amt zum Wohl des Betroffenen führen wird.

Kriterien dafür sind v. 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 fachmännische 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 Willenserklärungen des Betreuten zu ihrer Wirksamkeit der **Einwilligung des Betreuers** bedürfen.

Das kann in der Praxis bedeuten, dass z. B. der Betreuer der Bank einen Betrag (z. B. 200 €) nennt, den der Betreute in der Woche abheben darf. Will er mehr Geld haben, muss die Bank mit dem Betreuer Rücksprache halten.

Es gibt 4 Ausnahmen, die nicht mit dem Einwilligungsvorbehalt versehen werden können:

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

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

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

Dies gilt z. B. bei:

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

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 Sachverständigen-gutachten über die Ermittlung der Notwendigkeit, den Umfang und die vor-aussichtliche Dauer der Betreuung. Diese Kosten muss der Betreute nur tragen, wenn sein Vermögen nach Abzug der Verbindlichkeiten mehr als 25.000 € beträgt. Bei einem Reinvermögen über 25.000 € wird für eine dauerhafte Betreuung eine Jahresgebühr fällig. Sie beträgt pro Jahr der Betreuung 10 € für jede angefangenen 5.000 €, die über dem Vermögen von 25.000 € liegen, mindestens jedoch 200 €.

• **Gebühren für Berufsbetreuer**

Bei einem Reinvermögen ab 5.000 € müssen der Betreute oder seine Unter-haltspflichtigen (z. B. Ehegatte, Kinder) die Kosten für einen Berufsbetreuer prinzipiell selbst tragen. Berufsbetreuer haben bestimmte Stundensätze, abhängig von ihrer Vorbildung. Das sind ohne besondere Kenntnisse: 27 € inkl. Mehrwertsteuer, mit abgeschlossener Ausbildung: 33,50 € inkl. Mehr-wertsteuer und mit abgeschlossenem Studium: 44 € inkl. Mehrwertsteuer.

• **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. Mehr-wertsteuer gezahlt, oder er erhält eine individuell zu belegende Aufwands-entschädigung.

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

Praxistipps!

Anregung der Einrichtung einer Betreuung:

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

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

Dies können zum einen mechanische Geräte wie Fixiergurte und Bettgitter sein, zum anderen sedierende Medikamente. Darüber hinaus können auch sonstige Methoden zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen zählen, die einem Demenzkranken die Möglichkeit nehmen, das Bett, den Stuhl, den Raum oder das Haus zu verlassen, z. B. Abschließen oder die Wegnahme von Hilfsmitteln.

Freiheitsentziehende Maßnahmen müssen beim Betreuungsgericht beantragt werden. Sie dürfen nur eingesetzt werden, wenn Betroffene sich selbst und/oder andere gefährden.

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

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.

Ein Rechtfertigungsgrund ist z. B. eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine vom Patienten ausgehende Fremdgefährdung.

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.

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.

Freiheitsentziehende Maßnahmen in der häuslichen Umgebung

Freiheitsentziehende Maßnahmen im stationären Bereich

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

Haben Ärzte, Angehörige oder Nachbarn Bedenken, dass ein Demenzbetroffener sich selbst oder andere gefährdet, dann sollten sie sich an dessen gesetzlichen Betreuer (Betreuung) 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. Allerdings hilft es oft schon, wenn diese offiziellen Stellen mit dem Patienten sprechen und ihn um Einsicht bitten.

Geronto- psychiatrische 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.

Mittlerweile erlauben technische Erfindungen eine Überwachung von demenzkranken Bewohnern im Krankenhaus oder Pflegeheim. So gibt es beispielsweise Signalgeber bei Weglauftendenz des Patienten:

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

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“*.

Finanzen und Rechtsgeschäfte

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

Typische Vorkommnisse sind:

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

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

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

Versicherungen

Demenz zählt zu den informationspflichtigen und gefahren erhöhenden 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 > *Unser Service* > *Archiv Alzheimer Info* > „Haftpflichtversicherung für Demenzkranke halten nicht immer, was sie versprechen“.

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 Zweifeln an der Geschäftsfähigkeit vorzubeugen, sollte ein Facharzt die Geschäftsfähigkeit attestieren.

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.

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 Vorsorge-dokumente vorhanden sind.

*Vorsorge-
möglichkeiten*

*Zentrales Vorsorge-
register der Bundes-
notarkammer*

Praxistipps!

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

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.
- Hinweise für Ärzte bietet die Bundesärztekammer (BÄK) in der Veröffentlichung „Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zu Patientenverfügungen und anderen vorsorglichen Willensbekundungen bei Patienten mit einer Demenzerkrankung“, Download unter www.bundesaerztekammer.de > Ärzte > Medizin & Ethik > Sterbebegleitung. Die Empfehlungen vermitteln auch interessierten Patienten ein vertieftes Verständnis.

Patientenverfügung

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

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

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

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

- Treffen die Festlegungen der Patientenverfügung auf die Situation zu, muss der Betreuer/Bevollmächtigte dem Patientenwillen Geltung verschaffen, d. h.: Enthält die Patientenverfügung eine Entscheidung über die Einwilligung/Nicht-einwilligung 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.

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.

Inhalte

Folgende Situationen sollten genau beschrieben sein:

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

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 schweren, 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 muss vom Arzt beachtet werden, da er ansonsten der Körperverletzung bezichtigt werden kann. Verbindlich ist allerdings nur, was rechtlich erlaubt ist, d. h.: Der Wunsch nach aktiver/direkter Sterbehilfe darf nicht erfüllt werden. Eine Patientenverfügung kann verbindlich nur Wünsche zu Sterbebegleitung, Schwerstkrankenpflege und passiver bzw. indirekter Sterbehilfe enthalten.

Folgende Voraussetzungen gelten bei der Patientenverfügung:

- Eine Patientenverfügung kann mündlich und schriftlich erteilt werden. Handschriftlichkeit ist nicht nötig, hier ist allerdings die Fälschungsgefahr am geringsten. Es wird jedoch dringend die schriftliche Form zum Ausschluss von Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit des Verfassers angeraten. 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.
- Bei einer schriftlichen Patientenverfügung sind Ort, Datum und eigenhändige Unterschrift erforderlich.
- Ergänzungen und Streichungen müssen ebenfalls mit Ort, Datum und Unterschrift dokumentiert werden.

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
- die Aktualität der 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.



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 kann auch bei Banken, dem Amts- oder Betreuungsgericht, Notaren oder Rechtsanwälten hinterlegt werden.
- 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. mit einem Pflegeheim) gemacht werden.

Notarielle Beglaubigung und Beurkundung

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

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

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

Die notarielle **Beglaubigung** der Unterschrift kostet Gebühren in Höhe von etwa 10 € bis maximal 70 €. Die **Beurkundung** ist teurer, in der Regel entstehen Kosten von etwa 60 €.



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: schiedsstelle@patientenschuetzer.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 oder sich auf einzelne Angelegenheiten, sog. **Aufgabenkreise**, beschränken.

Eine umfassende Vorsorgevollmacht sollte folgende Aufgabenkreise abdecken:

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

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

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

- Durchführung notwendiger freiheitseinschränkende Maßnahmen, z. B. Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung, Anlegen von Bauchgurten, Anbringen von Bettgittern, Verabreichung ruhigstellender Medikamente. Näheres zu freiheitsentziehenden Maßnahmen auf S. 75.
- 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 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 gegebenenfalls 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.

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



Praxistipps!

Tipps zur Erstellung und Aufbewahrung der Vorsorgevollmacht:

- Um Zweifel an der Geschäftsfähigkeit des Verfassers auszuschließen, wird dringend die **schriftliche** Form angeraten.
- **Handschriftlichkeit** ist nicht nötig, hier ist jedoch die 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.
- Zweckmäßig ist ein **Hinweiskärtchen** im Geldbeutel mit dem Vermerk, dass eine Vorsorgevollmacht verfasst wurde und wo sich diese befindet.

*Notarielle
Beglaubigung oder
Beurkundung*

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

• **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 (§1945 BGB).
- Erklärungen gegenüber dem Handelsregister, z. B. bei Vertretung des Vollmachtgebers in unternehmensbezogenen Angelegenheiten.
- Immobiliengeschäfte (§29 GBO).

• **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.

Eine notarielle Beurkundung der Vorsorgevollmacht ist in folgendem Fall **zwingend** erforderlich:

- Abschluss von Verbraucherdarlehensverträgen, insbesondere mit Kreditinstituten (§ 492 BGB).

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.

Betreuungsverfügung

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

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

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** mit Hilfe 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.

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.

Inhalte

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.

Formales

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

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



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.

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.

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. Die Höhe der Notarkosten finden Sie auf S. 88.



Praxistipp!

Der betaCare-Ratgeber „Patientenvorsorge“ mit ausführlichen Informationen sowie einzelnen Vordrucken zu Patientenvorsorge, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht kann unter www.betaCare.de > [ratgeber.html](http://www.betaCare.de/ratgeber.html) 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.

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

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

Gibt es keine Erben erster Ordnung, wird ein nachrangiger Erbe 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, Cousinen, Vettern.
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.

Die Höhe des **Pflichtteils** beträgt grundsätzlich die Hälfte 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.

Es gibt 2 Formen von Testamenten:

- **Öffentliches (notarielles) Testament**

Der Erblasser teilt einem 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 Notarkostengesetz (GNotKG) und ist vom Vermögen des Erblassers abhängig. Beträgt z. B. das Vermögen 100.000 € wird eine Gebühr von 273 € angesetzt. Hinzu kommen 15 € für das Zentrale Testamentsregister (siehe unten).

- **Eigenhändiges Testament**

Dieses muss **handschriftlich** fixiert werden. Mit dem Computer oder der Schreibmaschine erstellte Testamente sind **ungültig**. Es muss klar erkennbar sein, wer das Testament erstellt hat. Neben dem Vor- und Zunamen erfordert dies die Angabe von Ort und Datum. Der Verfasser muss das Dokument mit seinem vollständigen Namen eigenhändig unterschreiben.

Vorschriften zur Aufbewahrung gibt es nicht. Das Testament kann gegen eine Gebühr von 75 € beim Nachlassgericht hinterlegt werden. Ein Testament kann jederzeit widerrufen, geändert oder vernichtet und neu angefertigt werden. Es gilt immer die zeitlich spätere Fassung.

*Aufbewahrung und
Gültigkeit von
Testamenten*

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



Praxistipp!

Die Broschüre „Erben und Vererben“ kann auf der Internetseite des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz unter www.bmjv.de > *Publikationen* heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

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



Adressen

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Friedrichstraße 234, 10969 Berlin-Kreuzberg

Telefon 030 2593795-0

Alzheimer-Telefon: 030 2593795-14 (Mo–Do von 9–18 Uhr, Fr von 9–15 Uhr)

Fax 030 2593795-29

E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de

www.deutsche-alzheimer.de

Hirnliga e.V.- Deutschlands Alzheimer Forscher

Postfach 1366, 51657 Wiehl

Telefon 02262 9999917

E-Mail: buero@hirnliga.de

www.hirnliga.de

Wegweiser Demenz

Internetportal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

www.wegweiser-demenz.de

Bundesverband Gedächtnistraining e.V.

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

Telefon 06126 50578-0

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

Kompetenznetz Demenzen

Bundesweiter Zusammenschluss von universitären Einrichtungen,
die sich der Demenzforschung widmen:

c/o Zentralinstitut für Seelische Gesundheit J 5, 68159 Mannheim

www.kompetenznetz-demenzen.de

Aktion Demenz e.V.

Karl-Glückner-Straße 21 E, 35394 Gießen

Telefon 0641 9923206

Mobil 01577 2888378

Fax 0641 9923219

E-Mail: info@aktion-demenz.de

www.aktion-demenz.de

Freunde alter Menschen e.V.

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

Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V.

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

Gerontologische Senioren-Beratung Online

Valerystraße 96, 85716 Unterschleissheim
Telefon 089 32158775
Fax 004932121402509
E-Mail: pwagner@seniorenberatung-online.de
www.seniorenberatung-online.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)

Kirchfeldstraße 149, 40215 Düsseldorf
Telefon 0211 31006-0
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
Fax 030 31018970
E-Mail: verwaltung@dag-shg.de
www.dag-shg.de

Impressum

Herausgeber

betapharm Arzneimittel GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
service@betapharm.de
www.betapharm.de

Redaktion

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

Redaktionsleitung: Jutta Meier

Redaktionsteam: Janina Del Guidice, Simone Kreuzer, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

Manuela Mahl

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2019

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.

14. Auflage, August 2019

Gesundheit ist unser Ziel!

www.betaCare.de



betaCare-Ratgeber

Die betaCare-Ratgeber bieten umfassend und verständlich sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zu verschiedenen Themen bzw. Krankheiten.

Im Detail liefern die betaCare-Ratgeber Antworten auf viele Fragen, mit denen Patienten und deren Angehörige zusätzlich konfrontiert werden: Sozialrechtliche Angelegenheiten, Antragstellungen und Zuständigkeiten, der tagtägliche Umgang mit einer Krankheit, praktische Tipps, weiterführende Adressen und vieles mehr.

Konkrete Beispiele für Fragestellungen sind:

- *Wie erhalte ich die notwendigen Pflegeleistungen?*
- *Wie ist die Zuzahlung von Arzneimitteln geregelt?*
- *Welche Möglichkeiten der Patientenvorsorge gibt es?*
- *Woher bekomme ich einen Schwerbehindertenausweis?*

Aktuell sind folgende Ratgeber unter www.betaCare.de erhältlich:

- ADHS & Soziales
- Behinderung & Soziales
- Brustkrebs & Soziales
- Depression & Soziales
- Epilepsie & Soziales
- Frau, Mann, Familie
- HIV/AIDS & Soziales
- Osteoporose & Soziales
- Palliativversorgung & Soziales
- Parkinson & Soziales
- Patientenvorsorge
- Pflege
- Prostatakrebs & Soziales
- Psychosen, Schizophrenie & Soziales
- Schmerz & Soziales

Sozialrechtliche Informationen auch online – www.betanet.de

Die betapharm Arzneimittel GmbH ist auch Förderer des betanet, einer Online-Informationsplattform für Sozialfragen im Gesundheitswesen.

Das betanet steht kostenfrei und rund um die Uhr unter www.betanet.de zur Verfügung. Es ist ein Angebot des gemeinnützigen beta Instituts und wird stetig aktualisiert und weiterentwickelt.

beta pharm