



Gesundheit im Alter

**Gesundheitskompetenz
für Migrantinnen und Migranten**

IMPRESSUM

Autor_innen: Henry, Julia; Thümmler, Kerstin; Beruf, Christian; Fischer, Thomas. Unter Mitarbeit von Viola Balz, Fatemeh Pohl-Shirazi, Julia Müller und Anne Herrmann.
Projekt „Gesundheitskompetenz für Migrantinnen und Migranten“
Kooperationspartner: Jüdische Gemeinde zu Dresden K.d.ö.R.

Bitte wie folgt zitieren:

Henry, Julia; Thümmler, Kerstin; Beruf, Christian; Fischer, Thomas (2020): Gesundheitskompetenz für Migrantinnen und Migranten. Gesundheit im Alter. Dresden: ZFWB gGmbH.



Creative Commons Lizenz

Die Texte in dieser Broschüre werden unter der Creative Commons Lizenz CC BY-NC-SA (Namensnennung - Nicht-kommerziell - Weitergabe unter gleichen Bedingungen) veröffentlicht. Weitere Informationen unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>. Das Bildmaterial in dieser Broschüre kann anderweitig urheberrechtlich geschützt sein (siehe Bildnachweis).

Herausgeber

Zentrum für Forschung, Weiterbildung und Beratung (ZFWB) an der ehs Dresden gGmbH
vertreten durch Prof. Dr. Marlies W. Fröse, Prof. Dr. Silke Geithner
Dürerstraße 25 | 01307 Dresden
www.ehs-zentrum.eu | kontakt@ehs-zentrum.eu

Leitung des Projekts „Gesundheitskompetenz für Migrantinnen und Migranten“

Prof. Dr. Viola Balz (Viola.Balz@ehs-dresden.de)
Prof. Dr. Thomas Fischer (Thomas.Fischer@ehs-dresden.de)

Das Projekt wurde im Rahmen des Programms „Integrative Maßnahmen“ durch das Sächsische Ministerium für Soziales und gesellschaftlichen Zusammenhalt im Zeitraum von 2018 – 2020 gefördert. Alle Publikationen des Projektes „Gesundheitskompetenz für Migrantinnen und Migranten“ stehen auch zum Download zur Verfügung: <https://www.ehs-dresden.de/gesundheitskompetenz>

Diese Maßnahme wird mitfinanziert mit Steuermitteln auf Grundlage des vom Sächsischen Landtag beschlossenen Haushaltes.

Gefördert durch



STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES
UND GESELLSCHAFTLICHEN
ZUSAMMENHALT



Liebe Leserinnen,
liebe Leser,

Menschen, die aus anderen Ländern nach Deutschland eingewandert sind haben oft Schwierigkeiten, Informationen zu Gesundheit bzw. Gesundheitsversorgung zu finden, zu verstehen, zu bewerten oder anzuwenden. Es fällt ihnen schwer, sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden und oft wissen sie nicht, wie sie an gesundheitsrelevante Informationen gelangen können.

Um genauer herauszufinden, in welchen Bereichen Informationsbedarfe bestehen, haben wir Mitglieder der jüdischen Gemeinde zu Dresden zu altersbezogenen gesundheitlichen Themen befragt. Sie haben ihr Wissen und ihre Erfahrungen mit uns geteilt und uns Hinweise gegeben, in welchen Bereichen sie sich mehr Informationen wünschen bzw. benötigen. Auch Ärzte¹ und Sozialarbeiterinnen wurden hierzu interviewt und gaben uns Empfehlungen.

Auf der Basis dieser interessanten und wichtigen Informationen ist ein Kurs zur Förderung der Gesundheitskompetenz sowie diese Broschüre entstanden.

Seine Besonderheit ist, dass gesundheitsrelevantes Wissen von speziell ausgebildeten Mitgliedern der jüdischen Gemeinde zu Dresden vermittelt werden soll. Mit diesem Ansatz möchten wir Barrieren im Zugang zu Informationen abbauen und es jüdischen Migrantinnen und Migranten in Dresden ermöglichen, sich umfassend über Gesundheit bzw. Gesundheitsversorgung im Alter zu informieren.

Wir bedanken uns noch einmal sehr herzlich bei den Mitgliedern der jüdischen Gemeinde bzw. allen Interviewpartnern für ihre Unterstützung. Ohne sie hätten wir diesen Kurs und diese Broschüre nicht konzipieren können.

Besonderer Dank gilt Frau Yuryst und Frau Dressler für ihr Engagement und ihre großartige Unterstützung bei der Durchführung der Schulungen.

Vielen Dank!

¹ Im Text wird die männliche Form verwendet. Jedoch sind alle Geschlechter gemeint (männlich, weiblich, divers).

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Modul I - Was ist gesundes Altern?	6
Bewegen Sie sich genug?	6
Gesunde Ernährung	9
Zuviel des Guten? Übergewicht!	14
Lassen Sie sich untersuchen: Früherkennung!	24
Schützen Sie sich vor Infektionskrankheiten: Impfungen!	26
Kommen Sie wieder auf die Beine: Rehabilitation!	27
Bibliographie	28
Modul II - Das Gesundheitssystem in Deutschland	30
Krankenversicherung in Deutschland.	32
Der Hausarzt	34
Der Facharzt	35
Kommunikation mit Ärzten	35
Gesundheitsversorgung am Wochenende oder an Feiertagen.	38
Notfall! Wie rufe ich einen Krankenwagen?	39
Auch Sie, als Patient oder Patientin, haben Rechte!	40
Wo bekomme ich noch mehr Informationen?	45
Bibliographie	48
Modul III – Demenz und Depression	50
Demenz	55
Depression	62
Bibliographie	70
Modul IV - Wohnformen im Alter	71
Ambulante Wohnformen	71
Stationäre Wohnformen.	74
Pflegeheim	77
Empfehlungen und Unterstützungsangebote für ein Leben in der eigenen Wohnung.	82
Bibliographie	91
Modul V - Pflegebedürftigkeit	92

Was bedeutet Pflegebedürftigkeit?	92
Vorgehen bei Pflegebedürftigkeit - Was muss ich im Pflegefall tun?	93
Klärung des Unterstützungs- und Pflegebedarfs	93
Verteilung von Aufgaben rund um die Pflege	94
Klärung der Wohn- bzw. Versorgungsform	94
Ambulante Pflegedienste	96
Wie finde ich den richtigen ambulanten Pflegedienst?	105
Beantragung eines Pflegegrades	103
Pflegebegutachtung	104
Klärung der Voraussetzungen für die rechtliche Vertretung des Pflegebedürftigen	116
Bibliographie	129
Modul VI - Finanzierung von Pflege	121
Leistungen der Pflegekasse	121
Welche Möglichkeiten gibt es, wenn die Pflegeleistungen nicht ausreichen?	126
Familienangehörige	126
Bibliographie	129
Modul VII - Pflege durch Angehörige	130
Planung und Durchführung häuslicher Pflege	130
Risiken der Angehörigenpflege	134
Soziale Absicherung für pflegende Angehörige	139
Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	141
Bibliographie	146
Abbildungsverzeichnis	147



Abb. 1

Modul I - Was ist gesundes Altern?

Gesundes Altern ist ein Prozess. Er spiegelt sich im Gesundheitszustand eines Menschen und in dessen Wohlbefinden wider. Er kann durch eine Lebensweise beeinflusst werden, die Gesundheit fördert und Krankheit verhindert.

Positiv beeinflusst wird er durch regelmäßige Bewegung, gesunde Ernährung, Vorsorgeuntersuchungen, Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Durch letztere können der Gesundheitszustand im Alter gefördert und chronische Erkrankungen bzw. Pflegebedürftigkeit hinauszögert oder verhindert werden.

Bewegen Sie sich genug?

Bewegung ist einer der wichtigsten Faktoren, um im Alter gesund zu bleiben. Bewegung kann zu einem verbesserten physischen und geistigen Wohlbefinden beitragen. Durch regelmäßige gezielte Bewegungsübungen können nicht nur Muskelkraft und Beweglichkeit, sondern auch Gleichgewichtssinn und Koordination trainiert werden. Alltagskompetenzen, wie zum Beispiel sich selbst zu waschen, zu kleiden oder zu kochen, können hierdurch u.U. länger aufrechterhalten werden. Regelmäßige Bewegung kann dazu beitragen, dass Sie Ihr Leben auch im Alter eigenständig führen können.

Beweglichkeit und Kraft sind im Alter von hoher Bedeutung. Wer aktiv und mobil ist, hat es leichter, mit anderen Menschen in Kontakt zu bleiben. Dies ist vor allem wichtig, wenn Ihre Angehörigen nicht mehr in der Nähe wohnen. Wer sein Zuhause verlassen kann - Fahrradfahren zum Einkaufen oder Spaziergehen mit Bekannten -, trifft Menschen und kann am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Der Alltag wird hierdurch abwechslungsreicher und attraktiver.

Welche Auswirkungen hat regelmäßige Bewegung auf Ihre Gesundheit?

- Sie stärkt Ihre Muskelkraft und Ausdauer.
- Sie beugt Muskelverspannungen vor.
- Sie fördert Ihr Gleichgewicht.
- Ihr Sturzrisiko wird gesenkt.
- Ihr Immunsystem wird gestärkt.
- Ihr Fettstoffwechsel wird angeregt und der Cholesterinspiegel gesenkt.
- Ihre Gedächtnisleistung, Ihr Stimmungsbild und Ihre Leistungsfähigkeit werden gestärkt.
- Sie schlafen besser.
- Ihr Risiko, an chronischen Erkrankungen, wie Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall oder Diabetes Mellitus zu erkranken, kann gesenkt werden.
- Sie können länger selbstbestimmt und unabhängig leben.
- Ihre Teilhabe am öffentlichen Leben wird gefördert.

Wie viel Bewegung tut mir gut?

Es ist nie zu spät, sich für einen aktiveren Alltag zu entscheiden! Empfehlenswert ist, an zwei bis fünf Tagen in der Woche 30 Minuten lang mäßig anstrengende Bewegungsübungen auszuüben.

Wenn möglich, kann auch ein leichtes Krafttraining aller wichtigen Muskelgruppen durchgeführt werden. Hierbei sollten nicht nur die Beweglichkeit, sondern auch die Ausdauer und die Balancefähigkeit trainiert werden.

Diese Empfehlungen sind von Ihrem Gesundheitszustand abhängig! Wenn Sie neu in ein Bewegungsprogramm einsteigen, sollten Sie sich vorher unbedingt von Ihrem Hausarzt untersuchen und beraten lassen. Beginnen Sie langsam! Achten Sie auf Ihr Befinden! Steigern Sie Ihr Programm nur langsam und nur entsprechend Ihrer Belastungsgrenze.

Wichtig ist es, Spaß an Ihren Bewegungsübungen zu haben. Sie müssen keine sportlichen Höchstleistungen erzielen. Wenn es Ihnen möglich ist, können Sie damit beginnen, Ihren Alltag aktiver zu gestalten.

Sie könnten Treppen steigen, anstelle mit dem Aufzug zu fahren. Sie könnten kleine Besorgungen zu Fuß erledigen.

Welche Bewegungsarten sind vorteilhaft?

- Gehen, Wandern, Spazieren, Walken
- Fahrradfahren
- Schwimmen und Wassergymnastik
- gezielte Seniorengymnastik zum Muskelaufbau und zur Förderung des Gleichgewichts
- Yoga
- Tanzen
- Gartenarbeit

Weitere Informationen finden Sie hier:
www.bzga.de/infomaterialien/gesundheit-aelterer-menschen/

Seniorenportvereine in Dresden:
www.gesundheitssport-dresden.de/
www.dsc1898.de/abteilungen/gesundheits-sport/gesundheitsport/seniorensport/
www.tsc-dresden.de/kurse/seniorengymnastik
www.post-sv-dresden.de/WEB-CMS/pages/abteilungen/seniorensport.php



Abb. 2



Abb. 3

Gesunde Ernährung

Eine gesunde Ernährung ist die Grundlage für Ihre Gesundheit. Sie fördert Ihr Wohlbefinden und Ihre körperliche und geistige Leistungsfähigkeit. Obwohl dies in der Öffentlichkeit bekannt ist, wissen viele Menschen nicht, wie sie sich gesund ernähren können.

Häufig nehmen sie Nahrungsmittel mit hohen Kalorien-, Fett-, Salz- oder Zuckeranteilen zu sich. Sie bevorzugen industriell gefertigte Lebensmittel oder Fast Food und vergessen, wie gesund Gemüse, Obst oder Ballaststoffe sind.

Falsche Ernährung kann vielerlei Folgen haben. Neben Übergewicht wird sie auch in Zusammenhang mit verschiedenen Erkrankungen (z.B. Darmkrebs, Bluthochdruck, Diabetes Mellitus oder Herzinfarkt) gebracht.



Abb. 4

Eine ausgewogene Ernährung kann dagegen dazu beitragen, im Alter gesund zu bleiben. Doch wie sieht eine ausgewogene Ernährung aus? Welche Nahrungsmittel darf man in welcher Menge zu sich nehmen?



Abb. 5

Aus welchen Lebensmitteln setzt sich gesunde Ernährung zusammen?

Gemüse, Salat, Obst, Hülsenfrüchte

(Bohnen, Linsen, Kichererbsen):

Sie liefern Kohlenhydrate, Mineralstoffe, Vitamine und Ballaststoffe. Letztere sind wichtig für die Verdauung, weil sie für ausreichende Füllmenge im Verdauungstrakt sorgen.

Empfohlene Menge pro Tag: 5 Portionen

- 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Obst am Tag.

(hierzu können auch Hülsenfrüchte gerechnet werden)

Milch und Milchprodukte

(Joghurt, Quark, Käse, Kefir):

Sie liefern Eiweiß, Mineralstoffe und Vitamine. Sie sind wichtig für den Muskel- und Zellaufbau.

Empfohlene Menge pro Tag:

- 250 ml Milch oder andere Milchprodukte (1 Glas) und 50 bis 60 g Käse

Wenn Sie Kalorien einsparen möchten, wählen Sie Magermilch, Magermilchjoghurt oder fettarmen Käse.

Öle und Fette

(Öl, Butter, Margarine, verstecktes Fett, z.B. in Wurst):

Sie dienen als Energielieferanten und als Energiespeicher.

Empfohlene Menge pro Tag:

ca. 15 ml (1 Esslöffel: Raps-, Walnuss-, Lein- oder Olivenöl) und 15 – 30g Margarine oder Butter.

Fleisch, Wurst, Eier, Fisch

Diese Nahrungsmittel liefern ebenfalls Eiweiß, Vitamin B und Calcium.

Empfohlene Menge pro Woche:

- Fleisch und Wurst:
 - » bei einem geringen Kalorienbedarf 300 g
 - » bei erhöhtem Kalorienbedarf 600 g
- Fisch: 1 - 2 x pro Woche
- Eier: maximal 3 pro Woche

Kartoffeln, Getreide, Getreideprodukte

(z.B. Brot):

Sie liefern Energie in Form von Stärke, Eiweiß, Vitaminen und Mineralstoffen.

Empfohlene Menge pro Tag:

- 4 - 6 Scheiben Brot pro Tag oder 3 - 5 Scheiben + 50 - 60 g Müsli bzw. Haferflocken
- 200 - 250 g Kartoffeln (gegart) oder Nudeln oder Reis

Getränke

Reines Wasser ist frei von Kalorien. Es ist jedoch Lieferant von Mineralstoffen, wie zum Beispiel Natrium, Magnesium oder Calcium.

Empfohlene Menge pro Tag:

- 1,3 – 1,5 Liter (ca. 6 Gläser)

Die empfohlene Flüssigkeitsmenge ist abhängig von Ihrem Gesundheitszustand, der Außentemperatur oder Ihren Aktivitäten.

Bei manchen Erkrankungen (Nieren- bzw. Herz-erkrankungen) kann sie auch geringer sein, manchmal liegt sie auch höher. Bitte beachten Sie hierzu die Empfehlungen Ihres Arztes!

Als Durstlöscher sind zu empfehlen:

- Wasser, Mineralwasser
- ungesüßte Früchte- oder Kräutertees
- stark verdünnte Fruchtsäfte

Mit Zucker gesüßte Getränke (Limonaden, Fruchtsäfte, Cola-Getränke, Eistees) sind auf Grund ihres hohen Kaloriengehaltes nur eingeschränkt empfehlenswert.



Abb. 6



Abb. 7

Wie kann ich mich gesund ernähren?

- Ich lasse keine Mahlzeiten aus und nehme mir Zeit beim Essen.
- Ich esse täglich mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse.
- Ich bevorzuge Nahrungsmittel aus Vollkorngetreide (Brot, Nudeln, Mehl).
- Ich esse wenig Zucker. Versteckter Zucker befindet sich in Honig, Sirup, Fruchtsaft, Fruchtsaftgetränken, Limonaden und Cola.
- Ich reduziere meine Salzzufuhr (5 Gramm am Tag).
- Ich trinke täglich Milch und esse Milchprodukte: Joghurt, Quark, Dickmilch, Kefir oder Käse.
- Ich esse 2 Mal pro Woche Seefisch und nur 2-3 Mal die Woche mageres Fleisch.
- Ich esse maximal 3 Eier pro Woche.
- Ich benutze vor allem pflanzliche Fette oder Öle, wie z.B. Oliven-, Distel-, Raps-, Lein- oder Sojaöl.
- Ich vermeide industriell hergestellte Lebensmittel (Fastfood, gefrorene Pizzas) zu meiden.
- Ich trinke täglich ca. 1,3 - 1,5 Liter Wasser, ungesüßten Tee oder verdünnten Saft.

Probleme mit dem Essen?

Trotz des geringeren Energiebedarfes kann es bei älteren Menschen zu Ernährungsproblemen oder in Folge zu Mangelerscheinungen kommen. Nicht selten lassen Geschmacksempfindungen, Appetit oder Hungergefühl nach.

Es können Schluckstörungen auftreten. Darüber hinaus können eine nachlassende Produktion von Verdauungsenzymen oder neu auftretende Nahrungsmittelunverträglichkeiten zu Beschwerden führen. Diese können sich in Symptomen wie Durchfall, Verstopfung, Blähungen, Übelkeit oder Erbrechen oder Gewichtsverlust äußern. Darüber hinaus kann sich die Einnahme bestimmter Medikamente, wie zum Beispiel Entwässerungstabletten negativ auf den Flüssigkeits- bzw. Mineralstoffhaushalt auswirken. Müdigkeit, Schwindel oder Muskelkrämpfe können die Folge sein. Sollten Sie diese Sympto-

me bei sich feststellen, suchen Sie bitte zeitnah Ihren Arzt auf. Er kann den Problemen auf den Grund zu gehen und Sie angemessen behandeln.

Keine Lust auf Essen?

Ältere Menschen klagen manchmal über Appetitlosigkeit. Hierdurch kann es einerseits zu Gewichtsverlust, andererseits zu einem Mangel an bestimmten Nährstoffen oder Vitaminen kommen. Dies kann sich negativ auf die Gesundheit oder das Wohlbefinden auswirken.

Appetitlosigkeit kann unterschiedliche Ursachen haben. Manchmal sind die Geschmacksempfindungen im Alter beeinträchtigt.

Das Essen schmeckt einfach nicht mehr. In anderen Fällen ist Appetitlosigkeit Folge bestimmter Erkrankungen (Herz- oder Nierenerkrankungen, Diabetes Mellitus) oder Medikamenteneinnahmen. Nicht zuletzt kann sie durch soziale Isolation und Einsamkeit verursacht sein.



Abb. 8

Womit kann ich den Appetit anregen?

- Essen Sie mehrere kleinere Mahlzeiten am Tag.
- Trinken Sie vor dem Essen bitterstoffhaltige Tees, wie z.B. Salbei-, Wermut- oder Ingwertee, Orangensaft, Tonic Wasser oder einen Aperitif bzw. Pepsinwein.
- Gestalten Sie das Essen und die Umgebung appetitlich und ansprechend.
- Beteiligen Sie sich aktiv an der Zubereitung des Essens.
- Essen Sie in Gemeinschaft!
- Essen Sie häufiger Ihre Lieblingsspeisen.
- Verwenden Sie Gewürze und Kräuter (z.B. Anis, Basilikum, Dill, Estragon, Fenchel, Rosmarin, Schnittlauch, Curry, Ingwer)
- Essen Sie viel Obst oder Gemüse
- Bewegen Sie sich vor dem Essen, am besten an der frischen Luft.

Zuviel des Guten? Übergewicht!

Viele Menschen leiden in fortgeschrittenem Alter an Übergewicht. In Deutschland sind zwei Drittel der Männer und beinahe die Hälfte der Frauen hiervon betroffen.

Häufig versuchen sie, ihr Gewicht durch radikale Diäten zu reduzieren, nur um festzustellen, dass sie ihr neues Gewicht nicht halten können und nach Ende einer Diät umso mehr zunehmen. Aber wann spricht man von Übergewicht, warum ist es gesundheitsschädlich und was kann man dagegen unternehmen?

Bin ich übergewichtig?

Als übergewichtig gilt derjenige, dessen Körpergewicht höher ist als das, was in unserer Gesellschaft als normal bezeichnet wird.

Um festzustellen, ob sich das eigene Gewicht im Normbereich befindet, kann der so genannte „Body-Maß-Index“ (BMI) berechnet werden.

Berechnung des BMI:

$$\frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körpergröße (m)} \times \text{Körpergröße (m)}}$$

Beispiel Berechnung des BMI:

$$\frac{80 \text{ kg}}{1,80\text{m} \times 1,80\text{m}} = \underline{24,69} \text{ BMI (kg/m}^2\text{)}$$

BMI-Werte zwischen 18,5 und 24,9 gelten als Normalgewicht. Bei Werten zwischen 25-29,9 wird von Übergewicht gesprochen.

Bei einem BMI-Wert von 30 wird von Fettsucht bzw. Adipositas gesprochen. Übergewicht, und vor allem Adipositas, ist nicht nur ein ästhetisches Problem, sondern es wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus.

Folgeerkrankungen umfassen Herz-, Kreislauf- und Gelenkerkrankungen, Diabetes Mellitus, Leberverfettung, Demenz und Krebserkrankungen.



Abb. 9



Abb. 10

Wie kommt es zu Übergewicht?

Übergewicht kommt meist durch eine zu hohe Energiezufuhr (Kalorienzufuhr) zustande. Häufig behalten ältere Menschen Ernährungsgewohnheiten aus ihren jüngeren Jahren bei.

Sie wissen nicht, dass Menschen ab 55 Jahren im Vergleich zu Dreißigjährigen ca. 10 % weniger Kalorien benötigen; mit 75 Jahren sind es schon 25 % weniger.

Dies bedeutet, dass Sie, wenn Sie Ihr Normalgewicht im Alter halten möchten, Ihre Kalorienzufuhr reduzieren müssen! Darüber hinaus können aber auch genetische Faktoren, bestimmte Essensgewohnheiten, Schlafmangel, Stress, bestimmte Medikamente und vor allem Bewegungsmangel dazu beitragen, übergewichtig zu werden.

Übergewicht kann entweder durch eine zu große Menge an Nahrungsmitteln oder durch eine zu hohe Aufnahme bestimmter Nährstoffe, wie zum Beispiel Zucker oder Fett, verursacht werden. Diese sind häufig „versteckt“ und nicht auf den ersten Blick erkennbar. Dass Wurst (Salami), Speck oder Käse viel Fett enthalten können, wissen viele Menschen. Aber dass Tiefkühlpizza oder Pizzabaguette, Fertigsoßen, Kakao, Eis, Nuss-Nougatcreme oder Fischgerichte zum Überbacken häufig viel Fett enthalten, ist weniger bekannt.

Gleiches gilt für Zucker. Er ist ebenfalls häufig in Nahrungsmitteln oder Getränken „versteckt“, in denen er nicht vermutet wird. Hierzu gehören industriell gefertigte Speisen, wie zum Beispiel in Tomatencremesuppe, Apfelrotkraut, Entengerichte, Tortellini und Fruchtsäfte.

Wo kann ich mich über den Nährstoffgehalt bestimmter Nahrungsmittel informieren?

Der Nährstoffgehalt ist in Deutschland auf verpackten Lebensmitteln angegeben. Vorgeschieden sind dabei Informationen über den Energiegehalt (Kalorien), über Fett, gesättigte Fettsäuren, Kohlenhydrate, Zucker, Eiweiß und den Salzgehalt. Die Angaben beziehen sich auf 100g des Lebensmittels.

Manchmal sind diese Angaben schwer zu verstehen. So gibt es zum Beispiel über 70 verschiedene Namen für Zucker: Fruktose, Laktose, Süßmolkenpulver, Weizendextrin. Die Angabe „ohne Zusatz von Zucker“ bedeutet nicht, dass überhaupt kein Zucker in einem Nahrungsmittel enthalten ist. All dies kann sehr verwirrend sein. Wenn Sie hierzu mehr Informationen haben wollen, können Sie sich bei Ihrer lokalen Verbraucherzentrale kostenfrei zu allen Fragen zu Lebensmitteln, Ernährung und vor allem zu Ernährung 60+ beraten lassen!

Verbraucherzentrale Beratungsstelle Dresden

Fetscherplatz 3
01307 Dresden
Telefon: 0351/4593484

Im Internet finden Sie hier Informationen:
www.verbraucherzentrale.de/wissen/lebensmittel
www.verbraucherzentrale.de/wissen/lebensmittel/gesund-ernaehren

Und wie kann ich abnehmen?

Viele der Betroffenen wissen nicht, wie sie abnehmen können. Sie folgen radikalen Diät-Vorschlägen aus der „bunten“ Presse. Diese sind manchmal nicht nur gesundheitsschädlich, sondern führen auch zum so genannten Jo-Jo-Effekt, bei dem es nach Beendigung der Diät zu einer erneuten Gewichtszunahme kommt.

Der erste Schritt zur Gewichtsabnahme ist es, mit dem Hausarzt zu sprechen. Er kann die Diagnose „Übergewicht“ stellen und Sie beraten, welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion sinnvoll sind. Er kann sie zu einer Ernährungsberatung überweisen, die gezielt mit Ihnen Ihre Essgewohnheiten analysiert und mit Ihnen zusammen Ernährungsvorschläge entwickelt.

Darüber hinaus kann Sie auch eine Psychologin begleiten und zusammen mit Ihnen Lebenssituationen anschauen, in denen Sie besonders viel essen oder z.B. aus Frust zu zuckerhaltigen Lebensmitteln greifen. Sehr hilfreich ist auch ein Anschluss an eine Selbsthilfegruppe.

Hier können Sie sich über Erfolge oder Misserfolge Ihrer Diäten und über Diskriminierungserfahrungen auf Grund Ihres Übergewichtes austauschen und viele Informationen, aber auch persönliche Unterstützung und Hilfe bekommen.



Abb. 11

Selbsthilfegruppe für Übergewichtige in Dresden:

Städtisches Klinikum Dresden
Die Mollybetiker/Standort Neustadt/Trachau
Industriestr. 40
01129 Dresden
E-Mail: mollybetiker-dresden@gmx.de

Die Treffen finden jeden 2. Sonnabend im Monat im Speisesaal des Klinikums, 1. Etage von 15:00 bis ca. 18:00 Uhr (Eingang Industriestraße 40), statt.

Bewegungstherapie

Nicht zuletzt ist es wichtig, zu überlegen, welche Art von Bewegung oder Sport Ihnen gefallen würde und welche Sie während und nach der Diät anwenden möchten. Eine Kombination aus Bewegungstherapie (3 - 5x / Woche ca. 30 Minuten) und Ernährungsumstellung, z.B. mit einer mäßig kalorienreduzierten Kost, zeigt die größten Erfolge! Bei sehr stark übergewichtigen Menschen sollten wegen der Gelenkbelastung gelenkschonende Bewegungsübungen, wie zum Beispiel Schwimmen oder Aquagymnastik, bevorzugt werden.

Abnehmprogramme

Manchmal ist es hilfreich, sich einem Abnehmprogramm anzuschließen.

Wissenschaftlich überprüft und als erfolgreich erachtet sind folgende Programme:

- DGE-Programm „Ich nehme ab“
- Weight Watchers
- Abnehmen mit Genuss (AOK)
- Das „Bodymed“-Programm
- Das „M.O.B.I.L.I.S.-Programm
- Das „Obtifact52“-Programm

Diese Programme sind zum Teil kostenpflichtig.

Apps zur Gewichtsreduktion

Zunehmend werden im Internet auch so genannte „**Abnehm-Apps**“ angeboten. Diese sind zum Teil hilfreich, oft genug jedoch auch nicht. Um herauszufinden, ob eine App für Sie zum Abnehmen geeignet ist, können Sie die Checkliste für die Nutzung von Gesundheits- Apps anwenden:

www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/05/2018_APS-Checkliste_GesundheitsApps.pdf

Spezialkliniken

Manchmal kann es notwendig sein, zum Abnehmen in eine Spezialklinik zu gehen. Informationen zu Spezialkliniken, Ernährungsberatungsstellen oder ambulanten Adipositaszentren (z.B. des Städtischen Klinikums Dresden) erhalten sie bei Ihrem Hausarzt oder Ihrer Krankenkasse.

Die Kosten für eine Ernährungsberatung im Zusammenhang mit einer Erkrankung (wie z.B. Diabetes Mellitus) werden auf Antrag von Ihrer Krankenkasse übernommen.

Wie fange ich an?

Beginnen Sie mit der Entscheidung, abnehmen zu wollen. Um einen Überblick zu bekommen, was und wieviel Sie im Laufe einer Woche essen, könnten Sie ein Ernährungstagebuch führen. Mit Hilfe dieses Tagebuchs können Sie erkennen, was Sie in welchen Situationen essen, ob Sie genügend trinken und wieviel Sie sich bewegen. Ein Beispiel hierfür können Sie kostenlos bei der Deutschen Gesellschaft für Ernährung herunterladen:

www.dge-medianservice.de/mein-ernaehrungstagebuch.html

Sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt und Ihren Angehörigen und holen Sie sich Unterstützung. Versuchen Sie, Ihre Kalorienzufuhr um 500 kcal pro Tag zu reduzieren. Dies können Sie u.U. schon erreichen, wenn Sie kleinere Portionen essen. Verzichten Sie auch auf Fettreiches: Fleisch, Wurst oder Käse, auf Schokolade, Süßigkeiten, Kartoffelchips, zucker- oder fettreiche Fertiggerichte und Fastfood.

Essen Sie regelmäßig und nehmen Sie sich viel Zeit für das Essen. Trinken Sie nur Wasser oder ungesüßte Tees bzw. stark verdünnte Fruchtsäfte. Bleiben Sie in Bewegung und kontrollieren Sie regelmäßig Ihr Gewicht. Und vor allem: haben Sie Geduld! Sie haben nicht von heute auf morgen zugenommen und werden dieses Gewicht auch nicht von heute auf morgen verlieren! Bleiben Sie dennoch dabei!

Umfangreiche Informationen zu Übergewicht und Adipositas finden Sie in der Patientenleitlinie „Adipositas“, bei der Adipositas Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung:
Adipositas Gesellschaft:
www.adipositas-gesellschaft.de/

Deutsche Gesellschaft für Ernährung:
www.dge.de/

Trinken Sie genug?

Viele ältere Menschen leiden im Alter unter einer Verringerung des Durstempfindens. Sie trinken zu wenig. Schnell kann hierdurch der Flüssigkeitshaushalt gestört werden. Eine so genannte Exsikkose, d.h. Austrocknung des Körpers droht. Sie zeigt sich in Schwindel, Kreislaufproblemen oder Verwirrtheit.



Gefährdet sind vor allem auch Menschen, die Entwässerungstabletten nehmen. Durch diese Medikamente wird dem Körper Flüssigkeit entzogen, um zum Beispiel das Herz zu entlasten. Menschen mit Harninkontinenz trinken manchmal auch zu wenig.

Sie schränken ihre Flüssigkeitszufuhr bewusst ein, um nicht so häufig mit den Problemen der Inkontinenz konfrontiert zu werden. Beide Gruppen sind stark gefährdet, z.B. bei fiebrigen Erkrankungen oder hohen sommerlichen Temperaturen zu geringe Mengen an Flüssigkeit aufzunehmen und auszutrocknen.

Warnzeichen für eine zu geringe Flüssigkeitsaufnahme:

- trockener Mund
- konzentrierter, dunkelgelber Urin
- geringe Schweißbildung
- Schwindel beim Aufstehen
- Müdigkeit und Konzentrationsschwäche

Die empfohlene Trinkmenge liegt normalerweise bei 1,3 bis 1,5 Litern Wasser pro Tag. Manchmal muss diese jedoch bei bestimmten Erkrankungen des Herzens oder der Niere auch eingeschränkt werden (siehe auch Abschnitt Getränke).

Welche Getränke sind geeignet?

- Trink-, Mineralwasser,
- Früchte-, Kräuter- oder Rotbuschtees (möglichst ungesüßt)
- Saftchorlen (Verhältnis 1/4 Saft, 3/4 Wasser)



Abb. 12

Tipps zur Förderung der Flüssigkeitsaufnahme

• Bereitstellen

Oftmals verliert man über den Tag den Überblick, wieviel man bereits getrunken hat. Deshalb empfiehlt es sich, seine Tagesration an Getränken bereits am Morgen bereitzustellen mit einem Glas. Damit kann man kontrollieren, ob man genug getrunken hat.

• Ritualisieren

Versuchen Sie, bestimmte Gewohnheiten zum Trinken in Ihren Alltag einzubauen: zum Beispiel ein Glas Wasser zu jeder Mahlzeit oder nach dem Aufstehen.

• Abwechslung

Wasser kann man kalorienfrei mit verschiedenen Zutaten wie Zitronensaft, Minze oder Ingwer aufpeppen. Das bringt einen erfrischenden Geschmack in das Getränk.

• Zum Essen trinken

Es empfiehlt sich, zu jedem Essen ein Glas Wasser zu trinken, damit man eine regelmäßige Trinkmenge zu sich nimmt. Zusätzlich bietet sich zwischendurch auch ein Stück Melone oder Gurke an, da diese Nahrungsmittel zu mehr als 90 Prozent aus Wasser bestehen.

Gleichmäßige Trinkmenge

Leider kann man nicht auf Vorrat trinken, weshalb die Trinkmenge gleichmäßig über den Tag verteilt werden sollte.

• Erinnern lassen

Trinken sollte man, bevor der Durst kommt, da zu diesem Zeitpunkt bereits ein Mangel vorliegt. Eine Erinnerung durch Partner, Familienmitglieder, Bekannte oder einen Wecker kann dabei helfen.

Was muss ich noch wissen?

- 1,5 Liter Flüssigkeit entspricht etwa 6 Gläsern oder 6 großen Tassen.
- Fieber, Durchfall, Erbrechen, starke Unruhe (auch bei Bettlägerigen) oder die Einnahme von Medikamenten können den Flüssigkeitsbedarf erhöhen.
- Feste Nahrung, wie zum Beispiel Obst oder Gemüse, enthält auch Flüssigkeit. Gerade im Sommer bietet sie eine willkommene Abwechslung und kann in die Gesamtflüssigkeitsmenge eingerechnet werden.



Abb. 13

Lassen Sie sich untersuchen: Früherkennung!

Früherkennungsuntersuchungen, auch Vorsorgeuntersuchungen genannt, dienen der Früherkennung von Erkrankungen. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass bestimmte Erkrankungen frühzeitig behandelt werden. Die Chance auf Heilung kann damit erhöht werden.

Dies gilt vor allem für Herz-, Kreislauf- und Krebserkrankungen. Durch spezielle Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollen vor allem Brustkrebs, Darmkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Prostatakrebs und Hautkrebs im Frühstadium erkannt und die Sterblichkeitsrate gesenkt werden.

Die Kosten für diese Untersuchungen werden durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen. Die Teilnahme ist freiwillig. Eine Nichtteilnahme hat keinen Einfluss auf eine spätere ärztliche Behandlung oder auf Leistungen der Krankenkasse.

Früherkennungsuntersuchungen für Frauen und Männer

Gesundheits-Check-Up:

Bereits ab dem 35. Lebensjahr können Frauen und Männer alle zwei Jahre eine Gesundheitsuntersuchung durchführen lassen. Durch diese sollen Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen oder Diabetes mellitus im Frühstadium erkannt werden.

Früherkennung von Hautkrebs (schwarzer oder weißer Hautkrebs):

Bei dieser Untersuchung wird der Körper auf verdächtig aussehende „Muttermale“ hin angeschaut. Das Hautkrebs-Screening wird meist

in Verbindung mit dem Gesundheits-Check-Up durchgeführt. Die Untersuchung kann ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre in Anspruch genommen werden.

Früherkennung von Darmkrebs:

Frauen und Männer können zwischen ihrem 50. und 54. Lebensjahr einmal jährlich eine Stuhluntersuchung auf verborgenes Blut durchführen lassen. Verborgenes Blut, d.h. nicht direkt sichtbares Blut im Stuhl, kann ein Zeichen für eine bösartige Darmerkrankung sein.

Darüber hinaus können Männer ab dem 50. Lebensjahr und Frauen ab dem 55. Lebensjahr im Abstand von 10 Jahren 2 Darmspiegelungen durchführen lassen. Wenn sie diese nicht wünschen, können Sie auch alle zwei Jahre eine Stuhluntersuchung auf verborgenes Blut durchführen lassen.

Früherkennungsuntersuchungen für Frauen

Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs:

Alle Frauen ab dem 20. Lebensjahr können einmal jährlich eine Inspektion des Muttermundes, einen Krebsabstrich und eine gynäkologische Tastuntersuchung durchführen lassen.

Früherkennung von Brustkrebs:

Für Frauen ab dem 30. Lebensjahr wird einmal jährlich Tastuntersuchung der Brüste angeboten. Sie erhalten auch eine Anleitung, diese regelmäßig selbst durchzuführen.

Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr können alle zwei Jahre eine Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust) durchführen lassen.

Früherkennungsuntersuchungen für Männer

Früherkennung eines Bauchaortenaneurysmas (Erweiterung der Bauchschlagader):

Für Männer ab dem 65. Lebensjahr wird eine Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung eines Bauchaortenaneurysmas (Erweiterung der Bauchschlagader) angeboten.

Früherkennung von Prostatakrebs Männer ab dem 45. Lebensjahr können einmal jährlich eine Früherkennungsuntersuchung auf Prostatakrebs durchführen lassen. Hierbei untersucht der Arzt die Prostata mittels einer Tastuntersuchung.



Abb. 14

Schützen Sie sich vor Infektionskrankheiten: Impfungen!

Impfungen sollen vor gefährlichen und ansteckenden Infektionskrankheiten schützen.

Vielleicht sind Sie als Kind schon gegen Erkrankungen wie zum Beispiel Tetanus, Diphtherie oder Keuchhusten, vielleicht auch gegen Masern geimpft worden.

Leider hält der Schutz dieser Impfungen nur eine bestimmte Zeit an. Er muss durch erneute Impfungen aufgefrischt werden. Für Laien ist es jedoch meist schwierig, zu überblicken, wann Auffrischimpfungen durchgeführt werden müssen. Aus diesem Grund ist es wichtig, Ihren Impfstatus regelmäßig von Ihrem Hausarzt kontrollieren zu lassen. Meist geschieht dies automatisch bei den jährlichen Gesundheits-Check-Up-Untersuchungen.

Alle 10 Jahre aufgefrischt werden sollte bei allen Geimpften:

- Tetanus
- Diphtherie

Einmalig aufgefrischt werden sollte ab 60 Jahren:

- Keuchhusten

Einmalig neu geimpft werden sollte ab 60 Jahren:

- Pneumokokken (Lungenentzündung, Hirnhautentzündung)

Jährlich geimpft werden sollte ab 60 Jahren:

- Grippe

Sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt über Ihren Impfstatus. Lassen Sie ihren Impfpass überprüfen!

Kommen Sie wieder auf die Beine: Rehabilitation!

Unter Rehabilitation sind alle medizinischen Leistungen zu verstehen, die dazu dienen, Krankheiten oder deren Verschlimmerung bzw. Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder Gesundheit wiederherzustellen. Insgesamt sollte die Leistungsfähigkeit der Betroffenen und deren Selbstständigkeit im Alltagsleben gestärkt werden.

Zu rehabilitativen Leistungen gehören Massagen, Physiotherapie, Heilbäder, Ergotherapie, das Erlernen von Entspannungstechniken oder psychotherapeutische Gespräche. Diese können stationär, teilstationär oder ambulant erbracht werden. Rehabilitationsmaßnahmen dauern im Allgemeinen 3 Wochen.

Ältere Menschen benötigen besondere, auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Maßnahmen. Hierfür werden geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen angeboten.

Wie bekomme ich eine Rehabilitationsmaßnahme?

Wenn Sie Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen möchten, sollten sie zunächst mit Ihrem Hausarzt sprechen. Dieser kann deren Notwendigkeit feststellen und einen Antrag bei Ihrer Krankenkasse bzw. Sozialversicherung einreichen.

Nach großen Operationen, einem Schlaganfall, einem Herzinfarkt oder nach Tumorerkrankungen kann eine direkte rehabilitative Anschlussheilbehandlung dazu beitragen, Ihre Gesundheit wiederherzustellen. Hier ist es wichtig, den Antrag noch während des Krankenhausaufenthaltes zu stellen.

Die Entscheidung über die Notwendigkeit einer rehabilitativen Maßnahme fällt ein Gutachter des medizinischen Dienstes.

Sie haben das Recht, eine Rehabilitationseinrichtung nach Ihren Wünschen selbst zu wählen und der Krankenkasse vorzuschlagen. Bei der Entscheidung werden jedoch auch ökonomische Kriterien berücksichtigt. Wenn durch Ihre Wahl Mehrkosten entstehen, müssen Sie diese selbst tragen.

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen kommen grundsätzlich Zuzahlungen von 10 Euro pro Tag auf Sie zu. Wenn diese direkt an eine schwere Erkrankung bzw. Operation anschließen, sind die Zuzahlungen auf 28 Tage einschließlich des Krankenhausaufenthaltes begrenzt.

Sie dürfen zwei Prozent Ihres Bruttoeinkommens innerhalb eines Jahres nicht überschreiten. Bei schweren, chronischen Erkrankungen liegt diese Grenze bei einem Prozent. Danach übernimmt die Krankenkasse die anfallenden Zuzahlungen.

Bibliographie

Bewegung

Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung:

www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf

Ernährung

www.vis.bayern.de/ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung_gruppen/ernaehrung_senioren.htm

DEbinet: Deutsches Ernährungs- und Gesundheitsportal.

www.ernaehrung.de/tipps/alter/

<http://www.dge-ernaehrungskreis.de/lebensmittelgruppen/getraenke/www.dge.de/>

http://www.ernaehrung.de/tipps/allgemeine_infos/ernaehr11.php

www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Zentren/CCCU/Beratungsangebote/Appetitlosigkeit_final.pdf

<https://ernaehrungsrechner.de/versteckt-fette/>

Diabetes und Adipositas

www.diabetesde.org/system/files/documents/marion_bohl_zucker_und_seine_freunde.pdf

www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050001p_S3_Adipositas_Praevention_Therapie_2019-01.pdf

www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/05/2018_APS-Checkliste_GesundheitsApps.pdf

<https://dak.de/dak/download/dak-impfkalendar-2076702.pdf>

Bausewein, C. et al.: Leitfaden Palliativmedizin. München, Jena 2004.

Früherkennung

www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/frueherkennung/frueherkennung.php

Rehabilitation

www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html



Modul II - Das Gesundheitssystem in Deutschland

Das Gesundheitssystem in Deutschland besteht aus vielen Einrichtungen und dessen Kostenträger sind selbstverwaltet.

Es gibt drei Formen der Gesundheitsversorgung:

• Ambulante Versorgung:

- » Die ambulante Versorgung wird getragen durch niedergelassene, freiberuflich tätige Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten sowie durch Fachkräfte aus nicht ärztlichen Heilberufen (z.B. ambulante Pflegedienste, Physiotherapiepraxen, Hebammen).
- » Neben Einzelpraxen gibt es Gemeinschaftspraxen, medizinische Versorgungszentren oder ambulante Rehabilitationszentren, in denen zwei oder mehr Ärzte oder Fachkräfte aus nicht ärztlichen Heilberufen zusammenarbeiten.
- » Eine Medizinische Versorgung kann auch in einer Krankenhausambulanz stattfinden.

• (Voll)stationäre Versorgung:

- » Die (voll)stationäre Versorgung umfasst die medizinische Versorgung im Krankenhaus, die pflegerische Versorgung im Pflegeheim sowie die rehabilitative Versorgung in einer stationären Rehabilitationsklinik.
- » Von einer (voll)stationären Behandlung spricht man, wenn der Patient

über längere Zeit, mindestens jedoch einen Tag und eine Nacht in einer der oben genannten Einrichtungen zur Behandlung untergebracht ist.

• Teilstationäre Versorgung:

- » Die teilstationäre Behandlung nutzt die gleiche Infrastruktur wie die (voll-)stationäre Versorgung. Allerdings ist keine Rund-um-die-Uhr-Versorgung des Patienten notwendig. Die Behandlung ist meist auf den Tag oder die Nacht beschränkt. Die restliche Zeit verbringen die Patienten zu Hause oder sind anderweitig untergebracht.

Die Entwicklungen im Gesundheitswesen werden von Verbänden und Interessensvertretungen, z.B. der Ärzte, der Patienten und der Krankenversicherungen sowie dem Gesundheitsministerium, Patientenorganisationen oder Selbsthilfeorganisationen beeinflusst.

Das Gesundheitssystem basiert auf 4 Prinzipien:

1. Versicherungspflicht:

Alle Menschen mit Wohnsitz in Deutschland sind verpflichtet, sich gegen Krankheit abzusichern.

2. Finanzierung durch Beiträge:

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wird durch die Beiträge der Versicherten (auch Rentner) und der Arbeitgeber finanziert.

3. Solidarität:

Das deutsche Gesundheitssystem ist solidarisch organisiert. Alle gesetzlich Versicherten tragen die Kosten der Gesundheitsversorgung gemeinsam. Sie zahlen, je nach ihrem Einkommen bzw. ihrer „Leistungsfähigkeit“, unterschiedlich hohe Beiträge. Je nach Bedarf haben sie aber den gleichen Anspruch auf Gesundheitsversorgung.

4. Selbstverwaltung:

Das Gesundheitssystem wird von Vertretern der einzelnen Berufsgruppen und Institutionen bestimmt (z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Patientenvertretungen). Der Staat - das heißt, das Bundesministerium für Gesundheit gibt die Rahmenbedingungen vor.



Abb. 15

Krankenversicherung in Deutschland

Krankheiten und deren Behandlung können mit hohen Kosten verbunden sein. In vielen Ländern müssen Erkrankte diese selbst tragen.

In Deutschland gibt es zwei verschiedene Möglichkeiten, sich gegen finanzielle Belastungen bei Erkrankungen abzusichern.

- a) Gesetzliche Krankenversicherung
- b) Private Krankenversicherung

Gesetzliche oder private Krankenversicherung

Die meisten Menschen in Deutschland sind gesetzlich krankenversichert (89%). Bei Angestellten werden Beiträge für die Krankenversicherung zur Hälfte vom Arbeitnehmer (bzw. dem Rentner) und zur Hälfte vom Arbeitgeber (bzw. der Rentenversicherung) gezahlt.

Alle Beiträge fließen in eine Geldsammelstelle, einen so genannten Gesundheitsfonds. Aus dieser Stelle erhalten die Krankenkassen, abhängig von Anzahl, Alter, Geschlecht oder Krankheitshäufigkeit der Versicherten, Gelder, mit denen die Leistungen der Versicherung finanziert werden. Die Höhe des gesetzlichen Krankenversicherungsbetrages richtet sich nach der Höhe des Einkommens. Wer weniger Geld verdient muss

dementsprechend auch weniger bezahlen. Trotzdem erhalten alle Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung die gleichen Leistungen.

Die gesetzlich vorgegebene Beitragshöhe liegt aktuell bei 14,6 % (Stand 2020), d.h. Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlen jeweils 7,3% des Bruttoeinkommens. Gesetzlich Rentenversicherte teilen sich den Beitrag mit der Rentenkasse.

Da viele Krankenkassen mit diesem vorgeschriebenen Beitrag nicht auskommen, erheben sie Zusatzbeiträge. Diese werden zur Hälfte von Arbeitnehmer und Arbeitgeber getragen.

Die derzeitigen Beiträge der verschiedenen Krankenkassen liegen zwischen 14,6 und 17,3%. Selbstständige und nicht Beschäftigte tragen den gesamten Versicherungsbeitrag selbst.

Zusatzbeiträge müssen auch von Rentnern gezahlt werden; auch hier wird die Hälfte von der Rentenversicherung übernommen. Im Falle einer finanziellen Bedürftigkeit übernimmt das Sozialamt die Beiträge.

Selbstständige oder Beamte können auch Mitglied einer privaten Versicherung werden. Dies trifft auch für Angestellte zu, deren monatliches Einkommen über 5.212,50 € (Stand 2020) liegt. Dafür müssen Sie einen Antrag auf Befreiung von der gesetzlichen Krankenversicherung stellen.

Diese sogenannte Versicherungspflichtgrenze wird jährlich angepasst.

Beiträge bei privaten Krankenversicherungen hängen von den gewünschten Leistungen und dem Eintrittsalter ab, nicht vom Einkommen. Sie sind bei jüngeren Mitgliedern häufig niedriger, als bei Älteren. Versicherte können, vor allem in privaten Krankenversicherungen, den Leistungsumfang wählen. Sie können sich voll- oder teilversichern lassen.

In gesetzlichen Versicherungen besteht die Möglichkeit eine Zusatzversicherung (z.B. für zahnärztliche oder privatärztliche Versorgung) abzuschließen.

Versicherung bei Arbeitslosigkeit

Im Falle von Arbeitslosigkeit übernimmt normalerweise das Jobcenter die Kosten für die Krankenversicherung. In einigen Fällen, z.B. wenn ein Arbeitnehmer selbst gekündigt hat, entsteht eine Leistungslücke von 3 Monaten.

Es wird eine Sperre von 3 Monaten auferlegt, bevor der Versicherte Leistungen vom Jobcenter erhält. In diesem Fall besteht die Versicherung noch für einen Monat weiter. Vom 2. Monat an bis zur 12. Woche nach der Kündigung muss der Betroffene die Versicherungsbeiträge selbst übernehmen.

Im Falle von Erwerbsminderung, Langzeitarbeitslosigkeit oder Grundsicherung im Alter werden

die Versicherungsbeiträge ebenfalls vom Jobcenter bzw. vom Sozialamt übernommen.

Welche Kosten übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland?

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt folgende Kosten:

- ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Krankenbehandlung
- Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel sowie Heilmittel (z.B. Physiotherapie, Sprachtherapie)
- häusliche Krankenpflege
- Krankenhausbehandlung
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (für Personen im Rentenalter oder für voll- oder teilweise erwerbsgeminderte Personen)
- sonstige Leistungen
- Die Abrechnung der gesetzlichen Krankenkassenleistungen erfolgt nach dem sogenannten „Sachmittelprinzip“. Dies bedeutet, dass die Krankenkasse direkt mit dem Arzt oder dem Krankenhaus abgerechnet. Der Patient muss nichts vorfinanzieren. Er erfährt aber auch nicht direkt, welche tatsächlichen Kosten entstanden sind.

Der Hausarzt

Der Hausarzt ist die erste Anlaufstelle bei allen Erkrankungen und Fragen zur Gesundheit. Dieses so genannte „Primärarztprinzip“ bedeutet, dass man in der Regel immer zuerst den Hausarzt besuchen sollte, bevor man einen Facharzt aufsucht. Der Hausarzt betreut Patienten und meist auch deren Familien häufig über viele Jahre. Als Vertrauensperson kennt er ihre Lebensumstände und weiß, welche Erkrankungen sich im Laufe ihres Lebens entwickelt haben.

Der Hausarzt ist für die Diagnostik und Therapie allgemeiner Erkrankungen zuständig. Bei Erkrankungen, die Fachwissen in speziellen medizinischen Disziplinen voraussetzt, wie z.B. Innere

Medizin, Chirurgie, Urologie oder Gynäkologie, überweist der Hausarzt seine Patienten zur Weiterbehandlung an entsprechende Fachärzte.

Hausärzte haben meistens eine Weiterbildung absolviert und haben sich auf den Bereich „Allgemeinmedizin“ spezialisiert. Manchmal übernehmen auch internistische Fachärzte eine hausärztliche Betreuung.

Der Hausarzt ist für die Zusammenführung aller medizinisch wichtigen Daten eines Patienten zuständig. Er arbeitet eng mit allen für die Gesundheit des Patienten wichtigen Einrichtungen und Institutionen zusammen.



Abb. 16

Der Facharzt

Ein Facharzt ist ein Arzt, der eine zusätzliche Ausbildung in einem besonderen medizinischen Fachgebiet absolviert hat. Um einen Termin bei einem Facharzt zu bekommen, ist es sinnvoll, zuerst zu einem Hausarzt zu gehen und sich an einen Facharzt weiterleiten zu lassen. Hierzu wird ein so genannter Überweisungsschein ausgestellt. Die vom Facharzt erhobenen Befunde und Therapieempfehlungen werden an Ihren Hausarzt zurückgeleitet, so dass dieser über die fachärztliche Versorgung seiner Patienten informiert ist. Für einen Besuch beim Facharzt ist jedoch nicht immer eine Überweisung vom Hausarzt notwendig. Dies gilt vor allem für Frauenärzte oder Augenärzte. Fragen Sie am Besten in der Facharztpraxis nach, ob Sie einen Überweisungsschein benötigen.

Beispiele für Fachrichtungen:

- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin
- Chirurgie
- Gynäkologie (Frauenheilkunde / Geburtshilfe)
- Pädiatrie (Kinder- und Jugendmedizin)
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Augenheilkunde
- Neurologie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Kommunikation mit Ärzten

Ärzte gelten als Vertrauenspersonen, denen man viele Probleme erzählen kann. Sie werden jedoch auch als Autoritätspersonen wahrgenommen.

Ihre Entscheidungen oder Therapieempfehlungen werden in den meisten Fällen unhinterfragt angenommen.

Oft tauchen bei den Patienten erst zu Hause Fragen zur Behandlung oder zur Medikamenteneinnahme auf. Meist hat man in der Aufregung vergessen, wichtige Fragen zu stellen. So kann es zu Informationslücken kommen.

Manchmal ist auch die Verständigung mit Ärzten nicht ganz einfach, da sie sich häufig in Fachsprache ausdrücken und lateinische Begriffe verwenden. Noch schwieriger ist es, wenn Deutschkenntnisse fehlen oder für ein umfangreiches Gespräch nicht ausreichen.

Wie bekomme ich wichtige Informationen von meinem Arzt oder meiner Ärztin?

Um umfassende Informationen über Symptome, Erkrankungen, Medikamente oder Therapien zu erhalten, ist es sinnvoll, sich schon zu Hause in Ruhe zu überlegen, welche Fragen Sie an Ihren Arzt haben. Schreiben Sie sich Ihre Fragen auf! Als besonders hilfreich hat sich hier eine besondere Fragetechnik bewährt. Hierbei werden dem Arzt folgende 3 Fragen gestellt:

- Was ist mein Problem?
- Was muss ich tun?
- Warum ist es wichtig, dass ich das tue?

Mit diesen Fragen werden Sie Informationen zu einem Gesundheitsproblem, dem Umgang damit und die Begründung für ein daraus notwendiges Handeln bekommen! Oft ist es wichtig zu verstehen, warum man einem bestimmten Behandlungsregime folgen soll bzw. welche Nachteile sich ergeben, wenn man dies nicht tut.

Beispiel:

Was ist mein Problem?

Sie haben eine schwere Mandelentzündung!

Was muss ich tun?

Sie müssen jeden Tag alle 8 Stunden ein Antibiotikum einnehmen. Sie müssen diesen Zeitabstand einhalten und alle Tabletten einnehmen, bis die Packung aufgebraucht ist.



Abb. 17

Warum ist das wichtig?

Wenn Sie die Antibiotika in unregelmäßigen Abständen einnehmen oder schon nach einigen Tagen aufhören, wenn Sie sich besser fühlen, kann es sein, dass die Infektion zurückkehrt. Möglicherweise haben sich dann Resistenzen gegen die Keime gebildet.

Dann wirkt dieses Antibiotikum nicht mehr. Sie müssten dann noch einmal und vor allem mit einem stärkeren Antibiotikum behandelt werden.

Manchmal stehen auch schwierige Entscheidungen in Bezug auf medizinische Behandlungsmöglichkeiten an. Dies gilt vor allem bei belastenden Krebstherapien.

Oft fragt man sich als Patient, ob es nicht auch andere Möglichkeiten gibt und welcher Behandlungserfolg bei der einen oder anderen Maßnahme zu erwarten ist.

Hier bieten sich folgende Fragen an:

- Welche Optionen oder Möglichkeiten habe ich?
- Welchen Nutzen und welche Risiken haben diese Optionen?
- Wie wahrscheinlich ist der jeweilige Nutzen bzw. das jeweilige Risiko?

Tipp:

Wenn Sie unsicher sind, ob Sie die Informationen des Arztes richtig verstanden haben, dann fassen Sie die wichtigsten Punkte mit eigenen Worten zusammen. So erfahren Sie und Ihr Gegenüber, ob Sie alles verstanden haben.

Verständigungsprobleme

Schwierig wird es, wenn Sie den Arzt auf Grund eingeschränkter Deutschkenntnisse nicht verstehen. Hier empfiehlt es sich, eine Vertrauensperson zum Dolmetschen mitzunehmen. Dies können Nachbarn oder Bekannte sein. Es ist nicht empfehlenswert, Kinder zum Dolmetschen mit zum Arzt zu bringen; sie werden durch die Situation zu stark belastet.

In Dresden werden Dolmetscherleistungen auch vom Gemeindedolmetscherdienst angeboten. Die dort beschäftigten Dolmetscher haben eine umfangreiche Schulung durchlaufen und unterliegen der Schweigepflicht. Sie erhalten eine Aufwandsentschädigung für ihre Dienste

Gemeindedolmetscherdienst Dresden:

Der Gemeindedolmetscherdienst kann unter folgender Telefonnummer erreicht werden:
Montag – Freitag, 9:00 – 16:00 Uhr,
Tel.: 0351 – 4843803

Gesundheitsversorgung am Wochenende und an Feiertagen

Ärztlicher Bereitschaftsdienst: [Tel. 116117](tel:116117)

Der ärztliche Bereitschaftsdienst hilft in Fällen, in denen Sie normalerweise zum Arzt gehen würden, die Praxis jedoch nicht geöffnet ist und Sie das Gefühl haben, nicht warten zu können, bis sie wieder geöffnet hat.

Unter o.g. Telefonnummer erreichen Sie einen Mitarbeiter der regionalen Leitstelle des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Schildern Sie Ihr Befinden. Sie werden an einen Arzt weitergeleitet. Nach der telefonischen Einschätzung der Situation wird Ihnen mitgeteilt, wo die nächste Bereitschaftspraxis geöffnet hat. Im Notfall kommt ein Notarzt zu Ihnen nach Hause.

[Bereitschaftspraxis Universitätsklinikum Dresden: Tel. 0351 - 192992](#)

Wenn Sie abends, am Wochenende oder an Feiertagen in Dresden einen Arzt benötigen, können Sie neben dem ärztlichen Bereitschaftsdienst auch die **Bereitschaftspraxis im Universitätsklinikum** in Anspruch nehmen. Sie können **ohne Termin** dort hingehen.

Die Praxis ist an Wochentagen von 19:00 – 22:00 Uhr und an Wochenenden und Feiertagen

von 08:00 Uhr – 22:00 Uhr geöffnet. Die Bereitschaftspraxis befindet sich in Haus 28 des Universitätsklinikums Dresden, Fiedlerstraße 25.

[Zahnärztlicher Notdienst in Dresden: 0351 - 4174931](#)

Wenn Sie abends oder am Wochenende bzw. an Feiertagen starke Zahnschmerzen haben, können Sie den zahnärztlichen Notdienst in Anspruch nehmen. Verschiedene Zahnärzte im Stadtbezirk stehen auch in der Nacht oder am Wochenende zur Verfügung. Die Behandlung findet in ihren Zahnarztpraxen statt. Informationen hierzu erhalten sie über o.g. Telefonnummer oder über das Internet.

www.zahnaerzte-in-sachsen.de/app/patienten/notfalldienst/a/list

[Zahnärztliche Notdienst des Universitätsklinikums Dresden: Tel: 0351 – 4583670](#)

Auch der zahnärztliche Notdienst des Universitätsklinikums Dresden steht außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten zur Verfügung. Er befindet sich auf dem Gelände des Universitätsklinikums, Fetscherstraße 74, Haus 28. Rufen Sie auch hier vorher an!

Notfall!

Wie rufe ich einen Krankenwagen?

In lebensbedrohlichen Situationen, wenn schnell Hilfe benötigt wird und jede Minute zählt können Sie über den Rettungsdienst die Feuerwehr oder einen Notarzt rufen.

Tel. 112

Unter dieser Telefonnummer erreichen Sie Mitarbeiter der Feuerwehr- und Rettungsstelle. In diesem Gespräch ist es wichtig, Ihren Namen, Ihre Adresse, das Ereignis und die Anzahl der Beteiligten zu geben. Hier ist es wichtig, die **5 W's** zu kennen:

Wo, wer, was, wie viele,Warten!

Wo: Geben Sie die Adresse an: Straße, Hausnummer, Stockwerk, Name an der Klingel.

Wer: Sagen Sie Ihren Namen, wo Sie gerade sind und Ihre Telefonnummer.

Was: Berichten Sie kurz, was geschehen ist.

Wie viele: Geben Sie an, wie viele Personen einen Arzt benötigen (zum Beispiel bei einem Unfall die Anzahl der Verletzten).

Warten: legen Sie nicht auf, sondern warten Sie auf Rückfragen.

Wenn Sie an chronischen Erkrankungen leiden und Medikamente einnehmen, dann ist es sinnvoll, eine Übersicht über die verordneten Medikamente griffbereit zu haben. Diese kann dem Notarzt bzw. den Rettungssanitätern mitgegeben werden.

Wichtig ist auch der Name des behandelnden Haus- oder Facharztes, damit ggf. weitere Informationen über Vorerkrankungen eingeholt werden können.

Auch Sie, als Patient oder Patientin, haben Rechte!

Vielleicht hatten Sie schon einmal das Gefühl, nicht genügend gesundheitsbezogene Informationen erhalten zu haben und nicht in Ihrem Sinne oder gar falsch behandelt worden zu sein. Vielleicht vermuten Sie, durch eine Behandlung Schaden genommen zu haben.

Sie machen sich Gedanken, wie Sie mit diesen Situationen umgehen können. Bei diesen Überlegungen können Ihnen die Patientenrechte helfen. Sie sind im Patientenrechte-Gesetz (2013) festgelegt und im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert.

Der Behandlungsvertrag mit Ihrem Arzt - Ihre Rechte

Sobald Sie eine Arztpraxis mit dem Ziel einer ärztlichen Behandlung betreten, gehen Sie, auch ohne etwas zu unterschreiben, einen Vertrag mit Ihrem Arzt ein. Dieser so genannte Behandlungsvertrag beinhaltet, dass Sie eine Behandlung erhalten, die den allgemeinen fachlichen Standards entspricht.



Abb. 18

Ihr Recht auf umfassende Information und Aufklärung

Ihr Arzt muss Sie umfassend und verständlich über alle Untersuchungen, die Diagnose und die beabsichtigten Therapien informieren. Er muss dies in Ihrer Akte dokumentieren. Bei diesem Informations- oder Aufklärungsgespräch müssen Ihnen Risiken und Chancen der Therapien offengelegt werden.

Der Arzt muss so mit Ihnen sprechen, dass Sie seinen Ausführungen folgen können und diese verstehen. Falls Sie dennoch etwas nicht verstehen, haben Sie das Recht, nachzufragen.

Die Aufklärung muss als Gespräch stattfinden. Es reicht nicht, wenn Ihnen ein Arzt einen schriftlichen Aufklärungsbogen gibt, ohne diesen mit Ihnen zu besprechen. Sie müssen auch die Möglichkeit haben, die schriftlichen Materialien in Ruhe durchlesen zu können und Fragen zu stellen. Unterschriebene Aufklärungsbögen müssen Sie als Kopie erhalten.

Der Zeitpunkt für die ärztliche Aufklärung hängt von der therapeutischen Maßnahme ab. So reicht es z.B. bei Impfungen, vor der Injektion über Vorteile und evtl. unerwünschte Wirkungen zu sprechen. Bei einer größeren Operation muss die Aufklärung allerdings mehrere Tage vor dem Eingriff stattfinden, damit Sie sich in Ruhe alles überlegen können und evtl. auch anders entscheiden können. In Notfällen ist der Arzt von der Aufklärungspflicht entbunden.

Ihr Recht auf eine zweite Meinung

Wenn Sie Zweifel an einer Diagnose oder einer vorgeschlagenen Behandlungsmethode haben, haben Sie das Recht, eine zweite ärztliche Meinung einzuholen. Nicht immer werden die Kosten hierfür von der Krankenkasse übernommen. In diesem Fall empfiehlt es sich, vorher mit der Krankenkasse zu sprechen.

Ihr Recht auf freie Arztwahl

Grundsätzlich dürfen Sie frei wählen, zu welchem Arzt Sie gehen möchten. Allerdings tragen die Krankenkassen Behandlungskosten nur bei Vertragsärzten mit kassenärztlicher Zulassung. Sie können sich hierzu von Ihrer Krankenkasse oder einer unabhängigen Beratungsstelle beraten lassen.

Auch bei der Wahl des Krankenhauses besteht ebenfalls eine Wahlfreiheit. Ihr Arzt sollte Ihnen mindestens zwei Krankenhäuser für eine Behandlung vorschlagen. Auch hier kann es sein, dass Sie bestimmte Kosten, z.B. Fahrtkosten zu einem weiter entfernten Krankenhaus, selbst tragen müssen.

Ihr Recht auf Einsicht in die Patientenakte

Alle Untersuchungen, Diagnosen oder Therapien werden in Ihrer Patientenakte beim Hausarzt, Facharzt oder im Krankenhaus dokumentiert. Dies dient der Sicherheit Ihrer Behandlung, da alle relevanten Informationen festgehalten werden, um später nachvollziehbar zu sein.

Sie haben grundsätzlich das Recht, Ihre Patientenakte vollständig einzusehen. Ihr behandelnder Arzt muss Ihnen auf Wunsch auch Unterlagen kopieren oder auf einem Datenträger zur Verfügung stellen. Hierfür müssen Sie allerdings selbst die Kosten übernehmen.

Die Einsichtnahme darf nur in Ausnahmefällen verweigert werden, z.B. wenn ein Patient hierdurch Schaden nehmen könnte (z.B. bei Suizidgefahr) oder dies in einer Patientenverfügung festgelegt wurde. Patientenakten werden in der Regel 10 Jahre aufbewahrt.

Ihr Recht auf Information über individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Manche von Ärzten angebotenen Leistungen werden nicht von der Krankenkasse finanziert. Sie werden als so genannte „individuelle Gesundheitsleistungen“ bezeichnet.

Meist sind es diagnostische Maßnahmen oder Behandlungsangebote, die von den Krankenkassen oder Ärztevertretern als nicht ausreichend wissenschaftlich gesichert angesehen werden. Individuelle Gesundheitsleistungen müssen von Ihnen selbst bezahlt werden. Aus diesem Grund muss Ihr Arzt sie vor Behandlungsbeginn über mögliche Kosten informieren.

Er ist verpflichtet, mit Ihnen einen schriftlichen Vertrag über die Leistungen abzuschließen. Darüber hinaus darf er von Ihnen nicht verlan-

gen, zu unterschreiben, dass Sie diese Leistungen ablehnen.

Oft ist es schwierig zu entscheiden, ob IGeL-Leistungen sinnvoll für Sie sind. Bei Ihren Überlegungen kann Ihnen der so genannte „IGel-Monitor“ helfen. In diesem finden Sie alle wissenschaftlichen Bewertungen dieser Leistungen.

www.igel-monitor.de

Ihr Recht auf Vertraulichkeit: die ärztliche Schweigepflicht

Ärzte dürfen Namen und Informationen von Patienten nicht an Dritte weitergeben. Auch Inhalte der Patientenakte und Informationen, die nicht unmittelbar mit der Erkrankung zu tun haben (z.B. finanzielle, berufliche oder familiäre Themen) unterliegen der Schweigepflicht.

Die ärztliche Schweigepflicht betrifft auch Arzthelfer und Angehörige nichtärztlicher Heilberufe mit staatlicher Ausbildung (z.B. Physiotherapeuten).

Ihr Recht auf Selbstbestimmung: Einwilligung oder Ablehnung einer Behandlung

Die Entscheidung, ob Sie sich behandeln lassen möchten oder nicht liegt bei Ihnen allein. Niemand darf Sie zu einer Behandlung zwingen, auch wenn sie theoretisch lebenswichtig ist. Sie können jede Behandlung ablehnen, so lange Sie im Vollbesitz Ihrer geistigen Kräfte sind.

Sie dürfen Ihre Einwilligung jederzeit und ohne

Angabe von Gründen widerrufen. Eine Behandlung ist auch nur dann zulässig, wenn Sie vorher rechtzeitig und persönlich über diese informiert und aufgeklärt worden sind.

Ihr Recht auf freie Wahl der Krankenkasse

Sie dürfen Ihre Krankenkasse frei wählen. Wenn Sie mit Ihrer Krankenkasse nicht zufrieden sind, dürfen Sie nach einer 18-monatigen Mitgliedschaft wechseln.

Ihr Recht auf eine zeitnahe Behandlung

Sollte es nicht möglich sein, in einem angemessenen Zeitrahmen einen Termin bei einem Facharzt zu erhalten, besteht die Möglichkeit, sich mit dem Überweisungsschein an die zentrale Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung zu wenden.

Auf dem Überweisungsschein muss dann eine Dringlichkeitsziffer vermerkt sein. Mit dieser sollte die Servicestelle innerhalb einer Woche einen Termin mit einer Wartezeit von nicht mehr als 4 Wochen vermitteln. Dies ist bei Bagatellfällen nicht möglich.

Für einen Termin bei einer Frauenärztin oder einem Augenarzt benötigen Sie keinen Überweisungsschein.

Ihr Recht auf Beschwerde

Alle Kliniken sind verpflichtet, eine Beschwerdestelle einzurichten, an die Sie sich mit Ihren

Beschwerden wenden können. Darüber hinaus können Sie sich in vielen Kliniken an ehrenamtliche Patientenförsprecher wenden.

Ihr Recht auf Widerspruch bei Entscheidungen Ihrer Krankenkasse

Manche Leistungen, wie zum Beispiel Hilfsmittel, Zahnersatz oder Fahrtkosten zu bestimmten Therapien (z.B. Dialyse) müssen von Ihrer Krankenkasse genehmigt werden.

Sie müssen sie schriftlich beantragen. Die Krankenkasse hat 3 Wochen Zeit, über diesen Antrag zu entscheiden. Wenn ein Gutachter hinzugezogen werden muss (z.B. medizinischer Dienst), verlängert sich diese Frist auf 5 Wochen.

Überschreitet die Krankenkasse diese Frist, ohne Ihnen in dieser Zeit zu antworten, gilt der Antrag solange als genehmigt, bis die Krankenkasse darüber entscheidet. Zudem muss diese Leistung notwendig sein und nicht außerhalb des Krankenkassenleistungskataloges liegen.

Wenn die Krankenkasse Ihren Antrag innerhalb o.g. Fristen ablehnt, können Sie innerhalb eines Monats schriftlich oder mündlich Widerspruch einlegen. Wenn die Krankenkasse diesen ebenfalls ablehnt, können Sie innerhalb eines Monats vor einem Sozialgericht klagen. Hierbei entstehen für Sie keine Gerichtskosten.

Ihr Recht auf Schadensersatz bei einem Behandlungsfehler

Bei einem ärztlichen oder pflegerischen Behandlungsfehler haben Sie das Recht auf Schadensersatz. Der behandelnde Arzt muss haften, wenn er gegen allgemein gültige fachlich anerkannte Standards der Behandlung verstoßen hat und hierdurch ein Gesundheitsschaden entstanden ist.

Wenn Sie einen Behandlungsfehler vermuten, ist es sinnvoll, zunächst ein Gespräch mit dem Arzt zu suchen. Er ist verpflichtet, Sie zu informieren. Sollten Unklarheiten bestehen bleiben, können Sie sich an den Sachverständigenrat des Medizinischen Dienstes wenden. Hier können Sie um ein für Sie kostenloses Sachverständigengutachten bitten.

Die Krankenkasse kann zudem wichtige Unterlagen aus Ihrer Akte zur Einsicht anfordern. Auch die Unabhängige Patientenberatung in Deutschland oder Verbraucherzentralen und Ärztes bzw. Zahnärztekammern, eine Klinikleitung oder Patientenvertretung können Ihnen hier zur Seite stehen.

Wenn sich Ihr Verdacht auf einen Behandlungsfehler erhärtet, sollten Sie einen Fachanwalt für Medizinrecht als Beistand hinzuziehen. Falls Sie nicht über ausreichende finanzielle Mittel verfügen stehen Ihnen Beratungs- und Prozesskostenhilfe zu. Grundsätzlich liegt die Beweislast für einen Behandlungsfehler bei Ihnen. Sie müssen den Behandlungsfehler, den Gesundheitsschaden und den Zusammenhang zwischen beiden nachweisen können.



Abb. 19

Nur bei grob fahrlässigen Behandlungsfehlern, Dokumentations- und Aufklärungsmängeln sowie wenn notwendige Kontrollbefunde nicht erhoben wurden, kann das Gericht die Beweislast dem Arzt oder der Klinik auferlegen.

Wo bekomme ich noch mehr Informationen?

Unabhängige Patientenberatung

Enderstraße 59, 01277 Dresden
Tel.: 0800 - 0117725

Der gebührenfreie Beratungsdienst der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland wird **auch in Russisch** angeboten:

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Tempelhofer Straße 62
12347 Berlin
Tel.: 0800 - 0117724

Wo finde ich Informationen zu gesundheitlichen Themen?

1. Experten (persönliche Informationen, telefonische, elektronische Entscheidungshilfen)

- Arzt
- Apotheker
- Krankenkassen

- Angehörige anderer Gesundheitsberufe (Pflegekräfte)
- Institutionen/ Organisationen
- Von Experten erstellte Entscheidungshilfen

2. Schriftliche Informationen (gedruckt, digital)

- Bücher (Ratgeber, Lehrbücher, Schulbücher)
- Nachschlagewerke
- Lexika
- Broschüren
- Fachzeitschriften
- Zeitungen
- Beipackzettel
- Webseiten
- Apps

3. Film und Radio

- Fernsehen
- Hörspiele
- Podcasts
- YouTube

4. Nichtexperten (Erfahrungsaustausch)

- Familie
- Freunde
- Bekannte
- Erfahrungsaustausch in den sozialen Netzwerken



Abb. 20

Wie erkenne ich gute Gesundheitsinformationen?

Die Menge an Gesundheitsinformationen in der Literatur und im Internet ist sehr groß. Das gilt auch für die Qualitätsunterschiede der Informationen. Nicht alle Medien bieten fachlich korrektes und vertrauenswürdigen Wissen.

Nur wer richtige Informationen erkennt, kann gute Entscheidungen für seine Gesundheit treffen. Bei der Entscheidungsfindung und Bewertung hilft auch immer die Meinung des Arztes. Die folgenden Hinweise sollte man beachten, um eine Quelle für Gesundheitsinformationen auf Zuverlässigkeit zu prüfen, um die Information bewerten zu können.

1. Absender

- Wird deutlich, wer die Information geschrieben hat oder wer für die Inhalte verantwortlich ist? Wird ein Autor bzw. eine Organisation genannt?
- Der Autor kann am Anfang oder Ende des Artikels vermerkt sein.
- Auch in der Autorenzeile, in der Rubrik

„Über uns“ oder im Impressum kann deutlich werden, wer die Information veröffentlicht hat.

Hilfreich ist es, wenn mehrere Autoren aus verschiedenen Fachgebieten an der Information gearbeitet haben.

- Vorsichtig ist bei Informationen geboten, bei denen kein Autor genannt wurde ist bzw. das Impressum schwer zu finden ist.

2. Ziele und Absichten

- Ist das Ziel der Gesundheitsinformation erkennbar? Wird deutlich, welche Absicht dahintersteckt?
- Gute Gesundheitsinformationen erklären, an wen sie sich richten und welche Absicht sie verfolgen.

3. Quellenangaben

- Wird deutlich, auf welche Quellen sich die Informationen stützen?
- Seriöse Autoren belegen ihre Aussagen mit Quellen.
- Als gut zu bewerten sind vor allem Informationen, die sich auf Studien beziehen, in denen die Wirksamkeit eines Untersuchungs- oder Behandlungsverfahrens untersucht wird.

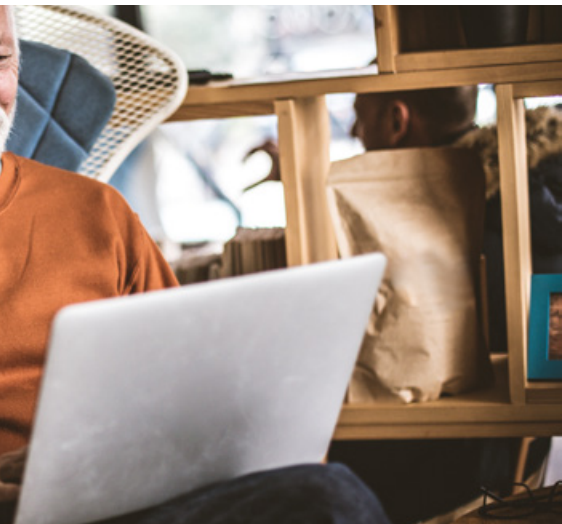


Abb. 21



Abb. 22

4. Aktualität

- Kann man erkennen wie aktuell die Informationen sind? Werden sie regelmäßig aktualisiert?
- Informationen, die seit drei Jahren nicht aktualisiert wurden, sind möglicherweise veraltet.
- Manchmal gibt es einen Vermerk, dass Informationen - obwohl älter - dennoch aktuell sind.

5. Unabhängigkeit

- Ist die Website oder Broschüre unabhängig oder gibt es Werbung für bestimmte Produkte oder Therapien?
- Hier ist darauf zu achten, wer die Seite oder die Broschüre betreibt bzw. sponsert, und welche möglichen Interessen hinter der Veröffentlichung stehen.

6. Ausgewogenheit

- Sind die Informationen sachlich dargestellt? Oder werden die Leser in eine bestimmte Richtung geleitet?
- Die Sachverhalte sollten neutral und ohne Wertung formuliert sein.
- Es sollten Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen der einzelnen Behandlungen,

Untersuchungen und Maßnahmen beschrieben werden.

- Es sollte auch angegeben werden, ob und welche Möglichkeiten einer Behandlung bzw. Untersuchung außer den angegebenen bestehen.
- Es sollten auch Konsequenzen dargestellt werden, wenn die Erkrankung unbehandelt bleibt.

7. Verständlichkeit

- Sind die Informationen verständlich formuliert?
- Gute Informationen sollten auch für Nicht-Fachleute verständlich und klar sein.
- Anschauliche Bilder und Grafiken helfen, um den Inhalt besser zu verstehen.

Bibliographie

www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/krankenkasse-beitrag/zusatzbeitrag/

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege-und-tarife.html>

<https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/versicherungspflichtgrenze#>
www.haufe.de/sozialwesen/versicherungen-beitraege/krankenversicherungs-pflicht-waehrend-sperrzeit-neu-geregelt_240_404670.html

www.igel-monitor.de/

www.lzg.nrw.de/ges_foerd/migration_und_gesundheit/fremdspr_infos/index.html

www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Ratgeber_Patientenrechte.pdf?__blob=publicationFile&v=22

www.gesundheitsinformation.de/gesundheitsversorgung-in-deutsch-land.2698.de.pdf?all_backgrounds=0&all_details=0&all_lexicons=0&all_reports=0&detail*einleitung-co=1&overview=0&print=1&theme=0

www.arbeitsagentur.de/arbeitslosengeld-2/gesundheitsversicherung

www.wegweiser-gesundheitswesen-deutschland.de/download



Modul III – Demenz und Depression

Demenz

Demenz ist eine chronische Erkrankung, die meist ältere Menschen betrifft, manchmal aber auch schon in jüngeren Jahren auftritt, d.h. vor dem 50. Lebensjahr. Die meisten Menschen wissen nicht viel über sie und halten sie für eine Geisteskrankheit. Das ist sie nicht.

Demenz geht mit einem schleichenden Verlust des Gedächtnisses einher. Worte werden plötzlich falsch geschrieben oder anders wahrgenommen. Farben werden verwechselt und es tauchen Sprach- und Leseschwierigkeiten auf. Termine werden vergessen und in Gesprächen werden immer wieder die gleichen Fragen gestellt. Der oder die Betroffene haben Mühe, sich räumlich zu orientieren oder sich Dinge zu merken. Sie erkennen Orte oder auch Menschen nicht mehr. Häufig fühlen sie sich am Arbeitsplatz oder zu Hause überfordert und haben eine gedrückte Stimmung. Die Betroffenen verlieren das Interesse an sozialen Kontakten, am Beruf, an ihren Hobbys und am allgemeinen Alltagsgeschehen. Später vergessen sie, zu essen, zu trinken oder sich zu pflegen.

Die Betroffenen selbst bemerken früh, dass etwas mit ihrer Gedächtnisleistung nicht stimmt. Sie versuchen ihre Einschränkungen zu kaschieren oder schreiben unendlich viele Merktzettel, um sich an Namen zu erinnern oder sich im Alltag zurecht zu finden. All das löst Verzweiflung, Angst, Scham und Trauer aus sowie letztlich das Gefühl, kein vollwertiger Mensch zu sein.

Die Diagnose „Demenz“

Die Diagnose „Demenz“ ist für die meisten Betroffenen ein verstörendes und traumatisches

Ereignis. Sie reagieren schockiert oder wütend. „Warum ich, warum diese Erkrankung?“ fragen sie sich. Hierauf gibt es, wie bei vielen anderen Erkrankungen, keine Antwort. Manche Betroffene reagieren mit Depressionen auf diese Nachricht. Unendliche Trauer, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit machen sich breit. Sie sehen keinen Weg für sich.

Auch Angehörige reagieren oft heftig auf diese Diagnose. Manche bemühen sich überfürsorglich um den „Erkrankten“ und können seine vorhandenen Fähigkeiten nicht mehr erkennen. Sie versuchen, ihm alles abzunehmen, was jedoch das Gefühl der Hilf- und Wertlosigkeit des Betroffenen verstärkt. Andere wiederum zweifeln an der Diagnose und unterstellen dem Betroffenen, dass er simuliert oder den Ärzten, dass sie lügen. Wieder andere bagatellisieren die Vergesslichkeit und erwähnen immer wieder, dass sie ebenfalls Dinge vergessen würden. Nicht zuletzt wenden sich manche Angehörige oder Freunde von den Betroffenen ab. Sie wollen schlichtweg mit dieser Erkrankung und der Möglichkeit, auch einmal an ihr zu erkranken, nicht konfrontiert werden.

Was ist Demenz?

Demenz ist eine Erkrankung, die das Denken, das Verhalten und die Fähigkeit, alltägliche Aufgaben durchzuführen, beeinträchtigt. Das Gehirn verändert sich so, dass das soziale und berufliche Leben eines Betroffenen eingeschränkt wird. Die Veränderungen geschehen schleichend. Die Denk- und Konzentrationsfähigkeit, das Gedächtnis und Urteilsvermögen werden nach und nach zerstört. Alltägliche Fähigkeiten, wie sich

anzuziehen, zu essen, sich zu waschen oder zu kleiden werden vergessen. Inkontinenz kommt hinzu.

Es gibt unterschiedliche Formen von Demenz. Die bekannteste und häufigste ist vermutlich Alzheimer. Sie ist jedoch nur eine von bisher 130 verschiedenen Arten von Demenzerkrankungen. Sie zeigt sich vor allem mit Störungen der Gedächtnisleistung, der Aufmerksamkeit und Konzentration. Meist verschwinden zuerst Erinnerungen aus der jüngeren Vergangenheit, später auch die weiter Zurückliegenden.

Irgendwann geht auch die eigene Lebensgeschichte und die Persönlichkeit verloren. Handlungen, wie zum Beispiel das Föhnen von Haaren können nicht mehr durchgeführt werden, weil die Handlungsabläufe vergessen worden sind.

Mythen über Demenz

Es bringt nichts, Demenz zu diagnostizieren, man kann eh nichts dagegen tun!

Es ist durchaus sinnvoll Demenz frühzeitig zu diagnostizieren! Es geht darum, die Kontrolle über sein Leben zu behalten und seine Gesundheit neben medikamentöser Behandlung mit nichtmedikamentösen Behandlungsmöglichkeiten zu stärken!

Mit Demenzkranken kann man nicht reden!

Doch, auch im späten Stadium der Demenz ist es möglich, zu kommunizieren. Wenn sich Menschen Zeit nehmen, nonverbale Zeichen beachten und zuhören, ist es durchaus möglich, mit Demenzkranken in einen Austausch zu treten.



Abb. 23

Demenzkranken spüren keine Schmerzen!

Die Erkrankung Demenz selbst verursacht keine Schmerzen. Alter, mit seinen vielen Erkrankungen, jedoch schon.

Das Problem ist, dass Demenzkranke Schmerzen häufig nicht mehr verbal äußern können. Sie reagieren nur noch auf die Schmerzen und zwar mit Aggressivität, Rückzug, mit Versuchen, Aufmerksamkeit zu erlangen oder mit Unruhe. Von Angehörigen oder Pflegekräften werden sie dann als „schwierig“ eingestuft und mit Beruhigungsmitteln oder Psychopharmaka ruhiggestellt.

Demenz ist heilbar!

Nein, Demenz ist nicht heilbar, aber es gibt Medikamente, die den Krankheitsprozess verzögern können. Sie können die Gedächtnisleistung und das Denkvermögen stärken und dazu beitragen, die Selbstständigkeit und Lebensqualität des Betroffenen lange zu erhalten.

Darüber hinaus können Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen die Funktionen des Gehirns durch verschiedenste nicht medikamentöse Therapien und Maßnahmen stärken.

Ursachen von Demenzerkrankungen

Ungefähr 80% der Demenzerkrankungen werden durch Erkrankungen des Gehirns hervorgerufen, durch die Gehirnzellen zerstört werden. Dieser Prozess kann z.B. durch die Alzheimer-Erkrankung selbst, aber auch durch Erkrankungen der Blutgefäße, Stoffwechselstörungen, Hormon- oder Vitaminstörungen, Hirnverletzungen, Tumore oder Blutungen verursacht werden.

So können zum Beispiel Gefäßverengungen, die in Folge von Bluthochdruck, Diabetes Mellitus, Rauchen oder hohen Cholesterinwerten eine Mangeldurchblutung des Gehirns hervorrufen. Hierdurch werden Gehirnzellen geschädigt und gehen zu Grunde. Nur selten können diese Schäden rückgängig gemacht werden. Die Symptome einer Demenz werden davon beeinflusst, welcher Bereich des Gehirns geschädigt wurde bzw. weiter geschädigt wird.

Diagnosestellung

Die Diagnosestellung erfolgt in verschiedenen Schritten. Im ersten Schritt wird die Demenz als Erkrankung diagnostiziert. Hierzu können verschiedene Tests eingesetzt werden, die die Gedächtnisleistung der Betroffenen messen (z.B. Aufmerksamkeit, Lesen, Rechnen, sich etwas Merken). Zusätzlich werden mit bildgebenden Verfahren, z.B. einer Computertomographie, Veränderungen des Gehirns bzw. betroffener Areale sichtbar gemacht.

Im zweiten Schritt wird versucht, die Ursachen der Demenz festzustellen. Oben genannte Erkrankungen werden erfasst und behandelt. Im dritten Schritt wird der Grad der Einschränkungen, vor allem aber auch der erhaltenen Fähigkeiten festgestellt, um den Betreuungs- und Unterstützungsbedarf einschätzen zu können.

Medikamentöse Therapie

Es gibt verschiedene Medikamente, die bei Demenz eingesetzt werden können. Sie fördern die Gedächtnisleistung und tragen dazu bei, den Abbau der Gehirnzellen hinauszuzögern bzw. die Informationsleitung zwischen einzelnen Gehirnzellen zu verbessern.

Sie helfen dem Betroffenen, Aktivitäten des täglichen Lebens weiter auszuüben und somit länger selbstständig zu bleiben. Gegen Depressivität werden meist Antidepressiva eingesetzt.

Und was hilft noch?

Oft dauert es Jahre, bis Betroffene die richtige Diagnose erhalten. Dabei ist Demenz bzw. Alzheimer eine der gefürchtetsten Krankheiten bei älteren Menschen. Nicht ohne Grund.

Nicht selten wird Betroffenen empfohlen, ihre Berufstätigkeit aufzugeben, den Führerschein abzugeben, zu Hause zu bleiben und einfach „so gut wie möglich“ mit der Krankheit zu leben.

Dabei wird übersehen, dass diese hier „verordnete“ Inaktivität sie zu Opfern und Leidenden macht. Sie nimmt ihnen die Hoffnung und lässt sie glauben, dass es keine Strategien gibt, mit ihrer Erkrankung positiv zu leben.

Die Diagnose „Demenz“ bedeutet aber nicht, sein Leben von heute auf morgen aufgeben zu müssen! Es ist lange Zeit möglich, mit dieser Erkrankung ein Leben zu führen, das von Familie und Beziehungen, Freundschaften und Liebe, von Glück und von Sinn bereichert wird. Dies ist möglich durch einen Therapieansatz, bei dem vor allem vorhandene Fähigkeiten gefördert werden und der Schwerpunkt auf das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen gelegt wird.

Sie sollen dabei unterstützt werden, ihr bisheriges Leben so gut und so erfolgreich wie bisher fortzusetzen. Dies kann auch Berufstätigkeit beinhalten. Beeinträchtigungen können durch verschiedene, manchmal auch technische Hilfsmittel, kompensiert werden.

Alltagsbegleiter können dabei helfen, sich zu Hause oder in der Umwelt zurecht zu finden. Psychotherapie kann Wege zeigen, mit Angst oder Trauer umzugehen.

Hirnleistungstraining, Ergotherapie, Logotherapie, Physiotherapie, Ernährungsberatung, körperliche Bewegung, alltagspraktisches Training und feinmotorische Übungen können vorhandene Fähigkeiten fördern oder aufrechterhalten.



Abb. 24

Selbsthilfegruppen und die Beratung der Angehörigen tragen dazu bei, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen, Kontakte zu knüpfen und gut informiert Entscheidungen treffen zu können.

Kann man Demenzerkrankungen vorbeugen?

Es gibt keine wissenschaftlich nachgewiesene Vorbeugungsmaßnahme gegen Demenz. Allerdings wird vermutet, dass ein gesunder Lebensstil und eine Vorbeugung von Gefäßerkrankungen, Diabetes Mellitus, Übergewicht, erhöhten Blutfettwerten, Rauchen oder Depressionen dazu beitragen kann, eine Demenzerkrankung zu vermeiden.

Nachgewiesen ist, dass Menschen, die sich gesund ernähren, sich bewegen, geistig rege bleiben und sozial eingebunden sind, seltener oder später an Demenz erkranken als diejenigen, die einen wenig gesundheitsbewussten Lebensstil pflegen.

Was können Menschen mit Demenz im Frühstadium tun?

Menschen mit einer Demenzerkrankung haben im Zuge des Krankheitsverlaufs zunehmende Schwierigkeiten, ihren Alltag allein zu bewältigen.

Trotzdem können sie selbst, insbesondere im frühen Stadium der Erkrankung, einiges dafür tun, ein zufriedenes und selbstbestimmtes Leben zu führen.

Grundlegend sollten Betroffene:

- weiterhin unter Menschen gehen anstatt sich zurückzuziehen
- ihre bisherigen Interessen und Hobbys weiterverfolgen und sich eventuell neue Beschäftigung suchen
- Hilfe von Angehörigen, Freunden und Fachkräften annehmen
- den Tag gut strukturieren, um Sicherheit zu bekommen und um den Alltag weitestgehend allein zu meistern.

Es empfiehlt sich, allen bisherigen Tätigkeiten, wie z.B. Hobbys oder Freizeitaktivitäten oder auch der Berufstätigkeit, so lange wie möglich weiter nachzugehen.

Bei kognitiven Einschränkungen wie Vergesslichkeit, räumlichen oder zeitlichen Orientierungsschwierigkeiten helfen Merktettel, große Schilder oder große Uhren.

Alltagsbegleiter oder Angehörige können als „zweites Gedächtnis“ genutzt werden. Hilfreich ist auch, den Tag gut zu strukturieren und Pausen einzuplanen.

Unterstützung durch Angehörige

Je weiter eine Demenz fortschreitet, desto schwerer fallen den Betroffenen selbst die einfachsten Tätigkeiten. Trotzdem sollten Angehörige ihnen nicht alles abnehmen. Hilfe zur Selbsthilfe lautet die Devise. Sie trägt dazu bei, dass Demenzkranke länger selbstständig bleiben:

-
- Nehmen Sie Demenzkranken nicht alles ab, auch wenn Tätigkeiten dann länger dauern, als Ihnen lieb ist.
 - Erinnern Sie Ihr Gegenüber mehrmals freundlich daran, was sie oder er eben tun wollte.
 - Bleiben Sie nicht ungeduldig neben der betroffenen Person stehen. Das setzt sie zusätzlich unter Druck.
 - Lassen Sie zu, dass Ihr demenzerkranktes Familienmitglied Ihnen bei einfachen Tätigkeiten hilft.

Gemeinsam Schönes erleben

Menschen mit Alzheimer oder einer anderen Form der Demenz erinnern sich noch lange Zeit rege an ihre Kindheit und Jugend, die Sie als Angehörige am besten kennen.

Hier können Angehörige ihr Wissen nutzen, um diese Erinnerungen zu wecken. Sie können gemeinsam Schönes erleben – beispielsweise beim Musikhören oder Ansehen alter Fotos, beim Kuchenbacken, durch den Duft des Lieblingsparfums oder indem Sie gemeinsam einen Ausflug machen.

- Viele Menschen mit Alzheimer oder einer anderen Form der Demenz erinnern sich lange Zeit noch gut an ihre frühe Vergangenheit. Diese Erinnerungen können durch gemeinsame Aktivitäten geweckt werden.
- Nutzen Sie die individuellen Fähigkeiten und Interessen Ihrer Mutter, Ihres Vaters oder Ihres Partners, um gemeinsam Schönes zu erleben – zum Beispiel beim Tanzen, Singen oder Backen.

Freizeitgestaltung

Menschen mit Demenzerkrankungen geben aus Angst vor dem Gerede anderer und dem eigenen Versagen häufig ihre Freizeitbeschäftigungen auf. Trotzdem sollten sie Interessen und Hobbys so lange wie möglich ausführen und aktiv bleiben.

Dies kann dazu beitragen, sich länger leistungsfähig und ausgeglichener zu fühlen. Falls ein altes Hobby nicht mehr ausgeführt werden kann, sollte ein neues gesucht werden. Freizeitbeschäftigungen sollten vor allem Spaß machen!

Bewegung

Auch Demenzerkrankte können und sollen sich viel bewegen, denn „Wer rastet der rostet“. Durch regelmäßigen Sport und Bewegung wird das körperliche Wohlbefinden gesteigert. Koordination, Muskelkraft und Gleichgewicht bleiben länger erhalten. Hierdurch kann die Selbstständigkeit im Alltag länger aufrechterhalten werden. Zudem werden Unruhe und depressive Verstimmungen gemindert.

Ernährung

Menschen mit Demenzerkrankungen haben im fortgeschrittenen Stadium Schwierigkeiten, sich zu ernähren. Sie können Mahlzeitenabfolgen nicht planen sowie Mengen und Zusammen-

setzungen nicht einschätzen. Sie vergessen, wie Messer oder Gabel gehandhabt werden und können nicht mehr alleine essen. Manche Betroffene haben auch ein verändertes Hunger- oder Durstgefühl.

Sie vergessen zu essen, manchmal aber auch, dass sie bereits gegessen haben. Manche Betroffene beginnen Nahrungsmittel zu horten, aus Angst, nicht genügend zu essen zu bekommen. Hinzu kommt, dass der Energiebedarf bei sehr unruhigen, herumwandernden Betroffenen erhöht ist. Sie benötigen auf Grund ihrer ständigen Bewegung mehr Kalorien.

Um Mangel- oder Fehlernährung vorzubeugen, ist es wichtig, genau zu beobachten, welche Art der Einschränkung vorliegt und welche Ressourcen der oder die Betroffene haben. Es gilt, individuell auf die auftretenden Probleme zu reagieren und für eine bedarfsgerechte, bedürfnisorientierte Ernährung zu sorgen.

Hierunter ist sowohl die Anpassung der Kalorienmenge an den Bedarf des Betroffenen als auch die Beachtung seiner Wünsche und Präferenzen zu verstehen.

Die Ernährung von Menschen mit Demenz sollte möglichst abwechslungsreich sein. Die Nah-

rungsmittel sollten bei einem kleinen Volumen viele Nährstoffe liefern. Empfehlenswert sind hier Fleisch, Fisch, Geflügel, Milchprodukte (Milch, Joghurt, Kefir, Käse), Sojaprodukte, Hülsenfrüchte und Nüsse.

Den Betroffenen hilft es, bisherige Ernährungsgewohnheiten so lange wie möglich beizubehalten. Das betrifft Essenszeiten, Besteck, Geschirr, Getränke, Ort und Beleuchtung. Außerdem sollten ihnen Wahlmöglichkeiten bei der Nahrung und Hilfestellungen bei der Nahrungszubereitung zugestanden werden.

Kulturell oder religiös bedingte Gewohnheiten sollten ebenfalls nicht verändert werden.

Betroffenen mit großem Bewegungsdrang hilft ein so genanntes „fingerfood“. Darunter wird Essen verstanden, das ohne Messer oder Gabel mit den Fingern gegessen werden kann. Man kann es den Betroffenen bei ihren „Wanderungen“ in die Hand geben. Geeignet sind kleine Häppchen, Gemüse oder Obst.

Insgesamt hilfreich ist für die Essensaufnahme eine stress- und störungsfreie sowie eine ansprechende Umgebung ohne Zeitdruck.

Tag- und Nachtrhythmus

Bei einer Demenzerkrankung kann sich neben der räumlichen Orientierung auch das Zeitgefühl verändern. Dabei verlieren die Betroffenen das Gefühl für den Rhythmus von Tag und Nacht. Häufig sind sie nachts wach und unruhig und tagsüber müde. Hier kann versucht werden, gezielt Licht oder Dunkelheit einzusetzen, die Tage gut zu strukturieren und für Bewegungsmöglichkeiten zu sorgen.



Abb. 25

Kommunikation

Menschen mit Demenzerkrankungen verlieren nach und nach die Fähigkeit zu kommunizieren. Das ist für alle Betroffenen schmerzlich. Gespräche können sehr schwierig, vielleicht auch unmöglich werden. Folgende Empfehlungen können helfen, die Kommunikation aufrecht zu erhalten:

- Wie alle Menschen brauchen Demenzerkrankte Bestätigung. Sprechen Sie mit Ihrem betroffenen Familienmitglied und sagen Sie ihm, was er gut gemacht hat. Kritisieren Sie nicht.
 - Räumen Sie falsch abgelegte Dinge stillschweigend an ihren richtigen Platz – der kranke Mensch hat nichts davon, mit der Brille im Kühlschrank konfrontiert zu werden.
 - Betroffene brauchen Zeit und Ruhe, um über den nächsten Schritt oder eine Antwort nachzudenken. Nehmen Sie sich Zeit.
 - Stellen Sie einfache Fragen wie: Was siehst du? Hörst du den Bus draußen kommen?
- Wie geht es dir gerade? Hierdurch erhält der oder die Betroffene das Gefühl, wahrgenommen zu werden und dazu zu gehören.
- Formulieren Sie Fragen in einfacher Form. Es kann für Betroffene schwierig sein, komplizierte Zusammenhänge zu erklären. Dies setzt sie unter Druck. Einfacher ist es, mit ja oder nein zu antworten.
 - Stellen Sie vor jedem Gespräch Blickkontakt her und reden Sie Ihr demenzerkranktes Familienmitglied namentlich an.
 - Reden Sie langsam, deutlich und in kurzen Sätzen. Sehen Sie den Betroffenen an.
 - Wiederholen Sie wichtige Informationen. Verwenden Sie dabei immer dieselbe Formulierung.
 - Vermeiden Sie Diskussionen.
 - Überhören Sie Anschuldigungen und Vorwürfe, denn diese sind oft Ausdruck von Hilflosigkeit und Frustration. Oft richten sie sich nicht gegen Sie persönlich. Lassen Sie einen Moment verstreichen und wechseln Sie dann das Thema.

- Stellen Sie nicht mehr als zwei Angebote zur Auswahl. Fragen Sie lieber: „Möchtest du Apfelsaft oder lieber Orangensaft?“ anstatt: „Welchen Saft möchtest du trinken?“

Wie können wir Wertschätzung vermitteln?

Menschen mit Demenz fühlen sich auf Grund ihrer Einschränkungen oft minderwertig. Sie wissen, dass sie viele Dinge vergessen und schämen sich häufig hierfür. Nicht selten tragen Menschen in ihrer Umgebung auch dazu bei, diese Gefühle zu verstärken.

Schon kleine Veränderungen in der Sprache oder im Verhalten können helfen, um den Betroffenen ein Gefühl der Wertschätzung zu vermitteln.

- Sagen Sie dem Betroffenen nicht, dass er dement ist oder an Demenz LEIDET! Hiermit ist nicht gemeint, dass er nicht über seine Krankheit informiert werden sollte. Jedoch sollte er bei Einschränkungen nicht immer darauf aufmerksam gemacht werden.

- Sagen Sie nicht, dass Sie mit Demenz leben, wenn Sie keine haben. Sie leben mit einem Menschen, der an dieser Störung erkrankt ist.
- Sagen Sie nicht: „Aber Sie sehen doch gar nicht so aus!“ Impliziert wird hier, dass Betroffene ein bestimmtes Aussehen haben. Mit dieser Äußerung zweifeln Sie an, dass der Betroffene die Erkrankung hat.
- Gehen Sie nicht davon aus, dass der Betroffene nichts versteht, nur, weil er oder sie schweigt.
- Gehen sie nicht davon aus, dass er keine Schmerzen hat, nur, weil er sie nicht verbal äußern kann oder in einer Form, die Sie verstehen.
- Sprechen Sie in der Anwesenheit Anderer nicht über den Betroffenen oder seine Erkrankung. Dies verstärkt sein Gefühl der Minderwertigkeit und des Ausgeschlossen-seins. Sprechen Sie mit ihm! (Swaffer, K.: „Was zum Teufel geschieht in meinem Hirn?“. Ein Leben jenseits der Demenz. Hogrefe, AG.)



Abb. 26

Die Familie

Die Demenzerkrankung eines Familienmitgliedes wirkt sich oft auf die gesamte Familie aus. Im Verlauf der Erkrankung durchleben vor allem pflegende Angehörige verschiedene Gefühlslagen, die von Schmerz, Mitleid, Hilflosigkeit, Ärger und Wut über Trauer und Verzweiflung reichen.

Darüber hinaus müssen sie viele alltagspraktische Herausforderungen bewältigen. Sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen ist es besonders wichtig, sich umfassend über die Erkrankung, den Umgang mit ihr und die Hilfsangebote zu informieren und sich rechtzeitig Unterstützung zu holen.

Beratung und Unterstützung

In Dresden bieten unterschiedliche **Vereine und Organisationen** Hilfe an. Zu ihnen gehört die Alzheimer Gesellschaft Dresden e.V. Sie ist eine Selbsthilfeorganisation, die den von Demenz Betroffenen und ihren Angehörigen zur Seite steht. Die Ansprechpartnerinnen helfen ihnen mit individueller und persönlicher Beratung. Die Beratungen finden meist im Büro der Alzheimer Gesellschaft statt, können aber auch telefonisch oder bei Ihnen zu Hause durchgeführt werden. Es werden auch regelmäßige Hausbesuche, die Vermittlung von Hilfen und Unterstützung bei der Alltagsbewältigung angeboten.

Auch bei der Erstellung einer individuellen Tagesstruktur, bei der Organisation ambulanter Hilfen oder der Überleitung in eine Tagespflege, bei Arzt- und Behördengängen unterstützen die Mitarbeiter dieses Vereins. Zudem bieten sie Gedächtnistraining an.

Alzheimer Gesellschaft Dresden e.V.

Georg Nerlich Str. 6, 01307 Dresden
Tel.: 0351 - 44402950 oder 0351 - 4166025
(Montags, 16:00 Uhr – 18:00 Uhr)
www.alzheimergesellschaft-dresden.de
info@alzheimergesellschaft-dresden.de

Dresdner Pflege- und Betreuungsverein e.V.

(auch in Russisch)
Amalie-Dietrich-Platz 3, 01169 Dresden
Tel.: 0351 - 4166025
www.dpbv-online.de
GERDA@dpbv-online.de

AWO Kontakt- und Beratungsstelle für Gerontopsychiatrie,

Demenz und Alzheimer "GERDA"
Herzberger Straße 2-4, 01239 Dresden
Tel.: 0351 - 2891615
mail17@awo-in-sachsen.de

Gerontopsychiatrische Beratungsstelle (Demenz und Alzheimer)

Naumannstraße 3a, 01309 Dresden
Tel.: 0351 - 65690086
gerontopsychiatrie@ptv-dresden.de

Caritasverband für Dresden e.V.

Migrationsberatung für Erwachsene
(auch in Russisch)
Schweriner Straße 27, 01067 Dresden
Tel.: 0351 - 14984706
mbe@caritas-dresden.de
www.caritas-dresden.de

Bundesweite Beratung am Alzheimer-Telefon:

Tel.: 030 - 259379514

Bundesweite Hotline:

Tel.: 01803 - 171017
(9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz)

Wo erhalte ich noch mehr Informationen in russischer Sprache?

Informationen in russischer Sprache:
www.migration-gesundheit.bund.de/ru/startovajastranica/

Demenz und Migration:

www.demenz-und-migration.de/

NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker:
www.naschdom.de/russischsprachige-materialien.html

Filme in russischer Sprache:

Was ist Demenz:
www.demenz-und-migration.de/ru/informacija-na-russkom-jazyke/chto-takoe-demencija/

Diagnose und Behandlung:

www.demenz-und-migration.de/ru/informacija-na-russkom-jazyke/diagnostika-i-lechenie/

Vorsorge treffen:

www.demenz-und-migration.de/ru/informacija-na-russkom-jazyke/sleduet-pozabotitsja-zarane/

Kommunikation:

www.demenz-und-migration.de/ru/informacija-na-russkom-jazyke/kak-obshchatsja-i-obrashchatsja-s-bolnym/

Depression

Jeder Mensch kennt Zeiten in seinem Leben, in denen er niedergeschlagen ist und alles grau in grau erscheint. Kurz gesagt er fühlt sich deprimiert. Dabei können das Wetter, die persönliche Situation oder eine private Enttäuschung als deprimierend erlebt werden. Ein Stimmungstief zählt jedoch noch nicht als Depression.

Eine Depression wird durch eine Anzahl von Symptomen definiert, die über einen längeren Zeitraum, z.B. 6 Wochen anhalten. Hierzu gehören Müdigkeit, Freudlosigkeit, Lustlosigkeit,

Interessensverlust, Energielosigkeit, Appetitlosigkeit und gedrückte Stimmung.

Schlafstörungen kommen hinzu. Auch körperliche Symptome, wie Bauch- oder Rückenschmerzen oder Verdauungsstörungen können auftreten. Bei älteren Menschen überwiegen eher die körperlichen Symptome. Sie empfinden zum Beispiel körperliche Beschwerden, wie zum Beispiel über lange Zeit bestehende Rückenschmerzen, plötzlich als unerträglich. Nicht selten kommen bei ihnen auch Gedächtnisstörungen hinzu.



Abb. 27



Abb. 28

Ursachen

Im Alter kann eine Depression durch viele verschiedene Ursachen ausgelöst werden. Dazu gehört eine gewisse Veranlagung, bestimmte Persönlichkeitsfaktoren, altersbedingte Veränderungen, traumatische Erlebnisse, Stress und Erkrankungen. Dies können zum Beispiel chronische Schmerzen oder ein Schlaganfall sein. Auch bestimmte Medikamente, wie Schlaf-, Beruhigungs- oder starke Schmerzmittel können Depressionen auslösen.

Die mit dem Prozess des Alterns einhergehenden zahlreichen Veränderungen und Verluste können ebenso eine Depression zur Folge haben. Dazu zählen der Wechsel aus der Berufstätigkeit in die Rente, der plötzlich fehlende Kontakt zu Kollegen, das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden oder der Tod des Partners. Inkontinenz, Schwerhörigkeit, Sehbeeinträchtigungen und

die damit einhergehenden Einschränkungen des alltäglichen Lebens bzw. der sozialen Kontakte sind weitere Faktoren, die eine Depression hervorrufen können.

Wo finde ich Hilfe?

Grundsätzlich ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner. Er stellt die Diagnose und leitet die Behandlung ein. Bei Bedarf überweist er an einen Facharzt (Psychiater, Nervenarzt). Dieser verschreibt meist so genannte Antidepressiva.

Diese Medikamente helfen, die Stimmung zu verbessern und wieder mehr Energie zu spüren. In der parallel dazu stattfindenden Psychotherapie mit einer Psychologin bzw. einer Psychotherapeutin können dann Probleme besprochen und Lösungen erarbeitet werden.

Wie komme ich zu einer Psychotherapie?

In der Regel findet zunächst eine „psychotherapeutische Sprechstunde“ bei einer Psychologin oder einem Psychotherapeuten statt. In diesem Erstgespräch wird abgeklärt, welche Art der Psychotherapie benötigt wird.

Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen vermitteln Kontakte zu Psychotherapeuten mit freien Therapieplätzen. Diese können Sie unter der Telefonnummer: 0341 - 23493733 erreichen. Sie können Psychotherapeuten auch direkt kontaktieren.

Bei einer ambulanten Psychotherapie besteht die Möglichkeit zu zwei bis vier Probesitzungen. Während dieser Sitzungen können alle offenen Fragen bezüglich des Ablaufs einer Psychotherapie mit dem Psychotherapeuten geklärt werden.

Darüber hinaus kann der Betroffene feststellen, ob die „Chemie“ stimmt, d.h. ob er und der Psychotherapeut langfristig miteinander arbeiten können. Hat der Psychotherapeut eine kassenärztliche Zulassung, übernimmt die Krankenkasse hierfür auf Antrag die Kosten.

Um Adressen und Telefonnummern von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in Erfahrung zu bringen, wenden Sie sich an:

- Ihren Hausarzt oder einen Facharzt für Psychiatrie
- Ihre Krankenkasse
- die örtliche Kassenärztliche Vereinigung:
Tel.: 0351 - 80530
- den Psychotherapie-Informations-Dienst:
Tel.: 030 - 209166316

Selbsthilfe

Auch eine Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kann bei der Bewältigung der Erkrankung helfen.

Betroffene können sich mit anderen Erkrankten austauschen und Informationen zur Behandlung oder zur Bewältigung der Krankheit erhalten.

Die Solidarität und das Gemeinschaftsgefühl helfen gegen das Gefühl, mit dieser Erkrankung allein zu sein. Außerdem trägt eine Teilnahme an solch einer Gruppe zu einem konstruktiven Umgang mit den Symptomen der Krankheit bei.

Selbsthilfegruppe für Betroffene in Dresden:

Selbsthilfegruppe „Aktiv mit Depression“

Ansprechpartner: Jörg Freiershausen

Tel.: 0351 - 4590256

www.sad-dresden.de

Treffpunkt ist jeweils am ersten und zweiten Donnerstag des Monats, 17:30 - 19:15 Uhr in den Räumen der GESOP, Michelangelostr. 11 in Dresden-Zschertnitz.

Empfehlungen für Angehörige

Die Veränderungen, die durch eine Depression hervorgerufen werden, können sich auch auf die Angehörigen eines Erkrankten auswirken. Die Schwunglosigkeit, Negativität oder Antriebslosigkeit des Betroffenen rufen bei ihnen Hilflosigkeit, manchmal auch Ärger und Wut hervor. Häufig wissen sie nicht, wie sie mit ihrem plötzlich so veränderten Angehörigen umgehen sollen.

Sie haben Schuldgefühle, weil sie ihm nicht besser helfen können oder fühlen sich erschöpft oder überlastet.

Wichtig ist zunächst, die Depression als Krankheit zu akzeptieren. Es hilft wenig, dem Betroffenen zu sagen, er solle sich zusammenreißen oder aufstehen, wenn er früh nicht aus dem Bett kommt oder er sich zu keinerlei Aktivität aufraffen kann. Genau diese Verhaltensweisen gehören

zu den Krankheitssymptomen! Machen sie ihm keine Vorwürfe! Sie tragen nur dazu bei, dass sich die Scham über die verminderte Leistungsfähigkeit beim Betroffenen verstärkt. Haben Sie Geduld und zeigen Sie Ihrem Angehörigen, dass Sie auch mit seinen Einschränkungen weiterhin für ihn da sind!

Es ist auch für die Betroffenen häufig nicht so leicht zu akzeptieren, dass sie an einer psychischen Erkrankung bzw. einer Depression leiden. Häufig setzen sie psychische Erkrankungen mit „Geisteskrankheiten“ gleich und wehren sich gegen eine Behandlung mit der Begründung „Ich bin doch nicht verrückt“. Betroffene glauben häufig auch, dass ihnen sowieso niemand helfen kann.

Versuchen Sie zu erklären, dass die Depression eine Erkrankung ist, die in die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung gehört und die sehr gut behandelt werden kann.

Nicht zuletzt: Achten Sie auch auf sich selbst! Die Erkrankung kann, wenn sie über viele Monate andauert, für alle Familienmitglieder sehr belastend sein. Es ist wichtig, die eigenen Grenzen im Auge zu behalten und sich nicht zu überfordern. Tun Sie sich selbst etwas Gutes. Halten Sie Kontakt zu Freunden und Angehörigen. Üben Sie Ihre Hobbies weiterhin aus. Sehr hilfreich sind auch Angehörigengruppen, in denen Sie sich über die Schwierigkeiten und Belastungen Ihres Lebens mit einem an Depression erkrankten Familienmitglied austauschen können.

Selbsthilfegruppe für Angehörige in Dresden:

Städtisches Klinikum Dresden - Friedrichstadt
Großer Konferenzraum (Raum 3.64), Haus B,
3. Etage. Jeden ersten Mittwoch im Monat,
14:30 bis 16:00 Uhr

Anmeldung unter Tel.: 0351 - 4801351

Weitere Anlaufstellen können über das Internet oder Info-Telefon Depression unter Tel.: 0800 - 3344533 erfragt werden.



Abb. 29

Nicht mehr leben wollen

Nicht zuletzt ist es möglich, dass ein an Depression erkrankter Mensch nicht mehr weiterleben möchte. Manchmal wird dies mehrfach angekündigt. Derartige Bemerkungen oder Hinweise werden von Freunden oder Angehörigen aber oft nicht ernstgenommen.

Sie denken, dass dies nur leere „Drohungen“ sind. Die Annahme, dass jemand, der einen Suizid ankündigt, diesen nicht ausführt, ist allerdings ein Mythos. Sie stimmt nicht.

An Depression erkrankten Menschen drängen sich manchmal Gedanken, sich das Leben zu nehmen, einfach auf. Sie können sich nicht dagegen wehren. Sie tauchen immer wieder auf. Und plötzlich erscheinen sie den Betroffenen als Ausweg aus einer unerträglichen Situation. Der Schrecken, sich das Leben zu nehmen, ist plötzlich geringer, als ein Leben mit der Depression weiter zu leben.

Die Betroffenen fangen an, zu überlegen, wie sie den Suizid durchführen könnten. Sie ziehen sich noch weiter von der Umwelt zurück. Sie ändern plötzlich ihre Gewohnheiten. Nichts erscheint mehr wichtig. Sie beginnen, liebgewordene Gegenstände zu verschenken. Und plötzlich werden sie ganz ruhig. Das Grübeln ist vorbei.





Abb. 30

Sie haben eine Lösung gefunden: ihr Leben zu beenden. Es ist die Ruhe vor dem Sturm.

Suizid ist bis heute ein Tabuthema. Überhaupt darüber zu sprechen weckt Ängste und die Unsicherheit, etwas falsch zu machen. Manche Menschen denken, sie würden den Betroffenen erst auf die Idee bringen, sich das Leben zu nehmen, wenn sie dieses Thema ansprechen. Auch dies stimmt nicht.

Wenn Sie beobachten, dass sich Ihr Angehöriger zurückzieht oder gar äußert, dass er sich das Leben nehmen will, sprechen Sie ihn vorsichtig darauf an. Fragen Sie ihn, ob er darüber nachdenkt, sein Leben zu beenden. Werten Sie nicht und verurteilen Sie ihn nicht. Bleiben Sie bei Ihm und signalisieren Sie, dass es auch für seine schwerwiegenden Problemen Lösungen gibt.

Behalten Sie Ihre Erkenntnisse nicht für sich! Wenden Sie sich umgehend an Ihren Hausarzt, den behandelnden Psychiater, die nächste psychiatrische Klinik oder rufen Sie den Notarzt unter der Nummer 112 oder den Bereitschaftsarzt unter der Nummer 116117 an. Auch die psychosozialen Beratungs- bzw. Krisendienste stehen hier bereit und bieten Hilfe an. Sie kommen auch zu Ihnen nach Hause.

Beratungsstellen in Dresden

Psychosozialer Krisendienst Dresden

Der Krisendienst bietet psychologische Beratungen in Krisensituationen an. Durch die Gespräche sollen die Betroffenen entlastet und stabilisiert werden. Darüber hinaus werden Empfehlungen zu möglichen Therapieangeboten gegeben. Die Beratung erfolgt durch Psychologinnen oder Psychologen. Insgesamt können bis zu 5 Beratungsstunden wahrgenommen werden. Sie sind kostenfrei. Sie brauchen keine Chipkarte oder Überweisung mitzubringen.

Die Beratungen finden auf Deutsch oder Englisch statt.

Gesundheitsamt, Psychosozialer Krisendienst

Ostra-Allee 9, 2. OG, 01067 Dresden

Tel.: 0351 - 4 885341

gesundheitsamt-sozialpsychiatrischer-dienst@dresden.de

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle Dresden

Diese Beratungsstelle ist ein Treffpunkt für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Problemen. Sie bietet ein niedrigschwelliges Beratungs- und Kommunikationsangebot sowie Tagesstrukturierung an.

Zudem wird eine gerontopsychiatrische Beratung in den Beispielen angeboten, die speziell auf ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichtet sind.

Beratungsstelle für Gerontopsychiatrie

Demenz und Alzheimer "GERDA"

Naumannstraße 3a, 01309 Dresden

Tel.: 0351 - 65690086

gerontopsychiatrie@ptv-dresden.de

Gerontopsychiatrische Beratung - Diakonisches Werk:

Stadtmission Dresden e. V.

Alaunstraße 84 (Hinterhaus), 01099 Dresden

Tel.: 0351 - 2063268

pskb.gerontopsychiatrie@diakonie-dresden.de

Telefonseelsorge

www.telefonseelsorge.de

Telefon bundesweit (gebührenfrei)

0800 - 1110111 und 0800 - 1110222

Informationen zu Depressionen in russischer Sprache:

Europäische Allianz zur Bekämpfung von

Depression IFightDepression:

<http://old.ifightdepression.com/bg/>

Seelische Gesundheit und Depression:

www.nuernberg.de/imperia/md/gesundheitsamt/dokumente/gh/seelges_rus.pdf

Deutsche Depressionshilfe:

<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/was-ist-eine-depression/fremdsprachige-i>

Informationen für Angehörige:

www.patienten-information.de/mdb/downloads/kip/russisch/depression-angehoerige-russisch-kip.pdf



Abb. 31

Wie kann ich einer Depression vorbeugen?

Um einer Depression vorzubeugen, ist es zum einen wichtig, dass Sie die Risikofaktoren kennen und vermeiden, wie zum Beispiel anhaltenden Stress oder den Verlust sozialer Kontakte. Zum anderen sollten Sie sich frühzeitig Hilfe suchen.

Daneben können Fähigkeiten wie zum Beispiel Zuversicht oder emotionale Stabilität und Ausgeglichenheit dazu beitragen, nicht depressiv zu werden. Eine Einbindung in soziale Netzwerke kann ebenfalls helfen, eine Depression zu verhindern. Grundsätzlich gehören alle Aktivitäten, die das seelische und körperliche Wohlbefinden stärken, zu den vorbeugenden Maßnahmen:

- Bewegung: treiben Sie möglichst täglich Sport und machen Sie Bewegungsübungen.
- Sorgen Sie gezielt für Entspannung (z.B. durch autogenes Training, Yoga oder auch Lesen). Diese Übungen können Sie z.B. in der Volkshochschule erlernen.
- Ernähren Sie sich gesund, abwechslungsreich und vollwertig.
- Trinken Sie wenig Alkohol oder koffeinhaltige Getränke und rauchen Sie nicht.
- Schlafen Sie ausreichend lange.
- Folgen Sie Ihrer inneren biologischen Uhr (z.B. sollten Morgenmenschen nicht die Nacht zum Tag machen.) Falls Körper im Winter mehr Schlaf braucht, akzeptieren Sie es einfach.
- Sorgen Sie für positive Begegnungen und pflegen Sie Kontakte zu Menschen, die Sie mögen. Ein soziales Netz, Freunde und Familie geben Ihnen Kraft und Selbstbewusstsein.
- Grübeln Sie nicht endlos, wenn Ihnen etwas die Laune verdorben hat. Versuchen Sie, sich Klarheit über die Lage zu verschaffen. Oft hilft es, mit anderen darüber zu sprechen.
- Ein kleiner Durchhänger ist normal. Sie müssen nicht immer gute Stimmung vermitteln.
- Und zuletzt: Falls Sie sich über längere Zeit depressiv fühlen, suchen Sie ärztlichen Rat!

Bibliographie

Demenz

Swaffer, Kate. 2017. *„Was zum Teufel geschieht in meinem Hirn“ Ein Leben jenseits der Demenz.* Deutsche Ausgabe, herausgegeben von Swantje Kubillus. Hogrefe AG.

Schilder, M; Philipp-Metzen, E. 2018. *Menschen mit Demenz. Ein interdisziplinäres Praxisbuch: Pflege, Betreuung, Anleitung von Angehörigen.* Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Kurz, A.; Fretter, H.J.; Saxl, S.; Nickel, E. 2018. *Demenz. Das Wichtigste.* Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Demenz. Das Wichtigste. Meta Druck. Berlin.

Ratgeber Demenz:

www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-demenz.html

Europäische Allianz zur Bekämpfung von Depression IFightDepression:
<http://old.ifightdepression.com/bg/>

Depression

www.bptk.de/depression-das-6-nationale-gesundheitsziel/

Seelische Gesundheit und Depression:

www.nuernberg.de/imperia/md/gesundheitsamt/dokumente/gh/seelges_rus.pdf

Informationen für Angehörige:

www.patienten-information.de/mdb/downloads/kip/russisch/depression-angehoerige-russisch-kip.pdf

www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/rat-fuer-angehoerige

Modul IV - Wohnformen im Alter

In den letzten Jahrzehnten haben sich das Angebot und die Ansprüche an Wohnformen und Wohneinrichtungen bei älteren Menschen stark gewandelt. Statt einer reinen Standardversorgung gibt es mittlerweile individuelle Möglichkeiten zur Lebensgestaltung im Alter.

Besonders bei den Wohnformen ist eine deutliche Entwicklung wahrnehmbar. Nicht nur werden Pflege- und Altenheime in ihrer Bauweise und ihrem Leistungsspektrum an die Ansprüche und Bedürfnisse älterer Menschen angepasst, es entwickeln sich zunehmend auch neue Wohnformen. Im Folgenden sollen diese vorgestellt werden.

Ambulante Wohnformen

Der Großteil älterer Menschen möchte möglichst lange in der eigenen Wohnung leben. Dies ist gut möglich, solange man fit ist und sich selbst versorgen kann.

Wenn körperliche oder kognitive Einschränkungen auftreten und die Selbstversorgungsfähigkeit eingeschränkt ist, kann dies problematisch werden. Doch auch hier gibt es mittlerweile unterschiedlichste Möglichkeiten, einen Umzug in ein Heim zu verhindern.

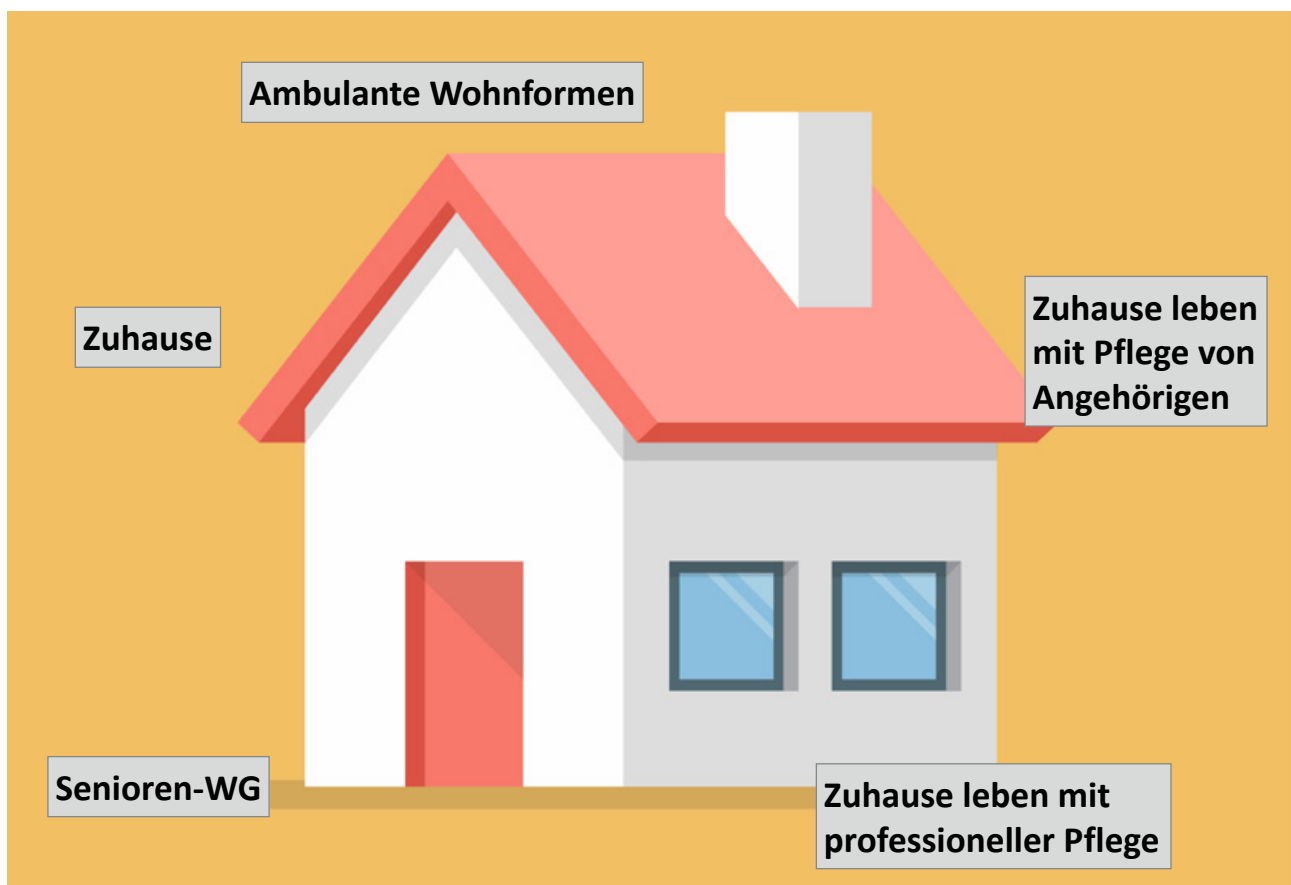


Abb. 32

Leben Zuhause

Viele ältere Menschen wollen im eigenen Zuhause alt werden. Für Senioren, die noch recht gesund und selbstständig sind, ist dies möglich. Trotzdem müssen oftmals einige Umbauten vorgenommen werden, um ein altersgerechtes Wohnen zu ermöglichen. Dabei sollte vor allem auf Sicherheit und Barrierefreiheit geachtet werden. Deshalb sollten altersgerechte Umbauten von Räumen, wie die Küche oder Bad vorgenommen werden.

Die Installation eines Hausnotruf-Systems oder eines Treppenlifts kann zudem zusätzliche Sicherheit bringen. Der Umbau hängt auch von der persönlichen Situation der Bewohner und der Wohnung bzw. des Hauses ab.

Leben Zuhause bei Pflege durch Angehörige

Auch mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen (z.B. bei Demenz) ist ein Leben zu Hause gut möglich, wenn ein Unterstützungsnetz vorhanden ist.

Meist ist dies zunächst die eigene Familie. In speziellen Pflegekursen der Krankenkassen oder in Volkshochschulen können sich pflegende Angehörige allgemeines pflegerisches Wissen aneignen. Die Kosten für die Kurse werden von den Krankenkassen übernommen.

Bei allen Krankenkassen, den Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände (Deutsches Rotes

Kreuz, Arbeiterwohlfahrt, Diakonie, Caritas, Volkssolidarität, Malteser) und der Stadt Dresden gibt es Informationen zu allen Fragen rund um die Pflege zu Hause.

Darüber hinaus gibt es in vielen Städten Angehörigen-Selbsthilfegruppen. Hier können sich pflegende Angehörige über Fragen und Probleme der häuslichen Pflege mit anderen eventuell schon erfahreneren pflegenden Angehörigen austauschen.

Bei allen Fragen rund um die Finanzierung der Pflege, können Sie sich an das Sozialamt Dresden wenden. Das Sozialamt ist auch für Menschen ohne Pflegeversicherung zuständig.

[Landeshauptstadt Dresden/ Sozialamt](#)

Annette Wutzler
Junghansstr. 2
01277 Dresden
Tel. 0351 - 4884839
awutzler@dresden.de

Katrin Wahlert
Junghansstr. 2
01277 Dresden
Tel. 0351 - 4881457
kwahlert@dresden.de

Pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen steht Pflegegeld zu. Dieses kann als Kompensation für Pflegetätigkeiten der Angehörigen bzw. für die Pflege durch professionelle Pflegedienste eingesetzt werden.

Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen erhoben. Auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten können durch diese Gelder finanziert werden.

Um ein unabhängiges Leben im eigenen Zuhause führen zu können, kann das sogenannte „Essen auf Rädern“ eine Entlastung bieten und eine gesunde, abwechslungsreiche Ernährung sicherstellen.

Leben Zuhause bei professioneller Pflege

Auch bei erhöhter Pflegebedürftigkeit ist ein Leben zu Hause möglich. Wenn Angehörige die Pflege nicht in vollem Umfang gewährleisten können oder die pflegerische Versorgung zu anspruchsvoll ist, kann zusätzlich ein Pflegedienst beauftragt werden.

Dabei übernehmen Pflegenden nicht nur grundpflegerische Tätigkeiten (Waschen, Kleiden, Essen eingeben, lagern oder mobilisieren), sondern führen auch Behandlungspflege durch (Verbände anlegen, Blutzucker- oder Blutdruck messen, Medikamente bzw. auch Injektionen verabreichen). Hauswirtschaftliche Kräfte können sich

um den Haushalt oder auch um das Essen des Betroffenen kümmern.

Die Kosten für „Grundpflege“ werden von der Pflegekasse, die Kosten für „Behandlungspflege“ von der Krankenkasse getragen.

Wenn eine 24 Std. Versorgung gewährleistet werden muss, stehen auch hier Pflegekräfte zur Verfügung. Diese müssen jedoch häufig selbst bezahlt werden.

Leben Zuhause in einer Wohngemeinschaft

In den letzten Jahren hat sich eine neue Wohnform, die sogenannte „Senioren-Wohngemeinschaft“ stark verbreitet. In dieser modernen Wohnform hat jeder Bewohner sein eigenes Zimmer. Darüber hinaus gibt es Gemeinschaftsräume, in denen gemeinsam gegessen oder gefeiert werden kann.

Der Vorteil der Senioren-Wohngemeinschaften besteht darin, dass sich die Bewohner gegenseitig unterstützen können und Kontakt zueinander haben. Hierdurch kann der Einsamkeit im Alter entgegengewirkt werden.

Bei Pflegebedürftigkeit kann auch in Senioren-Wohngemeinschaften ein Pflegedienst zur Unterstützung engagiert werden.

Stationäre Wohnformen

Wenn eine pflegebedürftige Person nicht mehr in ihrem eigenen Zuhause leben kann, ist ein Umzug in ein Pflegeheim oft unumgänglich. Dieser Umzug fällt vielen älteren Menschen sehr schwer, da sie aus ihrem gewohnten Umfeld gezogen werden und viele liebgelebte Gegenstände aber auch wichtige Bezugspersonen zurücklassen müssen.

Die Wohnform „Pflegeheim“ ist jedoch nicht die einzige Möglichkeit, Pflege sicherzustellen. Zwischen einem unabhängigen Leben zu Hause mit ambulanter Betreuung und dem Leben in „stationärer Pflege“, in einem Pflegeheim gibt es noch verschiedene andere Möglichkeiten des Wohnens und der Betreuung bzw. pflegerischen Versorgung.

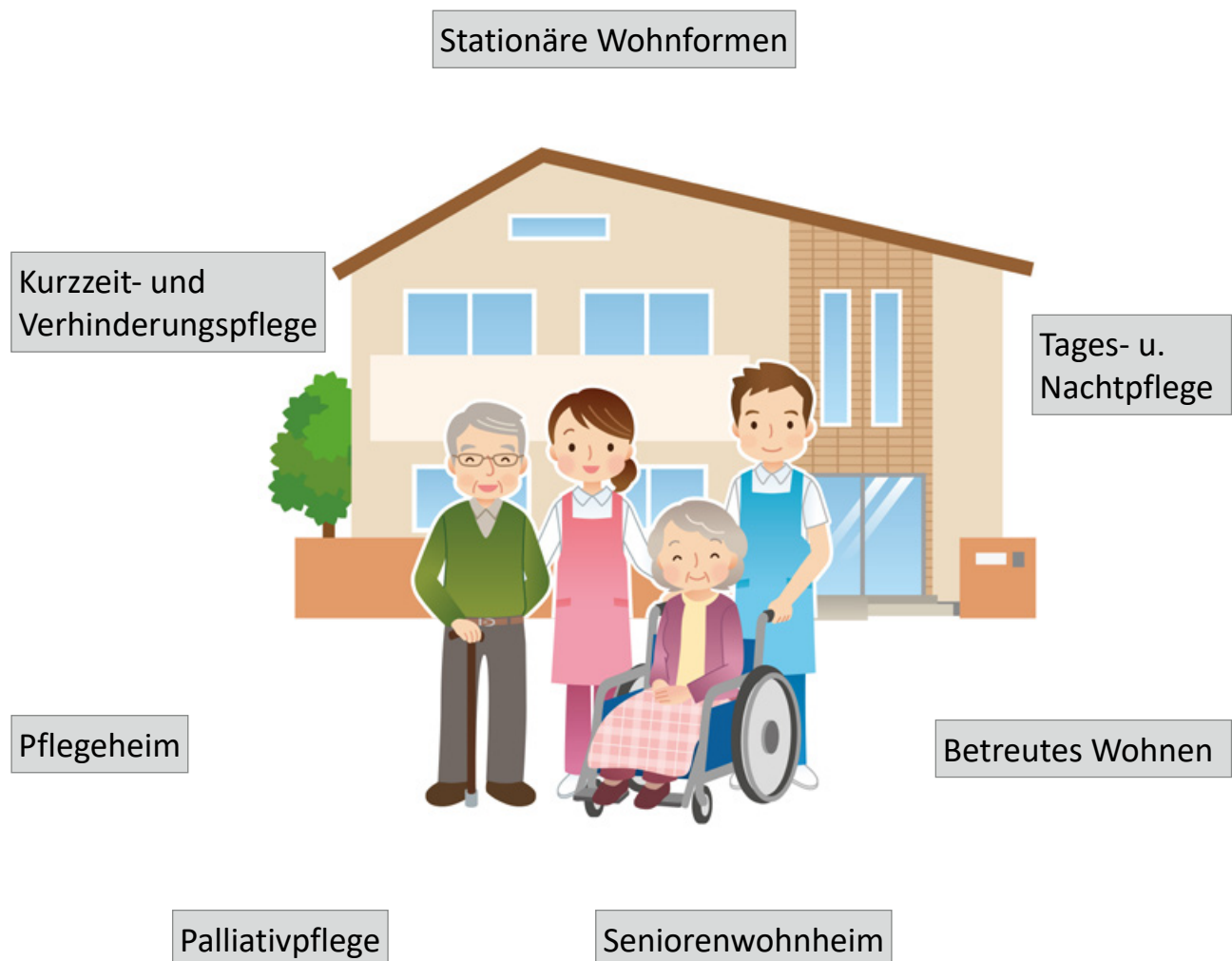


Abb. 33

Betreutes Wohnen

Unter „betreutem Wohnen“ ist eine Wohnform zu verstehen, in der Menschen in einem Wohnkomplex leben, an den ein Betreuungsdienst angeschlossen ist. Meist sind diese Wohnungen speziell auf ältere Bewohner ausgerichtet und barrierefrei.

Dies bedeutet, dass sie auch für Rollstuhlfahrer geeignet sind. Die angeschlossenen Betreuungsdienste bieten, je nach Serviceangebot oder Bedarf einen Hausnotruf, Wäschedienste, Hausmeisterservice oder Zimmerreinigung an und stehen als Informationsdienst bereit. Je nach Vertrag müssen alle angebotenen Leistungen zusätzlich zur Wohnungsmiete extra bezahlt werden.

Betreutes Wohnen eignet sich hauptsächlich für verhältnismäßig selbstständig lebende Menschen. Häufig haben betreute Wohnanlagen auch Gemeinschaftsräume, in denen Veranstaltungen oder auch ein gemeinsames Mittagessen angeboten wird. Durch diese Angebote wird der Kontakt der dort wohnenden Menschen zueinander gefördert.

Seniorenresidenzen

Die luxuriöseste Möglichkeit eines betreuten Wohnens ist die Seniorenresidenz. Diese Einrichtungen sind vergleichbar mit einem Hotel und stellen eine besonders noble Form des Wohnens im Alter dar.

Sie befinden sich meist in sehr guter Lage und sind hochwertig ausgestattet. Meist sind sie deswegen auch sehr teuer.

Viele Seniorenresidenzen sind mit einem eigenen Schwimmbad, Sauna, Fitnessstudio, Bibliothek, Veranstaltungsräumen, Restaurant oder Café ausgestattet. Im Gegensatz zu anderen Wohnformen ist das Service- und Betreuungsangebot breiter.

Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Die Kurzzeitpflege kann genutzt werden, wenn nach einem Krankenhausaufenthalt kurzfristig umfangreiche Pflege notwendig wird, die im häuslichen Umfeld so schnell nicht gewährleistet werden kann. Die Betroffenen werden für eine kurze Zeit (einige Wochen) in einem speziell hierfür ausgerichteten Pflegeheim, einer so genannten Kurzzeitpflegeeinrichtung untergebracht. Die Kosten für Kurzzeitpflege werden von der Krankenkasse übernommen.

Unter Verhinderungspflege ist ein Pflegeangebot zur Entlastung pflegender Angehöriger zu verstehen. Es kann genutzt werden, wenn pflegende Angehörige selbst erkrankt oder im Urlaub sind. Um es nutzen zu können, muss der zu Pflegenden mindestens im Pflegegrad 2 eingestuft sein.

Die Pflege kann für bis zu 6 Wochen im Jahr in Anspruch genommen werden. Sie kann von einer Person übernommen werden, die mit dem

Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist und nicht mit ihm oder ihr zusammen in häuslicher Gemeinschaft lebt. Finanzielle Leistungen werden bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr übernommen.

Zusätzlich können auch 50% des Betrages, der von der Pflegekasse jährlich für Kurzzeitpflege zur Verfügung gestellt wird, für Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. So stehen insgesamt 2.418 Euro für den Fall zur Verfügung, dass pflegende Angehörige länger ausfallen und der zu Pflegende nicht in eine vollstationäre Einrichtung gehen möchte.

Um das Angebot der Verhinderungspflege zu nutzen, muss der zu Pflegende vor der Beantragung dieser Leistung mindestens 6 Monate von dem zu entlastenden Angehörigen gepflegt worden sein. Die Kosten für Verhinderungspflege werden von der Pflegekasse bzw. vom Sozialamt übernommen.

Während der Verhinderungspflege erhalten pflegende Angehörige weiterhin 50 % des bisher bezogenen Pflegegeldes. Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge werden von der Pflegekasse weitergezahlt, um den Rentenanspruch

für die Pflegenden auch in Ausfallszeiten zu erhalten.

Tages- und Nachtpflege

Tages- bzw. Nachtpflege ist ein Versorgungsangebot, bei dem pflegebedürftige Menschen während des Tages oder während der Nacht in einer so genannten teilstationären Pflegeeinrichtung betreut werden. Meist wird dieses Angebot von Pflegenden in Anspruch genommen, die tagsüber berufstätig sind.

Es kann vom 2. bis 5. Pflegegrad in Anspruch genommen werden. Bei Pflegegrad 1 kann zur Finanzierung der sogenannte „Entlastungsbeitrag“ eingesetzt werden, der von der Pflegeversicherung zur Entlastung der Angehörigen oder zur Förderung der Selbstständigkeit des zu Pflegenden gezahlt wird.

Er beträgt 125 Euro im Monat. Die Pflegekasse übernimmt die Finanzierung der pflegerischen Versorgung bzw. pflegerischen Betreuung des zu Pflegenden in der Einrichtung. Auch Fahrtkosten werden übernommen. Kosten für Unterkunft oder Verpflegung müssen von zu Pflegenden bzw. von den Angehörigen selbst getragen werden.

Palliativpflege

Für schwerstkranke oder sterbende Menschen wird eine besondere Form der Versorgung angeboten, die Palliativversorgung. Sie soll ein würdevolles Dasein am Ende des Lebens, den Erhalt von Lebensqualität mit möglichst wenig Beschwerden bzw. Schmerzen ermöglichen.

Palliativpflege wird sowohl von ambulanten Pflegediensten bzw. spezialisierten ambulanten Palliativpflegediensten als auch von Palliativstationen in Pflegeheimen oder Krankenhäusern sowie von stationären Hospizen angeboten. Sie ist ebenfalls Bestandteil der Pflegeversicherung.

Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V.

Unter „Service/Hospizadressen“ finden Sie die Kontakt Adressen der Palliativangebote.

www.dhpv.de

Pflegeheim

Ein Umzug in ein Pflegeheim kann notwendig werden, wenn die Versorgung zu Hause nicht mehr von Angehörigen oder einem ambulanten Pflegedienst gewährleistet werden kann.

Bewohner eines Pflegeheimes leben meist in Einzel- oder Doppelzimmern. Die pflegerische Betreuung wird hier rund um die Uhr von Pflegefachkräften gewährleistet. Darüber hinaus gibt es Sport- und Beschäftigungsangebote, Besuchsdienste oder Veranstaltungen, bei denen die Bewohner sich gegenseitig kennenlernen und sich austauschen können.

Darüber hinaus haben Bewohner, je nach Pflegegrad, Anspruch auf zusätzliche Betreuung. Hierdurch soll eine bessere Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft, mehr Zuwendung und mehr Austausch gewährleistet werden. Die Kosten für die zusätzliche Betreuung werden ebenfalls von der Pflegekasse getragen.

Bewohner eines Pflegeheimes haben das Recht, ihren Hausarzt bzw. andere betreuende Ärzte frei zu wählen.

Pflegeheime arbeiten meist mit bestimmten Apotheken zusammen und organisieren die Versorgung ihrer Bewohner mit Medikamenten. Informationen hierzu sind für diese in verständlicher Form zugänglich zu machen.



Abb. 34

Die Pflege im Pflegeheim wird, genau wie im häuslichen Umfeld, über die Pflegekasse bzw. das Sozialamt finanziert. Die Höhe des Unterstützungsbeitrages ist an den Pflegegrad gekoppelt. Darüber hinaus müssen die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen einen pflegerischen Eigenanteil bezahlen.

Je nach Pflegeheim kann dieser unterschiedlich hoch ausfallen. Hinzu kommen Kosten sowie sogenannte „Investitionskosten“. Zu diesen zählen Ausgaben des Pflegeheimes wie z.B. Anschaffungen oder Gebäudemiete.

Wohnen im Pflegeheim

Das passende Pflegeheim zu wählen, ist nicht einfach. Viele verschiedene Faktoren müssen hierbei berücksichtigt werden. Wünsche und Bedürfnisse des Pflegebedürftigen und der Angehörigen müssen bedacht sowie rechtliche bzw. finanzielle Überlegungen angestellt werden.

Doch nach welchen Kriterien sollte ein Pflegeheim oder eine Pflegereinrichtung ausgewählt werden? Pflegeheime können qualitativ, d.h. von den baulichen Gegebenheiten oder von der pflegerischen Versorgung sehr unterschiedlich sein. Hier ist es hilfreich, sich rechtzeitig und umfassend zu informieren sowie sich ein eigenes Bild vor Ort zu machen.

Die Finanzierung der Unterbringung

Klären Sie Ihre Finanzen. Wie viel Geld steht aus Rente, Eigenkapital oder den Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung? Reicht das Geld für ein Leben in einem Pflegeheim? Wer kann unterstützen? Bei nicht ausreichenden finanziellen Mitteln können im Sozialamt unterstützende Leistungen zur Pflege beantragt werden.

Weitere Informationen zur Beantragung von Leistungen können im Modul 6 nachgelesen werden.

Ein Pflegeheim suchen

Hier sind zunächst Überlegungen zur geographischen Lage des Pflegeheimes wichtig. Soll es in der Stadt, auf dem Land, in der Nähe der Kinder sein? Welche Angebote sollten in der Umgebung vorhanden sein - Geschäfte, Möglichkeiten zum Spaziergehen, kulturelle Angebote, ein Café, eine Bank oder eine Post?

Eine Liste von Pflegeheimen erhalten sie bei Ihrer Kranken- bzw. Pflegekasse, den Sozialdiensten der Stadt Dresden, den Seniorenvertretungen oder in den Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände.

Aus dieser Liste können Sie nun verschiedene Heime auswählen und detaillierte Informationen, z.B. zur Ausstattung, zu Serviceangeboten und vor allem zum Preis anfordern. In Pflegeberatungsstellen können Sie Vergleichslisten anfragen, um sich einen Überblick über die un-

terschiedlichen Leistungen bzw. Preise der Pflegeheime zu verschaffen.

Wenn Sie für einen Pflegebedürftigen ein Heim suchen ist es wichtig, diesen mit in die Entscheidungen einzubeziehen. Er oder Sie muss schließlich in der Einrichtung leben!

Verschaffen Sie sich einen Überblick!

- Wählen Sie verschiedene Heime aus und vereinbaren Sie Besichtigungstermine mit den jeweiligen Heimleitungen.
- Schauen Sie sich die Zimmer, die Aufenthalts- und Speiseräume und die Sanitärräume an. Wie groß sind die Zimmer? Dürfen eigene Möbel mitgenommen werden? Sind alle Räume (auch die Bäder oder Toiletten) barrierefrei, d.h. ohne Türschwellen und gibt es genügend Abstand zwischen Toilette und der Wand?



Abb. 35

-
- Achten Sie auf die Atmosphäre im Heim. Wie wirkt sie auf Sie? Sind die Mitarbeiter freundlich?
 - Achten Sie auf Gerüche - Pflegeheime sollten nicht nach Ausscheidungen riechen!
 - Beobachten Sie, wo sich die Bewohner aufhalten. Werden sie aktiviert oder sitzen sie allein und zusammengesunken am Tisch im Speisesaal oder auf dem Flur? Trauen Sie Ihrer Intuition!
 - Fragen Sie nach den räumlichen Angeboten des Heimes: Gibt es auf allen Etagen eine Teeküche, einen Speisesaal oder einen Gemeinschaftsraum? Sind die Flure ansprechend gestaltet? Gibt es große Schilder zur Orientierung der Bewohner?
 - Sind alle Räume rollstuhlgerecht, d.h. ohne Türschwellen?
 - Gibt es einen Friseur, ein Schwimmbad, Massageangebote oder Fußpflege?
 - Stellen Sie gezielte Fragen, z.B. ob Angehörige das Mittagessen gemeinsam mit anderen Heimbewohnern einnehmen dürfen, wie viele ehrenamtliche Mitarbeiter zur Verfügung stehen und welche Angebote diese machen. Fragen Sie nach der Möglichkeit des Probewohnens. Und nicht zuletzt: Sind Haustiere erlaubt?
 - Nehmen Sie einen Mustervertrag mit, den Sie zu Hause in aller Ruhe lesen bzw. sich von einer Beratungsstelle erklären lassen können. Klären Sie auch, ab welchem Zeitpunkt ein Heimplatz zur Verfügung stünde.

Sie können eine ausführliche **Checkliste** unter der folgenden Internetadresse finden:

www.biva.de/dokumente/broschueren/Checkliste_Pflege_Seniorenheim.pdf

Die Anmeldung

Wenn Sie eine Einrichtung gefunden haben, die Ihren Vorstellungen entspricht, machen Sie einen erneuten Termin für die Anmeldung aus. Sie müssen nicht sofort einziehen.

Sie können sich auch in verschiedenen Heimen anmelden und erst einziehen, wenn Sie sich nicht mehr selbst versorgen können und die Pflege zu Hause nicht mehr gewährleistet ist. Wichtig bei einer Anmeldung ist, dass die Wohnung oder das Zimmer in einem Mustervertrag genau beschrieben sind.

Es ist sehr sinnvoll, sich in einer Einrichtung vorsorglich anzumelden. Bei plötzlich auftretender Pflegebedürftigkeit kann dann schneller ein Platz zur Verfügung gestellt werden.

Umzug ins Pflegeheim: Empfehlungen für Angehörige

Der Schritt, endgültig in ein Pflegeheim oder ähnliches zu ziehen, fällt den meisten Menschen sehr schwer. Liebgewordene Gegenstände, die gewohnte Umgebung, Nachbarn und Freunde müssen häufig zurückgelassen werden.

Dies kann mit großer Trauer verbunden sein.

Es dauert eine Weile, bis sich der Pflegebedürftige an die neuen Lebensbedingungen gewöhnt hat. Bei einem abrupten Umzug, z.B. nach einem schweren Sturz, wenn eine Rückkehr in die alte Wohnung nicht mehr möglich ist, kann ein Umzug in ein Pflegeheim ein traumatisches Erlebnis sein.

Ängste, depressive Verstimmungen, Schlafstörungen oder Verwirrtheit können die Folge sein. Aus diesen Gründen ist es wichtig, den Übergang so sensibel wie möglich zu gestalten.

- Planen Sie den Umzug gemeinsam. Lassen Sie die pflegebedürftige Person entscheiden, wovon er oder sie sich trennen kann und wovon nicht. Sorgen Sie dafür, dass Erinnerungsstücke, Bilder, Fotos oder auch eigene Möbel mit ins Pflegeheim mitgenommen werden können. Dies hilft, sich an die Vergangenheit zu erinnern und vielleicht auch, sich an ihr festzuhalten. Ermöglichen Sie ein bewusstes Abschiednehmen von allen Dingen oder Personen, die zurückgelassen werden müssen.
- Gehen Sie nach Möglichkeit gemeinsam ins Pflegeheim und besichtigen es in Ruhe - trinken dort gemeinsam einen Kaffee oder Tee. Hierdurch kann die pflegebedürftige Person einen ersten Eindruck bekommen und muss nicht in ein gänzlich unbekanntes Haus ziehen.
- Richten Sie das Zimmer im Pflegeheim schon vor dem Umzug gemütlich ein. Nichts ist schlim-

mer, als mit nicht ausgepackten Koffern oder Kartons in einem fremden Zimmer mit weißen Wänden zu sitzen. Hängen Sie Bilder auf. Fangen Sie an, auszupacken und stellen Sie Obst und Blumen auf den Tisch.

- Am Tag des Umzugs und in der Folgezeit können Sie oder ehemalige Nachbarn oder Freunde dazu beitragen, dass sich der Pflegebedürftige nicht abgeschoben oder alleine fühlt. Sie können ihm durch ihre Anwesenheit zeigen, dass sie weiterhin für ihn da sind. Machen Sie, wenn es möglich ist, gemeinsame Spaziergänge im Heim oder in der Umgebung, um die Erstorientierung zu erleichtern.
- Helfen Sie dem Pflegepersonal Ihren Angehörigen kennenzulernen. Sie können über seine Vergangenheit, über Vorlieben, Eigenheiten oder Wünsche erzählen. Diese Informationen machen es für die Pflegenden einfacher, den Betroffenen individuell zu betreuen bzw. zu pflegen.
- Ermöglichen Sie dem Pflegebedürftigen an Entscheidungen teilzuhaben und sein Leben ein Stück weit selbst zu gestalten. Dies können kleine Dinge sein, wie z.B. die Wahl des Mittagsmenus, der Besuchszeiten von Angehörigen oder Freunden oder die Zimmertemperatur. Die Möglichkeit, selbst zu entscheiden stärkt das Gefühl, immer noch ein Stück Kontrolle über sein Leben zu haben.

Empfehlungen und Unterstützungsangebote für ein Leben in der eigenen Wohnung

Beugen Sie Stürzen vor

Ältere Menschen befürchten mit Recht häufig, in ihrer Wohnung oder auch draußen zu stürzen. Zwar sind Stürze nur selten lebensbedrohlich, doch gehen sie häufig mit Prellungen, Abschürfungen, Knochenbrüchen oder Kopfverletzungen einher. Sie haben Krankenhauseinweisungen zur Folge und führen manchmal zum Verlust von Selbstständigkeit und letztlich zur Pflegebedürftigkeit.

Wer einmal die schmerzhafteste Erfahrung eines Sturzes und seiner Folgen gemacht hat, ist doppelt vorsichtig. Meist bewegen sich die Betrof-

fenen unsicher, verändern ihre Bewegungsmuster und schränken ihre Bewegung ein. Dieses Verhalten kann jedoch das Gegenteil bewirken. So kann zum Beispiel der Verzicht auf den täglichen Spaziergang zu einer höheren Sturzgefahr führen, da die bisher trainierten Muskeln nun zusätzlich geschwächt werden.

Um Stürze zu vermeiden, ist es wichtig, die Risikofaktoren zu kennen. Diese befinden sich entweder in der Umgebung oder stehen im Zusammenhang mit gesundheitlichen Einschränkungen der Betroffenen.



Abb. 36



Abb. 37

Risikofaktoren im Haushalt

- Rutschige oder hochstehende Teppiche oder Badematten
- Glatte Fußböden
- Fehlende Haltemöglichkeiten
- Hohe Fußleisten
- Lose Kabel
- Schlechte Beleuchtung

Gesundheitliche Risikofaktoren

- Sehbeeinträchtigungen
- Kreislauf- bzw. Gleichgewichtsprobleme
- Schwindelanfälle bei zu hohem oder zu niedrigem Blutdruck
- Beruhigungsmittel oder Psychopharmaka
- Bewegungseinschränkungen

Vorbeugung vor Stürzen

Viele Maßnahmen um Stürze zu vermeiden, sind relativ einfach zu Hause umzusetzen. Zunächst sollte die eigene Wohnung auf Stolperfallen überprüft und diese beseitigt werden.

- Beseitigen Sie alle Stolperfallen wie lose Kabel und hochstehende bzw. rutschige Teppiche und Matten.
- Nutzen Sie rutschfeste Matten und Festhaltgriffe im Badezimmer.
- Beleuchten Sie Ihre Wohnung überall hell aus.
- Schalten Sie nachts immer das Licht ein.
- Tragen Sie überall, auch zu Hause festes Schuhwerk.
- Stärken Sie Muskulatur und Gleichgewichtssinn mit regelmäßigen Bewegungsübungen.
- Nutzen Sie Hilfsmittel wie Gehstöcke, Rollator oder ähnliches.
- Lassen Sie Ihre Sehstärke überprüfen und nutzen Sie Ihre Brille.
- Lassen Sie sich Zeit beim Aufstehen, wenn es Ihnen schwindlig ist.
- Lassen Sie Ihren Blutdruck und Ihre Medikamente regelmäßig überprüfen.

Wohnraumanpassungen

Um zu gewährleisten, dass ältere Menschen möglichst lange in ihrer Wohnung bleiben können, ist es häufig notwendig, Umbaumaßnahmen vorzunehmen. Hierdurch können nicht nur die Sicherheit und Selbständigkeit im Alltag aufrechterhalten, sondern im Pflegefall die Pflege überhaupt erst ermöglicht oder erleichtert werden.

Mögliche Maßnahmen der Wohnraumanpassung sind

- Installation eines Treppenlifts
- Rutschsichere Ausstattung der Stufen im Treppenhaus
- Anbringen eines beidseitigen Geländers im Treppenhaus
- Verlegung von rutschfesten Bodenbelägen
- Einbau gut erreichbarer Lichtschalter
- Einbau einer barrierefreien Dusche
- Umbau von einer Wanne zur Dusche
- Installation eines Badewannenlifts
- Einbau eines barrierefreien WCs
- Anbringen von gut erkennbaren Haltegriffen und Stützstangen
- Absenken von Hängeschränken in der barrierefreien Küche
- Installation von Bewegungsmeldern für den nächtlichen Weg zur Toilette
- Schaffung eines ebenerdigen Zugangs zur Wohnung
- Abbau von Türschwellen und Vergrößerung von Türrahmen
- Rampen für Rollstuhlfahrer

Finanzierung von wohnumfeldverbesserten Maßnahmen

Die Pflegekassen geben für Umbaumaßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes bei pflegebedürftigen Menschen ab Pflegegrad

1 einen **Zuschuss**. Dabei müssen die Umbaumaßnahmen **3 Kriterien** erfüllen:

- Die Maßnahmen ermöglichen die häusliche Pflege.
- Die Umbauten erleichtern die häusliche Pflege erheblich und verringern die Belastung für den Pflegebedürftigen bzw. die Pflegepersonen.
- Die Umbaumaßnahmen ermöglichen eine selbstständigere Lebensführung.

Jede antragstellende Person erhält maximal 4.000 Euro. Der dazugehörige Antrag muss bei der Pflegekasse bzw. für Sozialhilfeempfänger beim Sozialamt gestellt werden. Als Antrag genügt ein formloses Schreiben, in dem Sie die geplanten Umbauarbeiten beschreiben.

Die Umbaumaßnahmen sollten nicht vor der Bewilligung der Zuschüsse beginnen. Personen die zur Miete wohnen, müssen die baulichen Veränderungen mit ihrem Vermieter absprechen.

Wenn sich im Verlauf der Pflege die Situation des Pflegebedürftigen so verändert, dass neue Maßnahmen notwendig werden, können diese mit weiteren 4.000 Euro von der Pflegekasse bezuschusst werden.

Zusätzlich können bei dauerhaften Bewegungseinschränkungen, z.B. bei Rollstuhlpflicht bei der Sächsischen Aufbaubank Fördergelder beantragt werden. Hiermit sollen Betroffenen so lange wie möglich in ihrer Wohnung verbleiben können. Diese Förderung kann höher als die 4.000 Euro der Pflegekasse sein, wird aber miteinander verrechnet.

Tipp:

Informationen zum Programm erhalten Sie unter:

<https://www.sab.sachsen.de/f%C3%B6rderprogramme/sie-m%C3%B6chten-ein-haus-bauen-kaufen-oder-modernisieren/wohnraumanpassung.pdf>

Für eine Beratung und die Einschätzung von Wohnraumanpassungen steht Ihnen die Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Sachsen e. V. in Dresden zur Verfügung.

Michelangelostraße 2, 01217 Dresden,
Tel.: 0351- 479350-0,
www.selbsthilfenetzwerk-sachsen.de

Hilfsdienste

Es gibt viele Hilfsangebote für ältere Menschen. Sie umfassen die Übernahme hauswirtschaftlicher Tätigkeiten, Alltagsbegleitung, Essen auf Rädern oder Nachbarschaftshilfe.

Sie tragen dazu bei, die Lebensqualität älterer Menschen zu Hause zu erhöhen und ihnen zu ermöglichen, so lange wie möglich in der eigenen Wohnung zu bleiben.



Abb. 38

Nachbarschaftshilfe

Nachbarschaftshelfer betreuen Pflegebedürftige stundenweise. Dabei aktivieren sie vorhandene Kompetenzen, stärken die Mobilität und strukturieren den Tagesablauf. Somit kann der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit für die betroffenen Personen verlängert werden und die Angehörigen können entlastet werden.

Informationen und Formulare für die Inanspruchnahme der Unterstützung eines Nachbarschaftshelfers erhalten Sie von Ihrer Pflegekasse.

Alltagsbegleitung

Alltagsbegleiter helfen älteren Menschen ohne Pflegegrad in ihrem eigenen Haushalt. Zu den Aufgaben der Alltagsbegleiter gehören beispielsweise:

- Hilfe beim gemeinsamen Einkauf
- Begleitung bei Behördengängen oder Arztbesuchen
- Freizeitgestaltung, wie gemeinsames Spaziergehen, Vorlesen oder der Besuch von Gottesdiensten, Seniorentreffen und anderen Veranstaltungen

Die regelmäßige Begleitung und Unterstützung im täglichen Leben dient dazu, einer sozialen Isolierung vorzubeugen und den Verbleib in den eigenen vier Wänden zu verlängern.

Dies fördert die Selbstständigkeit der Senioren, ermöglicht ihre Teilnahme am sozialen Leben und führt dadurch zu einer verbesserten Lebensqualität. Gute Anlaufstellen für die Suche nach

Alltagsbegleitern sind z.B. Seniorenberatungsstellen der Stadt Dresden, Pflegeagenturen, ambulante Pflegedienste, große Wohlfahrtsorganisationen (z.B. Deutsches Rotes Kreuz, Paritätischer Wohlfahrtsverband) bzw. sind auch unter „Stellenangebote“ der Stadt Dresden zu finden. Alltagsbegleiter können bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 - 5 über den monatlichen



Betrag für „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ (125 Euro) finanziert werden.

Einkaufshilfen

Häufig sind Geschäfte zu weit entfernt oder Bewegungseinschränkungen machen einen Einkauf schwierig. Hier helfen Einkaufs- oder Bringdienste. Getränkemarkte, Supermarktketten, Tief-

kühlkostketten wie auch kleine Lebensmittelgeschäfte liefern mittlerweile nach Hause. Sie können die Waren telefonisch oder online bestellen. Fragen Sie beim nächsten Einkauf doch einfach nach! Wenn ein solcher Service angeboten wird, können Sie sich auch mit Nachbarinnen und Nachbarn zusammenschließen und somit Liefergebühren sparen.



Abb. 39



Abb. 40

Essen auf Rädern

Fällt Ihnen das Kochen inzwischen schwer, können Menülieferdienste Ihnen komplette warme Mahlzeiten auch nach Hause liefern. Die meisten Wohlfahrtsverbände haben einen solchen Service im Angebot.

Hier können Sie häufig zwischen verschiedenen Gerichten wählen. Es werden auch vegetarische Gerichte oder Schonkost angeboten.

Hauswirtschaftshilfen

Wenn die tägliche Hausarbeit alleine nicht mehr zu leisten ist, können Sie durch eine Hauswirtschaftshilfe beim Putzen oder bei der Wäscherversorgung unterstützt werden. In Absprache kann eine solche Hilfe auch kleinere Besorgungen für Sie erledigen.

Für schwierige Arbeiten im Garten oder kleinere Reparaturarbeiten im Haus gibt es Hausmeisterdienste, die beispielsweise im Winter Schnee räumen. Hierfür gibt es Agenturen, die entsprechende Kräfte vermitteln.

Fahr-, Begleit- und Besuchsdienste

Taxiunternehmen oder andere Fahrdienstunternehmen bieten Fahr- und Begleitdienste an: zum Arzt, zu Behörden oder auch zu Freizeitveranstaltungen.

In manchen Städten gibt es ehrenamtlich organisierte Dienste ("Bürgerbusse"), aber auch berufliche Besuchs- und Begleitdienste, die gegen Entgelt z.B. Unterstützung bei Behördenangelegenheiten anbieten. Weitere Informationen können Sie bei Ihrer Kommune, beim Nahver-

kehrsunternehmen oder bei ehrenamtlichen Organisationen, wie Seniorenbüros, erhalten.

Hilfsmittel für den Alltag

Hilfsmittel können körperliche Einschränkungen im Alltag ausgleichen und damit ein Leben in der eigenen Wohnung erleichtern.

Bei körperlichen Einschränkungen, Behinderungen oder nach einer Behandlung kann, um den Gesundheitszustand zu verbessern bzw. aufrecht zu erhalten, ein Anspruch auf Hilfsmittel bei der Pflegekasse bzw. beim Sozialamt geltend gemacht werden.

Hilfsmittel für die Wohnung

- Hausnotruf
- Herdüberwachung für Elektroherde
- Automatiktüren
- Treppenlifte
- Lese- und Schreibhilfen
- Telefone mit großen Tasten
- Greifzange, um Gegenstände vom Boden aufzuheben
- Lange Schuhlöffel
- Strumpf An- und Ausziehhilfe

Hilfsmittel für die Körperhygiene

- Haltgriffe an Toiletten, Waschbecken oder Badewanne
- Toilettenerhöhung
- Badewannenlift, Badewannenbrett/-sitz
- Duschstuhl

Hilfsmittel für die Aufnahme von Essen und Trinken

- Gewinkeltes Besteck oder Besteck mit besonders dicken Griffen
- Spezielle Becher mit zwei Griffen oder Saugfüßen
- spezielle Flaschen- oder Dosenöffner
- Verschlussöffner

Hilfen bei Bewegungseinschränkungen

- Unterarmgehstützen oder Gehstöcke
- Rollstuhl
- Rollator
- Elektromobile

Pflegehilfsmittel

Besonders bei Pflegebedürftigkeit können weitere, spezielle Hilfsmittel genutzt werden:

- Pflegebetten und Zubehör (Gitter, Bettgalgen)
- Antidekubitusmatratzen
- Bettpfannen, Urinflaschen
- Blutzuckermessgeräte
- Inkontinenzhilfsmittel (Vorlagen, Netzhosen, Katheter und Beutel)
- Einmalunterlagen
- Einmalhandschuhe
- Kompressionsbinden oder -strümpfe

Finanzierung von Pflegehilfsmitteln

Pflegehilfsmittel werden je nach Zuständigkeit entweder von der Pflegekasse bzw. vom Sozialamt oder der Krankenkasse finanziert. Wenn keine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse besteht, erstattet die Pflegekasse ab Pflegegrad 1 monatlich bis zu 40 Euro der Kosten für Verbrauchsprodukte (z.B. Einmalunterlagen).

Größere technische Pflegehilfsmittel, wie z.B. Pflegebetten werden häufig zur Leihe überlassen, wobei oftmals eine Zuzahlung entfällt.

Hausnotruf

Wenn Senioren im Alter allein leben ist es oft hilfreich, eine Hausnotrufanlage zu installieren. Über den Hausnotruf kann im Notfall Hilfe gerufen werden. Das Hausnotrufsystem besteht aus einer Basisstation, die an das Telefon angeschlossen ist und einem Notrufsender.

Der Notrufsender wird entweder an einer Kette um den Hals oder wie eine Uhr am Handgelenk getragen. Im Notfall, z.B. bei einem Sturz, wird durch Druck auf dem Sender Alarm ausgelöst. Mit Hilfe einer Freisprecheinrichtung kann auch direkt mit der Notrufzentrale gesprochen werden. Die Mitarbeiter der Zentrale sehen sofort, welche Person den Notruf ausgelöst hat. Sie informieren dann entweder Nachbarn oder, wenn nötig, auch den Rettungsdienst.

Bibliographie

Kurzzeit- und Verhinderungspflege:
<https://deutsche-seniorenstift.de/was-ist-kurzzeit-und-verhinderungspflege/>

Pflegeeinrichtungen in Sachsen:
<https://www.pflegenetz.sachsen.de/pflegedatenbank/>

Verhinderungspflege:
www.bundesgesundheitsministerium.de/verhinderungspflege.html

Palliativversorgung:
www.bundesgesundheitsministerium.de/palliativversorgung.html

Checkliste zur Heimsuche:
www.biva.de/dokumente/broschueren/Checkliste_Pflege_Seniorenheim.pdf

Umzug ins Pflegeheim:
www.senioren-ratgeber.de/An-deiner-Seite/So-helfen-Sie-bei-der-Eingewohnung-im-Pflegeheim--554137.html

Modul V - Pflegebedürftigkeit

Durch ein unerwartetes Ereignis oder eine schleichende Verschlechterung des Gesundheitszustandes kann eine Person von heute auf morgen oder längerfristig zum Pflegefall werden. Solche Einschnitte im Leben verändern nicht nur das Leben des Betroffenen, sondern auch das Leben der Angehörigen.

Für alle Beteiligten bedeutet ein Ereignis wie dieses, zahlreiche Entscheidungen zu treffen, um das Leben mit der bestehenden Pflegebedürftigkeit zu regeln. Häufig stellt sich die Pflegebedürftigkeit nach und nach ein, daher können sich betroffene Personen vorab informieren, beraten lassen und vorbereiten.

Zunächst sollte geklärt werden, ab wann eine Person als pflegebedürftig gilt.

Was bedeutet Pflegebedürftigkeit?

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist definiert im Sozialgesetzbuch XI §14. Pflegebedürftigkeit liegt demnach bei Personen vor, die aus gesundheitlichen Gründen Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit oder bei verschiedenen Fähigkeiten aufweisen und deshalb zur Alltagsbewältigung auf Hilfe von anderen Menschen angewiesen sind.

Die Selbstständigkeit kann dabei in verschiedenen Lebensbereichen eingeschränkt sein. Die betroffenen Personen können ihre körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen und Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen.

Daher sind sie auf Unterstützung angewiesen. Zusätzlich muss die Pflegebedürftigkeit für eine Dauer von mindestens sechs Monaten vorliegen und in einer nach § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.



Abb. 41



Abb. 42

Vorgehen bei Pflegebedürftigkeit - Was muss ich im Pflegefall tun?

Grundlegend sollte im Pflegefall in folgenden Schritten vorgegangen werden:

1. Klärung, welcher Unterstützungs- bzw. Pflegebedarf vorliegt.
2. Verteilung von Aufgaben rund um die Pflege.
3. Klärung, welche Versorgungsform am besten geeignet ist.
4. Beantragung eines Pflegegrades.
5. Klärung der Voraussetzungen für die rechtliche Vertretung des Pflegebedürftigen.

Klärung des Unterstützungs- und Pflegebedarfs

Wenn Sie das Gefühl haben, dass eine selbstständige Alltagsbewältigung zunehmend schwieriger wird, sollte zunächst der Umfang der Einschränkung bzw. des Unterstützungs- oder Pflege-

bedarfes geklärt werden. Das heißt, es muss eingeschätzt werden, welche Tätigkeiten bzw. Aktivitäten noch selber ausgeführt werden können und welche nicht. Aus dieser Betrachtung ergibt sich der Unterstützungs- bzw. Pflegebedarf. Er kann von stundenweiser Betreuung im Alltag bis hin zu vollstationären Pflege reichen.

Wenn die Pflege von Angehörigen übernommen werden soll, müssen psychische und physische Belastungen abgewogen werden bzw. überlegt werden, ob ein zusätzlicher Unterstützungsbedarf durch einen Pflegedienst notwendig ist.

Zur **Ermittlung des Pflegebedarfes** werden verschiedene Fähigkeiten des Pflegebedürftigen betrachtet. Dazu gehören:

- Mobilität (z.B. Laufen in der Wohnung, Treppen steigen)
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (z.B. örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Informationen)

- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (z.B. nächtliche Unruhe, Wahnvorstellungen, Ängste, aggressives Verhalten)
- Selbstversorgungsfähigkeit (z.B. eigenständige Körperpflege, Ankleiden, Essen, Trinken)
- Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (z.B. Arztbesuche, Einnahme von Medikamenten, Wundversorgung, Messungen von Blutdruck oder Blutzucker, Umgang mit Inkontinenz)
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (z.B. Gestaltung des Tagesablaufs, Schlaf, Beschäftigung)
- Außerhäusliche Aktivitäten (z.B. Verlassen der Wohnung, Nutzung öffentlicher Nahverkehr)
- Haushaltsführung (z.B. Einkaufen gehen, Zubereitung von Mahlzeiten, Aufräumen)

Verteilung von Aufgaben rund um die Pflege

Ein weiterer Schritt zur Organisation der Pflege ist die Verteilung der Aufgaben, die im Zuge der Pflegebedürftigkeit anfallen. Sie haben bereits erfahren, in welchen Bereichen des täglichen Lebens Pflege und Betreuung notwendig ist. Jetzt ist es Zeit zu überlegen, welche Aufgaben Angehörige ganz- oder teilweise übernehmen könnten.

Hierbei muss bedacht werden, dass Pflege und Betreuung körperlich und psychisch anstrengend sein können. Auch müssen sie mit Beruf und Familie vereinbar sein. Auf individuelle Belas-

tungsgrenzen ist hierbei unbedingt zu achten. Auch das häusliche Umfeld muss betrachtet werden.

Ist die Wohnung der pflegebedürftigen Person geeignet, um die Pflege zu gewährleisten? Müssen ggf. Umbaumaßnahmen vorgenommen werden, um ein Leben in der Wohnung weiterhin zu ermöglichen?

Wenn pflegerische Tätigkeiten oder Betreuungsaufgaben aufgrund beruflicher oder privater Verpflichtungen oder fehlender fachlicher Kompetenz nicht übernommen werden können, besteht die Möglichkeit professionelle Pflege- und Betreuungsdienstleister in Anspruch zu nehmen.

Klärung der Wohn- bzw. Versorgungsform

Wie in Modul 4 „Wohnformen im Alter“ bereits vorgestellt wurde, gibt es sowohl ambulante als auch stationäre Wohn- und Versorgungsformen. Diese reichen von der Pflege zu Hause mit Hilfe von Angehörigen oder eines Pflegedienstes bis hin zur vollstationären Pflege in einem Pflegeheim. Vorübergehende Pflegemöglichkeiten wie Tages- oder Nachtpflege können ein Zwischenschritt zwischen vollständiger Versorgung zu Hause oder vollständiger Versorgung in einem Heim sein. Sie bieten vor allem Entlastung für pflegende Angehörige.

Bei der Entscheidung, wo und in welcher Form die Pflege stattfinden soll hilft es, Vor- und Nachteile von häuslicher, teilstationärer und stationärer Pflege zu überdenken.

	Vorteile	Nachteile
Häusliche Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Leben im vertrauten Umfeld weiterhin möglich • Tagesablauf kann weitgehend erhalten werden • Geringere Kosten als bei stationärer Pflege • Individuellere Versorgung • Aufrechterhaltung von Autonomie • Gewohnter bzw. größerer Raum für den Pflegebedürftigen • Hobbys und individuelle Gewohnheiten können beibehalten werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Belastung der pflegenden Angehörigen • Wohnraumanpassung ggf. notwendig • Vereinsamung bei fehlenden sozialen Netzwerken
Teilstationäre Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegebedürftige können teilweise in ihrer eigenen Wohnung verbleiben • Entlastung für pflegende Angehörige • Soziale Kontakte • Förderung von Kommunikation und Alltagsfähigkeiten • Professionelle Betreuung 	<ul style="list-style-type: none"> • Teurer als ambulante Pflege • Transport zur Einrichtung oder wieder nach Hause kann als belastend empfunden werden • Teilweiser Verlust von Autonomie durch die Einbindung in die Abläufe der Institution
Stationäre Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • „Rund-um-die-Uhr“-Betreuung • Professionelle Pflege • Schnelle Hilfe in Notfällen • Rundumversorgung (Pflege, Hauswirtschaft, Ernährung etc.) • Beschäftigungs- und Therapieangebote • Soziale Kontakte 	<ul style="list-style-type: none"> • Teurer als ambulante bzw. teilstationäre Pflege • Zu Beginn oft Anpassungsschwierigkeiten • Nur 1 Zimmer als Rückzugsort • Weniger Kontakt zu Angehörigen, Nachbarn oder Freunden (nur Besuche) • Wechselnde Ansprechpartner • Verlust von Autonomie durch Einbindung in Abläufe der Institution

Tabelle 1: Vor- und Nachteile Häusliche vs. Stationäre Versorgung

Ambulante Pflegedienste

Je pflegebedürftiger die Menschen sind, desto mehr Zeit wird in der Regel für die Pflege benötigt. Eine der bekanntesten ergänzenden Möglichkeiten zur Pflege zu Hause ist ein ambulanter Pflegedienst. Pflegedienstleistungen werden von gemeinnützigen Organisationen (z.B. den Wohlfahrtsverbänden), aber auch von privaten Anbietern erbracht.

Leistungen der ambulanten Pflegedienste

Folgende Leistungen werden von ambulanten Pflegediensten angeboten:

- medizinische **Behandlungspflege** bei Erkrankungen wie z.B. Medikamentengabe, Verbandswechsel, Injektionen
- körperbezogene **Pflegemaßnahmen** wie etwa Körperpflege, Ernährung, Förderung der Bewegungsfähigkeit
- pflegerische **Betreuungsmaßnahmen**, z.B. Hilfe bei der Orientierung, bei der Gestaltung des Alltags oder auch bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte
- **Beratung** der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei Fragen rund um die Pflege sowie Unterstützung bei der Vermittlung von Hilfsdiensten für Essensbelieferung oder Organisation von Fahrdiensten und Krankentransporten
- **Unterstützung bei der Haushaltsführung**, z.B. Kochen oder Reinigen der Wohnung

Wer bezahlt die Kosten für einen Pflegedienst?

Es gibt drei Kostenträger, mit denen der ambulante Pflegedienst abrechnen kann. Mit welchem Kostenträger der Pflegedienst abrechnet, hängt von der Situation der zu pflegenden Person ab:

1. Die **medizinische Behandlungspflege** wird über die **Krankenkasse** abgerechnet. Deshalb ist für sie eine Verordnung vom Arzt über „Häusliche Krankenpflege“ notwendig. Häusliche Krankenpflege erhalten daher auch Menschen ohne Pflegegrad zum Beispiel für die Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt oder auch für das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen.
2. **Körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen** sowie Hilfen bei der Haushaltsführung werden entweder von der **Pflegeversicherung** oder vom **Sozialamt** übernommen.

Die Leistungen unter Punkt 2 werden zu Leistungskomplexen zusammengefasst und von ambulanten Pflegediensten direkt mit der Pflegekasse, dem Sozialamt oder mit sonstigen Sozialleistungsträgern abgerechnet.

Alternativ besteht auch die Möglichkeit, die Leistungen über Zeitkontingente abzurechnen. Hier wird die Zeit berechnet, die der Pflegedienst für die jeweilige Pflegeleistung aufwendet.

Dabei können Pflegebedürftige frei auswählen, welche Leistungen der Pflegedienst innerhalb des Zeitkontingentes erbringen soll.

Die Abrechnung über Leistungskomplexe oder über Zeitkontingente ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. So werden die Leistungen in Sachsen über Leistungskomplexe abgerechnet, während in Bayern beide Möglichkeiten bestehen

Eine bundeseinheitliche Abrechnungsregelung für die Leistungen zur Verordnung häuslicher Pflege gibt es nicht.

Es existieren in den einzelnen Bundesländern zwischen Pflegedienst und Pflegekasse feste Versorgungsverträge.

Es kann auch sein, dass Sie für die Kosten des ambulanten Pflegedienstes anteilig aufkommen oder diese auch **selbst zahlen** müssen.

- **Anteilig für Kosten aufkommen:** Dies ist der Fall, wenn Sie mehr Leistungen von einem Pflegedienst in Anspruch nehmen, als über die Pflegesachleistungen abgedeckt sind. Den bleibenden Rest müssten Sie dann selbst bezahlen.
- **Kosten selbst zahlen:** Dies ist der Fall, wenn Sie Leistungen des Pflegedienstes nutzen, für die die oben genannten Kostenträger nicht aufkommen. Sie beauftragen zum Beispiel einen Pflegedienst, damit dieser Sie bei Ihrer morgendlichen und

abendlichen Körperpflege unterstützt. Jedoch wurde bei Ihnen kein Pflegegrad 2-5 festgestellt. Hier müssen Sie selbst für die Kosten des ambulanten Pflegedienstes aufkommen.

Was sind Leistungskomplexe?

Der Gesetzgeber teilt die Pflegeleistungen der ambulanten Pflege in sogenannte Leistungskomplexe ein. Zusammengehörende pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen werden zu sog. Leistungskomplexen zusammengefasst. Das Leistungskomplexsystem ist ein System zur Vergütung von Leistungen der ambulanten Pflegedienste.

Die pflegebedürftige Person wählt entsprechend ihres Hilfebedarfes und unter Beratung des Pflegedienstes diejenigen Leistungskomplexe aus, die der ambulante Pflegedienst für sie erbringen soll. Die einzelnen Leistungskomplexe sind mit einer bestimmten Anzahl von Punkten versehen.

Diese Punkte werden mittels eines bestimmten Verrechnungssatzes in einen Geldbetrag umgerechnet. Die Punkte legen fest, wie viel der Pflegedienst für die einzelnen Leistungskomplexe berechnen darf. Die Inhalte und Anzahl der Leistungskomplexe sind von Bundesland zu Bundesland verschieden. Jedes Land hat seinen eigenen Leistungskatalog. Auf dessen Grundlage rechnet der ambulante Pflegedienst seine erbrachten Leistungen bei den zuständigen Kostenträgern ab.

In der folgenden Tabelle sehen Sie eine Übersicht zu den Leistungskomplexen am Beispiel des Bundeslandes Sachsen (Stand 1.8.2019).

Leistungskomplex	Leistungsart	Punkte
1	Kleine Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes	370
2	Kleine Morgen- / Abendtoilette im Bett	210
2a	Kleine Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes	210
3	Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes	580
4	Große Morgen- / Abendtoilette im Bett	420
4a	Große Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes	420
5	Lagern	90
6	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	270
7	Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG)	90
8	Darm- und Blasenentleerung	160
9	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	80
10	Begleitung außer Haus	630
11	Beheizen der Wohnung	110 täglich
12	Aufräumen und / oder Reinigung der Wohnung	130 täglich
13	Wäscheversorgung	380 wöchentlich
13a	Wechseln der Bettwäsche	120
14	Einkaufen	64 täglich, max. 320 wöchentlich
15	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern)	290
16	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	70
16a	Aufbereitung einer warmen Mahlzeit (z.B. Essen auf Rädern) in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	100
17	Einsätze von Pflegeberatungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI	900
18	Erstbesuch	1100
18a	Folgebesuch bei veränderter Pflegesituation	770 70 % der Vergütung des LK 18
30	Pflegerische Betreuungsmaßnahmen	160

Tabelle 2: Übersicht zu Leistungskomplexen am Beispiel des Bundeslandes Sachsen (Leistungskomplexsystem im Freistaat Sachsen ab 01.08.2019)

In der folgenden Tabelle sehen Sie eine Übersicht zu den Leistungskomplexen am Beispiel des Bundeslandes Sachsen (Stand 1.8.2019).

Leistungs-komplex	Leistungsart	Leistungsinhalt	Punkte
1	Kleine Morgen- / Abendtoilette außerhalb des Bettes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unterstützung beim Aufstehen / Zubettgehen 2. Fortbewegung innerhalb der Wohnung (Transferleistung) 3. An- / Auskleiden inkl. Wechseln der Kleidung 4. Benutzen der Toilette / des Toilettenstuhls 5. Teilwaschen 6. Mundpflege und Zahnpflege 7. Kämmen 	370
14	Einkaufen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erstellen eines Einkaufs- und Speiseplanes 2. das Einkaufen von <ol style="list-style-type: none"> a. Lebensmitteln b. sonstigen notwendigen Bedarfsgegenständen der Hygiene und der hauswirtschaftlichen Versorgung, z.B. Gesichtscreme und Putzmittel 3. Unterbringung der eingekauften Gegenstände in der Wohnung / Schrank 	64 täglich, max. 320 wöchentlich

Tabelle 3: Auszug zu Inhalten der Leistungskomplexe 1 und 14 (Leistungskomplexsystem im Freistaat Sachsen, Stand 01.08.2019)

Haben Sie einen Pflegekomplex ausgewählt, dann werden immer alle einzelnen Pflegeleistungen durch den Pflegedienst abgerechnet. Möchten Sie einige Tätigkeiten selbst übernehmen (z.B. Mund- und Zahnpflege), führt das

nicht zu einer Änderung der Punktzahl und damit zu keiner Änderung der Vergütung des ambulanten Pflegedienstes (Leistungskomplexsystem im Freistaat Sachsen, Stand 01.08.2019).

Wichtig: Pflegeberatung

Sie sollten im Vorfeld unbedingt eine Pflegeberatung in Anspruch nehmen. Diese steht Ihnen gesetzlich zu, sobald Sie einen Antrag bei der Pflegekasse gestellt haben, oder wenn bei Ihnen ein erkennbarer Hilfe- oder Pflegebedarf besteht. Angehörige können sich ebenfalls beraten lassen. Eine Pflegeberatung ist kostenfrei. Wenn es Ihnen angenehmer ist, kann eine Beratung auch bei Ihnen zu Hause erfolgen.

Bei der Pflegeberatung erfahren Sie, welche Leistungen der Pflegekasse Ihnen generell zustehen. In der Pflegeberatung wird Ihr individueller Hilfebedarf ermittelt. Sie werden beraten, wie Sie die Leistungen der Pflegekasse am besten für sich einsetzen können.

Pflegeberatungen werden von Pflegediensten angeboten. Sie erhalten ein Leistungsangebot in Form eines Kostenvoranschlages.

Ist Ihnen die Beratung durch den Pflegedienst nicht unabhängig genug, dann können Sie sich zusätzlich an die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen wenden.

Oder Sie wenden sich an unabhängigen Beratungsstellen mit pflegfachlicher Kompetenz, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind (z.B. Pflegeberatung durch den Verbund der Ersatzkassen (Vdek)).



Abb. 43

Tipps!

Für eine erste Orientierung zur Höhe der Kosten eines Pflegedienstes können Sie auch einen Pflegekostenrechner nutzen. Diese sind im Internet verfügbar, z.B.:

- senior place:
<https://www.seniorplace.de/pflegekosten-berechnen.html>
- Pflegeberatung.de
<https://www.pflegeberatung.de/pflegeanspruch/pflege-finanzieren/pflegekostenrechner>.

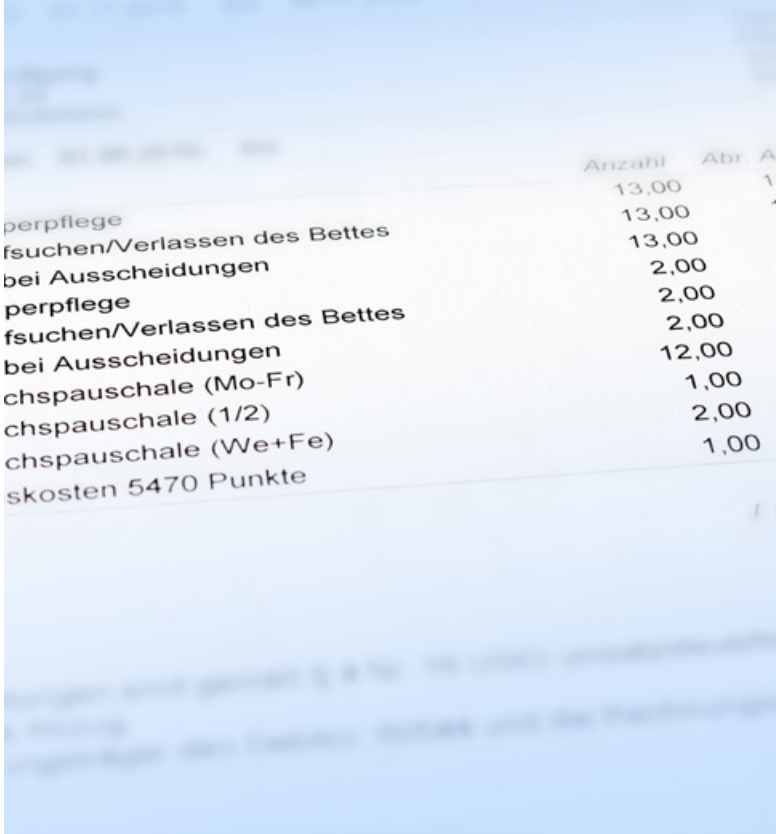
Die angegebenen Kosten sind in der Regel deutschlandweite Durchschnittskosten. Bitte beachten Sie, dass die Angaben zu den Kosten und deren Berechnung ohne Gewähr erfolgen und nur zur ersten Orientierung dienen.

Wie finde ich den richtigen ambulanten Pflegedienst?

Da nicht alle Pflegebedürftigen von ihren Angehörigen versorgt werden können, muss zur Unterstützung häufig ein ambulanter Pflegedienst gesucht werden. In Deutschland können Sie auf ein weitgehend flächendeckendes Netz an professionellen Pflegediensten zurückgreifen.

Diese kommen bei Bedarf in die Wohnung, sodass Betroffene trotz Pflegebedürftigkeit zu Hause bleiben können.

Bei der Suche eines geeigneten Pflegedienstes gibt es verschiedene Möglichkeiten. Sie können



	Anzahl	Abbr
perpflege	13,00	1
fsuchen/Verlassen des Bettes	13,00	
bei Ausscheidungen	13,00	
perpflege	2,00	
fsuchen/Verlassen des Bettes	2,00	
bei Ausscheidungen	2,00	
chspauschale (Mo-Fr)	12,00	
chspauschale (1/2)	1,00	
chspauschale (We+Fe)	2,00	
skosten 5470 Punkte	1,00	

Abb. 44

sich in den Pflegeberatungsstellen der Kommune oder Ihrer Krankenversicherung bzw. bei Wohlfahrtsverbänden beraten lassen. Außerdem kann im Bekanntenkreis oder bei anderen Betroffenen nach Erfahrungen und Empfehlungen gefragt werden.

Ambulante Pflegedienste beraten und geben selbst auch unverbindlich Auskunft zu ihren Leistungen. Bei einem ersten Gespräch können Sie den Pflegedienst kennenlernen und schauen, ob er für die Pflege in Frage kommt.

Zusätzlich können Sie sich eine Preisvergleichsliste der einzelnen Leistungsbereiche der ortsansässigen Pflegedienste über die Pflegekassen anfordern.

Nachfolgend ist eine Checkliste angeführt die bei der Wahl des richtigen Pflegedienstes unterstützen kann. Überlegen Sie zunächst, welche Ansprüche und Wünsche Sie an einen Pflegedienst haben. Nehmen Sie sich Zeit bei der Auswahl und lernen Sie verschiedene Pflegedienste kennen.

Das Erstgespräch kann in den Räumen des Pflegedienstes oder bei Ihnen zu Hause stattfinden. Folgende Überlegungen können bei der Auswahl des Pflegedienstes hilfreich sein.

Überlegungen bei der Wahl eines ambulanten Pflegedienstes

- Der erste Eindruck ist wichtig. Fühlten Sie sich mit der Person, die das Erstgespräch mit Ihnen geführt hat, wohl?
- Wurden Sie kompetent und individuell beraten? Haben Sie alles verstanden?
- Wurden Sie bzw. Ihr Angehöriger nach persönlichen Gewohnheiten oder Bedürfnissen gefragt?
- Konnten Sie einen Einblick in die Zusammensetzung des Pflegeteams gewinnen? Stehen professionell Pflegende für Sie bzw. die Pflege Ihres Angehörigen zur Verfügung oder wird die Pflege hauptsächlich von Hilfskräften übernommen?
- Konnte der Pflegedienst Sie zu den Pflegegraden, zu Hilfsmitteln oder Wohnraumanpassung beraten?

- Würde der Pflegedienst Ihre individuellen Wünsche erfüllen (Besuchszeiten, feste Pflegeperson, zeitlich flexible Einsätze, auch am Wochenende etc.)?
- Könnte der Pflegedienst gewährleisten, dass Sie möglichst von denselben Mitarbeitern versorgt werden und sich nicht immer wieder auf neue Pflegekräfte einstellen müssen?
- Könnte der Pflegedienst auch die hauswirtschaftliche Versorgung oder soziale Dienste, wie z.B. eine Begleitung zum Arzt übernehmen?
- Wie würde der Pflegedienst reagieren, wenn Sie bzw. Ihr Angehöriger eine bestimmte Pflegekraft ablehnen?
- Wie war Ihr Gesamteindruck?

Tipps!

Um den richtigen ambulanten Pflegedienst zu finden, können Sie sich von Ihrer Kranken- bzw. Pflegekasse unterstützen lassen. Viele Kassen bieten auch einen **Pflegedienstnavigator im Internet** an, z.B. die AOK: www.aok.de/pk/plus/inhalt/pflegedienst-welcher-ist-der-richtige-6/

Auch die Stadt Dresden hat eine Übersicht der ambulanten Pflegedienste erstellt. Die Liste ist nach Stadtgebieten sortiert und somit sehr übersichtlich: www.dresden.de/media/pdf/sozialamt/Pflegedienste_-_Angebote.pdf

Beantragung eines Pflegegrades

Um finanzielle Leistungen für die Pflege zu erhalten, muss zunächst der Pflegegrad der betroffenen Person festgestellt werden. Hierzu wird ein Antrag auf Pflegeleistungen bei der zuständigen Pflegekasse gestellt. In den meisten Fällen ist die Krankenkasse die zuständige Pflegekasse. Die wichtigsten Fragen zur Feststellung eines Pflegegrades werden im Folgenden geklärt.

Wie können Pflegeleistungen beantragt werden?

Setzen Sie sich zuerst mit Ihrer Kranken- bzw. Pflegekasse oder einem Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe in Verbindung. Der Antrag sollte schriftlich, kann aber auch telefonisch von dem Antragsteller oder von bevollmächtigten Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten eingereicht werden.

Der Antrag sollte möglichst zeitnah nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt werden, um schnellstmöglich Geld für die Pflege zu erhalten. Das Antragsdatum ist für den Leistungsbeginn wichtig, denn es kann frühestens ab dem Monat der Beantragung eine Leistungszahlung erfolgen.

Habe ich ein Recht auf Pflegeberatung?

Gesetzlich (§§7, 7a SGB XI) haben die Pflegebedürftigen sowie Ihre Angehörigen und bevollmächtigten Bekannte einen Anspruch auf eine umfassende Beratung durch die Pflegeberater

der eigenen Pflegekasse. Dabei erhalten sie unmittelbar nach Stellung eines Antrags auf Pflegeleistungen einen konkreten Terminvorschlag für eine Beratung bei einem persönlichen Pflegeberater.

Die Pflegeberatung sollte innerhalb von 2 Wochen nach der Antragstellung durchgeführt werden. Auf Wunsch machen die Pflegeberater auch Hausbesuche. Auch Pflegestützpunkte in der Region stehen für Pflegeberatungen zur Verfügung.

Wie lang dauert die Entscheidung über den Antrag?

Wenn bei der Pflegekasse der Antrag eingegangen ist, beauftragt diese den Medizinischen Dienst der Krankenkassen – der MDK. Der MDK schickt unabhängige Gutachter, die die Pflegebedürftigkeit also den Pflegegrad einer Person prüfen.

Grundsätzlich beträgt nach Gesetz die Bearbeitungsfrist für Anträge auf Pflegeleistungen 25 Arbeitstage. Diese kann sogar bei einem Aufenthalt im Krankenhaus, einer stationären Rehabilitationseinrichtung, einem Hospiz oder einer ambulant-palliativen Versorgung auch innerhalb einer Woche sein.

In diesem Fall muss die Begutachtung durch den MDK oder anderer unabhängiger Gutachter schneller vorgenommen werden, um die weitere Versorgung sicherzustellen.

Sollte der Antragsteller in häuslicher Umgebung ohne Palliativversorgung versorgt werden, ist die Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen.

Die Freistellung eines Familienmitgliedes zur Pflege eines Angehörigen muss nach dem Familienpflegezeitgesetz schnellstmöglich mit dem Arbeitgeber vereinbart werden.

Wie geht es nach der Antragstellung weiter?

Nachdem der Antrag auf Pflegeleistungen bei der Pflegeversicherung eingereicht wurde, wird von der Pflegekasse der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter beauftragt.

Der MDK ist der unabhängige Beratungs- und Gutachterdienst und unterstützt in medizinischen und pflegerischen Fragen. Diese Gutachter

sind für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zuständig und erstellen ein Gutachten zur Höhe des Pflegegrades.

Pflegebegutachtung

Ziel der Pflegebegutachtung – Prüfung der Selbstständigkeit im Alltag

Bei der Begutachtung ist zu beurteilen, wie selbstständig ein Mensch in sechs alltäglichen Lebensbereichen ist. Bei der Begutachtung spielt nicht die Schwere einer Erkrankung oder einer Behinderung die entscheidende Rolle, sondern wie schwer die Selbstständigkeit einer Person eingeschränkt ist.

Der Grad der Selbstständigkeit bildet somit den Maßstab für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit. Hier kommen Menschen oft in Konflikt, da ihre Defizite und nicht ihr Können in den Blick genommen werden. Es ist verständlich, dass die



Abb. 45

meisten Menschen das Bedürfnis haben, zu zeigen, was sie zu leisten vermögen.

Wenn die pflegebedürftige Person jedoch sagt, „Ich mache immer alles selber“, dann führt dies zu einer Fehleinschätzung des eigentlichen Hilfebedarfs. Bei der Begutachtung wird zudem festgestellt, welche Hilfsmittel sowie rehabilitativen oder vorbeugenden Maßnahmen der pflegebedürftigen Person helfen, damit diese ihren Alltag möglichst wieder selbstständig gestalten kann.

Wer sind die Gutachter? Wo findet die Pflegebegutachtung statt?

Bei den Gutachtern des Medizinischen Dienstes (MDK) handelt es sich um speziell ausgebildete Pflegefachkräfte oder Ärzte. Der beauftragte Gutachter des MDK kommt für die Begutachtung zu Ihnen nach Hause. Falls die Person bereits in einer stationären Pflege lebt, kann die Begutachtung auch in einem Alten- oder Pflegeheim sein. Vom MDK erhalten Sie im Vorfeld einen Terminvorschlag. Der Besuch des Gutachters dauert ca. 1 Stunde.

Wie wird der Pflegegrad bestimmt?

Zur Einschätzung des Pflegegrades, betrachtet der Gutachter die **Selbstständigkeit** einer Person in **sechs Lebensbereichen** (genauere Erklärung siehe Seite 112-114).

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Selbstständig ist eine Person, die Handlungen bzw. Aktivitäten in den genannten Lebensbereichen allein, d. h. ohne Unterstützung durch andere Personen oder unter Nutzung von Hilfsmitteln, durchführen kann.

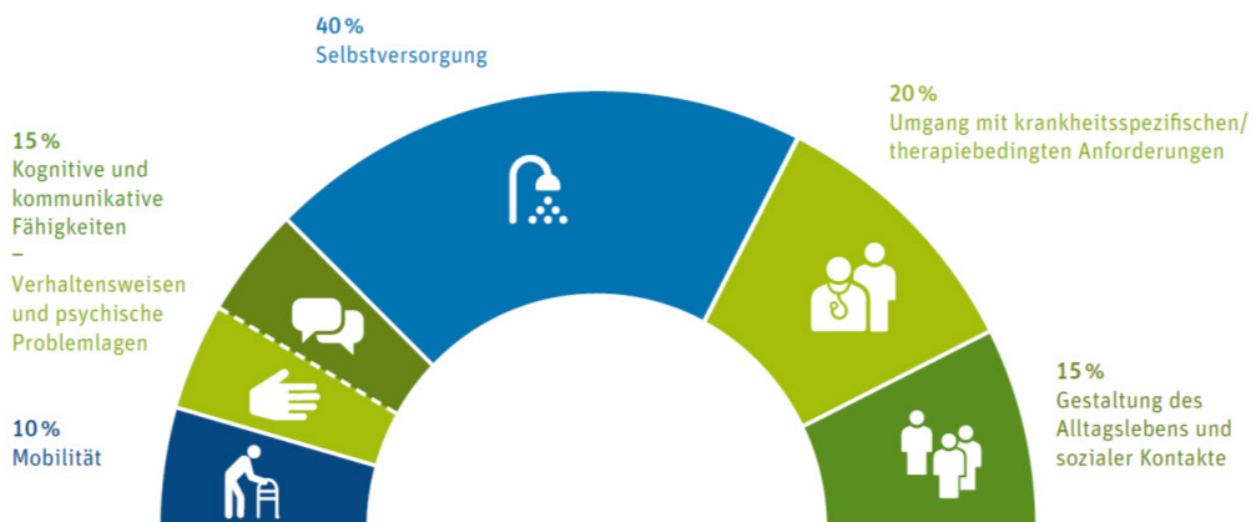


Abb. 46: Einschätzung des Pflegegrades - Lebensbereiche und deren Gewichtung (Medizinischer Dienst der Krankenkasse, 2018)

Wie beurteilen die Gutachter die Selbstständigkeit in diesen sechs Lebensbereichen?

Der Gutachter vergibt in jedem Lebensbereich Punkte. Je selbstständiger eine Person ihr tägliches Leben noch bestreiten kann, umso weniger Punkte werden vergeben. Es wird dann auch ein dementsprechend niedrigerer Pflegegrad erteilt. Dabei fließen die einzelnen Lebensbereiche mit unterschiedlicher Gewichtung in die Gesamtbewertung ein.

Die Selbstständigkeit wird in den Lebensbereichen 1, 4 und 6 mittels einer vierstufigen Skala bewertet (Quelle: GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2019).

Die Skala hat folgende Abstufungen:

0= selbstständig:

Die Person kann die Handlung allein durchführen. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder nur mit Hilfsmitteln möglich.

Zum Beispiel können Sie sich mit einer Gehhilfe in der Wohnung ohne fremde Hilfe fortbewegen. Aufgrund ihrer Hand- und Armlähmung fällt Ihnen das Schmieren von Brot und Brötchen mit einer Hand schwer, da dieses immer wegrutscht. Mit Hilfe eines Einhänder-Schneidebrettes können Sie das Brötchen fixieren und auch einhändig schmieren.

Wichtig: Entscheidend ist, dass die Person keine personelle Hilfe benötigt.

1= überwiegend selbstständig:

Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbstständig durchführen. Demzufolge ist nur geringer Aufwand durch die Pflegeperson notwendig. Erforderliche Hilfestellungen können u.a. sein: Zurechtlegen oder Richten von Gegenständen, Person zur Tätigkeit auffordern, teilweise Beaufsichtigung und Überprüfung

der Handlungen. Überwiegend selbstständig ist eine Person auch, wenn eine Pflegeperson aus nur Sicherheitsgründen anwesend ist oder nur punktuell bei bestimmten Alltagsaktivitäten unterstützt (z.B. beim Schließen von Knöpfen, beim Abtrocknen des Rückens).

2= überwiegend unselbstständig:

Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchführen. Die Pflegeperson muss sehr viel unterstützen, indem sie die Person ständig ermutigt und anleitet. Oder die Pflegeperson muss ständig in der Nähe der Person sein, da sie sie aus Sicherheitsgründen nicht allein lassen kann. Bei Aktivitäten z.B. beim An- und Auskleiden übernimmt die Pflegeperson einen großen Teil der einzelnen Handlungsschritte.

3= unselbstständig:

Die Person kann in der Regel nichts mehr selbstständig machen. Die Pflegeperson muss alle bzw. nahezu alle Pflegehandlungen an dem Pflegebedürftigen durchführen.

Zur Einschätzung der Lebensbereiche 2, 3 und 5 wird die gleiche Skala in leicht abgewandelten Formen verwendet.

1. Lebensbereich Mobilität

Bei diesem Modul geht es um Ihre motorische Fähigkeit, eine Handlung durchzuführen.

Können Sie Ihre Körperposition verändern (u.a. sich im Bett drehen und aufrichten, Hinsetzen und Aufstehen, aus dem Rollstuhl aufstehen und sich z.B. auf Toilette umsetzen)? Wie können Sie sich in der Wohnung fortbewegen (auch mit Hilfsmittel)? Können Sie über zwei Etagen Treppen auf und absteigen?

0 Punkte = selbstständig

1 Punkt = überwiegend selbstständig

2 Punkte = überwiegend unselbstständig

3 Punkte = unselbstständig

2. Lebensbereich: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Wie finden Sie sich örtlich und zeitlich zurecht? Können Sie sich an kurz und länger zurückliegende Ereignisse erinnern? Können Sie den Haushalt selbstständig führen? Können Sie selbstständig Ihren Alltag planen? Können Sie Unterhaltungen mit Personen innerhalb und außerhalb der Familie führen? Können Sie Ihre Bedürfnisse verständlich äußern? Können Sie Risiken und Gefahren erkennen?

0 Punkte = Fähigkeit vorhanden / unbeeinträchtigt

1 Punkt = Fähigkeit größtenteils vorhanden

2 Punkte = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

3 Punkte = Fähigkeit nicht vorhanden

3. Lebensbereich: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Es wird geprüft, wie die betroffene Person sich gegenüber sich selbst und anderen Personen verhält.

Ist sie aggressiv oder gefährdend gegenüber sich selbst oder anderen? Zeigt die Person Wahnvorstellungen oder ängstliches Verhalten. Ist die Person oft traurig und lustlos?

Ist die Person nachts sehr unruhig, z.B. steht ständig auf und läuft umher?

Hier wird bewertet, wie häufig die Person solche Verhaltensweisen zeigt:

0 = nie oder sehr selten

1 = selten, d.h. ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen

3 = häufig, d.h. zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich

5 = täglich



Abb. 47

4. Lebensbereich: Selbstversorgung- Einflussreichster Punkt bei der Pflegegrad- Begutachtung

Das Modul Selbstversorgung hat den größten Einfluss (40 %) auf die Erteilung eines Pflegegrades. Hier prüft der Gutachter inwiefern Sie in der Lage sind, die eigene Körperpflege, das An- und Auskleiden, sowie die Nahrungszubereitung und -einnahme selbstständig durchzuführen. Auch eine mögliche Inkontinenz wird in diesem Bereich abgefragt.

0 Punkte = selbstständig

1 Punkt = überwiegend selbstständig

2 Punkte = überwiegend unselbstständig

3 Punkte = unselbstständig

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

Hier prüft der Gutachter, ob Sie im Umgang mit Ihrer Krankheit und bei den Behandlungen Hilfe und Unterstützung benötigen? Wenn ja, welche? Benötigten Sie zum Beispiel Hilfe bei der Medikamentengabe, bei Verbandswechsel oder mit sonstigen Hilfsmitteln (beim An- und Ablegen von Schienen und Prothesen oder beim Steuern des Rollstuhls)?

Können Sie Arztbesuche oder Besuche zu Therapeuten (u.a. Physiotherapie) oder zu anderen medizinischen Einrichtungen selbstständig wahrnehmen?

Bewertet wird, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Ist dies nicht der Fall, wird notiert, wie oft Hilfe durch andere Personen (Angehörige, Pflegekräfte etc.) erforderlich ist:

Entfällt oder selbstständig

Hilfe pro Tag: (Anzahl der Hilfe)

Hilfe pro Woche: (Anzahl der Hilfe)

Hilfe pro Monat: (Anzahl der Hilfe)

6. Lebensbereich: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Können Sie Ihren Tagesablauf selbstständig planen und gestalten? Können Sie längere Zeitabschnitte über den Tag hinaus überschauend planen? Treffen Sie sich mit anderen Personen? Treffen Sie sich auch mit Personen, die nicht zu Ihrer Familie gehören?

0 Punkte = selbstständig

1 Punkt = überwiegend selbstständig

2 Punkte = überwiegend unselbstständig

3 Punkte = unselbstständig



Wichtig!

Der Unterstützungsbedarf muss voraussichtlich über mindestens 6 Monate notwendig sein.

Tipp Pflegegradrechner

Sie können mit einem Pflegegradrechner Ihren möglichen Pflegegrad vorab berechnen. Pflegegradrechner werden über verschiedene Internetportale angeboten.

Das Ergebnis ersetzt jedoch nicht die Einschätzung der Gutachter des MDK.

Vorbereitung für die Pflegebegutachtung

Allgemein

Sie sollten alle wichtigen Unterlagen zum Termin bereithalten. Dazu gehören Arztbriefe, Diagnosen, Therapieberichte oder Begründungen zu Therapieempfehlungen sowie Hilfsmittlempfehlungen und ggf. eine notwendige Begründung. Diese können von dem Arzt ausgestellt werden.

Pflegetagebuch

Zur Vorbereitung auf den Begutachtungstermin ist auch das Führen eines Pflegetagebuchs sehr zu empfehlen.

Das Pflegetagebuch hilft Ihnen und Ihren Angehörigen die erbrachten Pflegeleistungen klarer zu erfassen. Oft werden selbstverständliche Hilfen übersehen oder gar nicht mehr wahrgenommen. Für die Gesamteinschätzung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und auch für die Pflegegradeinstufung sind diese oft wichtig.

Das Pflegetagebuch hilft Ihnen und Ihren Angehörigen auch zu verdeutlichen wieviel Zeit für die Pflege und die Versorgung tatsächlich am Tag aufgewendet wird. Ein Pflegetagebuch muss nicht dauernd geführt werden. Führen Sie das Tagebuch zwei bis drei Wochen vor dem Besuch des Gutachters, dann kann das sehr nützlich sein. Notieren Sie oder Ihre Angehörigen bei jeder Verrichtung neben der Dauer auch alle Besonderheiten, insbesondere solche, die zu einem erhöhten Pflegeaufwand führen können.

Wichtig: Das Führen eines solchen Tagebuches ist immer freiwillig. Niemand kann Einsicht in das Pflegetagebuch verlangen.

In der nachfolgenden Tabelle sehen Sie am Beispiel der Körperpflege, wie ein solches Tagebuch aussehen könnte (angelehnt an Pflegetagebuch der Deutschen Familiensicherung).



Abb. 48

Name:				
Verrichtung	Zeitaufwand in Minuten			
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Körperpflege				
Ganzkörperwäsche				
Teilwäsche				
Duschen				
Baden				
Mund-/ Zahnpflege				
Zahnpflege				
Rasieren				
Intimpflege				
Kleidung richten				
Blasenentleerung				
Darmentleerung				
Inkontinenzartikel wechseln				
Urin-/Stomabeutel wechseln/leeren				
Besonderheit				
Besonderheit				

Tabelle 4: Beispiel eines Pflegetagebuchs (angelehnt an Pflegetagebuch der Deutschen Familienversicherung, <https://www.deutsche-familienversicherung.de/pflege/pflegezusatzversicherung/ratgeber/>)

Sie notieren für die einzelnen Verrichtungen des täglichen Lebens die Zeit und auch die Art der benötigten Unterstützung.

Der Gesetzgeber unterscheidet dabei folgende Formen der Hilfe:

- **Anleitung:** Die pflegebedürftige Person wird zu einer gewöhnlichen Verrichtung angeregt und angeleitet. Die Pflegeperson zeigt z.B. einzelne Schritte einer alltäglichen Handlung z.B. Vormachen zum Trinken, indem sie ein Glas anhebt.
- **Beaufsichtigung:** Die Pflegeperson beaufsichtigt die Durchführung einer gewöhnlichen Verrichtung, um die Sicherheit und das korrekte Ausführen zu gewährleisten z.B. das Beaufsichtigen des Rasierens oder des Ankleidens.
- **Unterstützung:** Die pflegebedürftige Person kann die Verrichtung selbstständig erledigen. Sie benötigt jedoch Hilfe bei der Vor- und Nachbereitung, z.B. den Rollator oder Rollstuhl bereitstellen, die Kleidung hinlegen.
- **Teilweise Übernahme:** Die pflegebedürftige Person kann eine alltägliche Verrichtung größtenteils selbstständig. Sie benötigt jedoch Hilfe, um diese vollständig zu beenden, z.B. die Hose nach einem Toilettengang wieder anziehen.
- **Vollständige Übernahme:** Die Pflegeperson übernimmt eine Verrichtung des täglichen Lebens vollständig z.B. die gesamte Körperpflege am Morgen, das gesamte An- und Auskleiden.

Weitere Vorlagen für ein Pflegetagebuch finden Sie in Online-Portalen, wie z.B.:

- <https://www.pflegeverantwortung.de/pflegeleistungen-pflegekasse/pflegetagebuch/>
- <https://www.altenpflege-hilfe.net/downloads/pflegetagebuch-als-download.php>

Beteiligte Gesundheitsfachpersonen hinzuziehen

Sprechen Sie sich im Vorfeld auch mit den Gesundheitsfachpersonen ab (z.B. Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten), die an Ihrer Versorgung beteiligt sind. Diese Personen können dem Gutachter wertvolle Hinweise geben. Sie können diese Gesundheitsfachpersonen auch bitten, bei dem Begutachtungstermin mit dabei zu sein.

Ist dies nicht möglich, dann legen Sie die Pflegedokumentation des Pflegedienstes vor. Oder Sie bitten die beteiligten Therapeuten um eine kurze schriftliche Einschätzung zu ausgewählten Aspekten.

Tipps für die Begutachtung für die pflegebedürftige Person und Angehörige

Allgemein

Ein Termin zur Pflegegradbegutachtung ist für Sie wahrscheinlich aufregend und keine alltägliche Situation. Viele Pflegebedürftige schämen sich auch wegen ihrer Einschränkungen.

Sie bagatellisieren oder verschweigen sie. Dies kann zu einer Fehleinschätzung des tatsächlichen Pflegebedarfes führen. Für den Gutachter ist es zudem nicht einfach innerhalb einer Stunde die gesamte Komplexität ihrer Pflegesituation richtig zu erfassen.

Nehmen Sie zum Begutachtungstermin eine weitere vertrauensvolle Person mit hinzu, die Ihre Situation kennt. Diese Person kann Ihnen auch helfen die Begutachtungssituation mit zu lenken. Dies können Angehörige oder auch an Ihrer Versorgung beteiligte Gesundheitsfachpersonen sein, z.B. Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter.

Wichtig ist es dem Gutachter des MDK, ehrlich anzugeben, was Sie noch selbstständig erledigen können und was Ihnen NICHT mehr möglich ist oder nur noch mit HILFE.

Vermeiden Sie auch Aussagen wie: „Das geht schon noch einigermaßen“. Drücken Sie immer klar aus, welche Hilfe und wieviel Hilfe Sie benötigen. Verschweigen Sie nichts, fügen Sie aber auch nichts hinzu, was nicht stimmt.

Lassen Sie sich beim Begutachtungstermin nicht unter Zeitdruck setzen. Eine Pflegesituation ist vielfach sehr komplex. Daher kann es etwas länger dauern, bis Sie alle notwendigen Informationen, die zu Ihrer individuellen Pflegesituation gehören, dem Gutachter mitgeteilt haben. So vermeiden Sie, dass Sie wichtige Informationen vergessen oder unvollständig mitteilen.

Tipps zur Einschätzung der Mobilität und Selbstversorgung

Zur Beurteilung der Mobilität und auch der Selbstversorgung ist es wichtig, dass tatsächliche Befinden und den Unterstützungsbedarf der pflegebedürftigen Person zu zeigen. Daher sollten Alltagshandlungen und -aktivitäten möglichst anhand von realen Situationen gezeigt werden. Der Gutachter kann sich so besser ein Bild über Ihren Hilfebedarf machen:

- Lassen Sie sich von Ihren Angehörigen nicht sofort beim Aufstehen z.B. aus dem Rollstuhl helfen. Versuchen Sie es erst selbst. So sieht der Gutachter, welche Unterstützung Sie benötigen.
- Sollten Sie noch beim Essen sein, wenn der Gutachter des MDK kommt, dann essen Sie ruhig zu Ende. So sieht der Gutachter Ihre tatsächliche Situation und auch wieviel bzw. welche Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten Sie beim Essen benötigen.
- Es reicht z.B. nicht aus, dass Sie die Arme etwas nach oben strecken oder ein wenig hinter den Kopf bringen, damit der Gutachter beurteilen kann, inwieweit Sie sich auch selbst die Haare kämmen können oder Ihre Kleidungsstücke über den Kopf ziehen können. Zeigen Sie den Gutachten diese Alltagshandlungen immer an der realen Situation.
- Haben Sie Probleme mit Knöpfen an Hemden oder Blusen oder dem Auf- und Zuziehen von Reisverschlüssen, dann sollten Sie zur MDK-Begutachtung auch wirklich Kleidung zum Knöpfen bzw. mit Reißverschluss tragen. So kann der Begutachter sehen, dass das Öffnen oder Schließen der Bekleidung nicht mehr richtig alleine geht oder Ihnen sehr viel Mühe bereitet.
- Einschränkungen in der Körperhygiene (z.B. Waschen, Intimpflege, Unterstützung bei der Toilette) sind häufig für die pflegebedürftige Person beschämend. Diese

schambelasteten Bereiche werden daher von der pflegebedürftigen Person, aber auch von Angehörigen oft verschwiegen oder bagatellisiert. Entwickeln Sie keine falsche Scham, sondern sagen Sie, wie es in Wirklichkeit ist. Werden diese Bereiche verschwiegen oder unterbewertet, kann es im ungünstigen Fall sich nachteilig auf die Festsetzung des Pflegegrades auswirken.

Tipps zur Einschätzung der Kognition und des Verhaltens

Zur Testung Ihrer kognitiven Fähigkeiten stellt Ihnen der Gutachter u.a. auch Fragen zu Ihrer räumlichen und zeitlichen Orientierung. Sie fragen z.B. nach Ihrem Geburtsort, welches Datum heute ist oder nach Ihrer Adresse.

Angehörige sollten bei den Fragen und Aufgaben möglichst nicht durch Hinweise helfend eingreifen. Es kann vorkommen, dass Sie Dinge verwechseln, dann können Ihre Angehörigen unterstützen und den Gutachter darauf hinweisen.

Sollten Sie sich nicht mehr an alles erinnern können, Gedächtnisstörungen haben oder bestimmte Handlungsabläufe (z.B. An- und Ausziehen) nicht mehr richtig durchführen können, dann kehren Sie und Ihre Angehörigen diese Probleme nicht unter den Teppich, sondern sprechen diese ehrlich an.

Sie bereiten sich im Nachhinein keinen Gefallen, wenn Sie diese Dinge verschweigen und sich diese nachteilig auf die Festsetzung des Pflegegrades auswirken.

Tipps zur Einschätzung der Rahmenbedingungen und erschwerenden Umstände des Alltages

Für den Gutachter ist es auch wichtig zu wissen, welche Bedingungen und Umstände Ihre Selbstständigkeit im Alltag möglicherweise erschweren. Dies können u.a. baulichen Gegebenheiten sein, wie kein Aufzug oder kein Treppenlift, ein fehlendes Treppengeländer, kein behindertengerechtes Bad, zu schmale Türen für einen Rollstuhl oder Rollator.

Erschwerende Umstände können auch aus der Erkrankung der pflegebedürftigen Person resultieren.

Sokannes z.B. sein, dass Sie aufgrund einer Körperlähmung wenig bei Lagewechseln (wie beim Umsetzen in den Rollstuhl oder auf Toilette) mitarbeiten können.

Oder bei diesen Lagewechseln kommt es sehr oft zu einschießenden Muskelverkrampfungen und Verspannungen. Ihre Angehörige benötigen daher viel mehr Zeit, um diese Lagewechsel sicher mit Ihnen durchzuführen.

Vielleicht benötigen Sie auch vermehrt Begleitung durch eine Angehörige oder ständig jemanden in der Nähe, da Sie schon sehr oft gestürzt sind.

Welche Besonderheiten gibt es bei Begutachtung von Menschen mit Demenz?

Bei Menschen mit Demenz spricht der Gutachter zunächst mit der pflegebedürftigen Person, auch wenn das Gespräch durch Erkrankung beein-

trächtig ist. Im Anschluss bespricht der Gutachter mit den anwesenden Angehörigen oder Pflegekräften die gegebenen Informationen bzw. die Situation.

Welche Pflegegrade gibt es?

Entsprechend der Pflegegrade erhalten pflegebedürftige Menschen Leistungen der Pflegeversicherung. Diese orientieren sich nach den Fähigkeiten der Pflegebedürftigen bzw. der Schwere ihrer Beeinträchtigungen.

Folgende **fünf Pflegegrade** werden unterschieden:

Pflegegrad 1 = geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 2 = erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 3 = schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 4 = schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

Pflegegrad 5 = schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Welche Lebensbereiche fließen nicht in die Bewertung des Pflegegrades ein?

Betroffene und deren Angehörige sollten für die Versorgungsplanung beachten, dass bestimmte Lebensbereiche während der Begutachtung nicht in die Bewertung des Pflegegrades einbezogen werden:

Außerhäusliche Aktivitäten

- selbstständiges Verlassen der Wohnung oder des Wohnbereichs
- selbstständiges Fortbewegen außerhalb des Wohnbereichs oder der Einrichtung
- Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder in einem PKW mitfahren

Haushaltsführung

- Einkaufen für den täglichen Bedarf
- Zubereitung einfacher Mahlzeiten
- Aufräum- und Reinigungsarbeiten
- Regelung finanzieller oder behördlicher Angelegenheiten

Wie geht es weiter nach der Begutachtung?

Nach dem Besuch beim Pflegebedürftigen wird ein Gutachten mit den Ergebnissen sowie dem Pflegegrad erstellt. Dieses wird an die Pflegekasse weitergeleitet. Diese leitet es an den Antragsteller, d.h. den Pflegebedürftigen weiter. Neben der Feststellung des Pflegegrades sind Empfehlungen zu folgenden Themenbereichen in diesem Gutachten enthalten:

- Medizinische Rehabilitation und Prävention
- Hilfs- und Pflegehilfsmittel
- Heilmittel und andere therapeutische Maßnahmen
- Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach §20 SGB V
- Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen
- Veränderung der Pflegesituation

Was kann ich tun, wenn ich mit der Entscheidung des Gutachtens nicht einverstanden bin?

Gegen die Entscheidung des MDK und der Pflegekasse kann innerhalb einer Frist von einem Monat nach Erhalt des Bescheids Widerspruch eingelegt werden.

Nähere Informationen zum Widerspruchsverfahren finden Sie in der beigefügten Rechtsbehelfsbelehrung im Gutachten des MDK sowie im Bescheid der Pflegekasse.

Informationen zur Pflegebegutachtung auf russischer Sprache finden Sie hier:

<https://www.mdk.de/versicherte/pflegebegutachtung/>



Klärung der Voraussetzungen für die rechtliche Vertretung des Pflegebedürftigen

Mit zunehmendem Alter bzw. einer einhergehenden Pflegebedürftigkeit werden Angehörige häufig mit Einschränkungen der Entscheidungsfähigkeit des Pflegebedürftigen konfrontiert. Dabei wird häufig deutlich, dass Unterstützung geleistet bzw. verschiedene Angelegenheiten für ihn geregelt werden müssen.

Um dieser Herausforderung gerecht zu werden und die Person gesetzlich vertreten zu können, müssen rechtliche Voraussetzungen in Form von Vollmachten und Verfügungen geschaffen werden. Dabei werden **verschieden Arten rechtlicher Vertretung unterschieden:**



Abb. 49

Vorsorgevollmacht

Eine **Vorsorgevollmacht** ist ein Dokument, in dem Sie für eine Notsituation, in der Sie nicht entscheidungsfähig sind, einer Person rechtliche Vollmachten erteilen. Dies kann nach einem Unfall sein oder aber auch altersbedingte Entscheidungsunfähigkeit.

In einer so genannten **Generalvollmacht** erteilen Sie einer Person die Genehmigung, jegliche Rechtsgeschäfte auszuüben oder Entscheidungen für Sie zu treffen.

In einer Vorsorgevollmacht dagegen können Sie verschiedene Bereiche differenzieren. Sie können festlegen, ob der Bevollmächtigte Ihr Vermögen verwaltet und Ihre Bankgeschäfte ausübt.

Sie können bestimmen, ob er ein Pflegeheim aussuchen oder Einsicht in Ihre Krankenakten nehmen darf oder bei medizinisch begründeten freiheitsentziehenden Maßnahmen Mitspracherecht hat. Vorsorgevollmachten sollten schriftlich ausgestellt werden.

Der Bevollmächtigte ist darüber zu informieren, welche Aufgaben er übernehmen soll und muss wissen, wo die Vorsorgevollmacht hinterlegt ist. Er kann eine Kopie der Vorsorgevollmacht bei sich tragen. Das Original kann bei einem Notar hinterlegt werden. Dies ist vor allem bei der Regelung finanzieller Angelegenheiten sinnvoll.

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung können Sie festlegen, ob und wie Sie in einer bestimmten Situation medizinisch behandelt werden möchten. Hierbei können für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit verschiedene Entscheidungen schriftlich festgelegt werden.

Hiermit können Sie Einfluss auf medizinische Versorgung nehmen und Ihr Selbstbestimmungsrecht wahren, auch wenn Sie später einmal nicht mehr entscheidungsfähig sind. Sie geben hier konkret für eine bestimmte medizinische Situation oder Erkrankung an, wie Sie behandelt werden möchten.

Es geht hier vor allem um lebensverlängernde Maßnahmen, Reanimation (Wiederbelebung), künstliche Ernährung, Schmerzbehandlung, künstliche Beatmung, Antibiotikagabe, Dialyse oder Organspende.

Eine Patientenverfügung richtet sich an behandelnde Ärzte und Pflegekräfte. Sie müssen sich nach Ihren, in der Verfügung niedergelegten Wünschen richten und diese respektieren.

Hilfreich ist, auch eigene Wertvorstellungen, Einstellungen zum Leben oder religiöse Vorstellungen zu beschreiben. Dies erleichtert den behandelnden Ärzten Therapieentscheidungen im Falle Ihrer Entscheidungsunfähigkeit.

In der Patientenverfügung kann auch eine Person benannt werden, die im Falle Ihrer Entscheidungsunfähigkeit Ihren Willen durchsetzen soll. Die Patientenverfügung sollte unbedingt mit dieser Person besprochen werden.

Wenn Sie niemandem eine Vollmacht erteilt haben, bestimmt das Betreuungsgericht im Falle Ihrer Entscheidungsunfähigkeit einen Betreuer. Dieser handelt dann nach Ihrem Willen.

Normalerweise wird diese Person in einer Betreuungsverfügung (s.u.) festgelegt. Wenn Sie alleine leben, kann dies auch Ihr Hausarzt oder

eine Person aus dem Pflegedienst sein.

Eine Patientenverfügung sollte immer schriftlich verfasst werden und eigenhändig oder von einem Notar unterschrieben werden. Sie sollte so aufbewahrt werden, dass Ihr Arzt, Angehörige, eine Vertrauensperson oder Ihr Betreuer wissen, wo sich diese Verfügung befindet bzw. Zugriff darauf haben.

Es ist sinnvoll, die Verfügung einmal jährlich zu erneuern, um ihre Aktualität zu gewährleisten. Vordrucke für eine Vorsorgevollmacht oder **Patientenverfügung** finden Sie auf der Seite des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz. Die Formulare sind auch in russischer Sprache verfügbar.

www.bmjv.de/DE/Service/Formulare/Formulare_node.html

Betreuungsverfügung

Im Gegensatz zu einer Vorsorgeverfügung können Sie eine Betreuungsverfügung auch noch schreiben, wenn sie eingeschränkt oder nicht mehr geschäftsfähig sind. In einer Betreuungsverfügung können Sie hinterlegen, von wem oder von wem Sie nicht gepflegt werden möchten, wer Ihr Betreuer sein soll oder wer nicht und wo Sie wohnen wollen.

Sie können auch festlegen, welche medizinischen Eingriffe Sie ablehnen. Hier ist es wichtig, dass Sie Ihre Wünsche so genau wie möglich aufschreiben. Der, in der Vorsorgevollmacht benannte, Betreuer muss sich an diese Wünsche halten.

Betreuungsverfügungen sind vor allem dann wichtig, wenn Sie keinen gesetzlichen Betreuer benannt haben und ein Gericht diesen für Sie bestimmen muss (z.B. nach einem Unfall oder Schlaganfall).



Abb. 50

Sowohl das Gericht als auch der bestellte Betreuer müssen sich an die von Ihnen formulierten Wünsche halten.

Die Betreuungsverfügung kann formlos auf einem Blatt Papier niedergeschrieben werden. Es gibt jedoch auch ein Formular vom Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, welches Sie unter untenstehendem Link herunterladen können.

Eine Betreuungsverfügung sollte an einem Ort hinterlegt werden, an dem sie leicht gefunden werden kann. Sie können auch einen Zettel mit einem Hinweis auf den Hinterlegungsort in Ihrem Portemonnaie tragen.

Eine weitere Möglichkeit ist, sich beim zentralen Vorsorgeregister der Bundes-Notar-Kammer registrieren zu lassen. Dort können Sie die Information hinterlassen, dass Sie eine Betreuungsverfügung verfasst und wo Sie diese hinterlegt haben. www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Formulare/Betreuungsverfuegung.pdf?__blob=publicationFile&v=11

Wenn Sie nähere **Informationen zur Betreuungsverfügung** erhalten möchten oder eine Beratung wünschen, können Sie sich an **die Betreuungsbehörde des Sozialamtes Dresden** wenden:

Betreuungsbehörde/ Versicherungsamt (SG)
Landeshauptstadt Dresden
Sozialamt
Abt. Inklusion/ Eingliederung
Glashütter Straße 51 (barrierefrei zugänglich)
01309 Dresden Erdgeschoss
Anmeldung Zimmer E 11 a

Sie erreichen die Betreuungsbehörde mit den Bahnen 4, 10 bzw. dem Bus 61.
Sprechzeiten Di, Do 8–12 und 14–18 Uhr
Mo, Mi, Fr nach Vereinbarung
Tel.: 0351 - 4889471
betreuungsbehoerde@dresden.de

Weitere Informationen zu den Beratungsangeboten der Betreuungsbehörde können Sie im Flyer „Vorgesorgt? Die Betreuungsbehörde informiert“ nachlesen.

www.dresden.de/media/pdf/sozialamt/Vorgesorgt_Die_Betreuungsbehoerde_informiert.pdf

Bibliographie

Pflegebedürftigkeit:

Bundesministerium für Gesundheit (2018): Ratgeber Pflege. Alles, was Sie zum Thema Pflege und zu den Pflegestärkungsgesetzen wissen müssen.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege.html>

Medizinischer Dienst der Krankenkassen Sachsen:
<https://www.mdk-sachsen.de/>

[www.krankenkassenzentrale.de/wiki/pflegebedürftigkeit#grundsatz](http://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/pflegebeduerftigkeit#grundsatz)

Ambulante Pflegedienste:

https://www.dresden.de/media/pdf/sozialamt/Pflegedienste_-_Angebote.pdf

<https://www.aok.de/pk/plus/inhalt/pflegedienst-welcher-ist-der-richtige-6/>

Leistungskomplexe:
<https://www.vdek.com/LVen/SAC/Vertragspartner/Pflege/Ambulante-Pflege.html>

Leistungskomplexsystem im Freistaat Sachsen, Stand 01.08. 2019

Pflegeberatung:

<https://www.vdek.com/LVen/SAC/Vertragspartner/Pflege/pflegeberatung.html>

Pflegetagbuch:
<https://www.deutsche-familienversicherung.de/pflege/pflegezusatzversicherung/ratgeber>

<https://www.pflegeverantwortung.de/pflegel-eistungen-pflegekasse/pflegetagebuch/>

<https://www.altenpflege-hilfe.net/downloads/pflegetagebuch-als-download.php>

Pflegekostenrechner:
senior place: <https://www.seniorplace.de/pflegekosten-berechnen.html>
pflegeberatung.de: <https://www.pflegeberatung.de/pflegeanspruch/pflege-finanzieren/pflegekostenrechner>

Pflegebegutachtung:

www.mdk.de/versicherte/pflegebegutachtung
www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/14.html

Pflegegrade:

GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Herausgeber) (2019) Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie der pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstrumentes nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungsrichtlinien – Bri vom 15.4.2016), 3. Auflage Online:

<https://www.mds-ev.de/themen-des-mds/pflegebeduerftigkeit-und-pflegebegutachtung/begutachtungs-richtlinien.html> (Stand 31.8.2020)

<https://service.pflege.de/pflegegradrechner>

Rechtliche Vertretung von Pflegebedürftigen:

https://www.dresden.de/media/pdf/sozialamt/Vorgesorgt_Die_Betreuungsbehoerde_informiert.pdf

<https://www.dresden.de/de/rathaus/dienstleistungen/vorsorgevollmacht-betreuungsverfuegung-d115.php>

https://www.bmjv.de/DE/Service/Formulare/Formulare_node.html

Modul VI - Finanzierung von Pflege

Leistungen der Pflegekasse

Mit dem Auftreten von Pflegebedürftigkeit verändert sich die Situation der Betroffenen und ihrer Angehörigen sehr stark. Bei der Wahl der Versorgungs- bzw. Wohnform spielen finanzielle Aspekte eine große Rolle. Im folgenden Modul sollen Finanzierungsmöglichkeiten bei Pflegebedürftigkeit aufgezeigt werden.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben eine Vielzahl von Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsangebots.

Dies gilt sowohl für die häusliche als auch stationäre Pflege. Wie bereits im Modul 5 „Pflegebedürftigkeit“ beschrieben wurde, muss bei der Pflegekasse zunächst einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt werden, um Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten.

Nach der Antragstellung wird durch einen Gutachter des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eine Einschätzung der Pflegebedürftigkeit erstellt, wonach eine Einstufung in einen Pflegegrad erfolgt. Damit verbundenen ist der Anspruch auf Pflegeleistungen.

Welche Finanzierungsmöglichkeiten der Pflege gibt es?

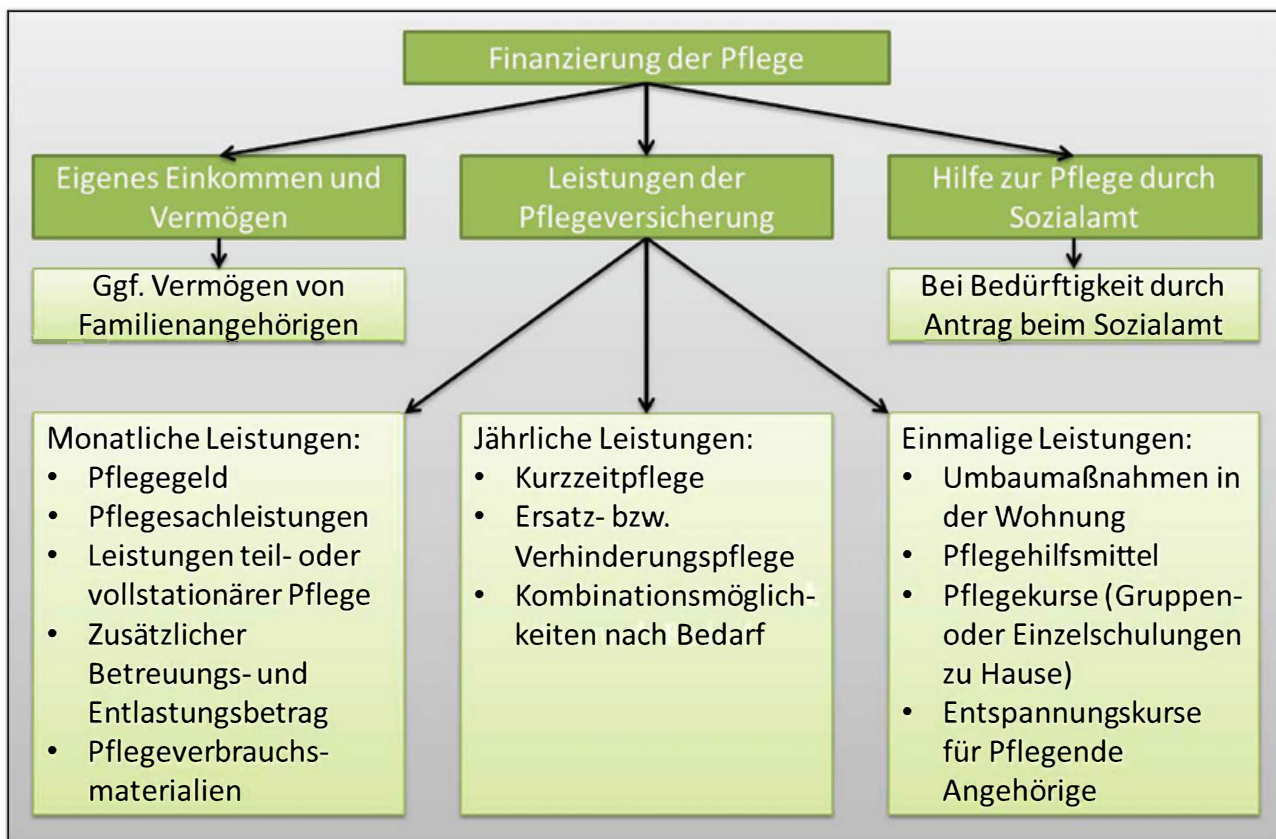


Abb. 51: Finanzierung der Pflege

Was ist bei Leistungen der Pflegeversicherung zu beachten?

Die Pflegeversicherung ist nach zwei Grundsätzen aufgebaut. Einerseits sichert die Pflegeversicherung das Pflegefall-Risiko ab. Was als Pflegefall gilt, ist im SGB XI gesetzlich definiert. Zum anderen handelt es sich bei der Pflegeversicherung um eine Teilkosten-Versicherung, das heißt, sie unterstützt die professionelle, familiäre und nachbarschaftliche Pflege. Da die Pflegeversicherung eine soziale Grundsicherung ist, schließt sie Eigenleistung der Versicherten nicht aus. Deshalb ist es Aufgabe der Versicherten, nicht gedeckte Pflege- und Betreuungsbedarfe selbst sicherzustellen.

Wer hat Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung?

Pflegeleistungen sind Antragsleistungen, das bedeutet, dass ein Antrag auf Leistungen bei der Pflegekasse abgegeben werden muss. Erst dann erhält die versicherte Person Leistungen. Ein Anspruch auf Leistungen besteht, wenn die pflegebedürftige Person in den letzten 10 Jahren für mindestens 2 Jahre als Mitglied versichert oder familienversichert war.

Welche Leistungen zahlt die Pflegeversicherung?

Pflegegeld

Je nach Pflegegrad bekommen Pflegebedürftige ein monatliches Pflegegeld, was nur für die häusliche Pflege gewährt wird. Dabei müssen sie von ihren Angehörigen, Bekannten oder anderen Privatbetreuern zu Hause gepflegt bzw. betreut

werden. Bewohner in Alten- und Pflegeeinrichtungen bekommen dagegen kein Pflegegeld, da Sie eine professionelle Vollzeitbetreuung erhalten.

Das Pflegegeld wird an den Pflegebedürftigen direkt gezahlt und muss nicht versteuert werden. Das Geld kann frei genutzt werden z.B. als finanzielle Anerkennung für pflegende Angehörige. Außerdem kann das Pflegegeld auch mit ambulanten Pflegesachleistungen, wie die Unterstützung eines Pflegedienstes, kombiniert werden. Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach dem Pflegegrad der betroffenen Person.

Zusätzlich haben Empfänger von Pflegegeld Anspruch auf zwei kostenlose Beratungsbesuche von geschulten Fachkräften pro Jahr. Bei diesen geben Fachkräfte Informationen zur häuslichen Pflege, Betreuung und Wohnraumanpassung. Bei Pflegegeld-Empfängern mit den Pflegegraden 2 bis 5 sind diese Beratungsbesuche gesetzlich vorgeschrieben.

Pflegesachleistung

Pflegesachleistungen bekommen Pflegebedürftige, wenn sie sich durch einen ambulanten Pflegedienst zu Hause pflegen und betreuen lassen. Damit sind Leistungen des Pflegedienstes wie körperbezogene Pflegemaßnahmen (z.B. Waschen, Ankleiden, Essen eingeben), pflegerische Betreuungsmaßnahmen (z.B. Spaziergänge, Spielen, Beobachtung des Pflegebedürftigen bei Selbstgefährdung) sowie Hilfen bei der Haushaltsführung inbegriffen.

Diese monatlichen Sachleistungen richten sich

nach dem jeweiligen Pflegegrad und werden vom Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse abgerechnet. Dabei muss der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 haben.

Zusätzlich kann darüber hinaus ein Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro im Monat für Leistungen ambulanter Pflegedienste eingesetzt werden. Der Entlastungsbetrag kann von pflegebedürftigen Personen eingesetzt werden, um pflegende Angehörige zu entlasten. Für folgende Leistungen kann der Entlastungs-

betrag verwendet werden: Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege, zugelassene Pflegedienste, Angebote zur Unterstützung im Alltag. Bei Pflegegrad 1 darf der Entlastungsbetrag auch für Leistungen ambulanter Pflegedienste im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung verwendet werden.

Dagegen darf in den weiteren Pflegegraden der Entlastungsbetrag nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung genutzt werden. Dafür sollen die genannten Sachleistungen verwendet werden.



Abb. 52

Leistungen bei stationärer Pflege

Die Pflegeversicherung zahlt pauschale Leistungen für die Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung. Dies umfasst Aufwendungen für die Pflege, Betreuung und die medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen.

Die Leistungen der Pflegekasse richten sich dabei nach dem Pflegegrad der Pflegebedürftigen.

Oftmals sind die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichend, um die pflegebedingten Kosten zu decken. Häufig müssen die Betroffenen einen Eigenanteil zusätzlich zahlen.

Durch eine Neuregelung seit 2017 müssen vollstationäre Pflegeeinrichtungen einen einheitlichen Eigenanteil für die Pflegegrade 2 bis 5 anbieten. Vorher war dieser Eigenanteil zwischen den einzelnen Pflegegraden unterschiedlich, wodurch höhere Pflegegrade höhere Kosten hatten. Nun zahlen Betroffene die gleichen Eigenanteile innerhalb einer Einrichtung, die sich aber zwischen verschiedenen Einrichtungen unterscheiden

können. Weiterhin fallen neben dem pflegebedingten Eigenanteil weitere Kosten für die Pflegebedürftigen an, wie Kosten für die Unterbringung und Verpflegung. Zusätzlich kann es sein, dass Bewohner einer vollstationären Einrichtung gesondert berechenbare Investitionskosten zahlen müssen.

Das bedeutet, dass der Betreiber einer Pflegeeinrichtung bestimmte Kosten für Investitionen wie Anschaffungen oder Gebäudemiete auf die Bewohner umlegen kann. Außerdem fallen weitere individuelle Kosten für Heimbewohner an, wenn sie zusätzliche Komfort- oder Zusatzleistungen in Anspruch nehmen möchten.

Grundsätzlich sollten Sie wissen, dass die Kosten für Verpflegung, Unterkunft, Investitionen und Zusatzleistungen zwischen den verschiedenen Einrichtungen in ihrer Region unterschiedlich hoch sein können. Deshalb sollten Sie sich vor der Wahl der Pflegeeinrichtung ausführlich informieren und vergleichen.

Leistungen bei teilstationärer Versorgung (Tages- oder Nachtpflege)

Die Tagespflege und Nachtpflege sind zwei Formen der teilstationären Versorgung. Dabei wird eine zeitweise Betreuung in einer Pflegeeinrichtung für einen bestimmten Tagesabschnitt übernommen. Auch in diesem Fall richtet sich die Höhe der Leistung nach dem Pflegegrad, wobei wiederum die Pflegegrade 2 bis 5 gefördert werden. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag dafür einsetzen.

In der teilstationären Pflege ist auch die Beförderung des Pflegebedürftigen von seinem zu Hause zu der Pflegeeinrichtung und zurück abgedeckt. Neben den Geldern für die teilstationäre Versorgung können trotzdem ambulante Pflegesachleistungen und/oder Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden. Zur Kombination der einzelnen Leistungen der Pflegeversicherung können Sie sich von der zuständigen Pflegekasse beraten lassen.

Kombinationsleistung

Um die Pflege nach den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person zu gestalten, können Pflegegeld und ambulante Pflegesachleistungen gleichzeitig in Anspruch genommen werden. Dabei vermindert sich das Pflegegeld verhältnismäßig zur in Anspruch genommenen ambulanten Sachleistungen.

Rechenbeispiel:

Eine pflegebedürftige Person mit Pflegegrad 3 bezieht ambulante Sachleistungen im Wert von 649,00 €. Der Höchstbetrag für ambulante Sachleistungen beträgt 1.298 € - somit werden 50% des Anspruchs ausgeschöpft. Pflegegeld kann daher ebenfalls in Höhe von 50% des Anspruchs gezahlt werden, also 272,50 €.

Wie hoch sind die Leistungen der Pflegekasse?

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld	0 €	316 €	545 €	728 €	901 €
Pflegesachleistungen	0 €	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Teilstationäre Pflege	0 €	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Vollstationäre Pflege	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

Abb. 53: Pflegegrade

Welche Möglichkeiten gibt es, wenn die Pflegeleistungen nicht ausreichen?

Familienangehörige

Reichen bei pflegebedürftigen Menschen die Rente, Pflegeleistungen und sonstiges Einkommen für die Finanzierung der Pflege nicht aus, können die Kinder in die Pflicht genommen werden für die Pflege der pflegebedürftigen Person aufzukommen.

Grundsätzlich muss der Pflegebedürftige zunächst sein eigenes Vermögen, bis zu einem Betrag von 5.000 Euro (Schonvermögen) aufbrauchen. Falls ein Anspruch auf Grundsicherung im Alter für den Pflegebedürftigen besteht, da die Rente zu niedrig ist, sollte diese beim zuständigen Sozialamt beantragt werden. Die gesetzliche Verpflichtung der Kinder, die Eltern aus eigenen finanziellen Mitteln zu versorgen, nennt man Elternunterhalt.

Bevor Kinder jedoch für die Pflegekosten ihrer Eltern aufkommen müssen, wird zunächst geprüft, ob sie dazu finanziell in der Lage sind.

Seit Januar 2020 müssen Kinder für ihre pflegebedürftigen Eltern **nur noch dann Unterhalt zahlen**, wenn sie ein **Jahresbruttoeinkommen von mehr als 100.000 Euro** haben. Diese Grenze hat das Angehörigen-Entlastungsgesetz gebracht, das zum 1. Januar des Jahres in Kraft getreten ist. Verdienen Kinder **weniger**, müssen sie **keinen Elternunterhalt** zahlen. Dann übernimmt ein Sozialhilfeträger (Sozialamt) die Kosten. Für **Eltern von volljährigen, pflegebedürftigen Kindern gilt diese Unterhaltspflicht ebenfalls**.

Der Sozialhilfeträger kann Unterhaltszahlungen **nur von Angehörigen einfordern**, die mit dem Pflegebedürftigen **im ersten Grad verwandt** sind. Dies heißt, das Sozialamt kann nur die Kinder oder Eltern zur Unterhaltspflicht heranziehen, nicht die Enkel oder Schwiegerkinder.

Informationen für Sozialhilfeempfänger: Hilfe zur Pflege

Wann übernimmt das Sozialamt die Kosten?

In bestimmten Fällen trägt das Sozialamt die Kosten zur Pflege. Dies ist im SGB XII in den §§ 61-66 gesetzlich geregelt. Um Leistungen zu erhalten, muss ein Antrag auf Hilfe zur Pflege eingereicht werden.

Die Pflegekosten können übernommen werden, wenn

- kein Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung besteht.
- die Summe der Leistungen der Pflegekasse nicht ausreicht.
- die Summe des eigenen Vermögens und der Familienangehörigen nicht ausreicht.
- alle weiteren Möglichkeiten auf Kostenübernahme durch andere Leistungsträger ausgeschöpft sind, z.B. der Unfallversicherung.

Folgende Kosten können übernommen werden:

- Pflegegeld für pflegende Angehörige
- Pflegesachleistungen (bei Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst)
- Teilstationäre Tages- bzw. Nachtbetreuung
- Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege
- Unterbringung und Verpflegung in einem Pflegeheim, die nicht von der Pflegeversicherung gezahlt wird
- Pflegehilfsmittel
- Taschengeld

Für eine Kostenübernahme durch das Sozialamt sind die Einstufungsgrade des medizinischen Dienstes maßgeblich, jedoch ist ein Pflegegrad nicht zwingend notwendig, um Leistungen zu erhalten.



Abb. 54

Ein Antrag auf Kostenübernahme bzw. Hilfe zur Pflege durch das Sozialamt muss unbedingt zeitnah (!) gestellt werden. Rückwirkend werden keine Kosten übernommen!

Setzen Sie sich so bald wie möglich mit dem zuständigen Sozialamt in Verbindung und fragen sie nach, welche Unterlagen Sie bei der Antragstellung benötigen.

Benötigte Unterlagen:

- Personalausweis oder Aufenthaltstitel
- ggf. Vorsorgevollmacht/Betreuungsvollmacht
- Belege über evtl. Vermögen
- Bescheid des medizinischen Dienstes über die Einstufung in einen Pflegegrad

- Abrechnungen (Pflegedienste etc.)

- Mietvertrag

Wichtig zu beachten ist, dass die so genannte „Hilfe zur Pflege“ in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich gehandhabt wird.

Fragen Sie deswegen bei Ihrem zuständigen Sozialamt nach, welche Kosten in welcher Höhe übernommen werden.

Den Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe, z.B. in Form von Hilfe zur Pflege, vom Sozialamt Dresden finden Sie auch im Internet:

www.dresden.de/media/pdf/sozialamt/Sozialhilfeantrag.pdf



Abb. 55

Wo kann ich weitere Informationen zum Thema Pflegeversicherung erhalten?

- Informationen zur **Pflegeversicherung in russischer Sprache** finden Sie hier:

www.migration-gesundheit.bund.de/de/pflege/die-pflegeversicherung/

- **Auskünfte zum Thema Pflegeversicherung** erhalten Sie auch von der „Unabhängigen Patientenberatung Deutschland“ (UPD). Die UPD informiert neutral und kostenlos zu allen Gesundheitsthemen in Russischer Sprache:

Montag und Mittwoch 10 bis 12 Uhr
und 15 bis 17 Uhr

Tel.: 0800 - 0117724

- **Wichtige Informationen zum Thema Pflege in Dresden** finden Sie auf der Homepage der Stadt Dresden:

www.dresden.de/de/leben/gesellschaft/seniorren/Pflege.php

- Die Adressen und Telefonnummern der **Beratungsstellen für Senioren und Angehörige in Dresden** finden Sie in folgender Übersicht:

www.dresden.de/media/pdf/sozialamt/Seniorrenberatung.pdf

Bibliographie

Pflegeleistungen:

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Sachsen (2018): Was heißt Pflegebedürftigkeit nach SGB XI?

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Pflegeleistungen zum Nachschlagen.

Online unter:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/190329_Pflegeleistungen_2019.pdf

www.pflege-durch-angehoerige.de/pflegegrade-pflegeleistungen/hilfe-zur-pflege/

www.aok.de/pk/plus/pflege/leistungen-und-pflegemoeglichkeiten/

www.dresden.de/media/pdf/sozialamt/Sozialhilfeantrag.pdf

www.dresden.de/media/pdf/sozialamt/Seniorrenberatung.pdf

<https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/pflegeantrag-und-leistungen/elternunterhalt-kinder-zahlen-erst-ab-100000-euro-jahreseinkommen-28892>

Existenzminimum:

www.bundestag.de/presse/hib/578520-578520

Modul VII - Pflege durch Angehörige

Die Pflege oder Betreuung pflegebedürftiger Menschen stellt für Angehörige eine große Herausforderung dar. Häufig tritt der Pflegefall plötzlich auf, Überlegungen müssen schnell angestellt und Entscheidungen gefällt werden.

Nicht selten sind Familienmitglieder von der Situation überfordert oder wissen auch gar nicht, was auf sie zukommt, wenn sie die Pflege eines Angehörigen übernehmen. Oft übernehmen sie dessen Pflege unvorbereitet. Medizinisches oder pflegerisches Wissen fehlt in den meisten Fällen. Überbelastung wird oft erst wahrgenommen, wenn gesundheitliche Folgen oder Schäden bereits aufgetreten sind.

Planung und Durchführung häuslicher Pflege

Was ist zu tun? In den folgenden Abschnitten wird dargestellt, wie häusliche Pflege geplant und durchgeführt werden kann und welche Unterstützungsangebote zur Entlastung der Pflegenden in Anspruch genommen werden können.

Wo soll der Pflegebedürftige gepflegt werden?

Es ist wichtig, sich frühzeitig Gedanken darüber zu machen, welche Schwierigkeiten oder Belas-

tungen mit der Übernahme der Pflege eines Angehörigen verbunden sein können. Die erste Überlegung sollte sein, ob die betreffende Person seelisch oder körperlich überhaupt in der Lage ist, die Pflege zu übernehmen.

Ist die Pflege mit der Berufstätigkeit vereinbar? Wo soll der zu Pflegenden versorgt werden? Ist die Wohnung überhaupt für die Pflege bzw. den Pflegebedürftigen geeignet? Sollte der Pflegebedürftige nicht erst einmal in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung gehen, damit alles in Ruhe vorbereitet wird? Welche Hilfsmittel werden benötigt und wer kann bei der Pflege unterstützen und entlasten?

Erstmal beraten lassen...

Für Angehörige und auch für den Pflegebedürftigen ist all dies sehr schwer einzuschätzen. Deswegen empfiehlt es sich vor einer derartigen Entscheidung Informationen und Rat bei einer Pflegeberatungsstelle und einer Wohnraumberatungsstelle einzuholen.

Sobald Sie bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen, wird diese Ihnen innerhalb von 2 Wochen eine kostenfreie Pflegeberatung anbieten. Die Beratung kann auch stattfinden, wenn dieser Antrag noch nicht gestellt ist oder Sie bereits Leistungen beziehen.

Pflegeberater beraten Sie bzw. den Pflegebedürftigen zu allen Fragen rund um die Pflege. Sie analysieren den Pflegebedarf und stellen gemeinsam mit Ihnen oder dem Pflegebedürftigen einen individuellen Versorgungsplan zusammen. Sie beraten auch zu entlastenden Angeboten für Pflegende. Zu diesen gehören Pflegekurse, Urlaubs- oder Verhinderungspflege, Tages- bzw. Nachtpflegeangebote.

Die Beratungen können entweder in den Räumen der Pflegekasse, zu Hause oder in einem Pflegestützpunkt stattfinden.

Wohnberatungsstellen sind für alle Fragen rund um das Wohnen im Alter, bei Pflegebedürftigkeit oder Demenz zuständig. Sie arbeiten einerseits präventiv und geben z.B. Ratschläge zum Abbau von Barrieren um z.B. Stürze zu verhindern. Sie beraten aber auch, wenn eine Erkrankung bereits eingetroffen ist und der oder die Pflegebedürftige bettlägerig ist bzw. auf einen Rollstuhl angewiesen ist.

Auch hier können Wohnraumanpassungen, wie die Beseitigung von Türschwellen oder der Umbau des Badezimmers hilfreich sein. Wohnraumberater geben auch Empfehlungen hinsichtlich geeigneter Dienste zum Wohnungsumbau und zu Finanzierungsfragen. Die Beratung kann in den Räumen der Beratungsstelle oder zu Hause

erfolgen. Das Ziel einer Wohnraumberatung ist, älteren oder pflegebedürftigen Menschen das Leben in ihrer eigenen Wohnung so lange wie möglich zu ermöglichen.

...und dann die Familie zusammenrufen!

Wenn der Pflegebedarf festgestellt bzw. ein Versorgungsplan aufgestellt wurde, ist es sinnvoll, den „Familienrat“ einzuberufen. Die Versorgung eines Pflegebedürftigen allein zu übernehmen kann schnell zur Überforderung einer einzelnen Person führen. Hier ist es wichtig, von Anfang an von anderen Familienmitgliedern verbindliche Unterstützungszusagen einzuholen.

Hierdurch können Belastungen reduziert und Freiräume geschaffen werden. So können zum Beispiel Aufgaben wie Hausarbeit, Einkaufen, Putzen, Müllentsorgung, Wäsche, die Versorgung von Pflanzen oder Haustieren, die Vorbereitung von Mahlzeiten oder die Organisation von Essensdiensten („Essen auf Rädern“) auf mehrere Personen aufgeteilt werden. Des Weiteren kann überlegt werden, wer bei der Körperpflege, beim An- und Ausziehen, bei der Freizeitgestaltung oder bei Arztbesuchen, bei Post- oder Bankgeschäften bzw. bei der Beaufsichtigung in (Verwirrtheitszuständen) unterstützen kann.

Den Tagesablauf planen

Die ersten Wochen der Pflege eines Angehörigen können sehr verwirrend sein. So vieles muss bedacht werden. Wie und wann werden Medikamente verabreicht? Wann müssen neue Rezepte bestellt werden? Wer sorgt für den Nachschub? Worauf muss ich überhaupt bei der Pflege achten? Und wo bleibe ich selbst?

Hier kann zunächst erst einmal ein Tagesplan helfen, in dem alle pflegerischen Tätigkeiten, aber auch alle anderen Aufgaben und nicht zuletzt Maßnahmen zur Selbstfürsorge eingetragen werden.

Solch ein Plan verschafft einen Überblick und gibt Orientierung, wo vielleicht vermehrte Unterstützung bei belastenden Tätigkeiten notwendig ist. Ein **Beispiel für einen Tagesplan** finden Sie unter:

www.interaktive-handlungshilfe.de/questionnaire/frage-8

Unterstützungsnetzwerk

Bei all diesen Überlegungen ist es auch hilfreich, eine Übersicht aller Unterstützer bzw. aller Entlastungsangebote zusammenzustellen und zu überlegen, wer oder was in welcher Situation helfen könnte.

Hierzu gehören:

- Familienmitglieder
- professionelle ambulante Pflegedienste
- Tages- bzw. Nachtpflegeeinrichtungen
- stundenweise Betreuung
- ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe
- Verhinderungspflege
- Beratungsstellen
- Angehörigengruppen
- aber auch und vor allem Angebote für das körperliche und seelische Wohlbefinden (Massage, Rückenschule, Yoga, Friseur, Freunde...)

Unterstützungsnetzwerk



Abb. 56: Unterstützungsnetzwerk

Ein Unterstützungsnetzwerk bei häuslicher Pflege könnte so aussehen. Grundsätzlich sollte in einem Pflegeunterstützungsnetzwerk immer eine Pflegeberatungsstelle sein.

*Wie sieht Ihr Netzwerk aus?
Und wie Ihr Wochenplan?*

Risiken der Angehörigenpflege

Die Pflege eines Angehörigen kann, wenn sie intensiv ist und über einen langen Zeitraum andauert, für die pflegenden Angehörigen sehr belastend sein. Manchmal geht sie auch über deren Belastungsgrenzen hinaus. Verschiedene Faktoren, wie z.B. die Doppel- oder Dreifachbelastung durch Beruf und Haushalt, durch Familie und die pflegebedürftige Person können dazu

beitragen. Auch finanzielle Belastungen, beengte Wohnsituationen, wenig Privatsphäre bzw. Zeit für sich, Schlafmangel und eine Einschränkung sozialer Kontakte mit nachfolgender Isolation gehören zu den Risikofaktoren. Nicht zuletzt können die ständige Konfrontation mit Krankheit oder Sterben bzw. die Auseinandersetzung damit über die Maße belasten.



Abb. 57

Überlastung kann sich in Form von Ungeduld oder Gereiztheit, dem Gefühl der Erschöpfung, durch Ängste, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, häufige Infekte, Rücken-, Gelenk- oder Kopfschmerzen, Herz- oder Magenbeschwerden, Suchterkrankungen, Bluthochdruck oder Depressionen bemerkbar machen.

Die Pflegenden nehmen diese Symptome zwar häufig bei sich wahr, sehen aber oft keinen Zusammenhang zu ihrer pflegerischen Tätigkeit oder keinen Weg aus der Überlastung. Nicht selten geben sie sich selbst die Schuld, den Pflegebedürftigen nicht noch besser versorgen zu können bzw. den Belastungen nicht besser gewachsen zu sein.





Abb. 58

Für sich selbst sorgen

Neben o.g. Unterstützungsangeboten können pflegende Angehörige versuchen, zur Entlastung Auszeiten für sich zu schaffen. Dies können kleine Pausen im Alltag sein, Spaziergänge, Musik hören, in eine Sport- oder Angehörigengruppe gehen, ein Bad nehmen oder einfach mal nichts tun.

Dazu sollte mindestens einmal pro Woche ein freier Nachmittag oder Abend geplant werden, an dem Freizeitaktivitäten mit dem Partner, den Kindern oder auch allein ausgeübt werden können.

Zur Sorge für sich selbst gehört auch der achtsame Umgang mit sich selbst. Was sagt Ihr Körper, was sagt Ihre Seele? Sind Sie müde, angespannt, genervt, traurig oder haben Schmerzen? Nehmen Sie sich ganz bewusst Zeit für sich selbst! Holen Sie sich Unterstützung aus Ihrem Netzwerk. Lassen Sie sich in Ihrer Pflegeberatungsstelle hierzu beraten. Sie müssen nicht alles alleine bewältigen!

Beratungen in der Pflegeberatungsstelle und eine Teilnahme an Pflegekursen können dazu beitragen, gelassener und kompetenter in schwierigen pflegerischen Situationen zu agieren und den Pflegebedürftigen besser zu versorgen. Durch sie können die Pflege und Betreuung des Pflegebedürftigen und auch die Zufriedenheit mit der eigenen Pflegeleistung verbessert werden.

Nicht zuletzt sind kleine Achtsamkeits- und Entspannungsübungen im Alltag hilfreich, immer wieder Abstand von belastenden Situationen zu gewinnen und sich zu entspannen. Hierzu finden Sie im Anhang einige Vorschläge.



Abb. 59

Pflegen lernen

Die Pflegekassen bieten in Zusammenarbeit mit Pflegediensten, Volkshochschulen oder Bildungsvereinen unentgeltlich Schulungen für pflegende Angehörige an. Hier werden Grundkenntnisse in Pflege, Wissen zu speziellen pflegerischen Themen und zum Umgang mit pflegebedürftigen Menschen vermittelt.

Außerdem bieten die Schulungen die Möglichkeit, sich mit anderen pflegenden Angehörigen auszutauschen und Kontakte zu pflegen. Durch sie sollen Folgeerkrankungen beim Pflegebedürftigen und eine Überforderung der pflegenden Angehörigen verhindert werden.

Die Kurse werden in verschiedenem Umfang und zu unterschiedlichen Themen, wie z.B. allgemeine Pflege oder „Demenz“, „Schlaganfall“,

„Multiple Sklerose“ oder „Diabetes“ angeboten. Sie bestehen meist aus 5 - 8 Kurseinheiten zu je 90 Minuten. Auf Wunsch können Schulungen auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

Informationen zu Pflegekursen

erhalten Sie:

- bei Ihrer Pflegekasse,
- beim Pflegenetz der Stadt Dresden www.pflegenetz.sachsen.de
- Diakonissenanstalt Dresden e.V.,
Patienteninformationszentrum:
Tel.: 0351 - 8101094
- Volkshochschule Dresden,
Tel.: 0351 - 2544011
- Sächsisches Umschulungs- und Fortbildungswerk; Tel.: 0351 - 422720

Beratungsangebote nutzen

Neben der Möglichkeit, Pflegekurse zu besuchen oder bei Pflegestützpunkten Beratung zu erhalten, können sich pflegende Angehörige auch bei den regelmäßig stattfindenden obligatorischen Beratungsbesuchen der Pflegekassen beraten lassen.

Diese werden meist durch ausgebildete Pflegekräfte durchgeführt. Sie finden bei Pflegegrad 1-2 halbjährlich statt, bei Pflegegrad 3-5 vierteljährlich in der Wohnung des Pflegebedürftigen statt. Diese Besuche dienen dazu, die Qualität der Pflege zu sichern und Pflegefehler zu vermeiden. Durch sie soll die pflegebedürftige Person optimal versorgt und mögliche Probleme gelöst werden. Sie können auch dazu beitragen, pflegende Angehörige vor körperlicher oder emotionaler Überlastung zu bewahren.

Die Beratungsbesuche sind kostenfrei, gleichzeitig aber auch verpflichtend. Falls sie vom Pflegebedürftigen bzw. dessen Angehörigen abgelehnt werden, kann das Pflegegeld gekürzt bzw. gestrichen werden.

Finanzielle Unterstützung

Angehörige eines pflegebedürftigen Familienmitgliedes können unter bestimmten Voraussetzungen finanzielle Ausgleichsleistungen von der Pflegekasse erhalten, wenn...

- die Pflege des Angehörigen nicht gewerbsmäßig durchgeführt wird.

- sie ohne Bezahlung erfolgt.
- der Pflegebedürftige mindestens Pflegegrad 2 hat.
- die Pflege mindestens 10 Stunden pro Woche im häuslichen Umfeld umfasst.
- der oder die Pflegende physisch und psychisch in der Lage ist, die Pflege zu übernehmen.
- die Wohnsituation eine Pflege zu Hause erlaubt (ggf. kann eine Wohnraumanpassung durchgeführt werden).

Die Pflegeleistungen der Angehörigen müssen, um von der Pflegekasse als solche anerkannt und finanziert zu werden, regelmäßig mindestens 2 Tage pro Woche erbracht werden.

Die Pflegeversicherung überweist das Pflegegeld an die Pflegebedürftigen, um die Pflege sicher zu stellen. Diese können es an die pflegenden Angehörigen weiterleiten. Ausführlichere Informationen zum Thema Pflegegeld erhalten Sie im Modul 6 „Finanzierung von Pflege“.

Finanzielle Unterstützung bei einem Umzug

Die Pflegekasse bezuschusst auch Kosten für einen Umzug, wenn hierdurch die Pflege eines Pflegebedürftigen sichergestellt bzw. verbessert wird. Dies gilt auch für einen Umzug ins Pflegeheim. Wichtig ist, den Antrag hierfür bei der Pflegekasse vor dem Umzug zu stellen!

Soziale Absicherung für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige, die o.g. Bedingungen erfüllen, haben darüber hinaus Ansprüche auf soziale Absicherung. Zu diesen gehören:

Rentenversicherung

Die Pflegeversicherung zahlt für pflegende Angehörige Beiträge zur Rentenversicherung. Dabei sollte die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sein.

Außerdem darf sie noch keine Vollrente beziehen und noch nicht die Regelaltersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung erreicht haben. Die Höhe der, von der Pflegeversicherung gezahlten Beiträge zur Rentenversicherung, richten sich nach dem Pflegegrad des Pflegebedürftigen nach den, von ihm bezogenen Leistungen (Pflegegeld, Kombinationsleistungen, ambulante Pflegesachleistungen).

Unfallversicherung

Pflegende Angehörige sind im Rahmen ihrer Pflege Tätigkeit automatisch und kostenfrei unfallversichert.

Es muss keine Anmeldung vorgenommen werden. Der Versicherungsschutz umfasst alle Tätigkeiten, die von der Pflegeversicherung als

pflegerische Maßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung anerkannt werden.

Die Unfallversicherung übernimmt Kosten für Arbeitsunfälle (**Beispiel 1 und 2**) oder Wegeunfälle.

Beispiel 1

Der Ehemann einer pflegebedürftigen Frau kocht Wasser, um einen Tee für seine Frau zuzubereiten. Er verbrüht seine Hand am heißen Wasser und erleidet in Folge starke Kontraktionen (Zusammenziehung der Muskeln und Sehnen).

Er benötigt mehrere Operationen und Physiotherapie. Die Kosten hierfür werden von der Unfallversicherung getragen, da es sich um einen Arbeitsunfall handelt.

Auch Unfälle, die durch die emotionale Unterstützung von mit Demenz erkrankten Personen zustande kommen, sind durch die Unfallversicherung versichert.

Beispiel 2

Ein an Demenz erkrankter Mann ist bei strömendem Regen in den Vorgarten gegangen.

Seine Ehefrau versucht ihn dazu zu bewegen, ins Haus zurück zu kehren. Sie rutscht dabei aus und bricht sich den Arm. Auch hier werden die Kosten von der Unfallversicherung getragen, da diese Unterstützung des Ehemannes als Pflege-tätigkeit gilt.

Pflegende Angehörige sind auch auf dem direkten Hinweg zur Wohnung des Pflegebedürftigen bzw. ihrem Heimweg versichert, wenn sie den zu Pflegenden in seiner eigenen Wohnung betreuen.

Beispiel 3

Die Tochter einer pflegebedürftigen Frau fährt mit dem Fahrrad zum Haus ihrer Mutter. Auf dem Weg dorthin gerät sie in die Straßenbahnschienen und stürzt. Sie erleidet schwere Kopfverletzungen und muss lange in einer Rehabilitationseinrichtung behandelt werden. Danach muss sie in einen anderen Beruf umgeschult werden.

Dieser Unfall gilt als Wegeunfall. Die Kosten für die medizinische und berufliche Rehabilitation hierfür übernimmt ebenfalls die Unfallversicherung.

Ehrenamtlich Pflegende, wie zum Beispiel Nachbarn oder Personen, die nur stundenweise die Pflege übernehmen sind ebenfalls automatisch über die Unfallversicherung versichert.

Hierbei spielt der Grad der Pflegebedürftigkeit keine Rolle. Dies bedeutet, dass Versicherungsschutz auch dann besteht, wenn der Pflegebedürftige keinen Pflegegrad besitzt. Voraussetzung ist dennoch, dass der zeitliche Aufwand der Pflege 10 Stunden pro Woche, auf mindestens 2 Tage verteilt umfasst.

Sachschäden werden normalerweise nicht von der Unfallversicherung übernommen. Ausgenommen hiervon sind Hilfsmittel, die direkt am Körper getragen werden und die beim Unfall beschädigt werden.

Hierzu gehören Prothesen, Brillen oder Hörgeräte des Geschädigten. Wege- bzw. Arbeitsunfälle sind unverzüglich durch einen sogenannten Unfallarzt zu begutachten.

Hier ist es sehr wichtig, dem Arzt mitzuteilen, dass der Unfall im Zusammenhang mit der pflegerischen Tätigkeit passiert ist. Die zuständige Unfallversicherung muss innerhalb von 3 Tagen informiert werden.

Unfallversicherungen beraten Pflegende ausführlich zur Vermeidung von Arbeits- bzw. Wegeunfällen im Zusammenhang mit pflegerischen Tätigkeiten.

Für Sachsen ist folgende Unfallkasse zuständig:

Unfallkasse Sachsen
Rosa-Luxemburg-Straße 17a, 01662 Meißen
Tel.: 03521 724-0
www.unfallkassesachsen.de

Arbeitslosenversicherung

Pflegende Angehörige, die ihre Berufstätigkeit aufgeben, um ein Familienmitglied zu pflegen, werden von der Pflegeversicherung für die Dauer ihrer Pfl egetätigkeit gegen Arbeitslosigkeit versichert.

Die Pflegeversicherung übernimmt die Versicherungsbeiträge und ermöglicht dem Pflegenden im Falle der Arbeitslosigkeit nach Abschluss der Pfl egetätigkeit einen Anspruch auf Arbeitslosengeld bzw. Leistungen der aktiven Arbeitsförderung.

Dies gilt auch für pflegende Angehörige, bei denen Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung auf Grund der Pflege unterbrochen werden.

Urlaubs- und Krankheitsvertretung (Verhinderungspflege)

Wenn eine Pflegeperson in Urlaub gehen möchte oder erkrankt und ihren Angehörigen vorübergehend nicht pflegen kann, übernimmt die Pflegekasse die Kosten für die notwendige Ersatzpflege (Verhinderungspflege).

Hierfür muss der oder die Pflegebedürftige den Pflegegrad 2 bis 5 aufweisen.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege besteht für maximal sechs Wochen im Jahr.

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Mit Hilfe von verschiedenen Regelungen wie die Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz, die kurzzeitige Arbeitsverhinderung und das Pflegeunterstützungsgeld können Beschäftigte ihren Beruf und die Pflege von Angehörigen vereinbaren.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung mit Pflegeunterstützungsgeld

In einer akuten Pflegesituation kann es nötig sein, schnell eine pflegerische Versorgung zu organisieren.

Hierfür können sich Angehörige für maximal 10 Arbeitstage von der Arbeit freistellen lassen. Sie müssen dies ihrem Arbeitgeber unverzüglich schriftlich mitteilen. Für die Freistellung ist kein Pflegegrad vorgeschrieben, jedoch muss eine Pflegebedürftigkeit vorliegen, die einem Pflegegrad von 1 entspricht.

Auf Verlangen des Arbeitgebers muss eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit der oder des Angehörigen sowie die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorgelegt werden.

Eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung können alle Beschäftigten in Anspruch nehmen - unabhängig von der Anzahl der bei der Arbeitgeberin oder beim Arbeitgeber Beschäftigten. Der Schutz in der Kranken-, Pflege-, Renten-, und Arbeitslosenversicherung bleibt bestehen.

Für o.g. Freistellung kann eine Lohnersatzleistung, das so genannte Pflegeunterstützungsgeld für maximal 10 Arbeitstage bei der Pflege- bzw.

Krankenkasse des Pflegebedürftigen beantragt werden. Es beträgt 90 % des ausgefallenen Nettolohnes.

Angehörigen wird hiermit geholfen, kurzfristig eine Pflege zu organisieren.

Wenn mehrere Angehörige eines Pflegebedürftigen ihren Anspruch auf Arbeitsverhinderung geltend machen, ist ihr gemeinsamer Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt zehn Arbeitstage begrenzt.

Das Pflegeunterstützungsgeld ist bei der Pflegekasse des pflegebedürftigen Angehörigen zu beantragen. Eine ärztliche Bescheinigung über die (voraussichtliche) Pflegebedürftigkeit muss auch hier vorgelegt werden.

Pflegezeit

Die „Pflegezeit“ wird berufstätigen pflegenden Angehörigen gewährt, wenn sie nahe Angehörige zu Hause pflegen. Sie umfasst 6 Monate und gilt bei einer Einstufung ab Pflegegrad 1.

Es handelt sich um eine vom Arbeitgeber nicht bezahlte, vollständige oder teilweise Freistellung. Der Arbeitgeber kann den Angestellten freistellen, muss aber nicht, wenn betriebliche

Gründe dagegensprechen. Der Lohnverlust, der durch die Pflegezeit entsteht, können pflegende Angehörige durch ein zinsloses Darlehen des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) ausgleichen.

3 Monate Freistellung zur Begleitung eines sterbenden Angehörigen

Wenn ein Familienmitglied in der letzten Lebensphase begleitet werden soll, kann sich ein pflegender Angehöriger 3 Monate vollständig oder teilweise freistellen lassen. Dies ist auch möglich, wenn die Versorgung in einem Hospiz oder einer anderen stationären Einrichtung stattfindet.

Für die Freistellung ist keine Einstufung in einen Pflegegrad notwendig. Das Ziel der Freistellung ist, eine Möglichkeit zu schaffen, mit der sterbenden Person gemeinsame Zeit zu verbringen.

Pflege und Arbeit: Familienpflegezeit

Manche Angehörigen möchten weiter in Teilzeit arbeiten, während sie ihren Angehörigen pflegen. Sie haben einen Anspruch auf die Familienpflegezeit.

Sie können sich 24 Monate bei einer Mindest-

arbeitszeit von 15 Stunden pro Woche für die häusliche Pflege freistellen lassen.

Der Arbeitgeber muss 10 Tage vor Beginn der Pflegezeit schriftlich über die Pflegezeit, deren Umfang und Zeitraum und über die geplante Verteilung der Arbeitszeiten informiert werden.

Der Arbeitgeber muss dem Wunsch auf Freistellung entsprechen, es sei denn wichtige betriebliche Gründe sprächen dagegen. Die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen muss durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen werden.

Pflegezeit und Familienpflegezeit können kombiniert werden, wenn sie nahtlos aneinander anschließen. Sie werden insgesamt für höchstens 24 Monate gewährt. Angestellten kann während der Pflege- bzw. Familienpflegezeit nur in Ausnahmefällen gekündigt werden.

Nur Arbeitnehmer in Betrieben mit mehr als 26 Mitarbeitern haben einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit. In kleineren Betrieben ist eine Einigung auf freiwilliger Basis mit dem Arbeitgeber anzustreben.

Beendigung der Pflegezeit vor Ablauf des vereinbarten Zeitraumes

Die vereinbarte Freistellung (Pflegezeit) kann normalerweise nur mit der Zustimmung des Arbeitgebers vorzeitig beendet werden.

Wenn die pflegebedürftige Person verstirbt oder in ein Pflegeheim geht oder die Pflege für den pflegenden Angehörigen nicht mehr zumutbar ist, kann dieser seine Arbeit mit einer Übergangsfrist von 4 Wochen wiederaufnehmen.

Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung während einer Freistellung

Wenn eine Freistellung für die Pflege eines Angehörigen angestrebt wird, ist es wichtig, sich vorher über die Kranken-, Pflege- oder Rentenversicherung zu informieren. Nicht immer bleibt der Versicherungsschutz hier bestehen.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Versicherungsschutz bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung besteht weiter, wenn diese mit dem

Arbeitgeber vertraglich vereinbart wird.

Wenn dies nicht der Fall ist, muss sich der oder die pflegende Angehörige ggf. über die Familienversicherung des Partners versichern lassen. Alleinstehende müssen sich hier selbst versichern!

Pflege-, Familienpflegezeit und Sterbebegleitung

Bei Pflege- oder Familienpflegezeit sowie bei Sterbebegleitung ist der Versicherungsschutz vom Einkommen des Pflegenden abhängig. Bei einem Einkommen von mehr als 450 Euro pro Monat ist der Pflegende automatisch in der Kranken-, Pflege- und Rentenkasse versichert.

Bei weniger als 450 Euro Einkommen im Monat gilt die gleiche Regelung wie bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung. Hier ist die Versicherung über den Partner oder eine freiwillige Versicherung notwendig. Bei einer freiwilligen Versicherung können bei der Pflegeversicherung des pflegebedürftigen Zuschüsse beantragt werden.

Damit die sich Freistellungszeiten nicht negativ auf die Rentenhöhe auswirken, ist es wichtig,

sich vor Beginn der Freistellung mit der Rentenversicherung in Verbindung zu setzen. Pflegezeiten werden von der Rentenversicherung als relevant für die Rentenhöhe anerkannt und es können in diesen Zeiten weiterhin Rentenpunkte gesammelt werden.

Reha und Kur

Pflegende Angehörige sind durch die Pflege und Betreuung eines Angehörigen besonders belastet. Deswegen haben sie ein Recht auf stationäre Rehabilitation. Aber wie kann es mit einem pflegebedürftigen Angehörigen in Kur gehen?

Kurzzeitpflege ist eine Möglichkeit, um sich eine Auszeit von mehreren Wochen zu gönnen. Allerdings möchten sich manche Angehörigen nicht vom Pflegebedürftigen trennen. Deswegen bieten mittlerweile verschiedene Rehaeinrichtungen die Möglichkeit, den Angehörigen mitzubringen. Eine Reha (Kur) wird im Allgemeinen beim Hausarzt beantragt.

Dieser muss die Belastungssituation bzw. die gesundheitlichen Auswirkungen der Pflege auf den Angehörigen bzw. die hieraus resultieren-

den Erkrankungen bescheinigen. Eine Reha (Kur) dauert im Allgemeinen 3 Wochen. Das Recht auf Reha für pflegende Angehörige ist im „Pflege-Neuausrichtungsgesetz“ verankert. Die Kostenträger für eine Reha sind die Krankenkassen, die Rentenversicherung, die Unfallversicherung oder das Sozialamt.

Grundsätzlich steht allen älteren Menschen nach einem Unfall oder einer Krankheit eine Reha bzw. Kur zu, wenn hierdurch bewirkt werden kann, dass sie in ihrer gewohnten Umgebung bleiben bzw. aktiv am Leben teilnehmen können. Reha-Angebote für ältere Menschen werden als „geriatrische“ Reha bezeichnet.

Sie können ambulant (hier gehen Sie nur zu bestimmten Stunden zu einer Behandlung), teilstationär (hier sind Sie den ganzen Tag in der Einrichtung und abends zu Hause) oder stationär (hier übernachten Sie in der Reha-Einrichtung) durchgeführt werden.

Auch pflegebedürftige Personen können rehabilitative Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit erhalten.

Bibliographie

Gesundheit für pflegende Angehörige:

www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/alles-fuer-pflegende-angehoerige/hilfe-fuer-pflegende-angehoerige-13922

www.beim-pflegen-gesund-bleiben.de/wp-content/uploads/2011/11/broschuere_praevention-erkrankungen_pflegende-angehoerige.pdf

www.wege-zur-pflege.de/start.html

Beratungsbesuche:

www.pflegenetz.sachsen.de/pflegeberatung.html

Tagesplan:

www.interaktive-handlungshilfe.de/questionnaire/frage-8

Wissen für pflegende Angehörige:

<https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/alles-fuer-pflegende-angehoerige/hilfe-fuer-pflegende-angehoerige-13922>

Prävention gegen Erkrankungen für pflegende Angehörige:

http://www.beim-pflegen-gesund-bleiben.de/wp-content/uploads/2011/11/broschuere_praevention-erkrankungen_pflegende-angehoerige.pdf

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf:

www.bundesgesundheitsministerium.de/leistungen-der-pflege/vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf.html

Angehörigenpflege:

www.pflegenetz.sachsen.de

Rehabilitation für pflegende Angehörige:

www.pflege-durch-angehoerige.de/reha-fuer-pflegende-angehoerige/

Versicherungen während der Pflegezeiten:

www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/alles-fuer-pflegende-angehoerige/vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf-10918

Unfallversicherung:

www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a401-unfallversicherung-pflege.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 © Kzenon/shutterstock.com
Abbildung 2 © Karelnope/shutterstock.com
Abbildung 3 © Kudla/shutterstock.com
Abbildung 4 © Wavebreakmedia/shutterstock.com
Abbildung 5 © Ifong/shutterstock.com
Abbildung 6 © Craevschii Family/shutterstock.com
Abbildung 7 © udra11/shutterstock.com
Abbildung 8 © Photographee.eu/shutterstock.com
Abbildung 9 © Andrey_Popov/shutterstock.com
Abbildung 10 © photka/shutterstock.com
Abbildung 11 © Mladen Zivkovic/shutterstock.com
Abbildung 12 © goodluz/shutterstock.com
Abbildung 13 © Cozine/shutterstock.com
Abbildung 14 © Monkey Business Images/shutterstock.com
Abbildung 15 © Yuganov Konstantin/shutterstock.com
Abbildung 16 © Robert Kneschke/shutterstock.com
Abbildung 17 © Monkey Business Images/shutterstock.com
Abbildung 18 © ArToro/shutterstock.com
Abbildung 19 © Rocketclips, Inc./shutterstock.com
Abbildung 20 © Chinnapong/shutterstock.com
Abbildung 21 © Gligatron/shutterstock.com
Abbildung 22 © Liderina/shutterstock.com
Abbildung 23 © Monkey Business Images/shutterstock.com
Abbildung 24 © Photographee.eu/shutterstock.com
Abbildung 25 © Photographee.eu/shutterstock.com
Abbildung 26 © Ljupco Smokovski/shutterstock.com
Abbildung 27 © mrmohock/shutterstock.com
Abbildung 28 © SeventyFour/shutterstock.com
Abbildung 29 © LightField Studios/shutterstock.com
Abbildung 30 © Bosnian/shutterstock.com
Abbildung 31 © Monkey Business Images/shutterstock.com
Abbildung 32 © Sira Anamwong/shutterstock.com
Abbildung 33 © kotikoti/shutterstock.com
Abbildung 34 © Photographee.eu/shutterstock.com
Abbildung 35 © Andrew Angelov/shutterstock.com
Abbildung 36 © 9nong/shutterstock.com
Abbildung 37 © Photographee.eu/shutterstock.com
Abbildung 38 © Peter Titmuss/shutterstock.com

Abbildung 39 © Daisy Daisy/shutterstock.com
Abbildung 40 © Monkey Business Images/shutterstock.com
Abbildung 41 © Barabasa/shutterstock.com
Abbildung 42 © Halfpoint/shutterstock.com
Abbildung 43 © Dmytro Zinkevych/shutterstock.com
Abbildung 44 © Agenturfotografin/shutterstock.com
Abbildung 45 © BlurryMe/shutterstock.com
Abbildung 46 © Medizinischer Dienst der Krankenkasse, 2018
Abbildung 47 © Africa Studio/shutterstock.com
Abbildung 48 © VGstockstudio/shutterstock.com
Abbildung 49 © BaanTaksinStudio/shutterstock.com
Abbildung 50 © U.J. Alexander/shutterstock.com
Abbildung 51: Finanzierung der Pflege/ eigene Grafik
Abbildung 52 © Christian Delbert/shutterstock.com
Abbildung 53: Pflegegrade/ eigene Grafik
Abbildung 54 © Robert Kneschke/shutterstock.com
Abbildung 55 © Chompoo Suriyo/shutterstock.com
Abbildung 56: Unterstützungsnetzwerk
Abbildung 57 © ESB Professional/shutterstock.com
Abbildung 58 © Iakov Filimonov/shutterstock.com
Abbildung 59 © Monkey Business Images/shutterstock.com

Tabelle 1: Vor- und Nachteile Häusliche vs. Stationäre Versorgung

Tabelle 2: Übersicht zu Leistungskomplexen am Beispiel des Bundeslandes Sachsen (Leistungskomplexsystem im Freistaat Sachsen ab 01.08.2019)

Tabelle 3: Auszug zu Inhalten der Leistungskomplexe 1 und 14 (Leistungskomplexsystem im Freistaat Sachsen, Stand 01.08.2019)

Tabelle 4: Beispiel eines Pfl egetagebuchs (angelehnt an Pfl egetagebuch der Deutschen Familienversicherung, <https://www.deutsche-familienversicherung.de/pflege/pflegezusatzversicherung/ratgeber/>)

