

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.

Inhalt

Vorwort	2
Demenz	5
Symptome einer Demenz	5
Ursachen und Formen	7
Diagnostik	8
Behandlung	9
Medikamentöse Therapie von Demenz	9
Nicht-medikamentöse Therapie von Demenz	10
Medizinische Rehabilitation	13
Spezielle Reha-Einrichtungen	14
Begleitperson	15
Geriatrische Rehabilitation	16
Leben mit Demenz	19
Umgang mit Demenz	19
Ernährung	23
Führerschein bei Demenz	26
Demenz und Beruf	29
Menschen mit Demenz im Krankenhaus	30
Wohnen bei Demenz	33
Wohnumfeldverbesserung	35
Stationäre Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten bei Demenz	38
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	41
Zuzahlungsregelungen	41
Zuzahlungsbefreiung	44
Sonderregelung für chronisch Kranke	46
Pflege	49
Pflegebedürftigkeit	50
Pflegeantrag	51
Pflegebegutachtung	52
Leistungen bei häuslicher Pflege	55
Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege	58
Ausländische Haushalts- und Pflegekräfte	59
Hilfe zur Pflege vom Sozialamt	61
Leistungen für pflegende Angehörige	63
Freistellung zur Pflege von Angehörigen	63
Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung	66
Vorsorge und Rehabilitation	67

Behinderung	71
Grad der Behinderung bei Demenz	72
Schwerbehindertenausweis	73
Nachteilsausgleiche	75
Rechtliche Aspekte bei Menschen mit Demenz	77
Rechtliche Betreuung	77
Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Menschen mit Demenz	81
Finanzen und Rechtsgeschäfte	85
Patientenvorsorge	87
Vorsorgevollmacht	87
Betreuungsverfügung	87
Patientenverfügung	89
Durchsetzung von Rechtsansprüchen	91
Widerspruch	91
Verfahren vor den Sozialgerichten	93
Adressen	97
Übersicht: Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad	100
Impressum	103

Demenz

Bei Demenz und ihrer häufigsten Form, der Alzheimer-Erkrankung, baut das Gehirn ab. Der Abbau und Verlust geistiger Funktionen und Alltagskompetenzen ist chronisch, also nicht heilbar. Die Symptome einer Demenz können sehr unterschiedlich sein. Zudem ist nicht vorhersehbar, ob, wann und in welcher Ausprägung sie bei Betroffenen auftreten und welchen Verlauf die Demenz nehmen wird.

Demenz zählt zu den häufigsten Erkrankungen im höheren Lebensalter. Unter 65 Jahren sind nur vereinzelt Menschen betroffen, es handelt sich dann meist um seltenere Formen, z. B. die frontotemporale Demenz (FTD).

Für Angehörige ist es schwer mit anzusehen, wie Ehemann, Ehefrau, Vater oder Mutter sich verändern, unselbstständig, verwirrt, misstrauisch und hilflos werden. Um besser mit Demenz-Erkrankten umgehen zu können, ist es **wichtig**, die Demenz zu verstehen. Deshalb sollen sich Angehörige mit dem Krankheitsbild beschäftigen und sich informieren, welche Verhaltensänderungen eintreten können und wie sie sich auf das Alltagsleben auswirken. Wissen erleichtert das Verständnis für Demenz-Betroffene und das Hineinfühlen in ihre Welt.

Symptome einer Demenz

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

Typische Symptome einer Demenz sind:

- Nachlassen des Kurzzeitgedächtnisses, Vergesslichkeit, eingeschränkte Urteilsfähigkeit
- Zeitliche, räumliche und persönliche Orientierungslosigkeit, sich in bekannter Umgebung verirren
- Nachlassendes Denkvermögen, Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit (z. B. Lernen, Ideenfluss)
- Schwierigkeiten, alltägliche Handlungen, z. B. sich anziehen oder Arbeiten im Haushalt, auszuführen (Apraxie)
- Nichterkennen von Personen und Gegenständen
- Persönlichkeitsveränderung, Gereiztheit
- Wortfindungsstörung, Sprachstörungen (Aphasie), Störungen der Kommunikationsfähigkeit
- Schlafstörungen, depressive Symptome wie Antriebsarmut, Angst, Niedergeschlagenheit und Verlust der Eigeninitiative
- Störungen des Essverhaltens: Essen von Nicht-Essbarem, Essen und Trinken vergessen
- Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder Euphorie
- Auffällige Verhaltensstörungen, z. B. Enthemmung, Aggression, oft als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet
- Abnehmende körperliche Beweglichkeit, Störung von Reflexen, damit einhergehend erhöhte Sturzgefahr

Für die Diagnose Demenz müssen die Symptome über **mindestens 6 Monate** bestanden haben. Keines der genannten Symptome tritt nur bei einer Demenzerkrankung auf. Sie können auch auf eine seelische Störung oder eine andere hirnorganische Erkrankung hinweisen. Daher ist eine gründliche Diagnostik **wichtig** (siehe S. 8).

Verlauf und Phasen

Demenzen sind Erkrankungen, bei denen nach und nach Gewebeteile bzw. Nervenzellen im Gehirn abgebaut werden. Nur bei sehr wenigen Formen sind grundlegende Verbesserungen oder gar eine Heilung möglich.

Häufig wird der Verlauf in 3 Phasen und eine Vorphase eingeteilt:

Vorphase – erste, leichte geistige (kognitive) Beeinträchtigung

Die ersten Symptome treten oft schon viele Jahre vor dem tatsächlichen Abbau von Hirnzellen auf. Meist ist es eine Vergesslichkeit, die aber das Alltagsmanagement nicht beeinträchtigt. Der Fachausdruck für diese Phase ist „Leichte Kognitive Beeinträchtigung“ oder MCI (engl. für Mild Cognitive Impairment). Das kann aber auch eine normale Alterserscheinung sein oder auf andere Krankheiten hindeuten, deshalb ist eine genaue frühzeitige Diagnostik erforderlich. Ignorieren kann schädlich sein, denn in diesem Vorstadium gibt es die **besten** Behandlungsmöglichkeiten.

Meist sind die Beeinträchtigungen so gering, dass eine selbstständige Lebensführung möglich ist.

Frühes Stadium (leichte Demenz)

Störungen von Gedächtnis, Orientierung, Denkvermögen und Wortfindung. Betroffene können 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 (mittelschwere Demenz)

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

Fortgeschrittenes Stadium (schwere Demenz)

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

Die Stadien gehen fließend ineinander über, aber der Verlauf ist nicht kontinuierlich. Es kann zu starken Schwankungen der geistigen Fähigkeiten kommen, sowohl im Laufe eines Tages als auch phasenweise. Die Fähigkeiten und Defizite unterscheiden sich stark zwischen Betroffenen.

Ursachen und Formen

Demenzen können viele verschiedene Ursachen und Formen haben.

Es wird unterschieden zwischen primären und sekundären Demenzen.

„Altersdemenz“ ist ein umgangssprachlicher Ausdruck. Er kommt daher, dass die Wahrscheinlichkeit einer Demenz mit dem Alter steigt.

Primäre Demenzen	<p>Bei primären Demenzen beginnt der Krankheitsprozess direkt im Gehirn. Die Schädigungen sind bleibend.</p> <p>Die bekanntesten Formen primärer Demenzen sind z. B. Alzheimer-Krankheit (etwa die Hälfte der betroffenen Personen), gefäßbedingte (vaskuläre) Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz, frontotemporale Demenz, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit.</p>
Sekundäre Demenzen	<p>Die Demenz ist die Folge einer anderen Grunderkrankung, z. B. Parkinson, Hirntumor, Depressionen, Korsakow-Syndrom.</p> <p>Die Grunderkrankungen sind zum Teil behandelbar und manchmal bilden sich Demenzsymptome zurück.</p>

Diagnostik

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

Erste Ansprechperson ist meist der Hausarzt. Im Gespräch erhält der Arzt vom Betroffenen und seinen Bezugspersonen Angaben über den Zeitpunkt und das Ausmaß der auftretenden Symptome und Verhaltensauffälligkeiten, eingenommene Medikamente, andere Erkrankungen usw. Zudem werden Gedächtnis, Sprach- und Konzentrationsfähigkeit der erkrankten Person mit 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 können, obwohl an anderen Tagen bereits große Defizite erkennbar sind. Zudem können viele im Anfangsstadium ihre Defizite gut überspielen. Eine Therapie ist aber umso wirksamer, je früher sie einsetzt. Daher ist es wichtig, dass Angehörige in die Diagnostik mit einbezogen werden und dem Arzt ein realistisches Bild der Gesamtsituation vermitteln können.

Gedächtnissprechstunden

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

Praxistipp!



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

Behandlung

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

Eine Heilung der primären Demenzen (z. B. Demenz vom Alzheimer Typ) ist bislang nicht möglich. Sekundäre Demenzen bieten über die Therapie der Grunderkrankung zum Teil gute Heilungschancen.

Therapieziel bei der primären Demenz ist die Erhaltung der geistigen Leistungsfähigkeit und der Alltagskompetenzen. Bereits das Aufhalten der Erkrankung ist als Erfolg zu werten.

Medikamentöse Therapie von Demenz

Die medikamentöse Behandlung einer Demenz kann auf 2 Ebenen ansetzen:

Ursachenbezogen

Bisher ist es nicht möglich, primäre Demenzen ursächlich medikamentös zu behandeln. Einige wesentliche Störungen im Gehirnstoffwechsel lassen sich jedoch mit sog. Antidementiva positiv beeinflussen, die das Fortschreiten der Krankheit um einige Zeit verzögern können. Wegen der Vielzahl möglicher Ursachen werden oft Substanzen mit unterschiedlichen Wirkansätzen angewendet. Häufig bringt auch erst eine Kombination von Medikamenten einen Erfolg. Manche Menschen profitieren sehr gut von den Medikamenten, andere überhaupt nicht.

Symptomatisch

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

Nicht-medikamentöse Therapie von Demenz

Psychosoziale Maßnahmen sind zentraler und notwendiger Bestandteil bei der Behandlung von Demenzerkrankten und der Betreuung durch ihre Angehörigen.

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

Kognitive Verfahren sind Therapien und Vorgehensweisen, die direkt auf die Hirnleistung wirken. Sie scheinen vor allem bei leichter und mittlerer Demenz zu wirken.

Kognitive Verfahren

- **Gedächtnistraining:**

Trainiert und erhält vorhandenes Wissen. Neues lernen ist nur sehr eingeschränkt möglich. Problematik: Wenn Menschen mit Demenz nicht erfolgreich lernen, werden sie mit ihrer eigenen Schwäche konfrontiert, was sehr belastend sein kann. Deshalb wird Gedächtnistraining meist nur in der Anfangsphase angewendet. 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 von Betroffenen zu verstehen.

Körperliche Verfahren

- **Ergotherapie:**

Ergotherapeutische, individuell angepasste Maßnahmen können bei leichter und mittelschwerer Demenz zum Erhalt der Alltagsfunktionen beitragen. Besonders hilfreich ist es, wenn die Bezugspersonen in die Therapie miteinbezogen werden.

Ergotherapie-Praxen finden Sie beim Deutschen Verband Ergotherapie unter <https://dve.info> > Service > Ergotherapeutische Praxen, Suche.

- **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 Hinlauftendenzen und kann Schlafstörungen mindern.

In der Physio-Praxis-Auskunft der Stiftung Gesundheit finden Sie unter www.arzt-auskunft.de > *Physiotherapeut:innen* Physiotherapiepraxen in Ihrer Nähe.

- **Logopädie:**

Die Logopädie umfasst bei Demenz die Bereiche Sprache zur Verbesserung der Kommunikation und/oder Schlucken zur Verbesserung der Ernährungssituation. Logopädie-Praxen vor Ort finden Sie beim Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie unter www.dbs-ev.de > *Service* > *Therapeut:innenverzeichnis*.

Künstlerische Therapien

- **Kunst- und Musiktherapie:**

Musik hören, kreativ arbeiten und Bilder/Fotos anschauen kann je nach Lebenserfahrung des Menschen auch noch im fortgeschrittenen Stadium positive Gefühle vermitteln sowie agitiertes Verhalten (d. h. Verhaltensweisen, die durch krankhafte Unruhe entstehen, z. B. gesteigerter Bewegungsdrang) und Aggressionen reduzieren. Aktive Musiktherapie hat zudem günstige Effekte auf psychische und Verhaltenssymptome, insbesondere auf Angst. Adressen für musiktherapeutische Angebote vor Ort finden Sie bei der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft unter www.musiktherapie.de > *Meine Suche*.

- **Tanztherapie:**

Bewegung und Tanz werden zur Interaktion mit an Demenz erkrankten Personen eingesetzt, was insbesondere bei einer eingeschränkten sprachlichen Kommunikation die Ressourcen Betroffener stärken kann.

Adressen tanztherapeutischer Angebote finden Sie beim Bundesverband der Tanztherapeutinnen Deutschlands e.V. unter www.btd-tanztherapie.de > *Therapeuten*.

Sensorische Verfahren

- **Aromatherapie:**

Der Einsatz von Geruchsstoffen kann unruhiges Verhalten und andere Verhaltenssymptome bei mittel- bis schwergradiger Demenz positiv beeinflussen.

- **Snøezelen/multisensorische Verfahren:**

Individuelle biographiebezogene Reize (z. B. bestimmte Musik, Lichter, Düfte) regen alle Sinne an und können Effekte auf Freude und Aktivität bei Menschen 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 der erkrankten Person beachtet werden.

Validation

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

Praxistipps!



- Im Jahr 2018 hat das Bundesgesundheitsministerium die nationale Demenzstrategie ins Leben gerufen, um die Situation von Menschen mit Demenz zu verbessern. Ein Teil dieser Strategie ist die Einführung des Versorgungskonzepts **Dementia Care Management**. Dabei arbeiten speziell geschulte Pflegefachkräfte gemeinsam mit dem Hausarzt daran, die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz zu Hause zu verbessern und bestmöglich zu koordinieren. Wie Dementia Care Management in der Praxis aussieht, können Sie in dem Wissenspodcast des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) jederzeit nachhören unter www.dzne.de > *Aktuelles* > *Podcast* > *Episode 35: Dementia Care Management: Mehr Lebensqualität für Erkrankte und Angehörige*.
- Die medizinische Leitlinie mit dem aktuellen Stand der Forschungen zu Diagnostik, Behandlung und Therapie der Demenzen von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) können Sie unter www.awmf.org > *Suchbegriff: „Demenzen“* einsehen.
- Die Kurzinformationen „Demenz – Eine Herausforderung für Angehörige“ und „Demenz – mehr als nur vergesslich“ finden Sie beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) unter www.patienten-information.de > *Krankheiten und Themen* > *Psyche und Verhalten*.
- Wenn Sie denken, dass Sie selbst oder eine angehörige Person von Demenz betroffen sind, Sie sich aber Ihrem Umfeld nicht öffnen können oder möchten, gibt es Anlaufstellen bei der Alzheimergesellschaft. Sie können dort Informationen und vertrauliche Beratung erhalten. Adressen in Ihre Nähe finden Sie unter www.deutsche-alzheimer.de > *Hilfe und Beratung in Ihrer Nähe - Bundesweites Adressenverzeichnis*.

Medizinische Rehabilitation

Bei der medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Demenz geht es, besonders im frühen und mittleren Stadium, um zwei Bereiche: Die Alltagskompetenzen Betroffener zu erhalten und die Betreuenden zu informieren. Ziel ist, die Pflege, so lange es geht, im eigenen Zuhause zu ermöglichen.

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

Kostenübernahme

Für Menschen mit Demenz werden in der Regel nur stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen oder geriatrische Rehabilitationen (siehe S. 16) genehmigt. Da es bei primären Demenzerkrankungen keine Heilungschancen gibt, ist es für Versicherte oft schwer, eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu erreichen. Dennoch sollten die Angehörigen gemeinsam mit dem behandelnden Arzt eine Reha beantragen. Wichtig ist eine ausführliche Begründung, warum die medizinische Reha auch bei Demenz notwendig und erfolgversprechend ist. Zudem sollte bereits im Antrag auf eine spezialisierte Einrichtung für Demenzerkrankungen verwiesen werden.

- Pflegende Angehörige können zur Entlastung und Erhaltung ihrer Gesundheit eine stationäre Reha für sich selbst beantragen. Betroffene sprechen am besten gezielt den Hausarzt darauf an. Nähere Informationen zur Entlastung pflegender Angehöriger ab S. 63.
- Wenn Sie als Pflegeperson eines Angehörigen stationäre medizinische Rehabilitation benötigen und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, besteht seit 01.01.2024 ein Rechtsanspruch auf eine Versorgung in derselben Rehaeinrichtung. Die Einrichtung kann, wenn die Versorgung dort nicht sichergestellt ist, auch zugelassene ambulante Pflegedienste zur Versorgung heranziehen oder vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen.



Spezielle Reha-Einrichtungen

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

Dort werden Menschen mit Demenz, bei medizinischer Notwendigkeit auch eine Begleitperson (siehe S. 15) aufgenommen. Die Krankenkasse ist Kostenträger der stationären Reha-Maßnahme.

Das Reha-Angebot teilt sich auf in

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

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

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

Die Rehabilitation bei einer Demenz als Nebendiagnose findet häufig als geriatrische Rehabilitation (siehe S. 16) statt, entweder

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

Ziel jeder Reha-Maßnahme ist, die Lebensqualität und die Teilhabe am sozialen Leben von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen zu stärken.

Praxistipp!



Es gibt derzeit noch kein flächendeckendes Angebot von Reha-Einrichtungen mit demenzspezifischen Rehabilitationskonzepten im Bundesgebiet. Adressen vermittelt die Deutsche Alzheimer Gesellschaft unter www.deutsche-alzheimer.de. Dort finden Sie auch das Infoblatt 23 „Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz“:

www.deutsche-alzheimer.de > Publikationen > Informationsblätter > Infoblatt 23 „Vorsorge - und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz“.

Begleitperson

Begleitperson im Sinne der Krankenversicherung ist, wer eine andere Person bei deren Aufenthalt in einer Klinik oder bei einer Kur begleitet und währenddessen ständig anwesend ist. Bei Demenzkranken kann möglicherweise die angehörige pflegerische Bezugsperson als Begleitperson mitkommen.

Die Mitaufnahme einer Begleitperson während einer stationären Behandlung wird von der Krankenkasse bezahlt, wenn sie aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Zwingende medizinische Gründe können sein:

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

Die Begleitperson muss **nicht** mit der erkrankten Person 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.

Kostenerstattung für Begleitpersonen

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

Fahrten

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

Praxistipp!



Liegt bei der betroffenen Person eine **Schwerbehinderung** vor, kann eine notwendige Begleitperson kostenlos im öffentlichen Nah- und Fernverkehr mitfahren, sofern Merkzeichen „B“ im Schwerbehindertenausweis eingetragen ist (Näheres zu Behinderungen ab S. 71).

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 Mensch mit Demenz 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 Menschen mit mehreren Erkrankungen ausgerichtet.

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

Geriatrische Behandlung älterer Menschen

Eine geriatrische Rehabilitation kann in Anspruch genommen werden, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Biologisch höheres Lebensalter (70 Jahre und älter)
- Geriatrietypische Mehrfacherkrankung mit mindestens 2 behandlungsbedürftigen Krankheiten und deren Folgen, z. B. Immobilität, Sturzneigung und Schwindel, kognitive Defizite, Inkontinenz, Angststörung, chronische Schmerzen, Gebrechlichkeit, starke Sehbehinderung, ausgeprägte Schwerhörigkeit
- Gefährdung durch altersbedingte Funktionseinschränkungen
- Besonderer rehabilitativer, psychosomatischer und psychosozialer Handlungsbedarf
- Schwierigkeiten in sozialen Situationen

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

Folgende Ereignisse können typischerweise eine geriatrische Reha erfordern:

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

Maßnahmen und Ziel

Im Mittelpunkt steht die Einschätzung (Assessment) zur Situation der betroffenen Person durch ein Team aus verschiedenen Fachrichtungen.

Die geriatrische Reha kann, je nach individuellem Bedarf, u. a. folgende Maßnahmen umfassen:

- Kontinuierliche ärztliche Diagnostik und Behandlung im interdisziplinären Team
- Pflege mit Schwerpunkt auf aktivierend-therapeutischer Pflege
- Physiotherapie und 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 Rehabilitationsziele sind z. B.:

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

Voraussetzungen für die Verordnung

Die Voraussetzungen für eine geriatrische Rehabilitation sind:

- Betroffene erfüllen die Kriterien für eine geriatrische Behandlung (siehe S. 16).
- Betroffene sind rehafähig und rehabedürftig.
- Es liegt eine positive Rehabilitationsprognose vor.
- Das angegebene Reha-Ziel ist realistisch und alltagsrelevant.

Ausschlusskriterien für die geriatrische Rehabilitation sind u. a.:

- Fehlende Zustimmung des alten Menschen zur Rehabilitation
- Begleiterkrankungen oder Symptome, die eine aktive Teilnahme an der Reha-Maßnahme verhindern, wie z. B. Desorientiertheit, Weg- und Hinlauf-tendenz, schwere psychische Störungen wie schwere Depression oder akute Wahnsymptomatik

Formen der geriatrischen Rehabilitation

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

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

Praxistipp!



Adressen von Einrichtungen, die mobile Rehabilitation durchführen, finden Sie bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. unter www.bag-more.de > *Standorte*.

Wie wird eine geriatrische Reha beantragt?

Die geriatrische Reha kann vom Hausarzt oder vom Arzt im Krankenhaus auf dem Verordnungsformular 61 verordnet werden. Versicherte oder das Krankenhaus reichen die Verordnung bei der zuständigen Krankenkasse ein.

Seit 01.07.2022 ist die Krankenkasse an diese ärztliche Verordnung gebunden, d. h. die Krankenkasse kann die Reha nicht ohne Weiteres ablehnen, geprüft werden nur die leistungsrechtlichen Voraussetzungen. Die Krankenkasse darf von der medizinischen Verordnung nur abweichen, wenn ein abweichendes Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) vorliegt.

Die betroffene Person kann eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung selbst wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlen Versicherte die Mehrkosten.

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 € täglich bei ambulanter und stationärer geriatrischer Rehabilitation, begrenzt auf maximal 28 Tage im Kalenderjahr, Näheres zu Zuzahlungen ab S. 41.

Praxistipp!



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

Wer hilft weiter?



Die zuständige Krankenkasse.

Leben mit Demenz

Umgang mit Demenz

Im Umgang mit Demenz ist Verständnis für Betroffene und ihre Krankheit sowie alle damit verbundenen Veränderungen und Unsicherheiten wichtig. Das bedeutet auch, genau zu überlegen, welche Aufgaben Menschen mit Demenz selbst erledigen können und welche Aufgaben ihnen von Betreuungspersonen abgenommen werden müssen.

Den Betroffenen sollten im Rahmen selbstständiger Tätigkeiten und regelmäßiger sozialer Kontakte Erfolgserlebnisse ermöglicht werden, die ihnen ein Stück weit Sicherheit zurückgeben können.

Sich in Betroffene hineinversetzen

Es ist für Betroffene selbst sowie für die 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, die Persönlichkeit und das Verhalten des Erkrankten.

Die zunehmende Orientierungslosigkeit, das „Nicht-mehr-verstehen“ der Umwelt und die fremd gewordenen Mitmenschen verunsichern die Betroffenen oder lösen Versagensängste aus. Sie verstehen oder spüren z. B., dass sie sich in einer Situation nicht „richtig“ verhalten haben, aber ihnen fehlt bereits das Wissen oder die Fähigkeit, dieses „richtige“ Verhalten abzurufen.

- Durch Veränderungen bei den Nerven-Botenstoffen Serotonin und Dopamin kann es zu einem veränderten Gefühlsleben und zu Verhaltensauffälligkeiten kommen. Hinweise zum Umgang mit verschiedenen Situationen im Alltag finden Sie unter www.wegweiser-demenz.de > *Alltag und Pflege* > *Alltagssituationen* und www.deutsche-alzheimer.de > *Menü* > *Mit Demenz leben* > *Umgang und Kommunikation*.
- Es ist wichtig, sich immer wieder in den Menschen mit Demenz hineinzuversetzen. Versuchen Sie zu verstehen, wie es sich anfühlen könnte, dass einem Namen, Termine und Zusammenhänge entfallen, dass die Welt einen durch den geistigen Abbau „bedroht“, dass Vertrautes fremd wird, dass man sein Versagen fühlt – und machtlos dagegen ist.
- Dieses Hineinversetzen ist sehr schwer. Manchen Angehörigen hilft folgendes Bild: Stellen Sie sich vor, Sie sind in einem Haus und die Fenster werden immer kleiner. Sie sehen immer weniger, Sie erkennen immer weniger, Sie wissen immer weniger und das, was Sie sehen, passt immer weniger zusammen. Sie kommen aber nicht raus aus dem Haus.



Praxistipps!

Selbstständigkeit trotz Demenz erhalten

Nur wenige Demenz-Betroffene haben eine Krankheitseinsicht. Sie reagieren zum Teil mit Misstrauen und Ablehnung, z. B. weil sie Dinge und Menschen um sich herum nicht mehr richtig einordnen können. Auch der fortschreitende Verlust des Orientierungsvermögens verunsichert Betroffene.

Das Annehmen von Hilfe ist für Menschen mit Demenz daher oft schwierig. Die Konfrontation mit den eigenen Defiziten verletzt sie und kann leicht Abwehr erzeugen. Zu viel Hilfe kann aber auch noch vorhandene Fähigkeiten reduzieren und den Abbau beschleunigen.

Das Gefühl gebraucht zu werden und die Fähigkeiten, die beim erkrankten Menschen noch vorhanden sind, sollten so weit wie möglich erhalten werden.

- Geben Sie Menschen mit Demenz Sicherheit durch einen geregelten und gleichbleibenden Tagesablauf, z. B. Aufstehen, Waschen, Ankleiden, gemeinsames Frühstück – im immer wiederkehrenden, identischen Ablauf.
- Schaffen Sie Erfolgserlebnisse, ermuntern Sie Demenz-Betroffene, bestimmte Aufgaben im Alltag alleine zu verrichten, z. B. den Tisch zu decken oder Geschirr abzutrocknen. Die Aufgaben dürfen nicht überfordern.
- Helfen Sie, wenn nötig, mit Anleitungen.
- Je nach Tagesform des Betroffenen sollten Sie nur dann unterstützen und Tätigkeiten übernehmen, wenn es nötig ist.
- Verändern Sie möglichst nichts im Umfeld von Betroffenen, Näheres unter Wohnen siehe ab S. 33.
- Kritisieren Sie Menschen mit Demenz nicht und weisen Sie nicht auf Fehler hin. Denn das bewirkt in keinem Fall etwas Positives, sondern löst Reaktionen wie Scham, Widerstand, Aggression, Rückzug oder Trauer aus. Manche Betroffene können die Kritik auch gar nicht verstehen.

Sozialer Rückzug, Depression

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

Sozialer Rückzug, Angst und Antriebslosigkeit sind typische Symptome einer Depression, können aber auch Anzeichen einer Demenzerkrankung sein.

Angustzustände und Antriebslosigkeit können möglicherweise medikamentös behandelt werden. Sie verstärken sich aber bei Menschen, 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 Demenz-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 Menschen mit Demenz seine Überzeugungen aus-zureden, sondern ggf. ärztliche Hilfe suchen, um die Symptome medikamentös behandeln zu lassen.

Aggressionen

Oft werden Angehörige und Pflegekräfte vom Menschen mit Demenz beschimpft, beleidigt oder sogar tätlich angegriffen. Mit dem Wissen um die Krankheit und dem Verständnis für die psychischen Auswirkungen auf den Menschen kann mit solchen Vorfällen besser umgegangen werden. Auf keinen Fall sollte derartiges Verhalten persönlich genommen werden. Betroffenen sollte so weit wie möglich Verständnis entgeggebracht werden, auch wenn es schwer fällt.

Kommunikation

Die Kommunikation bei Vorliegen einer Demenz unterliegt immer einem Dilemma: Einerseits ist sie für Angehörige und Pflegenden teilweise schwierig, belastend, manchmal sogar verletzend, andererseits fördert sie die geistige Leistungsfähigkeit des Menschen mit Demenz, was das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen kann.

Folgende Tipps sollen zur Kommunikation ermutigen und sie erleichtern:

- Üben Sie sich in „**Respekt und Geduld**“ als Grundhaltung gegenüber Demenz-Betroffenen. Dies gelingt einfacher, wenn Sie sich gründlich über die Erkrankung informieren und sich so besser in den Menschen hinein fühlen können.
- **Ermuntern Sie zum Reden**, ohne den Menschen mit Demenz zu überfordern. Möglicherweise gibt es eine Tageszeit (meist morgens und vormittags), zu der Gespräche besser gelingen, da Betroffene dann ein persönliches Tageshoch haben.
- Formulieren Sie **kurze und einfache Sätze**. Wiederholen Sie diese klar und deutlich, wenn die sprachliche Verständigung durch die Krankheit schon eingeschränkt ist.
- **Stellen Sie Fragen**, die mit Ja oder Nein zu beantworten sind. Stellen Sie keine Fragen, für deren Beantwortung Demenz-Betroffene sich an etwas erinnern oder etwas wissen müssen: Das kann sie verlegen, wütend oder traurig machen.
- **Wiederholen** Sie wichtige Dinge mehrmals: konkret, mit Zeit, Ort und Namen.

- **Vermeiden** Sie Diskussionen auf der Sachebene. Erkrankte Menschen verstehen besser, wenn man ihnen auf der emotionalen, also auf der Beziehungsebene, begegnet und ihre Gefühle wahrnimmt und erwidert. Die geistigen Fähigkeiten bei Demenzkranken sind beeinträchtigt, Appelle an ihr Gedächtnis („Du weißt doch, dass...“) sind sinnlos.
- **Vermeiden** Sie Streit, denn mit sachlichen Argumenten ist kein Erfolg zu erzielen. Aber beim Patienten bleibt das unangenehme Streit-Gefühl zurück, das er sich aber nicht erklären kann.
- Nehmen Sie **Emotionen**, z. B. Ängste oder Unruhe, wahr und reagieren Sie darauf. Hilfreich ist, dazu Körpersprache und Körperkontakt einzusetzen. Selbst sehr verwirrte Menschen reagieren auf angemessene Berührungen und Mimik des Gegenübers. Das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit können Sie manchmal leichter „ohne Worte“ vermitteln.
- 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 das Langzeitgedächtnis im Verlauf der Krankheit immer schlechter wird.

Verdrehen des Tag-Nacht-Rhythmus

Einige Menschen mit Demenz 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.

Machen Sie mit Menschen, die nachts unruhig sind, tagsüber lange Spaziergänge oder andere körperliche Aktivitäten. Sorgen Sie für eine klare Hell-Dunkel-Abgrenzung, 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. Informieren Sie den betreuenden Arzt über die Störung, damit er entscheiden kann, ob er evtl. ein Medikament ansetzt, das den Tag-Nacht-Rhythmus wiederherstellt oder zumindest verbessert.

Praxistipps!



- Ein schwieriges und sensibles Thema sind Aggressionen und in der Folge Gewalt. Dabei gibt es sowohl Aggression gegen Pflegebedürftige als auch gegen Pflegende. Neben körperlicher Gewalt gelten auch psychische Gewalt, Vernachlässigung, finanzielle Ausbeutung oder intime Übergriffe als Gewalt. Die Ursachen können vielfältig sein und: Gewalt kann auch unabsichtlich oder aus „guter Absicht“ heraus entstehen. Bei Pflegenden können z. B. leichte Reizbarkeit, eigene Gewalterfahrungen, eigene gesundheitliche Probleme, finanzielle Probleme oder Überforderung zu aggressivem Verhalten führen. Aggressionen und/oder Gewalt sind immer ein Signal, dass die häusliche Pflegesituation mit Fachkräften besprochen und verändert werden muss.

- Informieren Sie sich frühzeitig bei der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) auf www.pflege-gewalt.de. Die Seite bietet gut verständliche Informationen zum Thema Gewalt in der Pflege und gibt Tipps zur Vorbeugung und zum Erkennen von Gewaltanzeichen. Oder lesen Sie die Patienteninformation „Pflegerische Angehörige“ der AWMF online (Portal der wissenschaftlichen Medizin) unter www.awmf.org > *Suche* > *Leitliniensuche* > *Suchbegriff: „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“*.

Ernährung

Menschen mit Demenz haben, unter anderem wegen ihrer motorischen Unruhe, oft einen höheren 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 zu gestalten.

Mit fortschreitender Demenz kommt es häufig zu weiteren Problemen, z. B. verändertem Geschmackempfinden, Verlernen des Umgangs mit dem Besteck oder Schluckproblemen.

Allgemeines zur Ernährung im Alter

Grundsätzlich sinkt der Energieverbrauch im Alter. Hungergefühl und Appetit nehmen bei den meisten Menschen ab, dadurch vergessen einige zu essen.

Dagegen bleibt der Vitamin- und Mineralstoffbedarf unverändert.

Durch Medikamenteneinnahmen und mangelnde Flüssigkeitszufuhr kann sich der Speichelfluss verringern, was sich eventuell auf das Geschmackempfinden und die Schluckfähigkeit auswirkt. Auch der Geruchssinn nimmt häufig ab, was ebenfalls den Appetit hemmt. Es besteht die Gefahr einer Mangelernährung, die sich z. B. durch Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Kreislaufprobleme äußert. Das kann die Sturzgefahr erhöhen, das Immunsystem schwächen und die Gefahr für die Entwicklung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) vergrößern.

Ernährung bei Demenz

Manche Menschen mit Demenz verbrauchen durch motorische Unruhe, Umherlaufen und Stress mehr Kalorien. Umso schwerwiegender ist, dass die sie infolge eines veränderten Hunger- oder Durstgefühls oder aufgrund von Gedächtnislücken zu wenig essen und trinken. Werden sie von Angehörigen zum Essen oder Trinken aufgefordert, fühlen sie sich häufig bevormundet.

Es ist hilfreich, wenn Betroffene das Essen oder Trinken mit möglichst vielen Sinnen wahrnehmen können. Dazu gehört eine angenehme Atmosphäre.

Speisen und Getränke sollten ansprechend dargereicht werden und angenehm riechen. Meist ist es hilfreich, das Essen und Trinken immer wieder schmackhaft zu machen ohne es zu „verordnen“.

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

Geschmacks- und Temperaturempfinden

Die Geschmacksempfindungen bei Demenz können sich verändern, oft werden süße Speisen bevorzugt. Bittere oder salzige Speisen werden teilweise als unangenehm empfunden und deshalb abgelehnt. Mundtrockenheit kann den Geschmackssinn zusätzlich herabsetzen, daher sollte der Mund regelmäßig befeuchtet werden.

Neben dem Geschmack wird oft auch die Temperatur der Nahrung nicht mehr gut wahrgenommen. Speisen dürfen daher nicht zu heiß serviert werden.

Umgang mit dem Besteck

Bei schwerer Demenz wissen Menschen 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. Pflegepersonal Mahlzeiten (sog. family style meals) einnehmen. Dabei können sie das Essverhalten von anderen abschauen und es nachahmen. Studien zeigen zudem, dass gemeinsame Mahlzeiten die Lebensqualität verbessern und das Körpergewicht erhöhen.

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

Einige Demenzbetroffene müssen auch während des Essens aufstehen und umhergehen. Die Pflegeperson kann den Weg dann mit dem Essen begleiten (sog. Eat-by-Walking-Modell), es können Imbiss-Stationen auf dem Weg eingerichtet oder ein Bauchladen installiert werden, auf dem unruhige Menschen ihr Essen mit sich tragen.

Flüssigkeitszufuhr

Unbedingt notwendig bei Menschen mit Demenz ist eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr, da sich die Verwirrtheitszustände sonst weiter verschlechtern. Getränke sollten den Tag über regelmäßig angeboten und an mehreren Stellen in der Wohnung positioniert werden. Das Trinkgefäß und das Getränkeangebot können für die Trinkbereitschaft eine Rolle spielen. Farbige Becher nehmen Betroffene oft besser wahr, was zum Trinken animiert. Schnabeltassen sind nur geeignet, wenn keine Schluckbeschwerden bestehen, denn dadurch fließen Getränke oftmals unkontrolliert in Mund und Rachen. Angehörige und Pfleger sollten herausfinden, was Demenz-Betroffene bevorzugen, möglicherweise haben sich Vorlieben verändert.

Schluckprobleme (Dysphagie)

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

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

Mangelernährung

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

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

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

Versorgung mit einer Magensonde

Sollte es trotz aller Bemühungen nicht gelingen, den Menschen mit Demenz 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 Bevollmächtigten oder Betreuers. Informationen zum Eingriff in die Persönlichkeitsrechte eines Betroffenen unter „Rechtliche Aspekte bei Menschen mit Demenz“ siehe S. 77.

Wenn eine Magensonde zur Diskussion steht und Betroffene nicht mehr selbst entscheiden können, muss sorgfältig erwägt werden, ob die Lebensverlängerung durch künstliche Ernährung dem Wunsch des Menschen mit Demenz entspreche, könnte dieser die Situation für sich noch beurteilen. Dieses Abwägen ist eine schwierige Aufgabe für Bevollmächtigte und Betreuer. Helfen kann eine palliative (lindernde) Beratung oder ein ethischer Abwägungsprozess mit entsprechend kompetenten Fachkräften aus Medizin oder Pflege.

Leitlinien

- Die medizinische Leitlinie „**Klinische Ernährung in der Geriatrie**“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) gibt Empfehlungen zu Ernährungsmaßnahmen bei Menschen mit Demenz. Kostenloser Download unter www.awmf.org > Leitliniensuche > Suchbegriff: „Klinische Ernährung in der Geriatrie“.
- Die medizinische Leitlinie mit dem aktuellen Stand der Forschungen zu Diagnostik, Behandlung und Therapie der „**neurogenen Dysphagie**“ (krankheitsbedingte Schluckstörung) von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) können Sie unter www.awmf.org > Leitliniensuche > Suchbegriff: „Neurogene Dysphagie“ einsehen.

Praxistipps!



- Hilfsmittel, die den persönlichen Alltag, den Haushalt und die Ernährung unterstützen und erleichtern finden Sie unter www.rehadat-hilfsmittel.de > Produkte > Haushalt & Ernährung.
- Beim Wegweiser Demenz, herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), finden Sie Tipps unter: www.wegweiser-demenz.de > Alltag und Pflege > Alltagssituationen > Ernährung Informationen zur Ernährung bei Demenz.

Führerschein bei Demenz

Menschen, die an einer Demenzerkrankung leiden, können anfangs noch Autofahren. Allerdings nehmen Fähigkeiten wie Konzentration oder Orientierung mit fortschreitender Demenz ab. Deshalb müssen Demenz-Erkrankte irgendwann ihren Führerschein abgeben.

Die „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen geben auf S. 70 ff. Hinweise zur Kraftfahreignung bei Demenz und Persönlichkeitsveränderungen. Die Leitlinien können kostenlos heruntergeladen werden unter www.bast.de > Verhalten und Sicherheit > Fachthemen > Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung.

Bei **leichten hirnorganischen Psychosyndromen** kann es sein, dass das Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 (Klassen A, A1, A2, B, BE, AM, L und T) unter Umständen weiterhin möglich ist.

Gruppe-2-Fahrzeuge (Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E) können bei Demenz nur in seltenen Fällen weiter geführt werden.

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

Beeinträchtigung der Fahreignung

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

Wenn eine Demenz diagnostiziert wird, **müssen** Betroffene vom Arzt darüber aufgeklärt werden, dass Demenz im weiteren Verlauf zum Verlust der Fahreignung führen wird, selbst wenn der Mensch mit Demenz zum Zeitpunkt der Diagnosestellung noch fahrtauglich ist („Sicherungsaufklärung“).

Es sollte darauf hingewirkt werden, auch von Angehörigen oder dem Umfeld, dass Erkrankte rechtzeitig aus eigener Einsicht auf das Fahren verzichten.

Hierbei handelt es sich um einen Prozess, der umfassende und wiederholte Beratung erfordern kann.

Führerschein abgeben bei Demenz

Problematisch ist es oft, Menschen mit Demenz davon zu überzeugen, freiwillig ihren Führerschein bei der Führerscheinstelle abzugeben.

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

Fährt eine Person mit Demenz bei fehlender Fahreignung trotz entsprechender Aufklärung durch den Arzt weiterhin ein Kfz, ist der Arzt berechtigt, seine Schweigepflicht zu brechen und die Verkehrsbehörde oder Polizei zu benachrichtigen.

- Informationen zum Umgang mit Konflikten beim Thema „Autofahren und Demenz“ bietet ein informativer Kurzfilm von Demenz Partner, einer Initiative der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., unter www.demenz-partner.de > *Aktuelles* > *Autofahren und Demenz im Film erklärt*.
- Bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. finden Sie das Informationsblatt 19 mit Empfehlungen zum Thema „Autofahren und Demenz“ unter www.deutsche-alzheimer.de > *Publikationen* > *Informationsblätter*. Das Informationsblatt können Sie in deutsch, russisch, polnisch und türkisch herunterladen.



Überprüfung der Fahrtauglichkeit

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

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

Die MPU setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

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

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

Fahrverbot bei Dauerbehandlung mit bestimmten Arzneimitteln

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

Wer hilft weiter? 

Bei Fragen helfen der behandelnde Arzt, die Führerscheinstelle, TÜV oder DEKRA, Stellen, die medizinisch-psychologische Untersuchungen durchführen, Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen sowie Firmen, die sich auf Kfz-Umbauten spezialisiert haben.

Demenz und Beruf

Menschen, die an Demenz erkranken und im Berufsleben stehen, müssen sich damit auseinandersetzen, ob eine Berufstätigkeit noch möglich ist. Ist die Arbeitsfähigkeit gering eingeschränkt, können Menschen mit Demenz ggf. noch weiter arbeiten. Bei stärkerer Beeinträchtigung ist eine Berentung möglich.

Erkranken Menschen früh an Demenz und sind noch berufstätig, stellen sich viele Fragen:

- Muss der Arbeitgeber informiert werden?
- Ist eine Berufstätigkeit noch möglich oder muss diese aufgegeben werden?
- Mit welchen finanziellen Auswirkungen muss gerechnet werden?

In Deutschland gibt es im Moment nicht viele Möglichkeiten für Menschen mit Demenz weiterhin im Beruf zu bleiben. Vorhandene Angebote und Unterstützungen sind oft unzureichend. Dies kann dazu führen, dass Menschen mit Demenz ihre Arbeit aufgeben müssen, obwohl sie gerne weiterarbeiten würden.

Die Broschüre „Demenz und Berufstätigkeit“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gibt Informationen zu den Fragen: Wie Betroffene in Unternehmen gehalten werden können? Wie pflegende Angehörige unterstützt werden können? Dazu enthält die Broschüre zahlreiche Praxisbeispiele, wie dies in Unternehmen bereits gelingt.

Sie können diese Broschüre kostenlos bestellen oder downloaden unter www.bmfsfj.de > Suchbegriff: „Demenz und Berufstätigkeit“.

Falls Menschen aufgrund ihrer Demenzerkrankung nicht mehr erwerbstätig sein können, kommen 2 Rentenarten in Frage:

- Erwerbsminderungsrente: Die Erwerbsminderungsrente (umgangssprachlich oft noch wie früher Erwerbsunfähigkeitsrente oder EU-Rente genannt) soll dabei helfen, den Lebensunterhalt zu sichern. Wer weniger als 3 Stunden täglich arbeiten kann, erhält die Rente wegen voller Erwerbsminderung. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Erwerbsminderungsrente“.
- Altersrente für schwerbehinderte Menschen: Schwerbehinderte Menschen können Altersrente früher beziehen als Menschen ohne Behinderungen. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Altersrente für schwerbehinderte Menschen“.



Menschen mit Demenz im Krankenhaus

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

Manchmal fällt erst bei einem Krankenhausaufenthalt auf, dass ein Mensch möglicherweise dement ist. In der gewohnten Umgebung gelingt es oft noch, auftretende Gedächtnisstörungen zu kompensieren („überspielen“). In der fremden Umgebung sind Menschen mit einer beginnenden Demenz dann überfordert und die Symptome werden auffällig.

Tipps zur Vorbereitung eines Krankenhausaufenthalts

- **Einweisung** in ein Krankenhaus nur dann, wenn es unbedingt notwendig ist.
- Alle Untersuchungen, die ambulant gemacht werden können, sollten im Vorfeld des Krankenhausaufenthalts durchgeführt werden.
- Die **Aufnahme** sollte stattfinden, wenn der demenzkranke Mensch sein Tageshoch hat.
- Pflegende Angehörige sollten möglichst ins Krankenhaus begleiten und sich dort, wenn es zeitlich möglich ist, als Begleitperson mitaufnehmen lassen.
- **Wichtig ist**, das Pflegepersonal über die Gewohnheiten und Verhaltensauffälligkeiten des Menschen mit Demenz 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 einen aktuellen Medikationsplan bei Aufnahme ins Krankenhaus, auch um Medikamente, die eine weitere Bewusstseinsstörung hervorrufen können, nach Möglichkeit zu meiden. Den Medikationsplan erstellt in der Regel die Hausarztpraxis.
- Wenn es vorsorgende Verfügungen der demenzerkrankten Person gibt, sollte das Krankenhaus auf diese hingewiesen werden. **Wichtig** sind z.B. Willensbekundungen, die bestimmte Behandlungen ausschließen, Näheres unter Patientenverfügung, siehe S. 89.

Rooming-In

Manche Krankenhäuser bieten das sog. Rooming-in an. Das bedeutet, dass ein Angehöriger rund um die Uhr im Krankenzimmer mit untergebracht ist, um während des Krankenhausaufenthalts unterstützen zu können. Das soll sowohl den Menschen mit Demenz als auch das Klinikpersonal entlasten. Die Krankenkasse übernimmt unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten für die Mitaufnahme (Näheres unter Begleitperson auf S. 15).

Entlassung

Bei Demenz sollte eine **frühzeitige Entlassung** das Ziel der Versorgung im Krankenhaus sein. Voraussetzung dafür ist, dass die Versorgung zu Hause sichergestellt ist. Dazu müssen Klinikarzt, Sozialdienst, Angehörige, ambulante Pflegedienste und Hausarztpraxis zusammenarbeiten. Im Idealfall gibt es vor Ort eine Senioren- und Demenzberatungsstelle, die einbezogen werden kann.

Durch Verschlechterung des körperlichen oder geistigen Zustands oder Überlastung von Angehörigen ist es möglich, dass die bisherige Versorgung, z. B. in der häuslichen Umgebung, nicht fortgeführt werden kann. Die Klärung der weiteren Versorgung kann den Krankenhausaufenthalt unnötig verlängern. Deshalb sollte die Entlassung so früh wie möglich geplant werden. Betreuende Personen und Angehörige müssen in die Planung miteinbezogen werden, da die Auskunftsfähigkeit bei Menschen mit Demenz in der Regel sehr eingeschränkt ist.

Übergangspflege im Krankenhaus

Trotz intensiver Bemühungen eines Krankenhauses um die Anschlussversorgung kann diese nicht immer sichergestellt werden. Versicherte haben dann Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus, wenn sie unmittelbar nach der Krankenhausbehandlung häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege, medizinische Reha-Maßnahmen oder Pflegeleistungen nicht oder nur unter erheblichen Aufwand in Anspruch nehmen können.

Dies gilt bei jeder Krankenhausbehandlung für **längstens** 10 Tage. Für die Übergangspflege müssen Versicherte eine Zuzahlung leisten.

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





Wohnen bei Demenz

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

Keine Veränderungen

Demenziell erkrankte Menschen sind in ihrer Alltagskompetenz mehr und mehr 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 Betroffener so weit wie möglich zu belassen. Veränderungen innerhalb der Wohnung oder Umstellen von Möbeln verstärken die Orientierungslosigkeit. Die Einrichtung sollte einfach und übersichtlich sein und Gegenstände sollten alle einen festen Platz haben.

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

Wahrnehmungsstörungen

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

Es gilt, die Angstauslöser von Demenzerkrankten jeweils individuell herauszufinden und zu reduzieren. Eine klare, übersichtliche Einrichtung, gut ausgeleuchtete Räume und das Abhängen von Spiegeln können helfen.

Orientierung schaffen

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

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

Gefahren ausschalten

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

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

Technische Hilfsmittel

Technische Hilfsmittel können den Alltag sicherer machen, z. B. Abschaltautomatik, Herdüberwachung, Weglaufmelder, Systeme zur Personenortung, Türalarmmelder, Wasserstandsmelder, Überlaufschutz, bewegungsgesteuerte Lichtschalter, Tablettendosen mit Timer, Großtastentelefon mit Bildern, Zeitschaltuhren, Einbau von Rauchmeldern.

Zum Teil übernehmen die Krankenkassen oder die Pflegekassen die Kosten.

Praxistipps!



- Detaillierte Informationen bietet die Deutsche Alzheimergesellschaft unter: www.deutsche-alzheimer.de > *Mit Demenz leben* > *Technische Hilfen*.
- Der Verein Barrierefrei Leben e.V. bietet unter www.barrierefrei-leben.de Beratung zur Wohnraumanpassung, zu barrierefreiem Bauen und Hilfsmitteln.
- Das Kompetenzzentrum Demenz in Schleswig-Holstein gibt mit dem Projekt „Musterwohnung nicht nur für Menschen mit Demenz“ unter www.demenz-musterwohnung.de praktische Informationen, wie das Zuhause sicher gestaltet werden kann. Die Wohnung kann vor Ort oder online besichtigt werden.

Wohnumfeldverbesserung

Die Wohnumfeldverbesserung ist eine Fördermöglichkeit der Pflegekasse für Menschen mit einem Pflegegrad. Die Pflegekasse 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 der pflegebedürftigen Person wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von der Pflegeperson verringert wird.

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Leistungen der Pflegeversicherung, die eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Erfüllung der Vorversicherungszeit voraussetzen und bei der zuständigen Pflegekasse beantragt werden müssen.

Des Weiteren muss es sich um Maßnahmen **in der Wohnung** der pflegebedürftigen Person handeln oder um Maßnahmen **in dem Haushalt**, in dem die pflegebedürftige Person aufgenommen und gepflegt werden soll. Es werden alle baulichen Veränderungen, die das Wohnumfeld der pflegebedürftigen Person verbessern, zusammen als **eine Maßnahme** betrachtet. Ändert sich die Pflegesituation, können in Ausnahmefällen weitere Maßnahmen beantragt werden.

Begutachtung

Manchmal schaltet die Pflegekasse den Medizinischen Dienst (MD) zur Begutachtung der häuslichen Pflegesituation ein. Dieser stellt vor Ort fest, ob die gewünschten Anpassungen gerechtfertigt sind, den Leistungsvoraussetzungen entsprechen und ob die Wohnraumanpassung einen Umzug in ein Pflegeheim verhindern kann.

Begründung

Eine gute und schlüssige Begründung der Notwendigkeit der Maßnahmen kann dazu beitragen, dass keine Begutachtung von der Pflegekasse in Auftrag gegeben wird. Das kann Zeit sparen und somit die Umbauarbeiten beschleunigen. **Wichtig ist**, dass aus der Begründung eine deutliche Erleichterung der häuslichen Pflege sowie Stärkung der Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person hervorgeht. Um dies zu erreichen, sollten alle Hindernisse und deren Einfluss auf die tägliche häusliche Pflege genau beschrieben und die voraussichtlichen Erleichterungen durch die Maßnahmen erläutert werden. Dokumente von Ärzten oder auch aus einer Reha, die die Notwendigkeit der Maßnahmen stützen, sollten beigelegt werden.

Beispiele bezuschussungsfähiger Maßnahmen

Einbau einer Dusche, Einbau und Anbringung von Treppenliften, Türverbreiterungen, Installation von Wasseranschlüssen, Ein- und Umbau von Mobiliar entsprechend den individuellen Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen.

Zu den Kosten zählen auch statische Gutachten, Antragsgebühren, Kosten der Bauüberwachung, nachgewiesene Fahrtkosten und Verdienstausschluss von am Bau mithelfenden Angehörigen und Bekannten.

Höhe

Die Pflegekasse leistet maximal 4.000 € Zuschuss je Maßnahme.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds 4.000 € je pflegebedürftiger Person nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf 16.000 € begrenzt.

Bei mehr als 4 pflegebedürftigen Personen werden die 16.000 € anteilig auf die Versicherungsträger der pflegebedürftigen Personen aufgeteilt.

Zum 01.01.2025 wird der Betrag im Rahmen der Erhöhung aller Geld- und Sachleistungen der Pflegekasse um 4,5%, von 4000 € auf 4180 € bzw. von 16.000 € (bei mehr als 4 Pflegebedürftigen) auf 16.720 € steigen.

Antrag

Der Antrag muss gestellt werden, **bevor** die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt. Der Antrag kann formlos bei der Pflegekasse gestellt werden. Viele Pflegekassen bieten passende Formulare zum kostenlosen Download. Diese können vollständig ausgefüllt an die Pflegekasse versandt werden.

Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt, bis sie die Maßnahme genehmigt. Wenn eine Wohnumfeldverbesserung durchgeführt wird, und Versicherte erst **danach** mit der Rechnung zur Pflegekasse gehen, wird **kein** Zuschuss gewährt.

Die Entscheidung, ob und ggf. in welcher Höhe ein Zuschuss zur Verbesserung des Wohnumfelds gewährt wird, liegt **im** Ermessen der Pflegekasse und muss in der Regel 3 Wochen nach Antragseingang vorliegen. Wird der medizinische Dienst oder eine Pflegefachkraft wegen einer Begutachtung der Situation tätig, beträgt die Frist zur Entscheidung 5 Wochen. Die Pflegekasse hat eine Informationspflicht bei Verzögerungen. Erhalten Versicherte bis Fristablauf keine Mitteilung, gilt die beantragte Leistung als genehmigt.

- **Eingliederungshilfe:** Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen über den zuständigen Eingliederungshilfe-Träger beantragt werden. Für Leistungen der Eingliederungshilfe muss ab einem bestimmten Einkommen ein Beitrag geleistet werden. Weitere Informationen finden Sie unter: www.betanet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Einkommen und Vermögen“.
- Leistungen zur Wohnumfeldverbesserung können auch im Rahmen der Hilfe zur Pflege (siehe S. 61) unter bestimmten Voraussetzungen vom Sozialamt bezogen werden. Dies ist auch ergänzend zu den Leistungen der Pflegeversicherung möglich.
- 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“.
- Bei einer Mietwohnung sollte vor Antragstellung der Maßnahme das Einverständnis des Vermieters eingeholt werden.
- Bei der Wohnumfeldverbesserung bezahlen Pflegebedürftige den Umbau zunächst selbst und erhalten dann eine Erstattung durch die Pflegekasse. Erben können nach dem Tod der pflegebedürftigen Person entstandene Ansprüche auf Kostenerstattung noch bis 12 Monate nach dem Tod bei der Pflegekasse geltend machen.
- Viele Städte und Gemeinden haben Wohnberatungsstellen für Wohnraumanpassung und barrierefreies Wohnen. In manchen Fällen kann die Beratung auch in der Wohnung der pflegebedürftigen Person stattfinden, um vor Ort zu sehen, welche Veränderung sinnvoll und durchführbar ist.
- Weitere Anlaufstellen sind Pflegestützpunkte, als zentrale Anlaufstellen für gesetzlich versicherte Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei Fragen, Planung und Hilfestellungen rund um das Thema Pflege.
- Der Verein Barrierefrei Leben e.V. informiert über Ansprechpartner und Adressen nach Bundesländern sortiert unter: www.online-wohn-beratung.de > *Wohnungsanpassung barrierefrei (Um-)Bauen > Wichtiges für Mieter, Eigentümer und Bauherren > Wohnberatungsstellen.*

Stationäre Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten bei Demenz

Die stationäre Pflege bei Menschen mit Demenz wird meist erst veranlasst, wenn die häusliche Pflege und Betreuung nicht oder nicht mehr geleistet werden kann. Es gibt verschiedene Wohnformen für Menschen mit Demenz, z.B. Wohngemeinschaften oder Stationen mit beschützend-geschlossenen Wohnkonzepten.

Nicht immer ist es möglich, Pflegebedürftige mit Demenz in der häuslichen Umgebung zu pflegen. Die Pflege ist je nach Ausmaß der Demenzerkrankung sowohl psychisch als auch physisch sehr anstrengend. Sie führt oft zu **sozialer Isolation** der Pflegeperson, weil sie die pflegebedürftige Person 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, notwendig.

Die Entscheidung für ein Pflegeheim ist für viele Angehörige ein schwerer Schritt, da neben dem schlechten Gewissen, den erkrankten Angehörigen „abzuschieben“, viele Ängste und Fragen im Raum stehen: Werden Angehörige ausreichend gepflegt? Kann sich das Personal individuell um die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person kümmern? Wie viel kostet die Unterbringung im Heim? Reicht die Rente dafür aus? Müssen Angehörige zuzahlen? Was bleibt für deren Lebensunterhalt übrig?

Kosten

Die Pflegeversicherung zahlt je nach Pflegegrad in der Regel bis zu 2.005 € im Monat für die vollstationäre Pflege. Dies deckt in der Regel nur einen großen Anteil der Kosten für die Pflege und Betreuung, nicht jedoch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (die sog. Hotelkosten), die Investitionskosten und den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) für pflegebedingte Kosten. Die Hotelkosten, die Investitionskosten und den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil trägt die pflegebedürftige Person selbst.

Können Pflegebedürftige den Eigenanteil nicht selbst zahlen, kommen Angehörige und/oder das Sozialamt für die Kostenübernahme in Frage. Meist geht es dabei um die Unterhaltspflicht.

- Kinder werden seit 01.01.2020 nur dann vom Sozialamt für den Unterhalt ihrer Eltern herangezogen, wenn ihr jährliches Jahresbruttogehalt 100.000 € übersteigt.
- Ehepartner von Menschen mit Demenz im Heim leisten in der Regel einen Unterhalt, dürfen aber so viel behalten, dass sie weiterhin ihre Wohnung und ihren Lebensstandard halten können. Hier gibt es keine festen Summen, sondern das Sozialamt entscheidet im Einzelfall.
- Unter Umständen rechnet das Sozialamt auch Einkommen und Vermögen von Menschen an, die nicht unterhaltspflichtig sind, z. B. vom Partner in einer eheähnlichen Gemeinschaft.

Nähere Informationen zum Thema „Unterhalt“ unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Unterhalt > Überblick“.

Wahl der Pflegeeinrichtung

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

Formen stationärer Einrichtungen

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

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 Menschen mit Demenz eingegangen: Die Räume sind hell und übersichtlich gestaltet und das Personal ist im Umgang mit Betroffenen speziell geschult, z. B. bei aggressivem Verhalten oder Verwirrtheit.

Wenn ein Mensch mit Demenz gegen seinen Willen in einer beschützenden oder geschlossenen Station untergebracht wird, handelt es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme (siehe S. 81).

Eine geschlossene Unterbringung muss in der Regel beim Betreuungsgericht beantragt und genehmigt werden. Liegt keine Genehmigung vor, ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschieben Gefahr verbunden ist. Die Genehmigung muss unverzüglich nachgeholt werden.

Ausnahme: Über die Anwendung von FEM ohne Antrag darf

- ein **Betreuer** nur entscheiden, wenn dies nach Anordnung des Betreuungsgerichts **ausdrücklich** zu seinem Aufgabenbereich gehört.
- ein **Bevollmächtigter** nur entscheiden, wenn dies in einer schriftlichen Vorsorgevollmacht **ausdrücklich** festgelegt ist.

Wer hilft weiter?



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

Praxistipps!



- Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat im Informationsblatt „Ambulant betreute Wohngruppen für Menschen mit Demenz“ alle wichtigen Informationen zum Thema kompakt zusammengestellt. Download unter www.deutsche-alzheimer.de > *Publikationen* > *Informationsblätter* > *Infoblatt 13 „Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz“*.
- Die Betroffeneninitiative „Leben wie ich bin – Selbstbestimmtes Wohnen für Menschen mit Demenz e.V.“ hat aus eigenen Erfahrungen ein Praxishandbuch für Wohngemeinschaften herausgegeben: „Es selbst in die Hand nehmen! Wie Angehörige eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz aufbauen und sich die Verantwortung mit einem ambulanten Pflegedienst teilen.“ Es steht unter www.leben-wie-ich-bin.de > *Material & Downloads* zur Verfügung.
- Die Broschüre „Umzug ins Pflegeheim. Entscheidungshilfen für Angehörige von Menschen mit Demenz“ erhalten Sie für 5 € als gedruckte Broschüre oder für 3 € als PDF unter www.deutsche-alzheimer.de > *Publikationen* > *Broschüren* > *Umzug ins Pflegeheim*.
- Erfahrungsberichte von Angehörigen, z. B. über den Umzug in ein Pflegeheim, finden Sie bei der Deutschen Alzheimergesellschaft unter: www.deutsche-alzheimer.de > *Mit Demenz leben* > *Erfahrungen von Angehörigen*.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Menschen mit Demenz benötigen in der Regel verschiedene Leistungen der Krankenversicherung, z. B. Arzneimittel oder Ergotherapie. Versicherte müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten.

Zuzahlungen stellen für viele Menschen eine finanzielle Belastung dar. Deshalb gibt es bis zu bestimmten Einkommensgrenzen und für Menschen mit chronischen Erkrankungen, wie Demenz, besondere Regelungen.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Medikamente können aus verschiedenen Gründen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit sein.

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

Praxistipps!

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss die versicherte Person selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. Die Zuzahlung siehe S. 41 richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlt die betroffene Person also Mehrkosten plus Zuzahlung.

Es gehört zu den Rechten des Patienten, vom Arzt ausführlich über die möglichen Mehrkosten eines Arzneimittels informiert zu werden.

Beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte können die Arzneimittelfestbeträge unter www.bfarm.de > *Arzneimittel* > *Arzneimittelinformationen* > *Festbeträge und Zuzahlungen* nachgelesen werden. Die Datenbank wird 14-tägig aktualisiert.

- Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind. Auch, wenn Sie Sozialleistungen beziehen, müssen Sie diese Mehrkosten selbst bezahlen.
- Für Sie als Versicherte lohnt es sich, aktiv nach günstigeren Alternativen zu fragen, weil bestimmte Arzneimittel ganz zuzahlungsfrei sein können.

Verbandmittel

Zuzahlung: 10% der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Verbandmittels.

Heilmittel

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physio-, Ergotherapie oder Logopädie. Zuzahlung: 10% der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte wie z.B. Duschsitze, Pflegebetten oder Rollatoren. Zuzahlung: 10% der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels.

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

Für einige Hilfsmittel, z.B. Einlagen oder Windeln, gibt es auch Festbeträge als Obergrenze für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Ggf. können anfallende Mehrkosten (Kosten über den Festbetrag, siehe oben) bei medizinischer Notwendigkeit auf Antrag von der Krankenkasse übernommen werden.

Häusliche Krankenpflege der Krankenkasse

Bei der häuslichen Krankenpflege wird eine pflegebedürftige Person, z. B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt.

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

Außerklinische Intensivpflege

Bei der außerklinischen bzw. ambulanten Intensivpflege werden intensiv betreuungsbedürftige Versicherte, z. B. Menschen, die beatmet werden müssen oder querschnittsgelähmt sind, außerhalb der Klinik von spezialisierten Pflegekräften betreut.

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

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

Haushaltshilfe

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

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

Krankenhausbehandlung, AHB bzw. Anschlussreha

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage (längstens 14 Tage bei AHB) pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen (AHB bzw. Anschlussreha) werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern. Zuzahlung: Für eine **stationäre** medizinische Reha-Maßnahme beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres. Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Bei **ambulanten** Reha-Leistungen ist keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten.

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10% der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Fahrten (z. B. Fahrt zu Arztbesuchen) müssen medizinisch notwendig sein und ärztlich verordnet werden.

Zuzahlungsbefreiung

Wenn Menschen mit Demenz im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leisten (sog. Belastungsgrenze), können sie sich und ihre Angehörigen, die mit ihnen im gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreien lassen bzw. erhalten den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

Berechnung des Bruttoeinkommens zum Lebensunterhalt

Die „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ sind als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Sie errechnen sich aus den Bruttoeinnahmen der versicherten Person **und** den Bruttoeinnahmen ihrer Angehörigen, die mit ihr in einem **gemeinsamen** Haushalt leben.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z. B. Arbeitsentgelt bzw. Arbeits-einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Renten oder Arbeitslosengeld.

Nicht zu den **Einnahmen** zählen z. B. Pflegegeld.

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

Berücksichtigt werden folgende, im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person lebende, Angehörige:

- Ehegatten und eingetragene Lebenspartner i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (auch wenn der Ehegatte/Lebenspartner beihilfeberechtigt oder privat krankenversichert ist)
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie 18 Jahre alt werden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie 19 Jahre alt werden, wenn sie familienversichert sind
- Über die Krankenversicherung der Landwirte familienversicherte
 - mitarbeitende Familienangehörige
 - sonstige Angehörige

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft. **Weitere Angehörige** können nach Einzelfallprüfung von der Krankenkasse berücksichtigt werden, siehe Hinweis unter Freibetrag.

Freibetrag

Von dem „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt“ werden ein oder mehrere Freibeträge für Angehörige, deren Einnahmen bei der Berechnung mitberücksichtigt werden (siehe „Berechnung des Bruttoeinkommens zum Lebensunterhalt“ ab S. 44) abgezogen:

- Für die Person mit den höchsten Einnahmen: 6.363 € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jede weitere Person: 4.242 € (= 10% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 9.312 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

Hinweis:

Weitere Angehörige als die Ehegatten und eingetragene Lebenspartner oder Kinder, die ihren gesamten Lebensunterhalt in einem gemeinsamen Haushalt mit der Familie bestreiten, können nach **Einzelfallprüfung** durch die Krankenkasse bei der Berechnung einbezogen werden.

Ein gemeinsamer Haushalt ist auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in einem Pflegeheim oder einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen lebt. Gleiches gilt, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in 2 der genannten Einrichtungen leben oder wenn ein Paar 2 Wohnungen hat.

Es ist aber kein gemeinsamer Haushalt, wenn 2 Menschen zwar (noch) nicht geschieden, aber schon kein Paar mehr sind, weil sie sich getrennt haben.

Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €

minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 6.363 €

minus Freibetrag für 2 Kinder: 18.624 € (2 x 9.312 €)

ergibt: 5.013 €, **davon** 2% = Belastungsgrenze: 100,26 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 100,26 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Chronisch kranke Menschen können eine Zuzahlungsbefreiung bei ihrer Krankenkasse bereits bei Erreichen einer Belastungsgrenze von 1 % ihres jährlichen Bruttoeinkommens beantragen. Viele Menschen mit Demenz erfüllen die Voraussetzungen.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer wenigstens 1 Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung ist (Dauerbehandlung) und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.
- Grad der Behinderung (GdB, Begriff des Reha- und Teilhaberechts) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS, Begriff des Sozialen Entschädigungsrechts) oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE, Begriff der gesetzlichen Unfallversicherung) von mindestens 60. Der GdB, GdS oder MdE muss zumindest auch durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Auch Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm – DMP) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze. DMP werden von den Krankenkassen z. B. für Depressionen, chronische Rückenschmerzen, Osteoporose angeboten. Versicherte, die am DMP teilnehmen, werden unterstützt, aktiv bei der Bewältigung ihrer chronischen Erkrankung mitzuarbeiten. Sie erhalten z. B. krankheitsbezogene Schulungen oder Aufforderungen zur regelmäßigen Wahrnehmung wichtiger Untersuchungen. Die Kosten dafür übernimmt die Krankenkasse.

Das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung und die Notwendigkeit der Dauerbehandlung müssen gegenüber der Krankenkasse durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Amtliche Bescheide über den GdB, GdS, MdE oder den Pflegegrad müssen in Kopie eingereicht werden. Die schwerwiegende chronische Krankheit muss in dem jeweiligen Bescheid als Begründung aufgeführt sein.

Laut Gesetz ist für bestimmte chronisch kranke Versicherte eine weitere Voraussetzung für die reduzierte Belastungsgrenze, dass sie an bestimmten Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, nämlich für Versicherte, die

- **nicht** an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teilnehmen und
- nach dem 01.04.1972 geboren sind.

Richtlinie

Die Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses können Sie unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Chroniker-Richtlinie* downloaden. Die Richtlinie bezieht sich allerdings in § 4 auf eine veraltete Rechtslage. Sie müssen **keine** ärztliche Beratung zu Krebsvorsorgeuntersuchungen nachweisen, auch wenn es in der Richtlinie so steht.

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb Sie und Ihre 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. Manche Apotheken sammeln alle Belege für Sie, wenn Sie nur in dieser Apotheke die Medikamente holen.
- Wenn bereits absehbar ist, dass Sie die Belastungsgrenze überschreiten, können Sie den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Wenn allerdings die Zuzahlungen in dem Jahr doch geringer ausfallen, bekommen Sie den gezahlten Betrag nicht zurück.
- Haben Sie im Laufe des Jahres die 2-%-Belastungsgrenze erreicht, sollten Sie sich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Sind Sie als Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Bei vielen Krankenkassen können Sie den Antrag auf Zuzahlungsbefreiung online stellen und den ärztlichen Nachweis direkt hochladen.

Die zuständige Krankenkasse.



A close-up photograph of a single blue puzzle piece. The piece is centered and features the German word "PFLEGE" (care) printed in bold, white, uppercase letters. The puzzle piece is surrounded by other pieces, creating a grid-like pattern. The lighting is soft, highlighting the texture of the plastic or cardboard material.

PFLEGE

Pflege

Auch wenn Menschen mit Demenz körperlich gesund sind, können sie als pflegebedürftig eingestuft werden und Leistungen aus der Pflegekasse erhalten. Die Begutachtung zur Feststellung des Pflegegrads ist bei Demenz nicht immer eindeutig, da Betroffene sich je nach Tagesform sehr selbstständig präsentieren. Bei fortgeschrittener Demenz kommt es häufig zur vollständigen Pflegebedürftigkeit.

Hinweis: Am 01.07.2023 ist das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) in Kraft getreten. Mit dem ersten Schritt wurde die Anzahl der Kinder bei der Beitragsberechnung der gesetzlichen Pflegeversicherung berücksichtigt. Zum 01.01.2024 gab es weitere Änderungen, z. B. eine Erhöhung des Pflegegelds und der Pflegesachleistungen. Diese werden 2025 erneut angehoben und sollen auch 2028 wieder erhöht werden, dann orientiert an der Inflation der letzten drei Jahre. Nähere Informationen und ein Gesamtüberblick zu den Änderungen durch das PUEG unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeversicherung“.

Voraussetzungen für Leistungen der Pflegekasse

Die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegekasse erfordert die Beantragung der Leistung (siehe S. 51), die Erfüllung der Vorversicherungszeit (siehe S. 50), die Feststellung der Pflegebedürftigkeit (siehe S. 50) durch den Medizinischen Dienst (MD) und die Einstufung in einen Pflegegrad (siehe S. 53).

Besonderheiten bei Menschen mit Demenz

Grundsätzlich gelten für Menschen mit Demenz die gleichen Regeln wie für alle Pflegebedürftigen. Die Schwerpunkte und Aufgaben der Pflege können durch die Erkrankung allerdings anders gewichtet sein.

Damit die Pflegebedürftigkeit festgestellt und Pflegebedürftige in einen Pflegegrad eingestuft werden, muss die Fähigkeit, bestimmte Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auszuüben, eingeschränkt oder nicht vorhanden sein. Dies ist auch dann gegeben, wenn ein Mensch die Verrichtung zwar motorisch ausüben kann, wegen der Demenz jedoch deren Notwendigkeit nicht erkennt oder nicht in sinnvoll zielgerichtetes Handeln umsetzen kann.

Menschen mit Demenz können durchaus fähig sein, sich selbst zu waschen, zu kämmen und Nahrung zu sich zu nehmen. Durch die Demenz können sie sich jedoch nicht erinnern, dass sie die notwendigen Aufgaben erledigen müssen oder sträuben sich sogar dagegen. Menschen mit Demenz können sich selbst in Gefahr bringen, z. B. durch Verlaufen, Stürze oder Vergessen, den Herd oder Wasserkocher auszuschalten. Diese Risiken sind bei der Begutachtung zu beachten.

Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit muss von der Pflegekasse festgestellt werden. Dies ist die Hauptvoraussetzung, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten.

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. Die vorhandenen Einschränkungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten werden begutachtet, woraufhin eine Einstufung in einen von **5 Pflegegraden** erfolgt.

Praxistipps!



- Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf.
Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Häusliche Krankenpflege“.
- Wenn Sie oder Ihre Angehörigen unsicher sind, ob und welche Pflegeleistungen überhaupt in Betracht kommen, können Sie sich zur Information oder Unterstützung an eine örtliche **Pflegeberatung** (siehe unten) wenden.

Vorversicherungszeit

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

Pflegeberatung

Pflegebedürftige aller Pflegegrade haben einen Rechtsanspruch auf eine qualifizierte kostenlose Pflegeberatung. Wenn Pflegebedürftige anspruchsberechtigt sind, muss die Pflegekasse in jedem Fall eine Beratung durch eine Pflegeberatung der Pflegekasse selbst oder z. B. durch einen Pflegestützpunkt zugänglich machen.

Sobald ein erstmaliger Pflegeantrag bei einer Pflegekasse eingeht, muss diese

- einen konkreten **Beratungstermin** mit Angabe der Kontaktperson anbieten, der spätestens innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
- einen **Beratungsgutschein** ausstellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen der Gutschein zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann, und
- über Leistungs- und Preisvergleichslisten, die z. B. Leistungen und Vergütungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen enthalten, informieren. Die Listen werden nur ausgehändigt, wenn Pflegebedürftige dies anfordern.

Die Fristen für Beratungstermine gelten auch bei weiteren Anträgen, z. B. bei Anträgen auf Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege sowie Änderungsanträgen.

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person kann die Beratung im häuslichen Umfeld und außerhalb der 2-Wochen-Frist stattfinden. Die Pflegekasse muss die pflegebedürftige Person über diese Möglichkeit aufklären. Für Menschen mit Demenz und deren Angehörige kann eine Pflegeberatung im häuslichen Umfeld auch deshalb sinnvoll sein, weil sich Menschen mit Demenz in ihrer gewohnten Umgebung sicherer fühlen.

- Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) bietet für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen den Einblick „Beratung zur Pflege: Was man wissen sollte – und was man erwarten kann“. Kostenloser Download oder Bestellung unter www.zqp.de > *Bestellen* > *Beratung zur Pflege*.
- Adressen von Beratungsstellen bundesweit finden Sie beim Zentrum für Qualität in der Pflege unter www.zqp.de > *Angebote* > *Beratungsdatenbank*.



Pflegeantrag

Pflegeanträge sind bei der Pflegekasse zu stellen. Nach Antragseingang lässt die Pflegekasse vor in der Regel vor Ort oder ggf. telefonisch begutachten, ob tatsächlich eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Wie wird ein Pflegeantrag gestellt?

Pflegeleistungen werden von der pflegebedürftigen Person, ggf. mit Hilfe der Angehörigen oder Bevollmächtigten, bei der Pflegekasse beantragt. Zwischen Antragstellung und Genehmigung können mehrere Wochen vergehen. Falls in dieser Zeit bereits ein Pflegedienst notwendig ist, muss dieser zunächst selbst bezahlt werden. Wird der Antrag genehmigt, übernimmt die Pflegekasse die Kosten in der Regel rückwirkend ab dem Datum der Antragstellung (siehe „Leistungsbescheid und Leistungsbeginn der Pflegekasse“ ab S. 54) und bis zur Höhe der genehmigten Leistungen. Deshalb ist es wichtig, alle Belege aufzubewahren. Wenn unzureichende finanzielle Mittel vorhanden sind, um die Kosten im Vorfeld bzw. insgesamt für die bevorstehenden Zuzahlungen zur Pflege aufzubringen, kann Hilfe zur Pflege vom Sozialamt unterstützen.

Einen kostenlosen Musterantrag zum Ausdrucken und Ausfüllen per Hand können Sie downloaden unter www.betacare.de > *Ratgeber* > *Pflege*.



Nach dem Antrag findet innerhalb einer bestimmten Frist die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD), in der Regel im häuslichen Umfeld, statt.

Pflegebegutachtung

Die Pflegebegutachtung wird von der Pflegekasse in Auftrag gegeben, um festzustellen, ob eine Person pflegebedürftig ist. Der Medizinische Dienst (MD) oder eine andere berechnigte Person erstellt das Gutachten.

Um den Grad der Pflegebedürftigkeit feststellen zu können, wird in 6 Lebensbereichen (Module 1 bis 6) und in den Bereichen Haushaltsführung und außerhäusliche Aktivitäten (Module 7 bis 8) die benötigte Hilfe abgefragt bzw. die Beeinträchtigung der Selbständigkeit ermittelt. Damit bei der Begutachtung ein genaues Bild entsteht, sollten sich pflegebedürftige Personen gut vorbereiten. Eine Entscheidung über den Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung soll spätestens innerhalb von 25 Arbeitstagen vorliegen. Kürzere Fristen von 5 bis 10 Arbeitstagen sind für besondere Fälle vorgesehen.

Tipps zur Vorbereitung auf die Pflegebegutachtung

Wenn der medizinische Dienst (MD) den Besuch zur Begutachtung ankündigt, bereiten Sie sich auf den Termin vor:

- Überlegen Sie, welche Unterstützung Sie brauchen und wie Ihr Alltag abläuft. Dazu gehört u. a.:
 - Wie kommen Sie zurecht, wenn Sie sich zu Hause bewegen?
 - Können Sie sich selbst waschen und anziehen?
 - Können Sie Ihren Tagesablauf planen und sich beschäftigen oder Termine selbstständig vereinbaren?
 - Wie können Sie Ihren Haushalt führen, z. B. Wäsche waschen oder putzen?
 - Sind Sie zeitlich und örtlich orientiert?
 - Können Sie Medikamente selbstständig einnehmen?
- Ein Pflegetagebuch kann helfen, den tatsächlichen Pflegeaufwand vor der Begutachtung zu dokumentieren.
- Bitten Sie Personen oder Angehörige, von denen Sie bereits Unterstützung erhalten, bei diesem Termin dabei zu sein.
- Wenn Sie eine rechtliche Betreuung haben, sollte die Person, die Sie in rechtlichen Angelegenheiten vertritt, anwesend sein.
- Legen Sie notwendige Unterlagen bereit, z. B. ärztliche Unterlagen, Entlassungsberichte von Krankenhäusern oder Reha-Kliniken, hausärztliche Bescheinigungen, Gutachten und Atteste.

Bei der Begutachtung durch den MD kann es zu Fehldeutungen durch Gutachter kommen, weil

- demenzkranken Menschen äußerlich nichts anzusehen ist.
- sie in ihrer vertrauten Umgebung orientiert und unauffällig wirken.
- viele sich Fremden gegenüber als selbstständig darstellen können und geschickt ihre kognitiven Einbußen überspielen.
- bei Demenz Schwankungen im Tagesverlauf auftreten können. Manche Menschen mit Demenz sind tagsüber relativ ruhig und abends und nachts sehr unruhig und verwirrt.

- Wenn Sie als Angehörige der Meinung sind, dass der Besuch des Gutachters keinen realistischen Eindruck von der Hilfsbedürftigkeit der pflegebedürftigen Person vermittelt, sollten Sie dies dem Gutachter direkt mitteilen. Sagen Sie dem Gutachter, dass Sie ihm gerne einige Beispiele für Situationen geben möchten, in denen die Person normalerweise Hilfe benötigt.
- Eine Checkliste, damit Sie keine Unterlagen vergessen, können Sie kostenlos downloaden unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegebegutachtung“.
- Beim Begutachtungstermin erfasst der MD die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten und hält diese im Gutachten fest. Ausführliche Informationen zur Vorbereitung auf die Begutachtung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege-Check: Vorbereitung auf den Begutachtungstermin“. Dieser kann unter www.betaCare.de > Ratgeber > Pflege kostenlos heruntergeladen werden.
- Da bei der Pflegebegutachtung nur eine Momentaufnahme erfasst wird, kann es sein, dass bei der Begutachtung die Situation falsch eingeschätzt wird. Ist die pflegebedürftige Person mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann sie innerhalb eines Monats **Widerspruch** einlegen, Näheres zum Widerspruch auf S. 91.

Ermittlung des Pflegegrads

Um den Pflegegrad zu bestimmen, wird in der Regel eine Begutachtung in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person durchgeführt.

Bei der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten in 6 verschiedenen Bereichen (Modulen) ermittelt. Anhand des Gutachtens entscheidet die Pflegekasse über den Pflegegrad.

Folgende 5 Pflegegrade sind möglich:

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



- Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können Sie beim Medizinischen Dienst Bund (MD-Bund) unter www.md-bund.de > *Richtlinien/Publikationen* > *Richtlinien/Grundlagen für Begutachtungen und Qualitätsprüfungen* > *Pflegebedürftigkeit* herunterladen oder als Broschüre bestellen.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad finden Sie im Anhang auf S. 100.

Leistungsbescheid und Leistungsbeginn der Pflegekasse

Sobald die Pflegekasse das Gutachten erhalten hat, stuft sie die pflegebedürftige Person in einen Pflegegrad ein und sendet der antragstellenden Person einen Leistungsbescheid zu. Der Bescheid enthält Angaben zum Pflegegrad und den daraus resultierenden Leistungen der Pflegekasse. Ist zu erwarten, dass sich der Pflegegrad in vorhersehbarer Zeit ändert, kann in angemessenen Abständen ein Wiederholungsgutachten durchgeführt werden. Der erneute Begutachtungstermin wird abhängig von der im Pflegeplan des Erstgutachtens genannten Prognose festgelegt. Zusätzlich beinhaltet das Schreiben Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen, die der Gutachter angeraten hat. Wenn die pflegebedürftige Person zustimmt, leitet die Pflegekasse diese Empfehlungen an den zuständigen Rehabilitationsträger weiter. Das wiederum löst ein Antragsverfahren auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation aus.

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

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

Leistungen bei häuslicher Pflege

Viele Menschen mit Demenz leben in der Anfangsphase der Erkrankung weiterhin zu Hause und werden von ihren Angehörigen gepflegt. Die Pflegeversicherung bietet Unterstützung für die häusliche Pflege. Je nach Pflegegrad stehen verschiedene Leistungen zur Verfügung. Zusätzlich gibt es auch teilstationäre Angebote, die die häusliche Pflege ergänzen können.

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 zur eigenen Verfügung von der Pflegekasse, um deren häusliche Pflege selbst sicherzustellen. Diese erfolgt oftmals durch Angehörige, Freunde oder auch Nachbarn. Das Pflegegeld kann als Anerkennung für pflegerische Tätigkeiten und Unterstützung im Haushalt an die jeweilige Pflegeperson weitergereicht werden. Die Höhe des Pflegegelds beträgt je nach Pflegegrad zwischen 332 und 947 € monatlich, es muss beantragt werden und ist steuerfrei.

Pflegesachleistung

Unter **Sachleistung** versteht man die häusliche Pflegehilfe, die in der Regel durch ambulante Pflegedienste, aber auch durch zugelassene Einzelpersonen erbracht wird. Anspruch haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 bei häuslicher Pflege. Die Pflegedienste bzw. -kräfte rechnen direkt mit der Pflegekasse ab und erhalten je nach Pflegegrad 761 bis 2.200 € monatlich. Der gleichzeitig vollumfängliche Bezug von Pflegegeld ist nicht möglich, aber eine Kombination beider Leistungen. Ergänzend sind weitere Leistungen der Pflegeversicherung möglich, z. B. Hilfsmittel, Kurzzeitpflege, aber auch Pflegeleistungen vom Sozialamt (siehe S. 61). Mehrere Pflegebedürftige, z. B. in Wohngemeinschaften, können die häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen und Zeit- und Kostenersparnisse für mehr Leistungen nutzen. Auch ambulante Betreuungsdienste können vom Budget der Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden.

Kombinationsleistung

Die **Kombinationsleistung** verbindet Pflegesachleistung mit Pflegegeld. Dies bedeutet, dass eine pflegebedürftige Person zum Teil von einer nicht professionellen Pflegeperson (z. B. Angehörige) und zum Teil von einer professionellen Pflegekraft (z. B. ambulanten Pflegedienst) gepflegt wird. Die Pflegeversicherung erstattet dann zuerst den Aufwand der Fachkraft und zahlt für die „restliche“ Pflege anteilig Pflegegeld an die pflegebedürftige Person. Bis auf wenige Ausnahmen ist die pflegebedürftige Person an die prozentuale Aufteilung von Geld- und Sachleistung für die Dauer von 6 Monaten gebunden. Der Antrag auf Kombinationsleistung kann beim Erstantrag auf Pflegeleistungen oder mithilfe eines Änderungsantrags bei der Pflegekasse gestellt werden.

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 Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 haben und die Pflegeperson vor der erstmaligen Verhinderung die pflegebedürftige Person mindestens 6 Monate gepflegt hat. Pro Jahr erstattet die Pflegekasse maximal **1.612 €**. Der Leistungsbetrag kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege (siehe S. 58) auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Während einer Ersatzpflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegelds fortbezahlt. Bei Verhinderung der Pflegeperson ist **auch** Kurzzeitpflege möglich. Die Budgets für Ersatzpflege und Kurzzeitpflege werden zu einem gemeinsamen Jahresbetrag zusammengefasst.

Gemeinsamer Jahresbetrag

Zum 01.07.2025 werden die verfügbaren Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für die Ersatzpflege (Verhinderungspflege) und Kurzzeitpflege zu einem flexibel nutzbaren, gemeinsamen Jahresbetrag (Entlastungsbudget) zusammengefasst. Die bisher unterschiedlichen Übertragungsregelungen entfallen und abweichende Voraussetzungen, wie. z. B. Höchstdauer und Vorpflegezeit, werden angeglichen. Schwerstpflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis 25 Jahre (Pflegegrade 4 und 5) können den gemeinsamen Jahresbetrag bereits seit 01.01.2024 in Anspruch nehmen. Der gemeinsame Jahresbetrag erhöht sich zum 01.07.2025 von derzeit 3.386 € um 4,5% auf insgesamt 3.539 €.

Pflegekurse

Um **pflegende Angehörige** und **ehrenamtliche Pflegekräfte** zu unterstützen, sie zu stärken, sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen für die Pflegekräfte und den Pflegebedürftigen zu mindern, bieten die Pflegekassen **Pflegekurse** an. Durchgeführt werden die Kurse (im Auftrag der Pflegekasse) oft von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen. Ein Pflegekurs kann auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Die Teilnahme an Präsenzkursen oder Onlinekursen ist kostenlos.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 bis 5 in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von 125 € monatlich. Dieser soll Pflegepersonen entlasten und die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen fördern. Der Entlastungsbetrag ergänzt die ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen in der häuslichen Umgebung.

Der Entlastungsbetrag kann flexibel eingesetzt werden, z. B.

- für Tages- oder Nachtpflege,
- für Kurzzeitpflege,
- für Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Einkaufen, Vorlesen, Unterstützung bei Spaziergängen) oder Leistungen des ambulanten Pflegedienstes (für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gilt dies nicht für Leistungen aus Modul 4, d. h. aus dem Bereich der Selbstversorgung),
- als Zuschuss für Pflegebedürftige mit **Pflegegrad 1** in der vollstationären Pflege.

Pflegebedürftige müssen die Leistungen erstmal selbst bezahlen und reichen dann die Belege für die in Anspruch genommenen Leistungen bei der Pflegekasse ein. Übernimmt die Leistung ein Pflegedienst oder Betreuungsdienst, kann die Abrechnung direkt mit der Pflegekasse geleistet werden. Dafür muss die pflegebedürftige Person eine Abtretungserklärung unterschreiben. Pflegebedürftige müssen dann nicht mehr in Vorkasse gehen. Die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Angebote zur Entlastung sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Näheres zu den Regelungen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Entlastungsbetrag“.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung bezahlt bei Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, welche die selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person fördern. Im Gegensatz zu Hilfsmitteln, die von der Krankenversicherung über ein Rezept des Arztes erhältlich sind, können **Pflegehilfsmittel** direkt bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z. B. saugende Bettschutzeinlagen) auf **40 € monatlich** begrenzt.

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA)

Die Pflegekasse übernimmt bis zu 50 € monatlich für die Nutzung von DiPA und ergänzenden Unterstützungsleistungen. DiPA sollen z. B. die Selbstständigkeit fördern, einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenwirken und die Kommunikation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen verbessern. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „DiPA – Digitale Pflegeanwendungen“.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Die Pflegekasse kann unter bestimmten Voraussetzungen Umbauten und Ergänzungen in der Wohnung bezuschussen, die die Pflege erleichtern, eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen oder die Aufnahme in ein Pflegeheim verhindern oder hinauszögern. Häufige Maßnahmen sind z. B. der Umbau des Bades, Einbau eines Treppenlifts und das Anbringen von Handläufen oder Haltegriffen. Der Zuschuss beträgt maximal 4.000 € für Einzelpersonen und bis zu 16.000 € für Wohngemeinschaften bzw. für ambulant betreute Wohnformen, wenn mindestens 4 Anspruchsberechtigte zusammenwohnen.

Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege

Im fortgeschrittenen Stadium der Demenz, wenn die häusliche Betreuung nicht mehr ausreicht, können teilstationäre Leistungen in Anspruch genommen werden. Teilstationäre Leistungen ergänzen die häusliche Pflege. Wenn Angehörige mit der Pflege überlastet sind, ist ein Umzug ins Pflegeheim möglich.

Folgende Leistungen können bei einer teilstationären oder stationären Pflege beantragt werden:

Tages- oder Nachtpflege

Tagespflege oder Nachtpflege bedeutet, dass Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 grundsätzlich zu Hause, zum Teil aber tagsüber oder in der Nacht in einer Einrichtung gepflegt werden und kommt immer dann in Betracht, wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Dafür erhalten Pflegebedürftige von der Pflegekasse je nach Pflegegrad **monatlich bis zu 1.995 €**. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € dafür in Anspruch nehmen. Darüber hinaus können zusätzlich Pflegegeld oder/und Pflegesachleistungen für die Pflege zu Hause in Anspruch genommen werden.

Die Einrichtungen berechnen in der Regel einen Tagessatz. Je nach Pflegegrad und Region fällt der Tagessatz bei den Anbietern bzw. Trägern solcher Einrichtungen unterschiedlich hoch aus. Im Tagessatz sind immer Kosten enthalten, die von allen Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind. Diese sind z. B. Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) und Investitionskosten.

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege, z. B. wenn eine Pflegeperson erkrankt oder im Urlaub ist) kann eine vorübergehende stationäre **Kurzzeitpflege** nötig werden. Diese ist auf maximal **8 Wochen und maximal 1.774 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege, siehe S. 56) auf bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

Einen Eigenanteil, z. B. für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Investitionskosten, müssen Pflegebedürftige selbst tragen. Der Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € monatlich kann dafür eingesetzt werden.

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.

Zum 01.07.2025 werden die Leistungsbeträge der Ersatzpflege und Kurzzeitpflege für alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 zu einem gemeinsamen Jahresbetrag (siehe S. 56) zusammengefasst.

Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege ist die Pflege in einem Pflegeheim. Je nach Pflegegrad zahlt die Pflegekasse **770 bis 2.005 € monatlich** für die Kosten der Pflege. Für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sowie einen Eigenanteil für pflegebedingte Kosten müssen Pflegebedürftige selbst aufkommen.

Für einen Teil dieses Eigenanteils erhalten Pflegebedürftige je nach Länge des Aufenthaltes im Pflegeheim seit 2022 einen gestaffelten Zuschlag von der Pflegekasse. Dieser wurde zum 01.01.2024 erhöht. Nähere Hinweise zu eigenen Kosten im Pflegeheim und den Zuschlägen finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Vollstationäre Pflege“*.

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der betaCare-Ratgeber „Pflege“. Dieser kann unter www.betaCare.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > *Pflegeversicherung* > *Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare* > *Empfehlungen zum Leistungsrecht* finden Sie im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 14. November 2023 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.
- Einen Überblick über die Änderungen im Rahmen des Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetzes (PUEG) finden Sie als übersichtliche PDF-Datei unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pflegeversicherung“*.



Ausländische Haushalts- und Pflegekräfte

Die sog. 24-Stunden-Pflege oder 24-Stunden-Betreuung von pflegebedürftigen Menschen zuhause wird meist mit Hilfe von Betreuungskräften aus Osteuropa realisiert. Ausländische Haushaltshilfen, Betreuungskräfte und Pflegekräfte können über verschiedene Modelle beschäftigt werden. In Deutschland sind alle Modelle illegal, bei denen eine einzige Person für Pflege, Betreuung und Hausarbeit angestellt wird, um rund um die Uhr einsatzbereit zu sein.

Arbeitskräfte aus EU-Staaten können ohne Arbeitserlaubnis beschäftigt werden. Für sie gelten dieselben Bedingungen wie für deutsche Arbeitskräfte, also z. B. Bestimmungen zu Arbeitszeiten, Arbeitsschutz, Urlaub und Mindestlöhnen. Pflegekräfte aus Drittstaaten (= Ausländer aus Nicht-EU-Staaten) benötigen für die Arbeitsaufnahme eine Aufenthaltserlaubnis. Es ist zu unterscheiden zwischen „Haushaltshilfe“, „Betreuungskraft“ und „Pflegekraft“. Für die Bezahlung kann das Pflegegeld eingesetzt werden. Über die Hilfe zur Pflege (siehe S. 61) kann eine Kostenübernahme durch das Sozialamt möglich sein.

Praxistipps!



- Wenn Sie überlegen, eine selbständige Kraft (Selbstständigenmodell) mit der Pflege zu beauftragen, haben Sie die Möglichkeit, vorab **rechtssicher** klären zu lassen, ob eine echte Selbstständigkeit vorliegen würde, oder eine illegale Scheinselbstständigkeit (sog. **Statusfeststellungsverfahren**). Die Antragsformulare stellt die Deutsche Rentenversicherung zur Verfügung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Suchbegriff: „Formularpaket Statusfeststellung“.
- Umfassende Informationen zur Organisation einer Betreuung durch ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte bietet die Broschüre „Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte in Privathaushalten“ der Verbraucherzentrale. Kostenloser Download unter: www.verbraucherzentrale.de > *Gesundheit & Pflege > Pflege zu Hause > Ausländische Betreuungskräfte – wie geht das legal?*. Auf dieser Seite der Verbraucherzentrale gibt es unter der Überschrift (ganz unten) „Deutsches Arbeitsrecht gilt auch für Ausländer“ eine tabellarische Übersicht zum kostenlosen Download mit den wichtigsten Bedingungen und Voraussetzungen für eine legale Beschäftigung.
- Die Kosten für eine legal beschäftigte ausländische Haushalts- und Betreuungskraft können Sie als haushaltsnahe Dienstleistungen von der Steuer absetzen, wenn Sie sie durch Rechnungen oder Überweisungen belegen können.
- Als Angehörige sollten Sie zunächst den konkreten Betreuungsbedarf ermitteln und sich bei der Suche nach einem passenden Betreuungsmodell zur Beratung an Pflegestützpunkte wenden.
- Vermittelt werden die Arbeitskräfte in der Regel über private Agenturen. Anzeigen dazu finden Sie in Tageszeitungen oder im Internet. Hier ist es besonders wichtig, sich gut zu informieren, da es zu Ausbeutung von Betreuungskräften kommen kann. Teilweise vermitteln auch Wohlfahrtsverbände wie Diakonie oder Caritas.
- Wenn Sie sich die 24-Stunden-Pflege nicht leisten können, können Sie Hilfe zur **häuslichen Pflege** beantragen. Wenn die 24-Stunden-Pflege weniger kostet als ein Pflegeheim, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass Hilfe zur Pflege bewilligt wird. Trotz erheblicher Mehrkosten haben Sie aber bei Bedarf einen Rechtsanspruch auf Hilfe zur Pflege für 24-Stunden-Pflege, wenn **kein geeignetes und zumutbares Heim** vorhanden ist.

Wer hilft weiter?



- Die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) unter: www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/startseite.
- Leider gibt es keine offizielle Stelle, die in diesem sensiblen Bereich berät. Unterstützung finden Sie möglicherweise bei der Verbraucherzentrale, einem Pflegestützpunkt, der Seniorenberatung, den Wohlfahrtsverbänden oder bei Selbsthilfegruppen für Angehörige, z. B. bei Pflegebedürftigkeit infolge von Demenz, Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma.

Hilfe zur Pflege vom Sozialamt

Unter bestimmten Voraussetzungen können Menschen mit Demenz, die auf Pflege angewiesen sind, vom Sozialamt Unterstützung erhalten.

Die „Hilfe zur Pflege“ zählt zur Sozialhilfe. Das Sozialamt übernimmt dieselben Leistungen wie die Pflegekasse bzw. Kosten, die darüber hinaus für die Pflege anfallen.

Das Sozialamt leistet erst, wenn die **vorrangig zuständige Pflegekasse** oder andere Leistungsträger nicht oder zu wenig leisten.

Hilfe zur Pflege muss beantragt werden und wird in der Regel gewährt, wenn weder die pflegebedürftige Person, noch Angehörige die Eigenleistungen für die Pflege zahlen können oder in Fällen ohne Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege müssen den gesamten Pflegebedarf decken (sog. Bedarfsdeckungsprinzip) und sind nicht nach oben begrenzt wie die Leistungen der Pflegeversicherung. Das Pflegegeld und der Entlastungsbetrag werden nur in Höhe der festgelegten Beträge der Pflegeversicherung geleistet, sie sind nicht vom Bedarfsdeckungsprinzip umfasst.

Antrag

Hilfe zur Pflege muss beim Sozialamt beantragt werden.

- Die Antragsunterlagen erhalten Sie beim Sozialamt bzw. steht der Antrag auf der Internetseite zum Ausdrucken zur Verfügung. Dort finden Sie in der Regel eine Auflistung über die Unterlagen, die mit dem Antrag eingereicht werden müssen. Dies sind z. B. Einkommens- und Vermögensnachweise, Personalausweis oder Schwerbehindertenausweis.
- Den Antrag sollten Sie **rechtzeitig** stellen, ggf. schon vor dem Einzug in ein Pflegeheim bzw. wenn sich abzeichnet, dass das Einkommen und Vermögen nicht ausreicht. Hilfe zur Pflege wird **nicht** rückwirkend, sondern erst ab Antrag bezahlt. Wenn beispielsweise vor einem Antrag schon Kosten, z. B. aus Schonvermögen der pflegebedürftigen Person gedeckt wurden, werden diese nicht erstattet.
- Einen Pflegeheimplatz können Sie in der Regel frei wählen.

Nähere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Hilfe zur Pflege“.

- Die Pflegekassen sowie das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: Telefon 030 3406066-02, Mo–Mi von 8–16 Uhr, Do von 8–18 Uhr und Fr von 8–12 Uhr
- Fragen zur „Hilfe zur Pflege“ beantwortet das Sozialamt.

 Wer hilft weiter?



Leistungen für pflegende Angehörige

Die Pflege von Menschen mit Demenz ist eine große Herausforderung. Pflegende Angehörige sind dabei oft stark körperlich und emotional beansprucht. Es ist wichtig, dass sich pflegende Angehörige nicht scheuen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die verschiedenen Entlastungsmöglichkeiten können dazu beitragen, die Belastungen zu verringern.

Freistellung zur Pflege von Angehörigen

Wer einen Angehörigen mit Demenz pflegt, kann seine Arbeitszeit reduzieren, um mehr Zeit für die Pflege zu haben. Für die Freistellung gibt es verschiedene Möglichkeiten. Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehen aufgestockt werden. Sonderformen der Pflegezeit ermöglichen auch eine vollständige Freistellung.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

Die „**kurzzeitige Arbeitsverhinderung**“, eine Sonderform der Pflegezeit, können Berufstätige für bis zu 10 Arbeitstage beim Arbeitgeber beantragen. Für den Ausfall des Gehalts können Pflegepersonen das **Pflegeunterstützungsgeld** bei der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person beantragen. Seit 01.01.2024 besteht dieser Anspruch für Beschäftigte einmal pro Kalenderjahr und nicht wie bisher einmalig pro pflegebedürftiger Person. Die Freistellung kann für die Organisation der Pflege von Angehörigen in Anspruch genommen werden.

Pflegezeit und Familienpflegezeit

Berufstätige haben Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um nahe Angehörige 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.

In der **Familienpflegezeit** reduzieren Berufstätige maximal 2 Jahre lang ihre Arbeitszeit, um Angehörige zu pflegen. Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehen aufgestockt werden. Die Familienpflegezeit ergänzt und erweitert die Pflegezeit, die Anündigung bzw. der Antrag muss Arbeitgebern innerhalb einer bestimmten Frist vorliegen. Während der Familienpflegezeit haben Berufstätige Kündigungsschutz.

Freistellung zur Sterbebegleitung in der letzten Lebensphase

Für eine Begleitung in der letzten Lebensphase besteht ein Anspruch auf eine vollständige oder auch teilweise Freistellung für maximal 3 Monate. Es ist dabei nicht notwendig, dass die Begleitung in der letzten Lebensphase unmittelbar an eine bisher beanspruchte Pflegezeit anschließt, wie das bei einer Kombination der Pflegezeit und Familienpflegezeit der Fall ist. Auch ist eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI und die damit verbundene Einstufung in einen Pflegegrad nicht Voraussetzung für diese Leistung. Die Begleitung kann in Einrichtungen wie Hospizen, Krankenhäusern oder Pflegeheimen stattfinden, nicht nur in der häuslichen Umgebung. Beschäftigte, die diese Freistellung beantragen, müssen beim Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung vorlegen, die die begrenzte Lebenserwartung der angehörigen Person bestätigt.

Hinweis: Die Freistellung zur Sterbebegleitung kann zwar unabhängig von Pflegezeit und Familienpflegezeit beansprucht werden, sie wird aber auf den, für beide Leistungen begrenzten Leistungszeitraum von höchstens 24 Monaten, angerechnet.

Praxistipp!

Die pflegende Person 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.

Beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben kann unter www.bafza.de > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* der maximale Darlehensbetrag ermittelt werden. 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.

Wer hilft weiter?

Die zuständige Pflegekasse.

Betreuter Urlaub

Urlaub kann Angehörigen die beste Erholung bieten, doch viele möchten ihre demenzerkrankten Angehörigen nicht für längere Zeit in fremde Hände geben. Zunehmend werden für dieses Bedürfnis Urlaubsmöglichkeiten geschaffen, die kombinierte Wohn- und Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz und ihre urlaubsreifen Angehörigen machen.

Informationen zu konkreten Urlaubsorten bietet z. B. die Deutsche Alzheimer Gesellschaft unter www.deutsche-alzheimer.de > *Unterstützung* > *Entlastungsangebote*.

Gesprächskreise für Angehörige

Da Demenz eine sehr häufige Krankheit ist, gibt es in fast allen Städten und Gemeinden Gesprächskreise für pflegende Angehörige, oft auch speziell für Angehörige von Demenzbetroffenen. Dort treffen sich Angehörige und tauschen ihre Erfahrungen aus. Die Betreuung und Pflege bei Demenz ist für die pflegenden Angehörigen äußerst anstrengend und oft auch schmerzlich. Der Mensch, den man Jahrzehnte gekannt hat, hat sich grundlegend verändert. Oft müssen pflegende Angehörige mit Wut, Aggression und der Tatsache fertig werden, dass der früher so vertraute Mensch sie nicht mehr erkennt.

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

Neben Gespräch, Entlastung und Austausch vermitteln diese Gruppen oft auch Informationen zum Krankheitsbild, zu Behandlungsmöglichkeiten und zu Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige.

- Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bietet Informationen, Filme und hilfreiche Adressen für Angehörige unter www.wegweiser-demenz.de > *Alltag und Pflege* > *Pflegende Angehörige*.
- Das Zentrum für Qualität in der Pflege bietet den Ratgeber „Demenz. Anregungen für Partnerinnen und Partner“, Download unter www.zqp.de > *Angebote* > *Ratgeber*.
- Die App „Alzheimer & YOU“ informiert Jugendliche über Demenz und gibt Tipps zur aktiven Alltagsgestaltung mit Menschen mit Demenz. Nähere Informationen unter www.alzheimerandyou.de.



Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung

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.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**

Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die eine pflegebedürftige Person ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage, zu Hause pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche regelmäßig erwerbstätig sind, Beiträge zur Rentenversicherung.

Der Rentenbeitrag richtet sich nach dem Pflegegrad und der Leistungsart. Er kann auf mehrere Pflegepersonen aufgeteilt werden.

- **Unfallversicherung**

Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen Tätigkeiten sowie den Hin- und Rückweg zur/von der pflegebedürftigen Person.

- **Kranken- und Pflegeversicherung**

Unter bestimmten Voraussetzungen bezuschusst die Pflegekasse bei freiwillig Versicherten die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Während einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit ist die Pflegeperson in der Regel weiterhin über ihren Arbeitgeber krankenversichert.

- **Arbeitslosenversicherung**

Für Pflegenden, die eine pflegebedürftige Person 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.

Praxistipps!



- Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die Deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ auf Seite 14. Die Beiträge erhöhen sich zum 01.01.2024. Diese Broschüre können Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rente“* herunterladen.
- Nähere Informationen zur Unfallversicherung finden Sie in der 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“*.

- Erhält eine pflegebedürftige Person Hilfe zur Pflege von der Sozialhilfe, so werden unter Umständen die Beiträge zur Alterssicherung für die Pflegeperson vom Sozialamt übernommen.
- Informationen für pflegende Angehörige z. B. Anzeichen für Überlastung, Stress und Unterstützung oder Bewältigungsstrategien können unter <https://gesund.bund.de> > Pflege > Pflegende Angehörige gefunden werden.

Vorsorge und Rehabilitation

Pflegende Angehörige leisten viel. Die ständige Sorge um den demenzerkrankten Menschen, die Begleitung im Alltag und die Bewältigung von herausfordernden Situationen können zu einer hohen körperlichen und seelischen Belastung führen. Das hat nicht selten gesundheitliche Probleme zur Folge. Um die Gesundheit pflegender Angehöriger zu erhalten oder wiederherzustellen, kann eine Vorsorgekur oder Rehabilitation beantragt werden.

Während der Auszeit der Pflegeperson kann die pflegebedürftige Person über die Ersatzpflege (siehe S. 56) von einem ambulanten Pflegedienst oder in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege (siehe S. 58) versorgt werden.

Ambulante Vorsorgekur

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

Dauer und Wartezeit

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

Kosten und Zuschuss

Unterkunft und Verpflegung muss der Versicherte bezahlen, jedoch gibt es je nach Satzung der Krankenkasse einen Zuschuss von bis zu 16 € täglich oder eine Pauschale von 100 €, wenn die Kur mindestens 14 Tage dauert.

Zuzahlung

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

Stationäre Vorsorgekur

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

Dauer und Wartezeit

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

Zuzahlung

Versicherte nach dem 18. Geburtstag zahlen täglich 10 €.

Medizinische Rehabilitation

Eine medizinische Reha umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind. Sie wird ambulant oder stationär erbracht, wobei eine ambulante Reha grundsätzlich Vorrang hat. Seit 01.01.2019 können pflegende Angehörige jedoch auch dann eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.

- Wenn Sie als Pflegeperson eines Angehörigen stationäre medizinische Rehabilitation benötigen und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, besteht seit 01.01.2024 ein Rechtsanspruch auf eine Versorgung in derselben Rehaeinrichtung. Die Einrichtung kann, wenn die Versorgung dort nicht sichergestellt ist, auch zugelassene ambulante Pflegedienste zur Versorgung heranziehen oder vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen.
- Ein Ratgeber, der vor allem auf die psychische Belastung abzielt, wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) und der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung (DPTV) herausgegeben. Er kann unter dem Titel „Entlastung für die Seele – Ein Ratgeber für pflegende Angehörige“ bei der DPTV heruntergeladen werden unter: www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de > *Patienten > Faltblätter & Broschüren.*
- Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Online-Portal „Pflegen und Leben“ bietet online psychologische Beratung, Entlastung und Fachinformationen unter www.pflegen-und-leben.de. Die Online-Beratung steht allen Menschen offen, die krankenversichert sind. Sie erfolgt anonym, kostenfrei und datensicher.
- Kinder und Jugendliche, die sich um ihre Familie kümmern, finden unter www.pausentaste.de Unterstützung, Informationen über Gruppen und Workshops sowie Telefon- und E-Mail-Beratung.
- Pflegende Angehörige können für eine Auszeit auch Einrichtungen des Müttergenesungswerks nutzen. Weitere Informationen unter: www.muettergenesungswerk.de.
- Ein schwieriges und sensibles Thema ist Gewalt gegen Pflegebedürftige, aber auch gegen Pflegende. Die Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) bietet eine Internetseite mit vielen Informationen zum Thema Gewalt in der Pflege und Tipps zur Gewaltprävention: www.pflege-gewalt.de.

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

en: 217-13-8

ahme einer
esen



Behinderung

Die Diagnose Demenz führt langfristig zu Behinderungen. Deshalb haben Betroffene in der Regel Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis. Damit Menschen mit Behinderungen so weit wie möglich gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können, gibt es für sie bestimmte Vergünstigungen, sog. Nachteilsausgleiche.

Definition „Behinderung“

Der Begriff „Behinderung“ ist im Sozialrecht genau definiert. Eine Behinderung liegt demnach vor, wenn der Körper oder Gesundheitszustand abweicht von dem, was für das Lebensalter typisch ist und im Zusammenspiel mit bestimmten Barrieren deshalb die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft für wahrscheinlich mehr als 6 Monate beeinträchtigt ist.

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

*Menschen sind **von Behinderung bedroht**, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“*

*Eine **Schwerbehinderung** nach § 2 Abs. 2 SGB IX haben Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten Menschen mit Schwerbehinderung nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben.*

Grad der Behinderung bei Demenz

Bei Demenz kann vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) festgestellt werden.

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten Anhaltswerte über die Höhe des GdB bzw. des Grads der Schädigungsfolgen (GdS) und 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/GdS
... 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, der Vasomotorenregulation oder der Schweißregulation)	
... leicht	30
... mittelgradig, auch mit vereinzelt synkopalen Anfällen	40
... mit häufigeren Anfällen oder erhebliche Auswirkungen auf den Allgemeinzustand	50
Hirnschäden mit kognitiven Leistungsstörungen (z. B. Aphasie, Apraxie, Agnosie)	
... leicht (z. B. Restaphasie)	30–40
... mittelgradig (z. B. Aphasie mit deutlicher bis sehr ausgeprägter Kommunikationsstörung)	50–80
... schwer (z. B. globale Aphasie)	90–100

Für die Bemessung des GdB ist vor allem die **tatsächliche** Leistungseinschränkung durch die Erkrankung bzw. Behinderung maßgeblich. Bei der Beurteilung ist vom klinischen Bild **und** von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Die GdB von mehreren Erkrankungen werden dabei **nicht** zusammengerechnet. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer **Gesamtheit**. **Wichtig** ist, wie sich die einzelnen Einschränkungen gegenseitig beeinflussen und wie sie sich für Betroffene auf die Teilhabe an der Gesellschaft auswirken.

Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis belegt Art und Schwere der Behinderung und muss oft vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen für Menschen mit Schwerbehinderung beantragt oder in Anspruch genommen werden. Er wird ab einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 ausgestellt.

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt nur auf Antrag und ist erst ab Feststellung eines GdB von 50 möglich.

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

Folgende Tipps können beim Antrag auf Schwerbehindertenausweis helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen (z.B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte aufführen, die **am besten** über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt oder das Amt für Soziale Angelegenheiten bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. Es ist wichtig, dass in den medizinischen Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Krankheit (z.B. körperliche Belastbarkeit) sowie insbesondere die Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe in der Gesellschaft ausführlich beschrieben werden. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z. B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.

Gültigkeitsdauer

Der Ausweis wird in der Regel für längstens 5 Jahre ausgestellt. Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden.

Für die **Verlängerung** des Schwerbehindertenausweises ist in der Regel ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.

Merkzeichen

Verschiedene **Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis** kennzeichnen die Behinderung und signalisieren, welche Vergünstigungen Menschen mit Schwerbehinderung erhalten. Das Versorgungsamt stellt auf Antrag die Merkzeichen zusammen mit dem Grad der Behinderung (GdB) anhand der Versorgungsmedizin-Verordnung und auf Grundlage verschiedener anderer gesetzlicher Regelungen fest.

Es gibt folgende Merkzeichen:

- **Merkzeichen G:** erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie erhebliche Geh- und/oder Stehbehinderung
- **Merkzeichen aG:** außergewöhnliche Gehbehinderung
- **Merkzeichen H:** hilflos
- **Merkzeichen BI:** blind oder hochgradig sehbehindert
- **Merkzeichen RF:** Rundfunkbeitragsbefreiung oder -ermäßigung
- **Merkzeichen B:** ständige Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel notwendig
- **Merkzeichen GI:** gehörlos oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung
- **Merkzeichen TBI:** taubblind

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Merkzeichen finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Merkzeichen“.

Merkzeichen bei Demenz

Bei einer schweren Demenz gilt in der Regel ein GdB von 100. Dann wird bei Demenz ohne nähere Prüfung eine sog. „Hilflosigkeit“ angenommen und das Merkzeichen „H“ kann in den Schwerbehindertenausweis eingetragen werden. Damit können bestimmte Hilfen und Nachteilsausgleiche in Anspruch genommen werden.

Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen erhalten – teilweise auf freiwilliger Basis – eine Reihe von Nachteilsausgleichen und Hilfen, z.B.: Steuervorteile für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige, Hilfen für Arbeitnehmer und Eintrittspreisermäßigungen.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig von den **Merkzeichen** und vom **Grad der Behinderung (GdB)**. Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.

- Menschen mit Behinderungen können bei ihrer Steuererklärung Freibeträge vom zu versteuernden Einkommen abziehen. Diese Pauschbeträge haben sich seit dem Veranlagungszeitraum 2021 verdoppelt. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pauschbetrag bei Behinderung“.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der betaCare-Ratgeber „Behinderung & Soziales“. Dieser kann unter www.betaCare.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Das Jobcenter und das Sozialamt berücksichtigen bei der Sozialhilfe und beim Bürgergeld einen Mehrbedarf von 17% des jeweiligen Regelsatzes für Gehbehinderte mit dem Merkzeichen G oder Merkzeichen aG, die
 - voll erwerbsgemindert sind oder
 - die Altersgrenze der Regelaltersrente erreicht haben.

Hinweis: Sie können diesen Mehrbedarf unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. bei niedriger Erwerbsminderungsrente) auch bekommen, wenn Sie ansonsten keinen Anspruch auf Sozialhilfe haben.

- Informationen zum SGB IX und zum Thema Behinderung gibt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über das Bürgertelefon, 030 221911-006, Mo-Do von 8-20 Uhr unter www.bmas.de > Service > Bürgertelefon/Kontakt > Bürgertelefon.
- Fragen zu Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die unabhängige Teilhabeberatung unter www.teilhabeberatung.de.



Praxistipps!



Wer hilft weiter?

SCHÖNFELDER

Deutsche
Gesetze

Textsammlung

SCHÖNFELDER

Deutsche
Gesetze

Textsammlung

SARTORIUS

Verfassungs-
und Verwaltungs-
gesetz

Textsammlung

Rechtliche Aspekte bei Menschen mit Demenz

Demenz schränkt die Denk-, Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit zunehmend ein. Menschen mit Demenz brauchen deshalb bald Hilfe, z. B. für Entscheidungen über ihre medizinische Behandlung, Rechtsgeschäfte und Behördenangelegenheiten. Irgendwann sind sie nicht mehr geschäftsfähig, einsichtsfähig und einwilligungsfähig. Rechtzeitige Vorsorge in Form einer Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und/oder Vorsorgevollmacht sowie eines Testaments kann Problemen vorbeugen.

Rechtliche Betreuung

Bei Menschen mit Demenz, die z. B. Geld verlegen oder unüberlegte Käufe tätigen, kann es sinnvoll sein, rechtliche Betreuung beim Betreuungsgericht anzuregen.

Das gilt auch, wenn die Demenz so weit fortgeschritten ist, dass die betroffene Person mit ihrem Verhalten sich oder/und andere gefährdet.

Ausnahme: Demenzbetroffene haben noch vor ihrer Erkrankung eine Vorsorgevollmacht für eine Person ihres Vertrauens ausgestellt. Die bevollmächtigte Person kümmert sich dann um alle Angelegenheiten, für die sie bevollmächtigt ist. Es kann auch mehrere Bevollmächtigte geben, z. B. je eine Person für Finanzen, für Wohnangelegenheiten oder medizinische Entscheidungen.

Rechtliche Betreuung richtet das Betreuungsgericht unter folgenden Voraussetzungen ein:

- **Krankheit oder Behinderung**, auf Grund der die **eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr wahrgenommen werden können**
- **Erforderlichkeit** der Betreuung, d. h. es reicht **nicht** aus, wenn die Person z. B.
 - jemanden bevollmächtigt (siehe Vorsorgevollmacht S. 87) *und/oder*
 - Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen bekommt und durch Assistenzleistungen bei der Regelung ihrer Angelegenheiten unterstützt wird *und/oder*
 - Hilfe durch Familienangehörige, Bekannte, Nachbarn bzw. soziale Dienste erhält.
- **Nicht gegen den freien Willen** eines Menschen, auch dann, wenn die Betreuung objektiv für diesen von Vorteil wäre
- **Bei Betreuung allein wegen einer körperlichen Krankheit oder Behinderung:** Antrag der betreuungsbedürftigen Person
Ausnahme: Die Person kann ihren Willen nicht (mehr) äußern.

Wenn keine freie Willensbildung mehr möglich ist

Ist der Wille nicht (mehr) frei, sondern durch die Krankheit und/oder Behinderung bestimmt, muss unter Umständen eine Betreuung **gegen den sog. natürlichen Willen** eines Menschen eingerichtet werden. Das kommt z. B. bei Demenzen oder Psychosen vor.

Eignung des Betreuers

Der Betreuer ist für die rechtliche Betreuung geeignet, wenn er dafür geeignet ist, den **(mutmaßlichen) Willen** der zu betreuenden Person umzusetzen, soweit das möglich und ihm zumutbar ist. Erhebliche Interessenskonflikte können das im Einzelfall verhindern und einen Betreuer ungeeignet machen, z. B. wenn die zu betreuende Person mit dem angedachten Betreuer in einem Erbstreit oder Ehestreit steckt.

Seit 01.01.2023 geht es bei der rechtlichen Betreuung **nicht mehr** um das objektive Wohl der betreuten Person, sondern nur um die Umsetzung des **subjektiven** (mutmaßlichen) Willens. Es gehört deshalb jetzt auch zur Eignung, dass der Betreuer in der Lage ist, seine eigenen Vorstellungen davon, was für die Person gut ist, ggf. zurückzustellen und stattdessen den (mutmaßlichen) Willen der zu betreuenden Person möglichst umzusetzen.

Früher galt, dass ein Betreuer nur dann geeignet ist, wenn er das Amt zum **objektiven** Wohl des Betroffenen führen wird, aber durch die zum 01.01.2023 umgesetzte Betreuungsrechtsreform gilt das **nicht mehr**.

Aufgabenbereiche und Aufgabenkreis des Betreuers

Der Aufgaben**kreis** eines Betreuers umfasst ein oder mehrere Aufgaben**bereiche**. Ein Aufgaben**bereich** darf nur angeordnet werden, **wenn und soweit** dies erforderlich ist. Wenn ein Betroffener sich z. B. nur um Behördenangelegenheiten nicht mehr selbst kümmern kann, darf für ihn die Betreuung deshalb nicht auch in allen anderen Bereichen angeordnet werden. In seinem Aufgabenkreis kann der Betreuer den Betreuten **gerichtlich und außergerichtlich vertreten**.

Einige Entscheidungen darf der Betreuer nur treffen, wenn sie vom **Betreuungsgericht als Aufgabenbereich ausdrücklich angeordnet worden sind:**

- Eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung der betreuten Person und andere freiheitsentziehende Maßnahmen wie z. B. Fixierung mit einem Bettgurt oder Gabe ruhigstellender Medikamente
- Auslandsaufenthalte
- Umgang, z. B. mit Freunden oder Familienangehörigen
- Entscheidungen über Telekommunikation und elektronische Kommunikation
- Entscheidungen über das Entgegennehmen, Öffnen, Weiterleiten oder Zurücksenden der Post der betreuten Person

Die Aufgabenbereiche sind gesetzlich **nicht** definiert. Vielmehr geht es bei der Bestellung eines Betreuers darum, **ob** und **in welchem Umfang** eine Betreuung **notwendig** ist. Das Betreuungsgericht ordnet **nur** die Aufgabenbereiche an, in denen der Betreute bedürftig ist und die er nicht ohne eine rechtliche Betreuung ausüben kann.

In der Praxis werden am meisten einer oder mehrere der folgenden Aufgabenbereiche angeordnet:

- **Gesundheitssorge und Pflegebedürftigkeit**

Umfasst der Aufgabenkreis des Betreuers den Bereich „Gesundheitssorge“, so darf der Ehegatte des Betreuten diesen nicht im Rahmen des Notvertretungsrechts für Ehegatten (siehe Praxistipp bei Vorsorgevollmacht ab S. 87) vertreten. Medizinische Entscheidungen trifft in diesem Fall der Betreuer.

In der Regel wird der Aufgabenbereich jedoch nur eingeschränkt angeordnet, z. B. auf die Entscheidung über eine bestimmte medizinische Behandlung. Die Einwilligung des Betreuers in ärztliche Maßnahmen, bei denen die Gefahr besteht, dass der Betreute stirbt oder einen schweren, länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, muss in der Regel vom Betreuungsgericht genehmigt werden.

- **Vermögenssorge**

Dieser Bereich umfasst alle Entscheidungen rund um das Vermögen eines Betreuten und kann z. B. angeordnet werden, wenn eine Person sich immer mehr verschuldet.

- **Wohnungs- und Mietangelegenheiten**

Kann eine Person keine Entscheidungen über ihre Wohnungsangelegenheiten mehr treffen, sind diese jedoch notwendig, wird eine Betreuung für diesen Bereich angeordnet. Bei bestimmten Entscheidungen, z. B. Kündigung des Mietverhältnisses des Betreuten, muss der Betreuer die Genehmigung des Betreuungsgerichts einholen.

- **Aufenthaltsbestimmung**

Dieser Bereich umfasst den Wohnsitz und den tatsächlichen Aufenthalt des Betreuten. Die Wünsche des Betreuten, z. B. in einer eigenen Wohnung anstatt in einem Pflegeheim zu leben, müssen so lange berücksichtigt werden, wie sie dessen Wohl nicht gefährden.

Über eine freiheitsentziehende Unterbringung können Betreuer nur entscheiden, wenn der Aufgabenbereich „Freiheitsentziehung“ ausdrücklich angeordnet wurde und das Betreuungsgericht diese genehmigt. Ohne Genehmigung ist eine Unterbringung nur zulässig, wenn mit einem Aufschiebung Gefahr verbunden wäre. Dann muss die Genehmigung aber unverzüglich nachgeholt werden.

- **Post- und Fernmeldeverkehr**

Das Annehmen, Öffnen und Anhalten der Post einer betroffenen Person wird als Aufgabenbereich nur angeordnet, wenn dies notwendig ist, damit der Betreuer seine Aufgabe zum Wohl des Betreuten erfüllen kann.

- **Behörden- und Ämtervertretung**

- **Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten**

Kosten der rechtlichen Betreuung

Für die Berufsbetreuung fallen bestimmte Pauschalen an, die von der betreuten Person zu tragen sind, außer sie ist mittellos. Ehrenamtliche Betreuung wird in der Regel unentgeltlich geführt und es gibt eine Pauschale als Aufwandsentschädigung. Gerichtsgebühren muss die betreute Person nur bei Überschreiten bestimmter Freibeträge tragen.

Praxistipp!



Die Broschüre „Betreuungsrecht“ können Sie beim Bundesministerium für Justiz unter www.bmj.de > Suchbegriff: „Betreuungsrecht“ kostenlos herunterladen oder beim Publikationsversand der Bundesregierung, Telefon 030 182722721, bestellen.

Wer hilft weiter?



- Zuständig für Betreuungsangelegenheiten ist das Betreuungsgericht beim örtlich zuständigen Amtsgericht.
- **Information, Beratung und Aufklärung gibt es bei:**
 - Rechtspflegern bei den Betreuungsgerichten
 - Betreuungsbehörden (Betreuungsstellen) bei der Kreis- oder Stadtverwaltung
 - Betreuungsvereinen, die häufig bei Wohlfahrtsverbänden angesiedelt sind

Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Menschen mit Demenz

Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) sind ohne vorherige Genehmigung des Betreuungsgerichts nur dann und nur maximal 30 Minuten erlaubt, wenn Menschen mit Demenz sich selbst oder andere akut gefährden. In dem Fall ist das Betreuungsgericht unverzüglich anzurufen. Ansonsten müssen freiheitsentziehende Maßnahmen vorab durch ein Betreuungsgericht genehmigt werden.

Bevor freiheitsentziehende Maßnahmen angewendet werden, sollten immer alternative Maßnahmen, z. B. Anpassung des Wohnraums oder digitale Hilfsmittel, geprüft werden.

Was sind freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)

Als freiheitsentziehende Maßnahmen gelten alle Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit eines Menschen gegen dessen Willen einschränken.

Es gibt verschiedene Formen von freiheitsentziehenden Maßnahmen:

- Mechanische Geräte wie Fixiergurte und Bettgitter über einen längeren Zeitraum (30 Minuten).
- Sedierende (ruhigstellende) Medikamente ohne medizinische Notwendigkeit.
- Andere Methoden, die einem Menschen die Möglichkeit nehmen, das Bett, den Stuhl, den Raum oder das Haus zu verlassen, z. B. Abschließen der Tür, Rollstuhl wegnehmen, in eine weiche Couch setzen, aus der sich die Person nicht mehr aus eigener Kraft erheben kann.

Antrag auf FEM

Freiheitsentziehende Maßnahmen müssen beim Betreuungsgericht beantragt werden, wenn sie länger als 30 Minuten dauern. Den Antrag muss die bevollmächtigte Person oder der Betreuer stellen.

Ausnahme: FEM ohne Antrag

- Ein **Betreuer** darf nur dann über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen entscheiden, wenn dies nach Anordnung des Betreuungsgerichts **ausdrücklich** zu seinem Aufgabenbereich gehört.
- Ein **Bevollmächtigter** darf nur dann über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen entscheiden, wenn dies in einer schriftlichen Vorsorgevollmacht **ausdrücklich** festgelegt ist.

Beides gilt unabhängig davon, wo sich die zu betreuende Person aufhält, also sowohl zu Hause als auch im Krankenhaus, in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung.

Erhebliche Gefährdung ohne FEM

Bei Menschen mit Demenz dürfen freiheitsentziehende Maßnahmen nur eingesetzt werden, wenn eine Person sich selbst und/oder andere erheblich gefährdet und wenn diese Gefahren nicht anders abgewendet werden können. Näheres unter Alternativen zu FEM auf S. 84.

FEM in der häuslichen Umgebung

Freiheitsentziehende Maßnahmen gibt es normalerweise nur in einem Heim, einem Krankenhaus oder „anderen Einrichtungen“. Wenn ein Mensch mit Demenz zuhause z.B. ständig irgendwo hinlaufen will, aber keinen Orientierungssinn mehr hat, dürfen pflegende Angehörige auch mal die Haustür von außen absperren, wenn sie etwas außer Haus erledigen müssen.

Eine Genehmigung durch das Betreuungsgericht ist dafür nicht notwendig, da es hierzu keine gesetzlichen Regelungen gibt. Der dies regelnde § 1831 (BGB) bezieht sich auf Krankenhäuser, Heime oder andere sonstige Einrichtungen.

Rechtfertigungsgrund notwendig

Im häuslichen Bereich sind freiheitsentziehende Maßnahmen allerdings nur dann keine strafbare Freiheitsberaubung nach § 239 StGB, wenn ein Rechtfertigungsgrund vorliegt (sog. rechtfertigender Notstand, § 34 StGB).

Eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine von der demenzkranken Person ausgehende Fremdgefährdung sind ein solcher Rechtfertigungsgrund. Das gilt aber nur bei Pflege durch Angehörige.

Hinweis: Wenn ausschließlich fremde Personen, z.B. Betreuer und Pflegedienst, eine Person zu Hause betreuen und pflegen, ist dies aus rechtlicher Sicht eine Situation wie in einer Einrichtung. Somit ist z.B. das Absperren der Haustür eine freiheitsentziehende Maßnahme und muss beim Betreuungsgericht genehmigt werden rechtens (vgl. Landesgericht München vom 07.07.1999 Az Z: 13T 4301/99).

FEM in Einrichtungen, Krankenhäusern und Heimen

Ein Problem bei vielen dementen Menschen in Pflegeheimen oder Krankenhäusern ist ihr Bewegungsdrang und/oder die Weglauftendenz bei fehlender Orientierung. Sie laufen rastlos hin und her. Oft steigert sich diese Unruhe in der Nacht. Oder sie wollen noch etwas erledigen, z.B. ihr Kind vom Kindergarten abholen, und machen sich auf den Weg in den Kindergarten. Statt „Weglauftendenz“ wird deshalb zunehmend von „Hinlauftendenz“ gesprochen.

Manche Krankenhäuser oder Pflegeheime hindern solche demenzkranken Menschen insbesondere nachts durch **Fixierungen** wie Bettgurte oder das **Anbringen von Bettgittern** daran, ihrem Bewegungsdrang nachzugeben.

Eine andere Art, den Bewegungsdrang einzuschränken, sind **sedierende Medikamente**. Das sind Psychopharmaka, die zu einer Verlangsamung auf körperlicher und geistiger Ebene bis hin zu Apathie und Dauerschläfrigkeit führen können. Sedierende Medikamente dürfen nur zur Heilung oder Linderung bei Krankheitszuständen (z.B. akuten Angst- oder Wahnvorstellungen) oder in Notfällen verordnet werden. Werden sedierende Medikamente jedoch über Wochen verordnet, dann ist dies eine freiheitsentziehende Maßnahme, die in die Persönlichkeitsrechte eingreift.

Obendrein können sedierende Medikamente typische Alzheimer-Symptome wie Apathie und depressive Zustände verstärken. Alle freiheitsentziehenden Maßnahmen müssen vom Betreuungsgericht genehmigt werden.

Weder eine bevollmächtigte Person noch ein Betreuer können eine Fixierung oder eine dauerhafte Verordnung von sedierenden Medikamenten ohne gerichtlichen Beschluss erlauben.

Das Pflegepersonal muss alle freiheitsentziehenden Maßnahmen täglich dokumentieren und auf ihre Notwendigkeit prüfen (lassen).

FEM im Notfall

Manchmal ist ein an Demenz erkrankter Mensch nicht mehr in der Lage zu erkennen, dass er sich selbst oder andere akut gefährdet. In solchen Fällen kann eine Einweisung in eine geschlossene Abteilung einer Klinik gegen seinen Willen notwendig werden.

Oft kommt es zu einer Einweisung, weil ein Mensch mit Demenz z. B. in der eigenen Wohnung verwahrlost, unterernährt ist, jede Hilfe ablehnt oder aggressiv wird. Ist Eile geboten, ist eine einstweilige Anordnung durch das Betreuungsgericht möglich. Wenn wegen einer Notsituation bereits gehandelt wurde, muss dies sofort dem zuständigen Betreuungsgericht mitgeteilt und die Genehmigung nachträglich erteilt werden.

Haben Ärzte, Angehörige oder Nachbarn Bedenken, dass eine Person mit Demenz sich selbst oder andere gefährdet, dann sollten sie sich an dessen gesetzlichen Betreuer oder Bevollmächtigten wenden. Falls die Person keinen Betreuer oder Bevollmächtigten hat, sind die Polizei, das Ordnungs- bzw. Gesundheitsamt oder der sozialpsychiatrische Dienst vor Ort die richtigen Ansprechpartner. Eine dieser Behörden stellt dann den Antrag auf eine Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung (z.B. einer Gerontopsychiatrie).

Gerontopsychiatrische Einrichtungen

Gerontopsychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit der diagnostischen Abklärung und Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter befasst. Auch in gerontopsychiatrischen Einrichtungen wird bei Bedarf mit mechanischen Fixierungen und Psychopharmaka gearbeitet. Wie im stationären Bereich gilt auch hier die Genehmigungspflicht durch das Betreuungsgericht.

Alternativen zu FEM

Vor allem bei akuter Gefährdung lassen sich freiheitsentziehende Maßnahmen nicht vermeiden. Langfristig lohnt sich für die Lebensqualität der demenzerkrankten Menschen jedoch meist die Suche nach Alternativen, z.B. digitale Hilfsmittel.

Digitale Hilfsmittel bei Hinlauftendenz

Technische Hilfsmittel können die persönliche Betreuung von Menschen mit Demenz zu Hause und im stationären Umfeld unterstützen und erleichtern. So gibt es z.B. Signalgeber, wenn Menschen den Impuls haben, sich aus dem sicheren Umfeld zu entfernen und „irgendwo“ hinzugehen. Betroffene tragen dann einen Sender am Körper. Wenn sie den geschützten Bereich verlassen, alarmieren Ton- und/oder Lichtsignale das Personal.

Solche Alarmsysteme gibt es auch für Zuhause. Dort informiert ein Tonsignal Angehörige, wenn der demenzerkrankte Mensch ein vorher festgelegtes Areal verlässt. Alternativ ist eine automatische Weiterschaltung des Alarms an eine ständig besetzte Notrufzentrale möglich.

Mittlerweile erlauben auch gängige Geräte wie Smartwatches (Multifunktionsuhren) oder Handys die Ortung via Registrierung und Internet. Allerdings muss dafür sichergestellt sein, dass die Person das Gerät immer bei sich trägt.

Praxistipps!

- Umfangreiche Informationen und Methoden der Vermeidung von FEM 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 unter www.muenchen.de > *Suchbegriff: „freiheitsentziehende Maßnahmen“*.
- Das Modellprojekt „Der Werdenfelser Weg“ bemüht sich darum, dass in den Regionen in denen er zur Anwendung kommt, gesetzliche Schutzmechanismen greifen, um freiheitsentziehende Maßnahmen zu unterbinden oder auf ein unumgängliches Minimum zu reduzieren. Spezialisierte Verfahrenspfleger mit pflegfachlichem Grundwissen diskutieren im gerichtlichen Auftrag jeden Fixierungsfall individuell und gehen gemeinsam mit dem Heim und den Angehörigen/Betreuern Alternativüberlegungen durch und regen im Einzelfall auch Erprobungen von Alternativmaßnahmen an. Beteiligte Einrichtungen finden Sie unter www.werdenfelser-weg-original.de > *Einrichtungen*.

Finanzen und Rechtsgeschäfte

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

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 besonders im Anfangsstadium geschäftsfähig sein.

Bei Geschäftsunfähigkeit können Rechtsgeschäfte, z. B. unüberlegte Käufe, rückgängig gemacht werden. Erklärungen eines geschäftsunfähigen Menschen sind nichtig, das heißt, sie gelten nicht. Ein ärztliches Attest beweist die Geschäftsunfähigkeit, also, dass die Krankheit eine freie Willensbildung ausschließt.

Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Geschäftsfähigkeit“.

Haftpflchtversicherung

Demenz zählt zu den informationspflichtigen und gefahren erhöhenden Krankheiten. Schließt ein Mensch mit Demenz eine private Haftpflichtversicherung ab, muss er die Krankheit bei Nachfragen der Versicherung angeben. Wird sie bei Versicherungsabschluss verschwiegen, muss die Versicherung im Schadensfall nicht leisten.

Tritt die Demenz erst nach dem Abschluss der Versicherung auf und es kommt zu einem Schadensfall, kann die Versicherung den Schaden übernehmen. Sie muss aber nur zahlen, wenn der Mensch mit Demenz den Schaden überhaupt ersetzen muss. Schadenersatz leisten muss er nur, solange er seinen Willen noch frei bilden kann (= Deliktsfähigkeit). Wer einen Schaden bei der Haftpflichtversicherung meldet, muss die Demenzerkrankung deshalb mitteilen.

Manche Haftpflichtversicherungen zahlen trotz Deliktsunfähigkeit aus Kulanz. Eine Haftpflichtversicherung **ohne** eine solche Kulanzregelung muss die bevollmächtigte Person oder die rechtliche Betreuung bei Deliktsunfähigkeit so schnell wie möglich kündigen, weil es eine nutzlose Ausgabe wäre.

Näheres unter www.deutsche-alzheimer.de > *Mit Demenz leben* > *Rechtliche Fragen* > *Versicherungen anpassen*.



Patientenvorsorge

Für Zeiten, in denen durch die fortschreitende Demenz die körperlichen, geistigen und/oder psychischen Fähigkeiten verloren gehen und die eigenen Angelegenheiten nicht mehr oder nicht mehr in vollem Umfang geregelt werden können, können im Vorfeld persönliche Wünsche und Vorstellungen schriftlich niedergelegt werden, um einer „Fremdbestimmung“ durch andere Personen vorzubeugen.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Im Rahmen einer Vorsorgevollmacht regelt der Verfasser, welche Personen stellvertretend für ihn Entscheidungen treffen sollen, wenn er selbst nicht dazu in der Lage ist. So kann verhindert werden, dass eine sog. rechtliche Betreuung notwendig wird. Eine besondere Rolle spielen Entscheidungen über medizinische Behandlungen, der Umgang mit Vermögen und die Vertretung bei Behörden.

Die Vorsorgevollmacht kann allgemein sein (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenbereiche beschränken. Die wichtigsten Aufgabenbereiche, die bei der Erstellung einer Vorsorgevollmacht berücksichtigt werden sollten, sind:

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

Es können auch Bestimmungen darüber getroffen werden, wie z. B. mit sozialen Netzwerken, Zugangsdaten und E-Mail-Konten verfahren werden soll.

Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Digitaler Nachlass“.

Zum 01.01.2023 sind umfangreiche Änderungen im Betreuungsrecht in Kraft getreten, z. B. gilt jetzt, um Versorgungslücken zu schließen, unter bestimmten Voraussetzungen das sog. **Notvertretungsrecht**: Befindet sich eine Person in einer gesundheitlichen Notsituation und ist nicht in der Lage Entscheidungen über die Gesundheits- und Pflegebedürftigkeit zu treffen, so kann diese vom nicht getrenntlebenden Ehepartner für eine Dauer von 6 Monaten vertreten werden.



Betreuungsverfügung

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

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 Person/en kennt, die die **Verwaltung seiner Angelegenheiten unter Aufsicht des Betreuungsgerichts** übernehmen soll/en und dies auch will/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 (Ehegatten, Eltern, Kinder) und Personen mit persönlicher Bindung in Betracht.

Das **Betreuungsgericht** kann im **Betreuungsverfahren** eine in einer **Betreuungsverfügung** vorgeschlagene Person nur dann ablehnen, wenn diese Person für die Führung der Betreuung nicht geeignet ist, oder wenn erkennbar ist, dass die zu betreuende Person nicht mehr an den in der **Betreuungsverfügung** aufgeschriebenen Wünschen festhalten will. Wird bei der persönlichen Anhörung eine andere als die in der **Betreuungsverfügung** vorgeschlagene Person gewünscht, ist der **aktuelle Wunsch** entscheidend.

Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine vorsorgliche Erklärung, in der ein Mensch regelt, wie er medizinisch-pflegerisch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, wenn er nicht mehr selbst darüber entscheiden kann.

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

Pauschalformulierungen ohne klaren Aussagewert müssen von Ärzten nicht beachtet 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.

Mögliche Situationen sollten genau beschrieben werden, z. B.:

- 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?

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.

- Der betaCare-Ratgeber „Patientenvorsorge“ sowie Formulare zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht kann unter www.betaCare.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Mehr Informationen zur Patientenvorsorge und weiteren Themen wie z. B. digitaler Nachlass oder Testament finden sie unter www.betanet.de > Leistungen > Patientenverfügung - Vorsorgevollmacht - Betreuungsverfügung.

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

 **Praxistipps!**

 **Wer hilft weiter?**

Durchsetzung von
Rechtsansprüchen



Durchsetzung von Rechtsansprüchen

Viele Entscheidungen von Behörden oder Sozialversicherungsträgern, z. B. zu Krankengeld, Reha-Leistungen, Erwerbsminderungsrente oder zum Grad der Behinderung, haben weitreichende finanzielle Folgen. Wer mit dem Bescheid (Verwaltungsakt) einer Behörde nicht einverstanden ist, kann dagegen Widerspruch einlegen. Dabei ist es egal, ob die zugesprochene Leistung als zu niedrig empfunden wird oder eine Leistung ganz versagt wird. Führt der Widerspruch nicht zum Erfolg, kann beim Sozialgericht Klage erhoben werden.

Widerspruch

Widerspruch kann die betroffene Person kostenfrei einlegen, wenn sie mit der Entscheidung einer Behörde nicht einverstanden ist. Der Widerspruch bewirkt, dass die Behörde den Bescheid noch einmal prüft.

Üblicherweise enthält jeder Verwaltungsakt einer Behörde eine sog. **Rechtsbehelfsbelehrung**, aus der hervorgeht, in welcher Form und Frist, sowie bei welcher Behörde der Widerspruch einzulegen ist. Die Behörde überprüft dann selbst noch einmal ihre Entscheidung auf Fehler und gibt dem Widerspruch oft statt.

Form und Frist

Die betroffene Person selbst oder ein von ihr Bevollmächtigter kann den Widerspruch **schriftlich** (formlos, auch per Fax, nicht per Email) oder **zur Niederschrift** persönlich bei der Behörde vor Ort einlegen.

Notwendige Voraussetzungen für einen wirksamen Widerspruch:

- Der Widerspruch muss den **Namen** und die **Adresse** der betroffenen Person enthalten,
- es muss **eindeutig erkennbar** sein, dass die Behörde den Bescheid noch einmal überprüfen soll („hiermit lege ich Widerspruch ein“),
- es muss eindeutig erkennbar sein, um welchen Bescheid es geht (**Aktenzeichen und Datum des Bescheids**),
- der Widerspruch muss **unterschrieben** sein.

Der Widerspruch muss **spätestens einen Monat nach Erhalt des Bescheids** bei der Behörde **eingegangen** sein. Das heißt, es reicht nicht aus, wenn er nur innerhalb der Frist losgeschickt wurde. Als Fristbeginn gilt der Poststempel des Briefs, mit dem der Bescheid verschickt wurde und weitere drei Tage. Als Fristende gilt 24 Uhr des Tages vor Ablauf des Monats nach Fristbeginn. Wenn die Frist an einem Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag endet, verschiebt sich das Fristende auf den nächsten Werktag.

Um nachweisen zu können, dass die Widerspruchsfrist eingehalten wurde, ist es sinnvoll, den Widerspruch **vor Ort** bei der Behörde abzugeben und sich dort den Eingang auf einer Kopie des Widerspruchs **bestätigen** zu lassen. Möglich ist auch, bei der Behörde telefonisch nachzufragen, ob der Brief eingegangen ist und dann umgehend eine **Eingangsbestätigung** anzufordern. Auch Fax-Sendeberichte mit einer Kopie des gefaxten Widerspruchs werden von den Sozialgerichten meist als Nachweis anerkannt. Es ist hingegen eher **nicht sinnvoll**, den Widerspruch **per Einschreiben** (auch mit Rückschein) zu senden: Belege von Postunternehmen reichen den Sozialgerichten **nicht als Nachweis** für die Einhaltung der Frist.

Praxistipps!



- Um einen Widerspruch möglichst einfach einzulegen, reicht es, die erste Seite des Bescheids zu kopieren und darauf zu schreiben: „Hiermit lege ich Widerspruch gegen diesen Bescheid ein“. Dann müssen nur noch Datum, Name und Unterschrift ergänzt werden und fertig ist der fristwahrende Widerspruch.
- Haben Sie die **Widerspruchsfrist versäumt** oder befürchten, die Frist nicht mehr einhalten zu können, kann ein **Überprüfungsantrag** gestellt werden. Ergänzen Sie Ihren Widerspruch um eine Erklärung, warum es Ihnen nicht möglich war, den Widerspruch früher einzulegen: „Aus den genannten Gründen beantrage ich Wiedereinsetzung. Sollte die Widerspruchsfrist nicht eingehalten sein, ist dieses Schreiben als Überprüfungsantrag zu werten“.

Begründung des Widerspruchs

Es ist keine Pflicht, eine **Begründung** beizufügen, aber unbedingt ratsam. Zur Fristwahrung reicht es, sie zunächst wegzulassen und später nachzureichen. Die Begründung des Widerspruchs richtet sich nach dem Einzelfall. Um den Widerspruch begründen zu können, ist es bei schwierigeren Fällen ratsam, zunächst **Akteneinsicht** zu beantragen. Die Akte kann man sich im sozialrechtlichen Widerspruchsverfahren zuschicken lassen. Für die Begründung ist anwaltliche Hilfe oft sinnvoll, aber nicht unbedingt erforderlich.

Entscheidung über den Widerspruch

Nicht selten korrigieren Behörden im Widerspruchsverfahren ihre Fehler selbst und schicken einen neuen Bescheid, der die Fehler korrigiert. Ein solcher Bescheid heißt **Abhilfebescheid**. Anderenfalls erlässt die Behörde einen **Widerspruchsbescheid** (Ablehnung des eingelegten Widerspruchs), gegen den dann eine **Klage** beim Sozialgericht möglich ist, siehe S. 93. Diese Klage ist erst nach einem erfolglosen oder nur teilweise erfolgreichen Widerspruch zulässig. Manchmal ist ein Widerspruch nur **teilweise erfolgreich**. Dann erlässt die Behörde einen Teilabhilfebescheid und einen Widerspruchsbescheid (manchmal kombiniert in einem Schreiben).

Verfahren vor den Sozialgerichten

Wer mit dem Widerspruchsbescheid einer Behörde nicht einverstanden ist, kann gegen diesen ein sozialgerichtliches Verfahren einleiten. Gerichtskosten fallen dabei nicht an.

Im Rahmen der sozialgerichtlichen Verfahren gibt es drei Instanzen:

- Klageverfahren vor den Sozialgerichten
- Berufungsverfahren vor den Landessozialgerichten
- Revisionsverfahren vor dem Bundessozialgericht

In manchen Fällen ist nicht das Sozialgericht zuständig, sondern das Verwaltungsgericht. Ist die 1. Instanz das **Verwaltungsgericht**, so ist die 2. Instanz das Landesverwaltungsgericht und die 3. Instanz das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig. Welches Gericht für eine Klage zuständig ist, steht auf dem Widerspruchsbescheid in der Rechtsbehelfsbelehrung.

Alle Verfahren müssen in der dafür vorgesehenen **Frist** eingeleitet werden. Im Normalfall gilt eine Frist von **einem Monat**. Bei einem Wohnsitz im Ausland gelten drei Monate und bei fehlender oder unrichtiger Rechtsbehelfsbelehrung oder Rechtsmittelbelehrung gilt eine Frist von einem Jahr.

Wird eine Frist ohne Verschulden versäumt, kann ein **Antrag auf Wiedereinsetzung** gestellt werden. Das gilt z. B., wenn Menschen wegen eines unerwarteten Krankenhausaufenthalts ihre Post nicht öffnen konnten.

Klage

Das Sozialgericht bildet die **1. Instanz** der Sozialgerichtsbarkeit. Eine Klage kann schriftlich oder zur Niederschrift bei der Rechtsantragsstelle des zuständigen Sozialgerichts eingelegt werden. Wer unsicher ist, wie eine Klage geschrieben werden soll, sollte die Rechtsantragsstelle aufsuchen und bekommt dort Unterstützung.

Im Sozialrecht fallen für Versicherte, Menschen mit Behinderungen und Sozialleistungsberechtigte **keine Gerichtskosten** an. Allerdings können Anwaltskosten anfallen, die nur bei einer gewonnenen Klage von der Behörde erstattet werden müssen. Es besteht bei einer Klage **kein Anwaltszwang**, d. h. der Prozess kann auch komplett kostenfrei ohne einen Rechtsanwalt geführt werden.

Bei Klagen im Sozialrecht fordert das Sozialgericht oft medizinische Unterlagen ein und fordert dafür eine Schweigepflichtentbindung und eine Auflistung der behandelnden Kliniken und Ärzte. Manchmal holt es auch medizinische Gutachten ein. Betroffene bekommen dann einen Termin mit einem Sachverständigen, der das Gutachten daraufhin erstellt.

Die Klage endet oft mit einem Urteil oder einem Beschluss des zuständigen Sozialgerichts. Häufig wird auch ein Vergleich geschlossen. Das ist eine Einigung zwischen dem Kläger und der beklagten Behörde, die eine Gerichtsentscheidung überflüssig macht.

Berufung

Das Landessozialgericht ist die **2. Instanz** der Sozialgerichtsbarkeit. Wenn ein Betroffener mit einem Sozialgerichtsurteil der 1. Instanz nicht einverstanden ist, kann er Berufung vor dem Landessozialgericht einlegen. Form und Frist stehen in der Rechtsmittelbelehrung des Urteils. Bei einer Berufung besteht ebenfalls kein Anwaltszwang. Es gelten die gleichen Regeln zu den Kosten wie bei einer Klage. Die Berufung endet mit einem Urteil oder Beschluss des zuständigen Landessozialgerichts. Auch die 2. Instanz kann mit einem Vergleich enden.

Revision

Sollte das Berufungsurteil eines Landessozialgerichts nicht im Interesse des Betroffenen sein, kann er Revision vor dem Bundessozialgericht in Kassel einlegen. Das Bundessozialgericht bildet die **3. und letzte Instanz**. Auch hier stehen Form und Frist in der Rechtsmittelbelehrung.

Es besteht **Anwaltszwang**, d. h. der Prozess muss durch einen Rechtsanwalt oder Verbandsvertreter geführt werden. Die Revision endet mit einem **abschließenden Urteil** oder Beschluss des Bundessozialgerichts, wogegen kein weiteres Rechtsmittel eingelegt werden kann. Auch in der letzten Instanz ist noch ein Vergleich möglich.

Verletzt ein Urteil der letzten Instanz Grundrechte, kommt noch eine **Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht** in Betracht. Im Sozialrecht kann man z. B. dann eine Verfassungsbeschwerde einlegen, wenn das Recht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum verletzt wird.

Praxistipps!



- Sollte ein Sozialgericht Berufung oder Revision nicht zulassen, so können Sie dies durch eine **Nichtzulassungsbeschwerde** anfechten. Diese müssen Sie innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Bundessozialgericht einreichen.
- Durch einen **Überprüfungsantrag** ist es in einigen Fällen möglich, gegen einen Bescheid vorzugehen, der bereits rechtskräftig geworden ist, weil die Klagefrist versäumt wurde oder weil eine Klage verloren wurde. Die Voraussetzungen sind, dass von einem falschen Sachverhalt ausgegangen und/oder das Recht nicht richtig angewandt wurde. Wenn Sie einen Überprüfungsantrag stellen, müssen Sie genau bezeichnen, gegen welchen Bescheid er sich richtet und angeben, was falsch daran ist. Anwaltliche Hilfe dafür in Anspruch zu nehmen ist ratsam.

- Sozialgerichte und auch Verwaltungsgerichte entscheiden oftmals sehr langsam und Verfahren ziehen sich über mehrere Jahre. Da oftmals aber zeitnah eine Entscheidung benötigt wird, ist es möglich, auch ein **Eilverfahren** vor Gericht einzuleiten. In solchen Eilfällen können Sie auch schon vor einer Entscheidung der Behörde im Antrags- oder Widerspruchsverfahren das Sozial- bzw. Verwaltungsgericht anrufen. Voraussetzung dafür ist, dass der **Eilbedarf dem Gericht glaubhaft gemacht** wird. Das ist z. B. der Fall, wenn gesundheitliche Schäden eintreten würden, wenn der Abschluss des regulären Verfahrens abgewartet werden würde. Das Gericht trifft dann eine nur **vorläufige Entscheidung**, für die es die Vor- und Nachteile abwägt und den Fall nicht ganz genau prüft. Das bedeutet, dass das Gericht später doch noch anders entscheiden kann. So kann Ihnen z. B. im Eilverfahren eine Leistung zunächst bewilligt werden, die Sie dann später jedoch wieder erstatten müssen.
- Im außergerichtlichen Bereich, also auch im Widerspruchsverfahren, erhalten Sie **Beratungshilfe**, wenn Sie anwaltliche Hilfe benötigen, sich diese aber nicht leisten können. Der Berechtigungsschein für die Beratungshilfe kann beim Amtsgericht beantragt werden. Eine andere Regelung gibt es in Bremen, Hamburg und Berlin. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Beratungshilfe“.
- Wenn Sie vor Gericht anwaltliche Hilfe benötigen, diese aber nicht bezahlen können, können Sie dafür **Prozesskostenhilfe und Beiordnung eines Rechtsanwalts** beantragen. Der Antrag ist beim zuständigen Sozialgericht bzw. Verwaltungsgericht schriftlich oder zur Niederschrift in der Rechtsantragsstelle zu stellen. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Prozesskostenhilfe“.
- Rechtsanwälte mit sozialrechtlichem Tätigkeitsschwerpunkt und Fachanwälte für Sozialrecht
- Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD), kontakt@sovd.de, www.sovd.de
- Sozialverband VdK Deutschland e.V., kontakt@vkd.de, www.vdk.de

 Wer hilft weiter?



Adressen

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Friedrichstraße 236, 10969 Berlin

Telefon 030 2593795-0

Alzheimer-Telefon: 030 2593795-14 (Mo-Do von 9-16 Uhr, Fr von 9-15 Uhr)

Telefax 030 2593795-29

E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de

www.deutsche-alzheimer.de

Wegweiser Demenz

Internetportal des Bundesministeriums für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend zum Thema Demenz

www.wegweiser-demenz.de

Alzheimer Forschung Initiative e.V. (AFI)

Stiftung Alzheimer Initiative gGmbH (SAI)

Kreuzstraße 34, 40210 Düsseldorf

Telefon 0211 862066-0 oder 0800 2004001

Telefax 0211 862066-11

E-Mail: info@alzheimer-forschung.de

www.alzheimer-forschung.de

Demenzhilfe Deutschland

Dr. med. Klaus-Christopher Amelung

Frankfurter Straße 41, 65824 Schwalbach

E-Mail: kontakt@demenzhilfe-deutschland.de

www.demenzhilfe-deutschland.de

Deutsche Seniorenliga e.V.

Heilsbachstraße 32, 53123 Bonn

Telefon 0228 36793-0

Telefax 0228 36793-90

E-Mail: info@deutsche-seniorenliga.de

www.deutsche-seniorenliga.de

Bundesverband Gedächtnistraining e.V.

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

Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.

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

Aktion Demenz e.V.

Karl-Glückner-Straße 21 e, 35394 Gießen
Telefon 0641 99232-06
Mobil 01577 2888378
Telefax 0641 99232-19
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
Telefax 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
Telefax 030 2218298-66
E-Mail: info@kda.de
www.kda.de

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

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin

Telefon 030 310189-80

Telefax 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

(Mo-Do von 9.00-12.30 Uhr und 14-15.30 Uhr, Fr von 9.00-13.00 Uhr)

Telefax 0211 31006-48

E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de

www.bag-selbsthilfe.de

Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad

Abhängig vom ermittelten Pflegegrad haben Pflegebedürftige Anspruch auf verschiedene Leistungen der Pflegeversicherung:

Mögliche Leistungen	Pflegegrad 1
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) monatlich	–
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) monatlich	–
Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) monatlich	–
Entlastungsbetrag für Pflegesachleistung, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) monatlich	125 €
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) monatlich	–
Pflege in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen (siehe auch Vollstationäre Pflege) (§ 43a SGB XI) monatlich	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte (§ 39 SGB XI) jährlich	–
Ersatzpflege (Verhinderungspflege bis zu 6 Wochen) durch Angehörige (bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert oder in häuslicher Gemeinschaft mit Pflegeperson lebend) (§ 39 SGB XI) jährlich	–
Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen) (§ 42 SGB XI) jährlich	–
Gemeinsamer Jahresbetrag (Kinder/Jugendliche unter 25 mit Pflegegrad 4 und 5)	–
Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 1 & 2 SGB XI) monatlich	bis zu 40 €
Digitale Pflegeanwendungen (§§ 39a, 40a, 40b SGB XI) monatlich	bis zu 50 €
Wohnumfeldverbesserung (§ 40 Abs. 4 SGB XI) (max. 16.000 € für Wohngemeinschaften) je Maßnahme	bis zu 4.000 €
Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen (§ 38a SGB XI) monatlich	214 €
Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen (§ 45e SGB XI) einmalig	bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)

* In den Pflegegraden 2–5 nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (z. B. Waschen, Ankleiden, etc.)

Ab 2024 haben Beschäftigte einmal pro Jahr Anspruch auf 10 Tage Freistellung für die Organisation der Pflege von Angehörigen.

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
332 €	573 €	765 €	947 €
bis zu 761 €	bis zu 1.432 €	bis zu 1.778 €	bis zu 2.200 €
689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
125 €*	125 €*	125 €*	125 €*
770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
15% des Heimentgelts (bis zu 266 €)			
bis zu 1.612 €			
bis zu 498 € (332 € x 1,5)	bis zu 859,50 € (573 € x 1,5)	bis zu 1.147,50 € (765 € x 1,5)	bis zu 1.420,50 € (947 € x 1,5)
bis zu 1.774 €			
–	–	bis zu 3.386 €	bis zu 3.386 €
bis zu 40 €			
bis zu 50 €			
bis zu 4.000 €			
214 €	214 €	214 €	214 €
bis zu 2.500 € (max. 10.000 € pro Wohngruppe)			

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

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

Zusammenstellung der Inhalte: Claudia Gottstein

Redaktionsteam: Janina Del Giudice, Maria Kästle, Lea Maier, Luisa Milazzo,
Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Satz

Layout: Manuela Mahl
Satz: Katja Wagner

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2024

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.

18. Auflage, März 2024

Gesundheit ist unser Ziel!

Besuchen Sie uns auf 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 | - Leistungen für Eltern | - Patientenvorsorge |
| - Behinderung & Soziales | - Migräne & Soziales | - Pflege |
| - Brustkrebs & Soziales | - Multiple Sklerose & Soziales | - Pflege-Check |
| - Demenz & Soziales | - Onkologie & Soziales | - Prostatakrebs & Soziales |
| - Depression & Soziales | - Osteoporose & Soziales | - Psychosen & Soziales |
| - Epilepsie & Soziales | - Palliativversorgung & Soziales | - Schmerz & Soziales |
| - HIV/AIDS & Soziales | - Parkinson & 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.