

Demenz bei gehörlosen Senioren

- Eine Handreichung -



**Komplett überarbeitete Auflage
mit aktuellen Informationen
zum Pflege neu ausrichtungsgesetz**

Stand: Februar 2014

Impressum

Herausgegeben von:
Deutsche Arbeitsgemeinschaft für
Evangelische Gehörlosenseelsorge e. V.
Ständeplatz 18, 34117 Kassel

Druck: Druckerei Pachnicke, Göttingen

Titelfoto: Helge Kuhn

Kassel, im März 2014

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Vorwort	2
2. Grundhaltung zu dementen Menschen	3
3. Umgang mit demenzbetroffenen Gehörlosen im näheren sozialen Umfeld	5
4. Demenz - ein Überblick	7
5. Informationen zur Pflegeversicherung (Stand: 01.01.2013)	17
6. Kommunikation mit demenzerkrankten gehörlosen Menschen	31
7. Umgang mit demenzerkrankten gehörlosen Menschen	34
8. Entlastung von gehörlosen Angehörigen	40

Anhang

Pflegetagebuch

Zeitorientierungswerte für die MDK-Begutachtung

1. Vorwort

Der Fachausschuss „Seniorenarbeit“ der DAFEG hat sich seit 2009 mit dem Thema Demenz bei gehörlosen Senioren beschäftigt und eine Handreichung entwickelt, welche jetzt in zweiter überarbeiteter Auflage erscheint.

Aufgrund der demographischen Entwicklung unserer Gesellschaft erleben wir auch in der gehörlosen Bevölkerung, in unseren Vereinen, Gemeinden und Einrichtungen verstärkt dementiell veränderte gehörlose Senioren. Vielfach bemerken wir, dass andere Gehörlose nicht mit dem Erscheinungsbild bzw. dem Verhalten demenzerkrankter Gehörloser umgehen können. Dies hat unterschiedliche Ursachen. Zum einen ist das Wissen um diese Erkrankung noch nicht sehr verbreitet unter Gehörlosen und ihren Angehörigen. Zum anderen haben Hörende wie Gehörlose mit dem veränderten Auftreten demenzerkrankter Menschen große Schwierigkeiten und wissen nicht, wie sie dem begegnen können.

Der Fachausschuss hat sich darum auf den Weg gemacht, eine Handreichung für betroffene Gehörlose und ihre Familien, Mitarbeitern in Einrichtungen für gehörlose Senioren, Vorstände von Gehörlosen-Vereinen und -Gemeinden und Menschen, die Kontakt zu Gehörlosen, haben zu erstellen.

Sie finden in dieser Handreichung verständliche Beschreibungen der Krankheitsbilder sowie Hilfestellungen für Betroffene und ihre Familien. Wir haben versucht, in verständlicher Sprache Möglichkeiten aufzuzeigen, wie wir mit den Auswirkungen von Demenz besser umgehen und einen besseren Zugang zu dementen gehörlosen Menschen erreichen können.

Die Handreichung wurde mit Blick auf das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (gültig ab 01.01.2013) nicht nur um die gesetzlichen Veränderungen ergänzt, sondern komplett überarbeitet. **Hier sind Inhalte verschiedener Broschüren von Fachverbänden und Bundesministerien in verständlicher Sprache aufbereitet.**

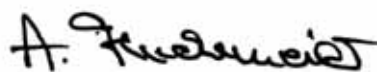
Die gesetzlichen Änderungen sind im Text **rot gekennzeichnet**.

Diese Broschüre erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, daher sind wir allen, die diese Handreichung lesen, für Anregungen dankbar.

Kassel, Februar 2014



1. Vorsitzender
(Fachausschuss)



2. Vorsitzende
(Fachausschuss)

2. Grundhaltung zu dementen Menschen

Jeder Mensch ist ein Geschöpf Gottes und hat seine unveräußerliche Würde.

Der Wert eines Menschen ist nicht zu messen an seiner Fähigkeit, sich an die Gesellschaft anzupassen und in ihr zu funktionieren; vielmehr ist es die Aufgabe der Gesellschaft / Gemeinde, den Menschen aufzunehmen und ihm zu gestatten, dazu zu gehören.

Gehörlose haben ihre eigene Sprache und Kultur; sie leben in einer hörenden Gesellschaft, unterscheiden sich aber deutlich von ihr.

Gehörlose mit Demenz weichen noch stärker von dem ab, was die Gesellschaft gewohnt ist. Sie funktionieren nicht wie erwartet.

Wir betrachten gehörlose Menschen mit Demenz als Teil der menschlichen Vielfalt.

Die Forderung nach Inklusion gilt auch für demente Gehörlose. Inklusion bedeutet Teilhabe aller an der Gesellschaft ohne Druck zur Anpassung. Gehörlose mit Demenz können und sollen nicht „normal“ werden; die Gesellschaft muss sich auf den Weg machen und lernen, wie sie mit dementen Gehörlosen umgehen kann.

Für Hörende und auch Gehörlose erscheinen viele Handlungen dementer Gehörloser unsinnig oder sinnlos. Sie können uns nicht in ihrer Sprache erklären, welchen Zweck ihr Tun hat.

Das bedeutet aber nicht, dass das Handeln keinen Grund oder Sinn hat. Hörende und Gehörlose müssen auf demente Gehörlose zugehen, weil sie sich nicht an unsere Logik anpassen können. Wir sollten versuchen zu verstehen, bevor wir auf eine Handlung eines dementen Gehörlosen reagieren.

Wenn wir von Inklusion gehörloser Menschen mit Demenz sprechen, stellt sich die Frage, was geben uns diese Menschen? Sie machen es uns schwer, mit ihnen umzugehen. Denn Menschen mit Demenz reagieren unmittelbar und sehr direkt. Sie reagieren außerdem oft sehr emotional, weil Menschen mit Demenz ein Gefühl oft noch am längsten ausdrücken können. Das sind wir nicht gewohnt.

Die Teilhabe gehörloser Menschen an unserer Gesellschaft ist durch kommunikative und kulturelle Barrieren eingeschränkt. Die Symptome der Demenz verstärken dies. Ein Mensch, der nicht gut sprechen kann und vieles vergisst, ist doppelt ausgeschlossen, geradezu unverständlich sowohl in Sprache und Verhalten.

Hinzu kommt ein zweiter Aspekt. Mit dem Abbau des Gedächtnisses der jüngeren Zeit treten Ereignisse und Erfahrungen der Vergangenheit stärker in den Vordergrund. Traumatisierungen und Minderwertigkeitsgefühle, die im weiteren Leben überwunden schienen, prägen wieder das Bewusstsein und leiten das Handeln.

Ältere Gehörlose haben in ihrer Kindheit und Jugend häufig die Erfahrung gemacht, falsch verstanden, nicht beachtet oder bevormundet zu werden. Mit einer Demenz wird diese Basiserfahrung verstärkt.

Die Erfahrung, sich nicht verständlich machen zu können, kann in ein doppeltes „Verstummen“ führen, welches die dementielle Entwicklung beschleunigen kann.

Im Zusammenleben von Menschen mit und ohne Demenz sowie von Demenz verschiedener Formen in der Familie und in einer Einrichtung können in Anlehnung an das Konzept zur Erhaltung und Erzeugung von Gesundheit (Salutogenese¹) drei Überzeugungen hilfreich sein, um Angehörigen und Pflegekräften das gemeinsame Leben mit dementen Gehörlosen zu erleichtern:

- a) zu verstehen, warum sich die hörende oder gehörlose Angehörige oder Bewohnerin so verhält,
- b) die Überzeugung, dass es ihm / ihr mit und trotz Demenz gut gehen kann und er / sie sich wohl fühlen kann,
- c) die innere Sicherheit, auch eine negative Entwicklung als Teil des Lebens bewältigen zu können.

Die christliche Sicht auf einen gehörlosen Menschen mit Demenz erleichtert so auch den pflegenden Angehörigen die Erkenntnis der Veränderung des vertrauten Menschen, indem er ihn auch nach Verlust vieler Fähigkeiten in den guten Händen Gottes weiß.

¹ Vgl. Jürgen Bengel, Regine Strittmatter & Hildegard Willmann: "Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert". Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2001

3. Umgang mit demenzbetroffenen Gehörlosen im näheren sozialen Umfeld

Viele gehörlose Menschen treffen sich gerne untereinander und genießen es zusammen, zu sein. Oft werden lange Fahrten in Kauf genommen, weil Gehörlose zum Teil sehr weit voneinander entfernt wohnen. Sie können sich nur selten, in regelmäßigen Abständen sehen. Außerhalb der Treffen werden Kontakte per Fax, SMS, E-Mail, Chat, Skype oder Bildtelefon gepflegt.

Gehörlose haben in ihrem sozialen Umfeld auch immer Begegnungen mit Hörenden, in der Nachbarschaft, in der Familie, am Arbeitsplatz, im Dorf oder in der Stadt. Treffen Hörende und Gehörlose aufeinander, können Hemmungen, Ängste und Zweifel im Umgang miteinander entstehen. „Hat er mich verstanden?“, „Muss ich lauter sprechen?“ „Soll ich noch einmal wiederholen?“ Missverständnisse entstehen häufig und ohne Absicht. Oft fehlt der nötige Mut, Gespräche zu beginnen und zu führen – bei Gehörlosen und bei Hörenden, auf beiden Seiten. Deshalb tauscht man sich vielleicht über möglichst einfache und kurze Themen aus: „Wie geht es Dir?“, „Alles in Ordnung?“ Selten vertiefen sich Themen. Ein zufriedenstellender Kontakt ist durch die kommunikative Barriere nur schwer möglich.

Für gehörlose Menschen kann dadurch beispielsweise ein Gehörlosenverein eine wichtige Rolle spielen. Es treffen sich viele Gehörlose, die sich in ihrer eigenen Sprache verständigen können. Kontakte können direkt aufgebaut und gehalten werden. Gehörlose unterhalten sich, haben Spaß miteinander, es gibt keine kommunikativen Barrieren. Es wird rege diskutiert, Sorgen und Probleme werden besprochen. Unbeschwerte Kommunikation mit nur wenigen Missverständnissen oder Wiederholungen. Hier blühen die Gehörlosen in ihrer Kommunikationsform der Gebärdensprache auf. Es werden Veranstaltungen und Feste im Verein angeboten wie Karneval, Jubiläumsfeiern, Weihnachts- und Osterfeste und Gottesdienste verschiedener Konfessionen. Info-Abende werden organisiert, wie z.B. Kofo-Veranstaltungen zu bestimmten Themen aus Gesellschaft, Politik und Weltgeschehen.

Und was passiert, wenn eine gehörlose Person dement wird? Wie sieht ein guter Umgang mit demenzbetroffenen Gehörlosen aus? Die Kommunikation und ein guter Kontakt mit dementen Gehörlosen sind doppelt erschwert, erstens durch die Gehörlosigkeit (unter Hörenden) und zweitens durch die Demenz.

Tritt zusätzlich eine Demenz bei einem gehörlosen Menschen auf, verändert sich das Verhalten, die Kommunikation und der Kontakt. Im ersten Moment verwirren uns diese Veränderungen. Eine gehörlose demente Person wird beispielsweise zunehmend aufdringlich oder sitzt nur noch still in der Ecke. Sie trägt im Sommer Winterkleidung, pflegt und wäscht sich nicht mehr. Die Kommunikation wirkt auffällig anders. Immer wieder werden die gleichen Gebärden wiederholt „stimmt, stimmt, stimmt ...“. Oder es zeigen sich Gebärdenlücken, es

wird durcheinander und unverständlich gebärdet oder es werden Selbstgespräche geführt. Es ist auch möglich, dass plötzlich die Lautsprache mehr verwendet wird, weil die gehörlose Person in der Kindheit nur Lautsprache und keine Gebärden benutzen durfte. Da das Langzeitgedächtnis bei Demenz länger funktioniert als das Kurzzeitgedächtnis, kann ein Demenzkranker in die Vergangenheit zurückfallen. Insgesamt ist die gehörlose Person viel schwerer zu verstehen.

Angehörige, Freunde und Bekannte sind häufig mit diesen Veränderungen überfordert. Sie wissen nicht, wie sie mit den Betroffenen umgehen sollen. Trotzdem ist es wichtig, dass demente Gehörlose weiterhin besucht und unterstützt werden. Es ist wichtig für den Krankheitsverlauf und für die Betroffenen, dass weiterhin soziale Kontakte gepflegt werden.

Deshalb sind Informationen über Demenz sehr wertvoll, besonders für die direkt Beteiligten.

Wie bei Hörenden so auch bei Gehörlosen ist das Thema „Demenz“ kein Tabuthema mehr. Gehörlose sind z.B. durch eine Demenz-Erkrankung in der eigenen Familie, eigener Eltern über die Krankheit informiert. Es gibt eine allgemeine Kenntnis über das Krankheitsbild. Im Fernsehen, in Zeitschriften und anderen Medien wird darüber berichtet. Ebenfalls werden Info-Abende und Kofo's in Gehörlosenvereinen angeboten. Ein Erfahrungsaustausch untereinander findet statt.

Diese Informationen und dieser Austausch sind sehr hilfreich und schenken den Beteiligten im Umgang mit Demenz und im Verstehen der Krankheit mehr Sicherheit. Es bleibt eine wichtige Aufgabe über Demenz zu informieren und zu berichten. Dadurch können viele Betroffene und Beteiligte Unterstützung erhalten, um einen guten Weg mit Demenz zu finden.

4. Demenz – ein Überblick

4.1 Was ist eine Demenz?

Bei einer Demenz verliert ein Mensch nach und nach seine geistigen Fähigkeiten. Das Denken, Erinnern, Orientieren und Verknüpfen von Denkinhalten fällt immer schwerer und geht zum Schluss völlig verloren. Alltägliche Dinge können nicht mehr eigenständig durchgeführt werden.

Demenz ist nicht nur eine „einfache“ Gedächtnisstörung. Denn auch die Orientierung und die Sprache können verloren gehen. Das Verhalten, das Erleben und die eigene Wahrnehmung eines Menschen mit Demenz verändern sich.

Demenz ist ein dauerhafter und fortschreitender Prozess. Von einer Demenz spricht man, wenn die Symptome *länger als 6 Monate* andauern. Demenz unterscheidet sich deshalb von einem akuten Verwirrtheitszustand (Delir), einer Depression oder akuten Gedächtnisstörungen.

Nicht jeder, der vergesslich wird, ist dement.

Eine Demenz kann viele unterschiedliche Ursachen haben. Die Ursache kann eine Erkrankung im Gehirn (**primäre** = ursprüngliche Demenz) oder außerhalb des Gehirns (**sekundäre** = nachfolgend durch andere Krankheiten entstandene Demenz) sein.

Bei Erkrankungen im Gehirn sterben Nervenzellen oder die Verbindungen zwischen Nervenzellen durch Eiweißablagerungen (ca. 60-65 % aller Fälle) oder durch eine gestörte Durchblutung im Gehirn ab (ca. 20-30 % aller Fälle). Manchmal liegt auch eine Kombination aus Beidem vor.

In diesem Fall kann die Demenz nicht geheilt werden. Nur die begleitenden Symptome (z.B. Aggressivität, Unruhe) können behandelt werden.

Bei anderen Grunderkrankungen oder Erkrankungen außerhalb des Gehirns (s. 4.3 sekundäre Demenzen) kann die Grunderkrankung oft behandelt werden. Die Demenz und die Symptome gehen teilweise oder ganz zurück.

Es gibt viele verschiedene Demenzen, z.B. die Alzheimer-Demenz, die Vaskuläre Demenz, Frontotemporale Demenz und viele weitere Demenzformen.

4.2 Wer bekommt eine Demenz?

Jeder kann an Demenz erkranken. Die Wahrscheinlichkeit nimmt im Alter zu, ca. 30 % aller Menschen über 90 Jahren haben eine Demenz. Man kann aber auch in jüngeren Jahren eine Demenz (z.B. eine frontotemporale Demenz) bekommen. Dies ist eher selten.

Es gibt Möglichkeiten, den Zeitpunkt vielleicht etwas zu verzögern oder den Verlauf bzw. die Symptome zu verbessern:

Wenn Ihnen etwas auffällt, gehen Sie rechtzeitig zum Arzt. Eine frühzeitige Behandlung kann den Verlauf verbessern und die Situation für Betroffene und Angehörige erleichtern.

Menschen, die geistig aktiv sind (Zeitung lesen, Gespräche mit der Familie oder Freunden über aktuelle Themen, Briefe oder Faxe schreiben, etc.) und sich gesund ernähren, können einen kleinen Teil dazu beitragen.

4.3 Formen der Demenz

**Es gibt viele verschiedene Demenzen.
Hier sind die häufigsten Demenz-Formen beschrieben.**

Die verschiedenen Demenzformen haben unterschiedliche Ursachen und benötigen verschiedene Betreuungs- und Behandlungsangebote.

Alzheimer-Demenz

Die häufigste Form der Demenzerkrankungen ist die Alzheimer-Demenz. Bei dieser Krankheit werden Nervenzellen und Nervenzellkontakte zerstört. Das ist ein langsam fortschreitender Prozess, der bei *jedem* unterschiedlich verläuft.

Es sind vor allem die Teile des Gehirns betroffen, die für das Denken, die Sprache und die Orientierung wichtig sind.

Vor allem das Gedächtnis funktioniert nicht mehr wie sonst: die betroffene Person kann aktuelle Termine oder das, was gerade passiert ist, nicht mehr erinnern.

Die zeitliche, räumliche und situative Orientierung ist gestört: die dementiell veränderte Person verliert das Gefühl für die Tageszeit, findet bekannte Wege nicht mehr oder weiß nicht, wo z.B. die Toilette in der eigenen Wohnung befindet.

Sie kann außerdem nicht mehr einschätzen, warum bestimmte Ereignisse oder Gespräche stattfinden.

Die (Gebärden-)Sprache und das (Gebärden-)Sprachverstehen verändern sich: der betroffene gehörlose Mensch vergisst Gebärden, kann sich nicht mehr so gut ausdrücken, findet die Worte/Gebärden nicht und hat Schwierigkeiten, Gebärden zu erkennen und zu verstehen, was sie bedeuten.

Das Denken und das Urteilsvermögen (z.B. Entscheidungen treffen, eine Meinung äußern) sind immer stärker eingeschränkt. Die betroffene Person kann sich auch in seiner Person verändern.

Vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz ist die zweithäufigste Demenzform. Ursache sind Durchblutungsstörungen im Gehirn. Durch mal besser oder mal schlechter durchblutete Gehirnregionen sind die Symptome unterschiedlich stark: Es kann sein, dass der Betroffene manchmal „gesund“ wirkt, dann aber wieder heftige Ausfälle hat. Es kann auch zu Symptomen wie bei einem Schlaganfall kommen.

Frontotemporale Demenz (Morbus Pick)

Bei der frontotemporalen Demenz findet ein Abbau von Nervenzellen zuerst im Stirn- und Schläfenbereich (Fronto-Temporal-Lappen) des Gehirns statt. Von hier aus werden vor allem Gefühle und Sozialverhalten kontrolliert.

Der Betroffene verändert sich zuerst sehr stark in seiner Persönlichkeit und seinem zwischenmenschlichem Verhalten. Anzeichen könnten ungewohnte Aggressivität, Taktlosigkeit, maßloses Essen oder völlige Teilnahmslosigkeit sein.

Erst später kommen andere Symptome dazu: Die (Gebärden-) Sprache verändert sich, Gebärden / Worte werden anders gebärdet oder nicht mehr verstanden, der Betroffene wird vergesslich.

Die ersten Symptome (Persönlichkeits-/Verhaltensänderung) werden oft mit anderen Krankheiten verwechselt. Diese Demenzform wird deshalb erst sehr spät erkannt. Die frontotemporale Demenz beginnt häufig früher als eine Alzheimer-Demenz, meistens schon mit dem 50. oder 60. Lebensjahr.

Lewy-Körper-Demenz

Die Lewy-Körperchen-Demenz (oder *Lewy-Body-Demenz*) ähnelt der Alzheimer-Krankheit sehr stark, wodurch sind sie schwer voneinander zu unterscheiden sind.

Der Betroffene hat eine fortschreitende Gedächtnisstörung. Meist treten auffällige schnelle Schwankungen der geistigen Fähigkeiten und der Wachsamkeit im Tagesverlauf auf. Ein typisches Symptom sind anhaltende, optische Halluzinationen: die Betroffenen sehen Menschen oder größere Tiere, die in Wirklichkeit nicht vorhanden sind.

Bei einigen Betroffenen treten typische Parkinson-Symptome auf wie z.B. Zittern der Hände in Ruhe (Tremor), erhöhte Muskelsteifigkeit (Rigor), vornüber gebeugtes, kleinschrittiges Gangbild und verlangsamte Bewegungen (Akinese). Deshalb ist es schwierig, die Lewy-Body-Demenz von einer Parkinson-Krankheit zu unterscheiden.

Korsakow-Syndrom

Das Korsakow-Syndrom ist eine schwere, chronische Schädigung des Gehirns. Betroffen sind vor allem Hirnregionen, die für das Gedächtnis und die Regulierung von Gefühlen zuständig sind.

Die häufigste Ursache ist ein jahrelanger übermäßiger Alkoholkonsum. Die Symptome des Korsakow-Syndroms können aber auch nach einer Infektion (z.B. Enzephalitis = *Gehirnentzündung*) oder schweren Kopfverletzungen auftreten.

Die betroffenen Menschen können keine neuen Informationen mehr speichern. Entstandene Gedächtnislücken werden oft unbewusst mit frei erfundenen Geschichten aufgefüllt.

Oft ist auch die Gefühls-Wahrnehmung und Gefühls-Äußerung verändert. Menschen mit Korsakow-Syndrom können distanzlos, unangemessen heiter oder völlig apathisch sein. Eine selbständige Lebensführung ist kaum mehr möglich.

Sekundäre Demenzen

Bestimmte Erkrankungen können zu sekundären Demenzen führen: z.B. Stoffwechselstörungen, Schilddrüsenerkrankungen, ein Mangel an Vitamin B12, Alkoholismus oder andere chronische Vergiftungen und Infektionskrankheiten wie Hirnhautentzündungen, AIDS oder die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit.

Bei erfolgreicher Behandlung der Grunderkrankungen können sich die Gedächtnisstörungen zurückbilden. Es können aber Langzeitschäden zurück bleiben.

4.4 Mögliche Hinweise auf eine Demenz

Bei Demenzkranken nimmt nicht nur das Erinnerungsvermögen ab, sondern auch die Fähigkeit, klar zu denken und Zusammenhänge zu erfassen. Häufig ändert sich das Verhalten grundlegend.

Treten einige der nachfolgenden Symptome auf, sollte der Betroffene von einem Arzt untersucht werden.

Vergesslichkeit mit Auswirkung auf die Arbeit und das tägliche Leben:

Die meisten Menschen vergessen ab und an Namen oder Termine. Häufen sich diese Vorfälle und treten außerdem unerklärliche Verwirrheitszustände auf, kann das ein Zeichen für eine Verminderung der Gedächtnisleistung sein.

Schwierigkeiten mit gewohnten Handlungen:

Menschen, die viel zu tun haben, sind manchmal zerstreut und vergessen z.B. den Topf auf dem Herd. Menschen mit Demenz vergessen evtl. aber nicht nur den Topf auf dem Herd, sondern auch, dass sie gekocht haben.

Sprachprobleme:

Die meisten Menschen haben manchmal Schwierigkeiten damit, die richtigen Worte zu finden. Menschen mit Demenz fallen aber oft einfache Worte nicht mehr ein, oder sie benutzen Gebärden die inhaltlich nicht passen. Dadurch werden die Sätze schwer verständlich.

Räumliche und zeitliche Orientierungsprobleme:

Bei vielen Menschen kommt es ab und an vor, dass sie z.B. Wochentage vergessen oder sich in einer fremden Umgebung verlaufen. Bei Menschen mit Demenz kann es passieren, dass sie in der eigenen Straße stehen und nicht mehr wissen wo sie sind, wie sie dorthin gekommen sind und wie sie wieder nach Hause gelangen.

Eingeschränkte Urteilsfähigkeit:

Nicht immer wählen Menschen die dem Wetter entsprechende Kleidung. Bei Menschen mit Demenz ist aber die gewählte Kleidung manchmal völlig unangebracht. Sie tragen z.B. einen Bademantel beim Einkaufen oder mehrere Blusen an einem heißen Sommertag übereinander.

Probleme mit dem abstrakten Denken:

Für viele Menschen ist es eine Herausforderung, ein Konto zu führen. Menschen mit Demenz können aber oft weder Zahlen einordnen noch einfache Rechnungen durchführen.

Liegenlassen von Gegenständen:

Ab und an lässt fast jedes Mal den Schlüssel oder das Portemonnaie liegen. Bei Menschen mit Demenz kommt es jedoch vor, dass sie Gegenstände an völlig unangebrachte Plätze legen, wie z.B. Schmuck in den Kühlschrank oder eine Uhr in die Zuckerdose. Im Nachhinein wissen sie nicht mehr, wohin sie die Gegenstände gelegt haben.

Stimmungs- und Verhaltensänderungen:

Stimmungsänderungen kommen bei allen Menschen vor. Menschen mit Demenz können aber in ihrer Stimmung sehr plötzlich schwanken, oft ohne erkennbaren Grund.

Persönlichkeitsänderungen:

Im Alter verändert sich bei vielen Menschen die Persönlichkeit ein wenig. Bei Menschen mit Demenz kann aber eine sehr ausgeprägte Persönlichkeitsänderung plötzlich oder über einen längeren Zeitraum hinweg auftreten. Jemand, der normalerweise freundlich ist, wird z.B. unerwartet ärgerlich, eifersüchtig oder ängstlich.

Motivationsverlust:

Menschen arbeiten nicht fortlaufend mit der gleichen Motivation. Demenzkranke verlieren jedoch den Schwung bei ihrer Arbeit und das Interesse an ihren Hobbys manchmal vollständig, ohne Freude an neuen Aufgaben zu finden.

4.5 Verlauf einer Alzheimer-Demenz

Da die Alzheimer-Demenz die häufigste Demenzform ist, wird diese hier genauer erklärt.

Häufig beginnt die Erkrankung mit dem Vergessen von Ereignissen, die vor kurzer Zeit geschehen sind. Vergangenes und prägende Ereignisse aus der Kindheit bleiben lange erhalten. Es ist wichtig, diese Erinnerungen lebendig zu halten.

Auch wenn Denken und Erinnern nicht mehr funktionieren, bleiben die Gefühle erhalten. Der an Demenz erkrankte Mensch versteht nicht, was und warum ein Angehöriger etwas sagt oder gebärdet, aber reagiert unmittelbar auf Mimik und Körpersprache.

Beginn einer Demenz	Merkmale / Symptome	Gefühle des Betroffenen
	<p>Störungen des Kurzzeitgedächtnisses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termine/Gespräche/Namen werden vergessen • Ständiges Suchen nach Gegenständen (Schlüssel, Geld sind „gestohlen“) • Mehrfaches Einkaufen der gleichen Lebensmittel • Verdorbene Lebensmittel im Kühlschrank <p>Orientierungsschwierigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Weg nach Hause oder zum Arzt wird nicht mehr gefunden • „Welcher Tag ist heute?“ • Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen <p>Gewohnte Tätigkeiten fallen schwer</p>	<p>Verunsicherung</p> <p>Verharmlosung</p> <p>Verleugnung</p> <p>Schieben der Schuld auf Andere</p> <p>Angst / Scham</p> <p>Rückzug</p> <p>Stimmungsschwankungen</p>

Verlauf einer Demenz	Merkmale / Symptome	Gefühle des Betroffenen
	<p>Starke Verwirrtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tag- und Nacht wird verwechselt • Verlust des allgemeinen Zeitgefühls • Familienangehörige / Bekannte werden nicht mehr erkannt • Zunehmende Vergesslichkeit (auch was schon länger zurück liegt) • Zunehmende Desorientierung • Unkontrollierte Gefühle <p>Wahrnehmungs-/ Sprachstörungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gegenstände werden nicht mehr erkannt • Worte können nicht mehr gefunden / ausgesprochen werden • Gesprochenes wird nicht mehr verstanden <p>Verlust von Selbständigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alltägliche Tätigkeiten sind kaum mehr möglich • Körperpflege wird vernachlässigt, Hilfe wird nötig • Kontrollverlust der Blase <p>Änderung des gewohnten Verhaltens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Starke Unruhe • Aggression • Wahnhafte Züge <p>Leben in der Vergangenheit</p>	<p>Rückzug in die eigene Welt</p> <p>„Alles ist mir unbekannt“</p> <p>Angst / Unsicherheit</p> <p>Unruhe / Rastlosigkeit</p> <p>Wut / Aggression</p>
Fortgeschrittene Demenz	Merkmale / Symptome	Gefühle des Betroffenen
	<p>Starker Abbau des Denkens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Starke Wahrnehmungsstörungen • Sprechen kaum mehr möglich • Sprache verstehen kaum mehr möglich <p>Betroffener benötigt Hilfe bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • alltäglichen Dingen (Kochen, Waschen, Anziehen) • Essen / Trinken • Gehen • Körperpflege • Toilettengang <p>Anfälligkeit für Infektionen</p>	<p>„Abtauchen“ in eine eigene Welt</p> <p>Starke Stimmungsschwankungen</p> <p>Große Ängste</p> <p>Gefühle werden spontan und ungeniert geäußert</p>

4.6 Was können Sie tun?

Wenn ein Mensch (Angehöriger, Bekannter, Freund) sich verändert, immer wieder das Gleiche erzählt, Sie beschuldigt, ihn bestohlen zu haben, er immer launischer und unberechenbarer wird, sich immer mehr zurückzieht und sich anders als sonst verhält, können das Anzeichen einer Demenz sein.

Sprechen Sie miteinander – mit dem Betroffenen, mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden.

Hinweise zur Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten

Gedächtnis- oder Denkstörungen können unterschiedliche Ursachen haben. Nicht immer ist das eine Demenz. Es ist sinnvoll, zu prüfen, ob eine andere Krankheit oder Krankheitszustände vorliegen. Denn eine andere Krankheit kann vielleicht behandelt werden.

Andere Krankheiten oder Krankheitszustände können z.B. eine Schilddrüsenunterfunktion, Abfluss-Störungen der Hirnrückenmarksflüssigkeit (Altershirndruck), Vitaminmangel, zu wenig Flüssigkeit (Dehydratation), Nebenwirkung oder Wechselwirkung von Medikamenten, etc. sein.

Die medizinische Diagnose kann von einem Hausarzt oder einem Facharzt gestellt werden. Es gibt nur wenige gebärdensprachkompetente oder gehörlose Ärzte. Ist der behandelnde Arzt nicht gebärdensprachkompetent, sollten gehörlose Menschen unbedingt einen Gebärdensprachdolmetscher dabei haben. So können Fehldiagnosen vermieden werden.

Bei einer fortgeschrittenen Demenz wird die Diagnosestellung über einen Gebärdensprachdolmetscher schwierig. Denn der demenzerkrankte Gehörlose versteht den Dolmetscher u.U. nicht mehr. Auch der Dolmetscher kann vielleicht nicht alle Gebärden des Gehörlosen gut verstehen. Denn der demenzerkrankte Gehörlose kann sich oft nicht mehr gut in Gebärdensprache ausdrücken. **Es kann sein, dass der Arzt also keine genaue Diagnose stellen kann. Aber er kann eine Einschätzung der möglichen Krankheit aufschreiben.**

Es gibt verschiedene Untersuchungen und Tests, um eine Demenz festzustellen oder auszuschließen. Außerdem können einige Demenz-Symptome, z.B. Unruhe, Aggressivität, Depressivität, etc. behandelt werden.

Bitte informieren Sie sich bei Ihrem Haus- oder Facharzt, einer Beratungsstelle für Hörgeschädigte oder in den Broschüren, die wir Ihnen hier aufgeschrieben haben.

Informieren Sie sich:

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Kostenlose Broschüren:

- „Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit - Ein kompakter Ratgeber“
- „Alzheimer – was kann ich tun? Erste Hilfen für Betroffene“

Kostenloses Herunterladen verschiedener Informationsblätter

Internetadresse:

www.deutsche-alzheimer.de

Bundesministerium für Gesundheit

Kostenlose Broschüren:

- „Wenn das Gedächtnis nachlässt – Ratgeber von der Diagnose bis zur Betreuung“

Kostenloses Herunterladen verschiedener Informationen

Internetadresse:

www.bmg.bund.de / Stichwort „Pflege“

Patientenleitlinien

Ausführliche Informationen unter www.patientenleitlinien.de

5. Informationen – Pflegeversicherung (Stand: 01.01.2013)

5.1 Antrag für eine Pflegestufe und zusätzliche Betreuungsleistungen

1. **Fordern Sie den Antrag per Fax oder Telefon bei der Pflegekasse an. Die Pflegekasse schickt den Antrag mit der Post.**

Anmerkung: Ihre Pflegekasse ist unter der gleichen Adresse und Tel./Faxnummer wie Ihre Krankenkasse zu erreichen.

2. **Mit dem Formular können Sie eine Pflegestufe und zusätzliche Betreuungsleistungen bei Demenz beantragen.**

Anmerkung: Sie können mit dem Antrag auch nur die zusätzlichen Betreuungsleistungen beantragen. Mehr dazu unter Punkt 5.2.3.

3. **Füllen Sie den Antrag aus und senden ihn an die Pflegekasse zurück.**

Anmerkung: Hilfe beim Ausfüllen erhalten Sie bei einer Beratungsstelle oder Ihrer Pflegekasse.

4. **Wenn Sie einen Gebärdensprachdolmetscher für die Begutachtung (s. 6.) benötigen, schreiben Sie dies mit in den Antrag.**

Anmerkung: Sollte der Dolmetscher an dem vorgegebenen Termin keine Zeit haben, bitten Sie Ihren Dolmetscher, sich mit dem MDK in Verbindung zu setzen und einen neuen Termin zu vereinbaren.

5. **Führen Sie, wenn möglich, für ein paar Tage ein Pflagetagebuch.**

Anmerkung: Schreiben Sie eine Woche lang auf, welche Hilfen und wie viel Hilfe Sie brauchen². Beschreiben Sie, welche Schwierigkeiten Sie haben, z.B. beim Waschen, Anziehen oder beim Toilettengang.

Wichtig ist vor allem, dass Sie Hilfe bei der Körperpflege benötigen.

² Hierfür können Sie das Pflagetagebuch nutzen (s. Anlage).

6. Die Pflegekasse beauftragt den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkasse), um Ihre Pflegebedürftigkeit einzuschätzen.

Ein Gutachter des MDK sendet Ihnen innerhalb weniger Wochen einen Begutachtungstermin.

Dieser findet bei Ihnen zuhause oder in der Einrichtung statt, in der Sie leben.

➔ Anmerkung: Nach Antragstellung muss die Pflegekasse Ihnen innerhalb von 2 Wochen einen Pflegberatungs-Termin anbieten.

7. Bereiten Sie sich auf die Begutachtung vor.

Anmerkung: Lassen Sie sich von Ihrem Hausarzt und Facharzt die aktuellen Diagnosen, Krankenhausberichte und Medikamentenliste geben.

Legen Sie sich auch das ausgefüllte Pflegetagebuch oder die Pflegedokumentation des Pflegedienstes bereit.

Holen Sie sich bei Bedarf Unterstützung von einer Beratungsstelle.

8. Bitten Sie eine Vertrauensperson oder Ihren Pflegedienst, bei der Begutachtung dabei zu sein.

Anmerkung: Die Vertrauensperson oder der Pflegedienst können hilfreich sein und dem Gutachter zusätzliche Informationen geben (aktuelle Pflegesituation, welche Hilfe wird benötigt, Probleme, etc.)

9. Der Gutachter wird Ihnen Fragen stellen über Ihre Gesundheit und welche Hilfe Sie brauchen und danach Ihre Pflegebedürftigkeit einschätzen. Das Gutachten wird er schriftlich bei der Pflegekasse vorlegen.

Anmerkung: Verharmlosen oder beschönigen Sie nicht den Pflege- und Betreuungsaufwand, sondern beschreiben Sie Ihren Pflegealltag, wie er tatsächlich ist. So erhält der Gutachter einen guten Einblick.

10. Nach spätestens 5 Wochen muss die Pflegekasse einen Bescheid über die Pflegeeinstufung schicken.

Anmerkung: Mit dem Bescheid über die Pflegeeinstufung wird auch das Gutachten / Mitschrift mitgeschickt. Lesen Sie sich das Gutachten gut durch. Überlegen Sie, ob alles vom Gutachter so aufgeschrieben wurde, wie Sie es in der Begutachtung gesagt haben.

11. Legen Sie Widerspruch ein, wenn die Pflegestufe abgelehnt wurde oder Sie der Meinung sind, es liegt eine höhere Pflegestufe vor.

Anmerkung: Vor allem im Zusammenhang mit einer Demenz wird der Hilfebedarf unterschätzt: denn der dementiell gehörlose Mensch ist vielleicht körperlich noch gut zurecht, braucht aber Erklärungen in Gebärdensprache (z.B. richtige Reihenfolge beim Ankleiden, benutzen von Seife, Waschlappen und Handtuch bei der Körperpflege, etc.). **Gebärdensprache beim Pflegen braucht zusätzlich Zeit.**

12. Bei Widerspruch findet eine zweite Begutachtung statt.

Anmerkung: Das Zweitgutachten muss in jedem Fall von einem anderen Gutachter erstellt werden.

13. Führt auch das Zweitgutachten nicht zu einer Pflegestufe, können Sie beim Sozialgericht eine Klage einreichen.

Anmerkung: Sozialgerichtsverfahren sind für Versicherte und Leistungsempfänger kostenlos. Unterstützung bei einer Klage erhalten Sie über die Rechtsantragsstellen des Sozialgerichtes oder auch über den Sozialverband VdK Deutschland.

14. Statt einer Klage beim Sozialgericht können Sie auch zu jedem Zeitpunkt einen Neuantrag oder einen Antrag auf Höherstufung stellen.

Anmerkung: Dies ist sinnvoll, wenn seit der ersten Begutachtung schon längere Zeit her ist oder die Pflegebedürftigkeit zugenommen hat. Einen Neuantrag können Sie auch während des laufenden Widerspruchsverfahrens stellen.

5. 2. Welche Leistungen gibt es?

5.2.1 Häusliche Pflege

Es gibt drei verschiedene Leistungsformen der Pflegeversicherung:

a) Geldleistung

Sie werden durch Angehörige, Nachbarn oder Freunde versorgt.

Pflegegeld	Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
ab 01.01.2012	-	235 €	440 €	700 €
ab 01.01.2013	120 €	305 €	525 €	700 €

Bei Pflegestufe I und II:

2x im Jahr muss ein Pflegedienst zu Ihnen nach Hause kommen.

Der Pflegedienst berät Sie kostenlos und schaut, ob Sie Ihre Pflegestufe weiter brauchen. Er schickt eine Bestätigung an Ihre Pflegekasse.

Bei Pflegestufe III:

4x im Jahr muss ein Pflegedienst zu Ihnen nach Hause kommen.

➔ **Pflegegeld für Menschen mit Demenz ohne Pflegestufe**
(Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz)

Pflegestufe	0
ab 01.01.2013	120 €

Zusätzlich dazu gibt es die zusätzlichen Betreuungsleistungen (s. 5.2.3).

b) Sachleistung

Die Pflegekraft eines ambulanten Dienstes kommt zu Ihnen nach Hause.

Der Pflegedienst rechnet mit der Pflegekasse ab.

Die Pflegekasse übernimmt monatlich an Kosten für Pflegedienst -Einsätze:

Pflegestufe (ambulant)	0	1	2	3
ab 01.01.2012	-	450 €	1.100 €	1.550 €
ab 01.01.2013	225 €	665 €	1.250 €	1.550 €

➔ **Sachleistungen für Menschen mit Demenz**
(Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz)

Pflegestufe	0
ab 01.01.2013	225 €

Zusätzlich dazu gibt es die zusätzlichen Betreuungsleistungen (s. 5.2.3).

➔ **Zeitkontingent**

Sie können anstatt *einer* festgelegten Leistung (z.B. Grundpflege) eine *bestimmte Zeit* buchen, in der verschiedene kleinere Leistungen erbracht werden.

Der Vorteil ist hier, dass der Mensch mit Demenz besser nach seinem Bedarf versorgt werden kann.

Bez. des Zeitkontingents fragen Sie bitte bei Ihrem Pflegedienst nach.

c) Kombinationsleistung

Sie werden von einem Pflegedienst und von Ihrer Familie, etc. gemeinsam versorgt. D. h., Sie bekommen einen Anteil des Pflegegeldes (Geldleistung).

Dies wird individuell berechnet, je nach Bedarf und Wunsch.

5.2.2 Ergänzende Leistungen der häuslichen Pflege

a) Verhinderungspflege

Wenn die Person, die Sie pflegt, in Urlaub fahren möchte oder krank wird, bekommen Sie Geld für eine ***zusätzliche (Ersatz-) Pflege zuhause***. (§ 39 SGB XI)

Verhinderungspflege		
seit 01.01.2012	1.550 €	pro Jahr 28 Tage

Ersatzpflege kann von einer nahestehenden Person oder von einem Pflegedienst durchgeführt werden.

Wird die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson übernommen, die mit Ihnen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert oder mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebt, wird die Verhinderungspflege jedoch nur in Höhe des jeweiligen Pflegegeld-Anspruchs bezahlt.

Verhinderungspflege kann auch ***stundenweise*** in Anspruch genommen werden z.B. weil die Pflegeperson bei einem Besuch mit Freunden entspannen möchte.

Bei der **Kombination von privater Pflegekraft und professionellem Dienst** rechnet der professionelle Pflegedienst wie sonst auch direkt mit der Pflegekasse ab. Die private Pflegekraft erhält pro geleisteten Pflegetag den entsprechenden Teil des Pflegegeldes.

Für die Zeit der Verhinderungspflege wird anteilig Pflegegeld weitergezahlt.

Voraussetzung für Verhinderungspflege:

Die Pflegeperson pflegt Sie schon seit mindestens sechs Monaten.

➔ Verhinderungspflege für Menschen mit Demenz ohne Pflegestufe

Verhinderungspflege		
ab 01.01.2012	-	
ab 01.01.2013	1.550 €	pro Jahr 28 Tage

b) Kurzzeitpflege

Neben der Verhinderungspflege kann zusätzlich **Kurzzeitpflege** (§ 42 SGB XI) in einer anerkannten Pflegeeinrichtung in Anspruch genommen werden.

Sie haben erst ab Pflegestufe 1 einen Anspruch auf Kurzzeitpflege.

Sie kann ohne besondere Begründung in Anspruch genommen werden, z.B. bei Urlaub von Pflegepersonen; zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege; übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in

Kurzzeitpflege		
seit 01.01.2012	1.550 €	pro Jahr 28 Tage

Die Pflegekasse bezahlt hiermit nur die Kosten für die Pflege.

Die restlichen Kosten (Verpflegung, Raummiete) müssen selbst bezahlt werden.

Sowohl die Leistungen der Verhinderungspflege als auch der Kurzzeitpflege **müssen nicht am Stück, sondern können über das Jahr verteilt genommen werden.**

Die Leistungen der Kurzzeitpflege können sofort - ohne Wartezeit - in Anspruch genommen werden.

Für die Zeit der Kurzzeitpflege wird anteilig Pflegegeld weitergezahlt.

Sie können in einem Jahr Verhinderungspflege *und* Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen.

c) Teilstationäre Pflege (Tagespflege und Nachtpflege)

Wenn die Pflegeperson berufstätig ist oder nachts nicht schlafen, gibt es die Möglichkeit der Tages- oder Nachtpflege (§41 SGB XI).

Die Tages-/Nachtpflege kann mit der ambulanten Sachleistung kombiniert werden. Es besteht ein 150 %-iger Anspruch.

(Beispiel: 100 % Tagespflege + 50 % Sachleistung durch einen Pflegedienst)

Pflegestufe	1	1	2	3
seit 01.01.2012	-	450 €	1.100 €	1.550 €

Die Pflegekasse bezahlt hiermit die Kosten für die Pflege und Betreuung.

Die restlichen Kosten (Verpflegung, Unterkunft) müssen selbst bezahlt werden.

5.2.3 Besondere Leistungen bei Demenz

Auch, wenn ein Mensch körperlich noch gut zurecht ist, kann es sein, dass der Alltag trotzdem nicht mehr alleine zu bewältigen ist und der Mensch mit Demenz einen besonderen Hilfebedarf hat.

Dann können Sie zusätzliche Leistungen bei der Pflegekasse beantragen, auch wenn noch keine Pflegestufe 1 vorhanden ist oder bewilligt wird.

Hier sind alle Leistungen für Menschen mit Demenz zusammengefasst:

a) Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45a SGB XI (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz)

Menschen mit Demenz haben häufig einen besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf.

Menschen, die an Demenz erkrankt sind und noch keine Pflegestufe haben, können diese Leistung beantragen.

Menschen mit Demenz, die eine Pflegestufe haben, können die Betreuungsleistungen ebenfalls bekommen (zusätzlich zur Pflegestufe).

Betreuungsleistungen		
Grundbetrag	100 €	pro Monat
Erhöhter Betrag	200 €	pro Monat

Dies wird (wie bei einer Pflegestufe) durch den MDK geprüft.

Der Betrag steht ausschließlich für niedrigschwellige Angebote zur Verfügung, z.B. Besuchsdienst zuhause, Betreuungscafés oder Tagespflege.

Der Betroffene muss die Leistung (z.B. einen Besuchsdienst) zunächst selbst bezahlen. Die Quittungen werden dann bei der Pflegekasse eingereicht und das Geld zurück erstattet.

Voraussetzung: Es müssen mindesten zwei dieser Punkte zutreffen (davon mindestens ein Punkt aus der Kategorie 1.-9.):

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

b) Leistungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) seit 01.01.2013

- ➔ Menschen mit Demenz bekommen nun Geld- bzw. Sachleistungen auch dann, wenn noch keine Pflegestufe vorliegt (§ 123 SGB XI)
- ➔ Menschen mit Demenz mit Pflegestufe I und II erhalten nun höhere Geld- bzw. Sachleistungen (§ 123 SGB XI).
- ➔ Neu ist die **häusliche Betreuung** (§124 SGB XI). Sie ist ein zusätzlicher Teil der Pflegesachleistung. Menschen mit einer Demenz können nun verschiedene Hilfen über die Pflegesachleistung erhalten:
 - Unterstützung bei Aktivitäten
 - Kommunikation und den Erhalt sozialer Kontakte
 - Gestaltung des Alltags (Spaziergehen, Vorlesen)

Bez. der häuslichen Betreuung fragen Sie bitte bei Ihrem Pflegedienst nach.

- ➔ Neu ist außerdem das **Zeitkontingent**. Sie können anstatt *einer* festgelegten Leistung (z.B. Grundpflege) eine *bestimmte Zeit* buchen, in der verschiedene kleinere Leistungen erbracht werden.

Der Vorteil ist hier, dass der Mensch mit Demenz besser nach seinem Bedarf versorgt werden kann.

Bez. des Zeitkontingents fragen Sie bitte bei Ihrem Pflegedienst nach.

5.2.4 Vollstationäre Pflege

Für den Umzug in ein Heim brauchen Sie fast immer eine **Pflegestufe**. Eine **Heimnotwendigkeitsbescheinigung** brauchen Sie in jedem Fall.

Sie beantragen Beides bei Ihrer Pflegekasse. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft die Notwendigkeit und erstellt diese Bescheinigungen.

Es kann sein, dass der MDK die Pflegestufe ablehnt. Trotzdem ist es möglich, dass der Kostenträger (Sozialamt) entscheidet, dass bei Ihnen doch eine Heimnotwendigkeit besteht.

Pflegestufe (stationär)	2008	2010	seit 2012
1	1.023 €	1.023 €	1.023 €
2	1.279 €	1.279 €	1.279 €
3	1.470 €	1.510 €	1.550 €
Härtefall	1.750 €	1.825 €	1.918 €

Für Menschen mit Demenz in einer Einrichtung gibt es **zusätzliche Betreuungskräfte (qualifiziert nach §87 b SGB XI)**.

Diese Betreuungskräfte werden **zusätzlich** zum Pflege- und Betreuungspersonal für Einzelbetreuung eingesetzt.

5.3 Pflegestufen

Definition „Pflegebedürftigkeit“ (nach § 14 SGB XI):

Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen und mindestens Pflegestufe 1 festgestellt wurde.

Nach § 15 SGB XI wird der Grad der Pflegebedürftigkeit in drei Stufen eingeteilt:

Pflegestufe I:

Die unterste Pflegestufe I erhält nur jemand, der **mindestens 1 x täglich für 1 ½ Stunden Hilfe bei der Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung** benötigt.

Es müssen dabei mind. 46 Min. auf die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität entfallen. Wer die Pflegestufe I nicht bekommt, kann (bei geringem Einkommen) Leistungen der Sozialhilfe beantragen oder muss die Kosten für eine Pflegekraft selbst bezahlen.

Pflegestufe II:

Die Pflegestufe II erfordert einen Pflegebedarf **3 x täglich** zu unterschiedlichen Tageszeiten und **zusätzlich hauswirtschaftliche Versorgung** von zusammen **mindestens 3 Stunden täglich**. Der Hilfebedarf in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität muss hier mindestens zwei Stunden täglich betragen.

Pflegestufe III:

Die Pflegestufe III sieht einen **Pflegebedarf am Tag und in der Nacht** und hauswirtschaftliche Versorgung von zusammen **mindestens 5 Stunden täglich** vor, wovon mindestens 4 Stunden auf die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität entfallen müssen.

Seit der Änderung der Begutachtungsrichtlinien wird verlangt, dass der nächtliche Bedarf jede Nacht vorliegt. In der Regel dauert für den medizinischen Dienst die Nacht von 22 bis 6 Uhr. Gesetzeskommentare weisen allerdings darauf hin, dass die persönlichen Gewohnheiten bestimmen, wann die Nacht beginnt und endet.

Härtefall:

Selten wird ein Härtefall anerkannt. Hierzu muss ein Pflegeaufwand von mindestens 7 Stunden täglich bestehen, wovon mindestens 2 Stunden in der Nacht anfallen müssen.

Pflegestufe	Beschreibung	Mindestzeitaufwand	a) Geldleistung b) Sachleistung c) vollstationär (pro Monat)
I	Erheblich Pflegebedürftige bedürfen bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich Hilfe und benötigen zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.	1,5 Std. täglich	a) 305 € b) 440 € c) 1023 €
II	Schwerpflegebedürftige bedürfen bei der Körperpflege, der Ernährung oder Mobilität mindestens drei Mal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe und benötigen zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.	3 Std. täglich	a) 525 € b) 1250 € c) 1279 €
III	Schwerstpflegebedürftige bedürfen bei der Körperpflege, der Ernährung oder Mobilität täglich rund um die Uhr (auch nachts) Hilfe und benötigen zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.	5 Std. täglich	a) 700 € b) 1550 € c) 1550 €

Stand: 01.01.2013

Anmerkung:

Zu welcher Pflegestufe Sie gehören, stellt der Medizinische Dienst der Krankenkassen in einem Gutachten fest.

Vor allem psychisch kranke oder demenzkranke Menschen machen nicht den Eindruck, dass sie krank sind. Äußerlich wirken sie gesund, obwohl sie eigentlich schon viel Hilfe und Pflege brauchen. Deshalb wird hier ein Antrag auf eine Pflegestufe oft abgelehnt.

Genauere Informationen erhalten Sie auch bei Ihrer Pflegekasse.

Die Zeitorientierungswerte finden Sie im Anhang an diese Handreichung.

5.4 Hilfsmittel

5.4.1 Pflegehilfsmittel

Verbrauchsmaterialien wie z.B. Einmalhandschuhe oder Betteinlagen werden von der Pflegekasse mit max. 31 € pro Monat erstattet.

5.4.2 Technische Hilfsmittel

Technische Hilfsmittel wie z.B. einen Bade-Lifter oder Rollator / Gehstock / Rollstuhl müssen vom Hausarzt verordnet werden. Die Krankenkasse bezahlt.

Hilfsmittel wie z.B. ein Pflegebett, das die Pflege erleichtert, muss nicht verordnet werden, sondern wird direkt von der Pflegekasse zur Verfügung gestellt.

5.4.3 Wohnungsanpassung

Die Pflegekasse bezahlt (unabhängig von einer Pflegestufe) **bis zu 2.557 €** für Anpassungsmaßnahmen in der Wohnung, die die Pflege erleichtern.

➡ Auch Menschen **ohne** Pflegestufe können diese Leistung beantragen.

Diese Maßnahmen müssen beantragt werden, **bevor** die Wohnungsanpassung vorgenommen wird.

Mögliche Maßnahmen sind:

- Türverbreiterung
- Einbau von Rampen
- Umbau des Badezimmers
- Ein- / Umbau von Möbeln
- Treppen-Lift

Anmerkung: Der Treppen-Lift erfordert in jedem Fall eine Zuzahlung, dass die Kosten weit über 2.557 € liegen können (je nach Treppe).

Informieren Sie sich:

Bundesministerium für Gesundheit

Kostenlose Broschüren:

- „Ratgeber Pflege – Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen“
- „Pflegen zuhause – Ratgeber für die häusliche Pflege“

Kostenloses Herunterladen verschiedener Informationen

Internetadresse:

www.bmg.bund.de / Stichwort „Pflege“

Landesstelle pflegende Angehörige

Kostenlose Broschüre:

„24 Fragen zum Thema Häusliche Pflege“ (Stand: 2013)

Internetadresse:

www.lpfa-nrw.de

Kostenpflichtige Broschüre

- „Dazugehören – Türen öffnen zu hörgeschädigten Menschen mit Demenz – Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Pflegenden“
Zu bestellen unter www.kda.de. Kosten: 9,80 €

Patientenverfügung, Vollmacht:

- Patientenverfügung für Gehörlose (PDF-Datei)
- Beiheft zur Patientenverfügung mit Einleitung und Erklärungen (PDF-Datei)
- DVD mit Gebärdenvideos (als Kopie anfragen)

Internetadresse:

www.gebaerdenkreuz.de

6. Kommunikation mit demenzerkrankten gehörlosen Menschen

**Kommunikation
mit demenzerkrankten gehörlosen Menschen**
Kontaktaufnahme

Achten Sie auf eine ruhige Umgebung.

Der Demenzkranke kann sich dann besser auf Sie konzentrieren.

**Nehmen Sie Blickkontakt auf
oder berühren Sie die Person ganz leicht.**

Die Person weiß nun, dass Sie sich mit ihr unterhalten möchten.

**Stehen/sitzen Sie auf Augenhöhe
mit Ihrem Gesprächspartner.**

Ihr Gesprächspartner hat das Gefühl von Gleichwertigkeit.

**Gebärden Sie den Namen der Person,
bevor Sie ein Gespräch beginnen.**

Die Person hat ein gutes und vertrautes Gefühl,
weil Sie ihren Namen kennen.

**Achten Sie darauf, ob eine Brille gebraucht wird
und ob diese sauber ist.**

Der Demenzkranke erkennt ihre Gebärden ohne Brille nicht.

Versuchen Sie, entspannt und freundlich zu bleiben.

Sie sind wie ein Spiegel: Sind sie entspannt,
entspannt sich auch der Demenzkranke.

Vermeiden Sie einen gestressten oder ungeduldigen Gesichtsausdruck.

Ihr Stress überträgt sich schnell auf den Demenzkranke
und das Gespräch.

**Kommunikation
mit demenzerkrankten gehörlosen Menschen**
Sprache und Artikulation

Gebärden Sie in kurzen und einfachen Sätzen.

Wenn der Satz zu lang ist, weiß der Demenzkranke manchmal nicht mehr, was am Anfang gebärdet wurde.

Passen Sie sich an die Gebärden des Demenzkranken an.

Ältere Gehörlose benutzen oft eigene (Haus-) Gebärden.

Benutzen Sie keine Fremdwörter oder Dialekte.

Der Demenzkranke wird unsicher, wenn es ihm zu kompliziert wird.

Geben Sie nicht zu viele Informationen auf einmal.

Der Demenzkranke kann nicht mehr so viel aufnehmen.

Gebärden Sie ein bisschen langsamer.

Geben Sie Ihrem Gesprächspartner Zeit, Ihre Gebärden zu verstehen.

Das Gehirn arbeitet nicht mehr so schnell und so gut wie früher.

Wiederholen Sie noch einmal, was Sie gebärdet haben, wenn er Sie nicht verstanden hat.

Ihr Gesprächspartner fühlt sich ernst genommen, wenn Sie sich bemühen, ihm alles gut zu erklären.

Benutzen Sie vielleicht andere Gebärden/Wörter, wenn er Sie nicht verstanden hat.

Probieren Sie aus, was Ihr Gesprächspartner am besten versteht.

Gebärden Sie immer wieder, worüber Sie sprechen.

Im Gespräch vergisst Ihr Gesprächspartner oft das Thema des Gesprächs.

**Kommunikation
mit demenzerkrankten gehörlosen Menschen**
Verhalten während des Gesprächs

Nehmen Sie den Menschen so an, wie er ist.

Der Demenzerkrankte kann sein Verhalten nicht ändern. Aber Sie!

Behandeln Sie den Demenzerkrankten wie einen erwachsenen Menschen.

Ein Demenzerkrankter verhält sich oft anders, als Sie es gewohnt sind. Respektieren Sie ihn, auch wenn er sich „komisch“ verhält.

Lachen Sie nicht über den Erkrankten oder sein Verhalten.

Der Demenzerkrankte spürt dies sofort und ist beschämt. Er fühlt sich missverstanden und nicht ernst genommen.

Nehmen Sie sich Zeit für ein persönliches Gespräch.

Die Zeit die Sie Ihrem Gegenüber schenken, wird ihm gut tun. In dieser gemeinsamen Zeit fühlt er sich gut aufgehoben.

Unterhalten Sie sich mit Ihrem Gegenüber in kleiner Runde.

Er verliert sonst schnell den Überblick. Ein persönliches Gespräch ist meist ruhiger und für ihn angenehmer.

Vermeiden Sie schwierige Fragen oder Fragen mit „Warum“.

Der Demenzerkrankte kann Fragen nicht mehr gut beantworten.

**Wenn Ihr Gesprächspartner noch gut lesen kann,
schreiben Sie auf, was Sie meinen.**

Das Schreiben kann die Gebärden unterstützen.

**Wenn Sie über Personen oder Gegenstände sprechen,
zeigen Sie darauf.**

Es ist einfacher für ihn, zu verstehen, wenn das sehen/fühlen kann.

Akzeptieren Sie, wenn Ihr gegenüber das Gespräch abbricht.

Ein Demenzerkrankter fühlt sich schnell überfordert oder ist unruhig. Er kann sich nicht so lange konzentrieren.

7. Umgang mit demenzerkrankten gehörlosen Menschen

7.1 Kommunikation beachten

In der Begegnung mit demenzkranken Menschen muss auf eine **ehrliche Kommunikation** geachtet werden.

Der Versuch, mit „pädagogischen“ Tricks (Betrug, Lügen, Täuschen) eine Person abzulenken oder zu beeinflussen, kann das Vertrauen zwischen demenzkranken Menschen und Helfer zerstören. Misstrauen – Vertrauen ist für viele gehörlose Menschen ein Grundthema. Aufgrund der Ausgrenzung durch eine gestörte Kommunikation besteht häufig eine Tendenz zum Misstrauen.

Hilfreich ist das Modell des „Aktiven Zuhörens“ (Carl Rogers). Zum Beispiel gebärdet ein demenzkranker Mensch: „Ich Arzt besuchen will! Ich Arzt besuchen will!“ Die günstige Reaktion kann sein: „Du Sorgen? Du Angst krank du?“. Damit wird der Kern der Aussage aufgegriffen. Der demenzkranke Mensch fühlt sich verstanden. Die nicht günstige (vielleicht genervte) Reaktion ist: „Ich dir 5 mal Bescheid. Arzt Urlaub!“

Bei fortschreitender Demenz kommt es zu einem Abbau der gebärdensprachlichen Kommunikation des demenzkranken Menschen. Es kann hier auch einen Zusammenhang mit dem Abbau der motorischen Fähigkeiten geben. Von großer Bedeutung ist es, den demenzkranken Menschen aktiv in die Kommunikation und ins Plaudern einzubeziehen. Gute Erfahrungen bestehen mit regelmäßigem Gebärdentraining zur Vermittlung und Erhaltung der Gebärdensprachkompetenz und zur geistigen Anregung. Auch wenn demenzkranke Menschen selbst nicht mehr aktiv gebärden, sollen sie gebärdensprachlich angesprochen werden. Es ist davon auszugehen, dass sie die stattfindende gebärdensprachliche Kommunikation verfolgen.

Ist bei Krankenhausaufenthalt oder Pflege der Betroffene in hörendem Umfeld isoliert, können sich durch die fehlende Kommunikation die Symptome der Demenz verstärken.

Fallbeispiel:

Frau V. ist eine gehörlose Frau. Sie ist aufgrund einer mittelgradigen Demenz leicht pflegebedürftig (Pfleigestufe I), wohnte allein in ihrer Wohnung und erhielt Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst. Kurz nach ihrem 80. Geburtstag wurde sie aufgrund einer akuten Erkrankung in ein Krankenhaus eingewiesen und anschließend zur stationären Reha gebracht. Der Zustand von Frau V. verschlechterte sich deutlich. Frau V. erhielt einen Katheder und war nun außerhalb des Bettes auf einen Rollstuhl angewiesen. Sie verlor jegliche Motivation am Leben teilzunehmen.

In den insgesamt 8 Wochen des Aufenthaltes kam nur einmal eine Gebärdensprachdolmetscherin zu ihr und hin- und wieder besuchte sie ihre gebärdensprachkompetente gesetzliche Betreuerin. Frau V. war nicht mehr in der Lage, in ihre Wohnung zurückzukehren. Sie zog daraufhin in ein Wohnheim für gehörlose und mehrfachbehinderte Menschen in eine Seniorenwohngruppe. Unter der hier gewährleisteten Kommunikation verbesserte sich ihr gesundheitlicher Zustand zusehends. Die beantragte Pflegestufe II wurde vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen abgelehnt. Frau V. gliederte sich in die Wohngruppe ein, benötigte den Katheder nicht mehr und den Rollstuhl bald nur noch für längere Wege außer Haus.

Weitere Stichworte für eine hilfreiche Begleitung dementiell erkrankter Menschen:

- Einfühlen: Es ist weniger wichtig zu beschreiben, dass der Mensch nicht mehr gebärden kann, wichtiger ist, wie er sich wann, wie häufig, mit welchen Gefühlen in welchen Situationen äußert.
- Aushalten der Erkrankung statt unrealistische Genesungsziele („Es wird alles wieder wie früher.“)
- Langsam, gelassen, ruhig, in Berührung, im Augenkontakt
- Neugierde und Phantasie, um den Betroffenen zu erreichen
- Körperliche Nähe geben (halten, Trost vermitteln, streicheln, umarmen)

7.2 Verstehen der Gehörlosenkultur

Häufig treten bei demenzkranken Menschen Erlebnisse aus der Kinder- und Jugendzeit stärker in den Vordergrund und werden entsprechend häufig auch kommuniziert. Das Wissen um die Gehörlosenkultur hilft daran anzuknüpfen. So kann der demenzkranke Mensch bei seinem Erleben abgeholt werden und fühlt sich verstanden. Es besteht die Hoffnung, dass frühere traumatische Erlebnisse so eine späte Heilung erfahren.

Gehörlosenschulen spielen eine große Rolle für die Biographie von Gehörlosen. Bilder helfen ins Gespräch zu kommen. Die Schulen sind der Ort, an dem sie in die Gebärdensprache und in die Gehörlosen-Gemeinschaft hineingewachsen sind. Gleichfalls herrschte früher oft ein Gebärdensprachverbot. Die Schulen orientierten sich an der lautsprachlichen Erziehung. Die Weigerung zu gebärden, die Ablehnung der DGS oder der Ausspruch „Ich spreche schön“ können hier ihren Grund haben.

Eine Vielzahl gehörloser Menschen wurde in den Jahren 1934–1945 zwangsweise von den Nazis sterilisiert. Bis heute wird die damalige Sterilisation als Demütigung, Makel und Scham erlebt. Darüber spricht „man“ nicht. In der Begegnung mit Kindern kann der Schmerz der eigenen erzwungenen Kinderlosigkeit

keit aufbrechen. Dann gilt es, dieses Leiden mit dem Betroffenen gemeinsam auszuhalten. („Ja, es ist schlimm.“).

Der Bericht über schießende Soldaten kann auf eigene traumatische Erlebnisse während der Kriegs- und Nachkriegszeit/ Vertreibung hindeuten. An der Heftigkeit und Häufigkeit dieser Berichte erkennt man, wie gegenwärtig dieses Erleben noch heute ist.

7.3 Auffälliges Verhalten

Auffälliges Verhalten ist immer ein Kommunikationsversuch. Es kommt darauf an, es so zu verstehen und zu nutzen. „Was möchte der Mensch mit seinem Verhalten sagen?“

Demenzkranke Menschen können schwer ihr Verhalten und ihre Gefühle selbst beeinflussen. Sie benötigen daher Menschen, die mit ihren Gefühlen mitgehen und diese positiv wandeln helfen.

Lassen sie das auffällige Verhalten zu und versuchen sie die Gefahren zu minimieren. Gehen sie mit dem demenzkranken Menschen als Erwachsenen um. Tolerieren sie sein kindliches Verhalten.

Manche demenzkranke Menschen neigen zum Weglaufen. Aufgrund fehlendem Verständnis für Gefahren außer Haus (Verkehr, Frost), setzen sie sich dabei großer Gefahr aus. Es gibt jedoch verschiedene Gründe fürs Weglaufen:

- mangelnde Vertrautheit,
- Suche nach einer heileren Welt,
- das Bedürfnis, sich im Freien aufzuhalten,
- der Wunsch, einer vertrauten Arbeit nachzugehen.

Entsprechend unterschiedlich sehen mögliche Hilfen aus: eigene Möbel, stressarme Umgebung, Verbesserung der Wohnatmosphäre, Rituale im Tages-Wochen-Jahreslauf oder begleitete Spaziergänge, Ausflüge oder einfach eine sinnvolle Beschäftigung, z.B. durch Einbeziehung in die Alltagsarbeiten (Einkaufen, Kochen, Abwasch, Wäsche, Säubern, ...).

Technische Hilfen können erforderlich werden, z.B. das Tragen eines Notfallpasses, der Einbau eines elektronischen Wegläuferschutzes, das Verschließen von Fenstern mittels abschließbarem Fenstergriff oder die Ermöglichung einer geschützten Bewegung in einem geschlossenen Gartenbereich, am besten auf einem Rundweg. Freiheit ist ein hoher Wert. Deshalb muss der gesetzliche Betreuer (Aufgabenkreis Gesundheit) der freiheitsentziehenden Maßnahme zustimmen. In stationären Einrichtungen muss die freiheitsentziehende Maßnahme vom zuständigen Betreuungsgericht genehmigt werden.

Das Verstehen hilft den Helfern, schwierige Situationen zu ertragen.

Fallbeispiel:

Frau P. räumt nachts ihren Schrank aus, schmeißt alle Sachen auf den Fußboden. Später reißt sie die Schranktüre ab. Wiederholt schlägt sie Mitarbeiter. Sie reißt den Schwesternruf aus der Wand und schmiert mit Kot. Es besteht für die Mitarbeiter der Wohngruppe eine fast nicht mehr auszuhaltende Situation.

Frau P. ist taubblind (Usher-Betroffene), 81 Jahre alt. Sie ist in der mittleren Phase der Demenz. Durch Einschränkungen des Kurzzeitgedächtnisses hat Frau P. massive Einschränkungen in der zeitlichen und räumlichen Orientierung. Sie findet einfach nichts mehr, weil sie nicht mehr weiß wo es liegt und es nicht sehen kann. Hinzu kommt, dass Frau P. bereits seit ihrer Jugend chronisch psychisch krank ist und durch Zwangsverhalten (Waschzwang) und psychotische Phasen (Bedrohungsphantasien) stark belastet ist.

Im Einfühlen wird die verzweifelte Situation von Frau P. für die Mitarbeiter erahnbar und damit leichter aushaltbar.

Zum Verstehen ist der biographische Bezug wichtig.

Fallbeispiel:

Herr F. ist 75 Jahre als, leicht geistig behindert und demenziell erkrankt. Seit vielen Jahren lebt er im Wohnheim und hat immer im Garten mitgearbeitet. Im Herbst harkt er Laub zusammen und lagert es unter einem Vordach am ehemaligen Stall. „Was soll dieser Unsinn?“- Laub gehört auf den Kompost und liegt hier nur im Wege herum. Ein langjähriger Mitarbeiter erinnert sich: Herr F. hat früher das Laub als Einstreu für die Kuh verwendet. Die Kuh ist 1992 geschlachtet worden.

Herr F. darf weiterhin das Laub für „seine“ Kuh sichern.

Die bewusste Einbeziehung in den Tagesablauf und in die Hausarbeit hilft, die zeitliche Orientierung und den Tag/ Nacht- Rhythmus zu unterstützen. Sie vermittelt das Gefühl, integriert und gebraucht zu sein.

Innerhalb der Gehörlosen-Gemeinschaft kommt es aufgrund auffallenden Verhaltens auch zur Distanzierung und Ablehnung von demenzkranken Menschen. Aufklärung über die Erkrankung, positives Vorleben von Zuwendung und Integration sowie die Ermöglichung von Kontakten kann Verständnis für demenzkranke Menschen stärken.

7.4 Gestaltung der Umgebung

Es gibt viele zum Teil einfache Möglichkeiten, die Umgebung an die Bedürfnisse von demenzkranken Menschen anzupassen.

Gefahren sehen und vorbeugen

- Rauchmelder einbauen
- Gefährliche elektrische Geräte ggf. aus dem direkten Umfeld herausnehmen, z.B. Heizdecke, Heizsonne, E- Herd, Tauchsieder.
- Haushaltschemikalien unter Verschluss halten
- Verbrühungsgefahr beim Duschen durch Temperaturbegrenzer verhindern.
- Fenstergriffe gegen abschließbare Fenstergriffe tauschen bei Gefahr des Sturzes aus dem Fenster.
- Stolperstellen beseitigen, Teppiche stellen eine Sturzgefahr dar.

Licht und kleine bauliche Hilfen

- Gute Lichtverhältnisse schaffen (blendarm, hell, dimmbar, Zusatzbeleuchtung, zum Teil besteht ein Bedarf über die empfohlenen DIN- Werte der Beleuchtungsstärke hinaus, individuell anpassen, Gardinen und Rollos um Blendung durch Außen-Licht bei Bedarf einzuschränken, Orientierungslicht in der Nacht, Weg zur Toilette beleuchten, im Flur Schalter gegen Bewegungsmelder austauschen, ...)
- Erkennungen schaffen (Zimmertüren markieren mit Bild, Schmuck, Farbe)
- Handläufe an Treppen und Flur, Haltegriffe im Bad
- Treppenstufen markieren, Rutschhemmer anbringen
- Große Uhren aufhängen bei Zeitproblemen
- Hausnotrufsysteme

Verschiedene Beratungsstellen (Stichworte: Senioren, barrierefreies Wohnen, Demenz, Alzheimer) helfen beim Finden von jeweils individuellen Lösungen. Die Gehörlosen-Beratungsstellen helfen bei der Kontaktaufnahme. Eine Mitfinanzierung für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI, s. 5.4.3) kann bei der Pflegekasse beantragt werden.

7.5 Taubblindheit/ Hörsehbehinderung und Demenz

Durch die doppelte Sinnes-Behinderung ist der taubblinde / hörsehbehinderte demenzkranke Mensch in einer extrem großen Gefahr auf allen Ebenen ausgegrenzt zu sein³. Die Einschränkung des Kurzzeitgedächtnisses (Wo liegt was?) wird unmittelbar verstärkt durch die fehlende Möglichkeit der Suche mit den Augen.

Es kommt deshalb bei taubblinden / hörsehbehinderten demenzkranken Menschen darauf an, sie mit vielfältigen Mitteln „im Leben“ zu halten. Hierzu ist ein hohes Maß an Zuwendung, Dasein, Initiative der Helfer, Verstehen (vgl. Fallbeispiel) und Phantasie erforderlich. Vertraute Personen (Bezugspersonen) sollen nicht wechseln.

Bei zunehmender Einschränkung der Kommunikation müssen dem Betroffenen taktile Gebärden / Lormen aktiv angeboten werden.

Die Einbeziehung von Massage, Snoezelen, basaler Stimulation, körperlicher Nähe; die Schaffung von taktilen, geschmacklichen, Geruchs- Eindrücken sowie die Einbeziehung in Alltagstätigkeiten sind einige Möglichkeiten der Unterstützung.

³ „Jede Form der Beeinträchtigung der Sinne verstärkt wahrscheinlich die Symptome von Demenz. Als Folge steht eine Person wahrscheinlich weniger in Kontakt zu seiner Umgebung und ... kommuniziert auch weniger mit anderen.“ (Kitwood, 2000)

8. Entlastung von Angehörigen

Beratung

Informieren Sie sich oder lassen Sie sich beraten. Mehr über die Krankheit zu wissen, kann Sie erleichtern. Die Informationen helfen Ihnen, die Veränderungen bei Ihrem Familienangehörigen besser zu verstehen. Es hilft Ihnen auch, weil Sie dann wissen, wo Sie Unterstützung bekommen können.

Alzheimer Selbsthilfegruppe für gehörlose pflegende Angehörige

Die Pflege von demenzerkrankten Menschen ist oft intensiv und belastend. Sich mit Anderen auszutauschen, über Ihre Erfahrungen, Wünsche und Ängste zu sprechen, kann Ihnen gut tun. In einer Selbsthilfe-Gruppe haben Sie Zeit für sich. Dort können Sie sich außerdem Tipps und Hilfe holen.

Erkundigen Sie sich bei Ihrer Beratungsstelle für Gehörlose, ob es eine Selbsthilfegruppe für gehörlose Angehörige in Ihrer Nähe gibt.

Für hörende Angehörige von gehörlosen demenzerkrankten Menschen gibt es eine Vielzahl an Selbsthilfegruppen. In Bezug auf Demenz und Gehörlosigkeit ist es hier vielleicht sinnvoll, eine Gruppe zu suchen, in der das Thema Gehörlosigkeit bekannt ist.

Pflegekurse für gehörlose pflegende Angehörige und Interessierte

Wenn Sie eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen oder sich ehrenamtlich um Pflegebedürftige kümmern, können Sie an einem Pflegekurs Ihrer Pflegekasse teilnehmen. Der Pflegekurs ist für Sie kostenlos.

In einem Pflegekurs bekommen Sie Informationen zu allen Themen, die mit Pflege, also auch einer Demenz, zu tun haben.

Pause von der Pflege

Sie pflegen Ihren demenzerkrankten Angehörigen zuhause? Gönnen Sie sich eine Pause. Sie können z.B. einen **Besuchsdienst für zuhause** (s. 5.2.3) bestellen. Der Besuchsdienst kann sich regelmäßig ein paar Stunden in der Woche um Ihren erkrankten Angehörigen kümmern. Sie können in dieser Zeit in Ruhe einkaufen, zum Arzt gehen oder einen Kaffee trinken gehen.

Verhinderungspflege

s. 5.2.2

Kurzzeitpflege

s. 5.2.2

Pflegezeit

Ziel:

Es soll Berufstätigen die Möglichkeit gegeben werden, ihren nahen Angehörigen in der häuslichen Umgebung zu pflegen und gefährdet so nicht seinen Arbeitsplatz.

Definition „ nahe Angehörige“:

Eltern, Schwiegereltern, Großeltern, Ehegatten, Partner eine eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Kinder, Adoptiv-/ Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartner, Schwiegerkinder, Enkelkinder

Es gibt zwei verschiedene Formen:

1. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

- Dies bedeutet, der Berufstätige kann bis zu 10 Tagen von der Arbeit fernbleiben, damit er bei einer akuten Situation des nahen Angehörigen eine bedarfsgerechte (= angemessene) Pflegerversorgung organisieren und sicherstellen kann.
- Er kann hier für eine vollständige oder auch eine teilweise Befreiung beanspruchen.

Voraussetzungen:

- bei den nahen Angehörigen tritt unerwartet eine besondere und akute Pflegesituation ein, die eine Freistellung notwendig macht
- der Angehörige wird zu Hause betreut
- es muss eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden. Diese muss eine Begründung für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung enthalten, damit der nahe Angehörige bedarfsgerecht (= angemessen) gepflegt werden kann.

Verpflichtend ist:

Der Arbeitgeber ist sofort über die Verhinderung und deren voraussichtliche Dauer zu informieren.

2. Pflegezeit

- Berufstätige sind teilweise oder auch ganz von der Arbeit freizustellen, wenn sie einen nahen pflegebedürftigen Angehörigen in der häuslichen Umgebung versorgen.
- Es besteht die Möglichkeit an einzelnen Wochentagen auszusetzen oder die tägliche Arbeitszeit zu verkürzen
- Die Dauer der Freistellung beträgt 6 Monate für jeden nahen Angehörigen.

Voraussetzung:

- Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen
- der Pflegebedürftige wird zu Hause betreut
- eine Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit von der Pflegekasse liegt vor

Verpflichtend ist:

- ein Antrag zur Freistellung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen, muss unter Angaben der voraussichtlichen Dauer und des Umfangs spätestens 10 Tage vor Beginn der häuslichen Pflege in schriftlicher Form vorgelegt werden. Wird die Frist nicht eingehalten, wird die Pflegezeit später beginnen.
- Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit muss vorgelegt werden

Vergütung

- Der Arbeitgeber muss für diese Zeit den Lohn nicht weiter zahlen
- Es besteht ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung

Verkürzung der Pflegezeit

- eine Verkürzung der Pflegezeit ist im Grundsatz nicht vorgesehen, doch eine Ablehnung von Seiten des Arbeitgebers bedarf keine Begründung
- eine einvernehmliche Verkürzung ist jeder Zeit möglich

Ausnahmen für eine Verkürzung:

- nicht mehr pflegebedürftig
- ist Stationär versorgt
- die Pflege unzumutbar wird
- der nahe Angehörige verstorben ist

Vier Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände, tritt die Beendigung der Pflegezeit ein. Der Arbeitgeber ist unverzüglich über die neue Situation zu informieren. Sollte diese Pflicht nicht eingehalten werden, kann der Arbeitgeber Schadensersatz verlangen.

DAFEG-Fachausschuss Seniorenarbeit

Achim Barth (h)

Stadtmission Zwickau e.V.

Hermann-Gocht-Haus

Samuel-Heinicke-str. 16

08058 Zwickau

Tel.: 0375 / 27 36 890

Tel.: 0375 / 27 36 89 50

E-Mail: hermann-gocht-haus@stadtmission-zwickau.de

www.stadtmission-zwickau.de/wohnheime-hermann-gocht-haus

Adelindis Braun (gl)

Examinierete Altenpflegerin

Carow Morigl – Häusliche Pflege

Untere Bahnhofstr. 29a

82110 Germering

Fax 089 / 84936768

E-Mail: adelindis@web.de

Anke Dieberg (h)

GIA Kompetenzzentrum Essen

Schäpenkamp 2

45276 Essen

Tel.: 0201 / 50 23 438

Fax: 0201 / 43 79 870

Bifon: 0201 / 43 79 877

Skype: kompetenzzentrum-essen

E-Mail: kompetenzzentrum@martineum-essen.de

www.kompetenzzentren-gia.de/essen

Volker Emler (h)

Ev. Gehörlosenseelsorge

Henckelstr. 22

45147 Essen

Tel.: 0201 / 73 49 82

Fax: 0201 / 70 12 42

E-Mail: Pfarrer.Emler@t-online.de

Andrea Huckemeier (gl)

GIA Kompetenzzentrum Essen

Schäpenkamp 2

45276 Essen

Fax: 0201 / 43 79 870

Bifon: 0201 / 43 79 877

Skype: kompetenzzentrum-essen

E-Mail: kompetenzzentrum@martineum-essen.de

www.kompetenzzentren-gia.de/essen

Britta Lohse (gl)

IBAF-Gehörlosenfachschule Rendsburg

Arsenalstr. 2-10

24768 Rendsburg

Fax: 04331 / 12 67 14

E-Mail: britta.lohse@ibaf.de

www.gehoerlosenfachschule.de

Erhard Müller (gl)

Landesverband der Gehörlosen Thüringen e.V.

Hans-Grundig-str. 25

99099 Erfurt

Fax: 0361 / 34 52 965

Bifon: 0361 / 34 52 963

E-Mail: glv-thueringen@t-online.de

www.lvglth.de

Cornelia Schürer (h)

Stadtmission Zwickau e.V.

Hermann-Gocht-Haus

Samuel-Heinicke-str. 16

08058 Zwickau

Tel.: 0375 / 27 36 890

Tel.: 0375 / 27 36 89 50

E-Mail: hermann-gocht-haus@stadtmission-zwickau.de

www.stadtmission-zwickau.de/wohnheime-hermann-gocht-haus

Michaela Sediwi (h)

Theodor-Fliedner-Heim Solingen

Neuenkamperstr. 29

42657 Solingen

Tel.: 0212 / 81 30 22

Fax: 0212 / 87 06 74

E-Mail: m.sedivi@theodor-fliedner-heim.de

www.theodor-fliedner-heim.de

Mit dem Pfl egetagebuch gut vorbereitet zur Pflegestufe

Ein Pfl egetagebuch sollten Sie führen, wenn der Besuch des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ansteht. Die Mitarbeiter des MDK überprüfen, inwieweit bei Pflegebedürftigkeit dauerhaft und regelmäßig Hilfebedarf bei den sogenannten „Katalogverrichtungen“ besteht: bei der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Erst bei „erheblicher Pflegebedürftigkeit“ gewährt die Pflegekasse Leistungen aus der Pflegeversicherung. Für Betroffene wie Angehörige ist der Besuch des Medizinischen Dienstes daher ein überaus wichtiger Termin!

Legen Sie das Pfl egetagebuch vor, wenn die Mitarbeiter des MDK ins Haus kommen. Die Eintragungen können wichtige Daten für die Ermittlung des Pflegebedarfs liefern. Am besten führen Sie solch ein Pfl egetagebuch für eine oder zwei Wochen.

Tätigkeiten wie Waschen, Ankleiden, Hilfen beim Toilettengang und andere pflegerische Hilfen bestehen in der Regel aus einer ganzen Reihe von verschiedenen Hilfestellungen, deren Zeitbedarfe sich jeweils einzeln zeitlich schwer einschätzen lassen. Wir haben deshalb in der auf den folgenden Seiten dargestellten **Vorlage für ein Pfl egetagebuch** bestimmte Hilfestellungen – Körperpflege, Hilfen beim Stuhlgang/Wasserlassen, Hilfen beim Essen, besondere Tätigkeiten und hauswirtschaftliche Versorgung – in Einzelschritte untergliedert, damit Sie den Zeitbedarf umfassend und nachvollziehbar dokumentieren können.

In unserem Pfl egetagebuch können Sie zunächst in der ersten Spalte der ersten Zeile die Gesamtzeit zum Beispiel für die morgendliche Körperpflege (angefangen von der Hilfe beim Aufstehen bis zur Hilfe beim Ankleiden) angeben. Führen Sie an diesem Tag mehrere Hilfen dieser Art durch, können Sie das in den weiteren sechs Spalten dieser Zeile vermerken. Sollte die Anzahl der Spalten nicht ausreichen, weil der Hilfebedarf mehr als siebenmal am Tag anfällt, notieren Sie unter „Beschreibung“, wie oft am Tag die Hilfe notwendig wurde.

Nachdem Sie in die oberste Zeile die Gesamtzeit für die Hilfestellung eingetragen haben, kreuzen Sie in der jeweils darunter liegenden Spalte noch an, welche Einzelschritte bei dieser Hilfestellung geleistet wurden.

In der rechten Spalte unseres Tagebuchs können (und sollten!) Sie dann den Ablauf noch näher beschreiben. Notieren Sie, wenn möglich, auch die Zeit, in der Sie zwischendurch **nicht** helfen, **nicht** auf den Pflegebedürftigen aufpassen oder ihn **nicht** anleiten, da diese Zeiten nicht berücksichtigt werden dürfen.

Bei jeder Beschreibung sollten Sie versuchen, folgende vier Fragen zu beantworten:

1. Wie ist der Ablauf? Was machen Sie zuerst, was folgt als nächstes usw.
2. Müssen Sie dem Pflegebedürftigen Dinge/Abläufe erklären? Wenn ja, welche?
3. Was ist besonders schwierig?
4. Wenn der Pflegebedürftige etwas selber macht und Sie trotzdem bei ihm bleiben: Warum ist dies aus Ihrer Sicht notwendig?

In manchen Fällen ist die Pflege aufwendiger als „normal“. Auf der folgenden Seite sind einige dieser die Pflege erschwerenden Faktoren zusammengestellt. Kreuzen Sie die vorliegenden Erschwernisse bei der Pflege an und fügen Sie dies als ergänzende Information dem Pfl egetagebuch bei.

Was die Pflege erschweren kann

- Körpergewicht über 80 kg
- Versteifung der Arm- und Beingelenke/eingeschränkte Beweglichkeit
- Stark verkrampfte Muskulatur, zum Beispiel bei Lähmungen nach einem Schlaganfall
- Fehlstellungen von Armen/Beinen
- Einschießende unkontrollierte Bewegungen
- Eingeschränkte Belastbarkeit aufgrund einer schweren Herzschwäche mit ständiger Luftnot und Wassereinlagerungen
- Schluckstörungen/Störungen der Mundbewegungen, Atemstörungen
- Abwehrverhalten/fehlende Kooperation mit Behinderung der Übernahme (zum Beispiel bei geistigen Behinderungen/psychischen Erkrankungen)
- Stark eingeschränkte Sinneswahrnehmung (Hören, Sehen)
- Starke therapieresistente Schmerzen
- Pflegebehindernde räumliche Verhältnisse
- Zeitaufwendiger Hilfsmiteleinsetz (zum Beispiel bei fahrbaren Liftern/Decken-, Wand-Liftern)

Übrigens: Alles, worauf es sonst noch bei der Begutachtung durch den MDK ankommt, wie Sie sich gut auf den anstehenden Termin vorbereiten und was Sie tun können, wenn Ihr Antrag abgelehnt wurde, finden Sie in unserem **Ratgeber „Das Pflegegutachten“** (www.verbraucherzentrale-nrw.de).

1. Hilfen beim Waschen und An-/Auskleiden (Körperpflege)

Gesamt	Dauer der Hilfe (Uhrzeit von – bis)	Beschreibung und Besonderheiten (z.B. Einreiben mit Hautpflegemitteln, Sekret absaugen o.Ä.)
Körperpflege		
Einzelschritte	Bitte ankreuzen, welcher Teilschritt bei der Tätigkeit jeweils notwendig ist:	
Hilfe beim Aufstehen		
Hilfe beim Begleiten ins Badezimmer		
Hilfe beim Ausziehen der Kleidung		
Hilfe beim Waschen		
Hilfe beim Zähneputzen		
Hilfe beim Rasieren		
Hilfe beim Kämmen		
Hilfe beim Duschen		
Hilfe beim Baden		
Hilfen beim Umsteigen (Wanne/Dusche)		
Hilfe beim Ankleiden		
Hilfe beim (Zurück)-Begleiten in ein anderes Zimmer		

2. Hilfen beim Stuhlgang/Wasserlassen

Gesamt	Dauer der Hilfe (Uhrzeit von – bis)	Beschreibung und Besonderheiten (z.B. Katheter legen, Klistir geben, Durchfälle)
Hilfen beim Stuhlgang/ Wasserlassen		
Einzelschritte	Bitte ankreuzen, welcher Teilschritt bei der Tätigkeit jeweils notwendig ist:	
Hilfe beim Aufstehen		
Begleitung zur Toilette		
Hilfe beim Ausziehen der Kleidung		
Hilfe beim Säubern nach dem Wasserlassen		
Hilfe beim Säubern nach dem Stuhlgang		
Hilfe beim Wechsel der „Windel“		
Hilfe beim Wechsel von kleinen Vorlagen/ Inkontinenzartikeln		
Hilfe beim Ankleiden		
Hilfe beim (Zurück)- Begleiten in ein anderes Zimmer		

3. Hilfen beim Essen

Gesamt	Dauer der Hilfe (Uhrzeit von – bis)	Beschreibung und Besonderheiten (z.B. Wechseln einer Sprechkanüle, Sekret absaugen)
Hilfe beim Essen		
Einzelschritte	Bitte ankreuzen, welcher Teilschritt bei der Tätigkeit jeweils notwendig ist:	
Hilfe beim Aufstehen		
Hilfe beim Begleiten zum Tisch		
Hilfe beim Hinsetzen		
Hilfe bei Nahrungsvorbereitung (zerkleinern, zerdrücken, Getränke eingießen)		
Hilfe bei der Aufnahme (Essen reichen, „füttern“, zum Essen anleiten)		
Hilfe beim Aufstehen		
Hilfe beim (Zurück)- Begleiten in ein anderes Zimmer		

4. Besonderes

Manche Hilfestellungen lassen sich im Rahmen der Pflegeversicherung nicht in die obigen Abläufe einordnen. Aus diesem Grund sind sie hier extra aufgeführt. Bitte hier die konkreten Zeiten für diesen Tag eintragen.

Gesamt	Dauer der Hilfe (Uhrzeit von – bis)	Beschreibung und Besonderheiten
Umlagern*		
Verlassen und Wieder-aufsuchen der Woh-nung** (einschließlich Wartezeiten für die Pflegeperson)		
Hilfe beim Treppen-steigen	Bitte bei den anderen Punkten ver-merken, da es nur im Zusammenhang mit dem Waschen, der Nahrungs-aufnahme etc. anrechenbar ist.	

* Umlagern zum Beispiel tagsüber und/oder in der Nacht bei bettlägerigen Menschen. Dazu zählt auch: den Pflegebedürftigen auf die Bettkante oder in einen Rollstuhl setzen, um Druckstellen zu vermeiden.

** Dies kann nur gewertet werden, wenn es a) unmittelbar notwendig ist, um die Lebensführung zu Hause aufrecht zu erhalten und b) der Pflegebedürftige persönlich erscheinen muss (z.B. bei Dialysemaßnahmen, Krankengymnastik).

5. Hauswirtschaftliche Versorgung

Hilfebedarf beim	Dauer der Hilfe (Uhrzeit von – bis)	Beschreibung und Besonderheiten
Einkaufen		
Kochen		
Reinigen der Wohnung		
Spülen		
Wechseln/ Waschen der Wäsche/ Bekleidung		
Beheizen der Wohnung		

Anhang II

Die Zeitorientierungswerte:

➤ Körperpflege

- Ganzkörperwäsche *20 - 25 Minuten*
- Teilwäsche Oberkörper *8 - 10 Minuten*
- Teilwäsche Unterkörper *12 - 15 Minuten*
- Teilwäsche Hände/Gesicht *1 - 2 Minuten*
- Duschen *15 - 20 Minuten*
- Baden *20 - 25 Minuten*
- Zahnpflege *5 Minuten*
- Kämmen *1 - 3 Minuten*
- Rasieren *5 - 10 Minuten*

➤ Hilfe beim Wasserlassen / Stuhlgang

- Wasserlassen (Intimhygiene, Reinigen der Toilette bzw. des Umfeldes) *2 - 3 Minuten*
- Stuhlgang (Intimhygiene, Reinigen der Toilette bzw. des Umfeldes) *3 - 6 Minuten*
- Richten der Bekleidung *2 Minuten*
- Wechseln von Windeln (Intimhygiene, Entsorgung)
 - nach Wasserlassen *4 - 6 Minuten*
 - nach Stuhlgang *7 - 10 Minuten*
- Wechsel kleiner Vorlagen *1 - 2 Minuten*
- Wechseln/Entleeren des Urinbeutels *2 - 3 Minuten*
- Wechseln/Entleeren des Stomabeutels *3 - 4 Minuten*

➤ Hilfe beim Essen/ Trinken

- Mundgerechte Zubereitung einer Hauptmahlzeit (einschl. das Bereitstellen eines Getränkes) *je 2 - 3 Minuten*
- Essen der Hauptmahlzeiten (einschl. Trinken, maximal drei Hauptmahlzeiten am Tag) *15 - 20 Minuten*

➤ Mobilität

- Einfache Hilfe zum Aufstehen/Zubettgehen *je 1 - 2 Minuten*
- Umlagern *2 - 3 Minuten*
- Transfer auf den bzw. vom Rollstuhl/Toilettenstuhl/Toilette in die bzw. aus der Badewanne/Duschtasse *je 1 Minute*

➤ **An- und Auskleiden**

- Ankleiden gesamt *8 - 10 Minuten*
- Ankleiden Oberkörper oder Unterkörper *5 - 6 Minuten*
- Entkleiden gesamt *4 - 6 Minuten*
- Entkleiden Oberkörper oder Unterkörper *2 - 3 Minuten*

„Bei der Bemessung der Häufigkeit des jeweiligen Hilfebedarfs ... ist von den tatsächlichen individuellen Lebensgewohnheiten auszugehen, die der Antragsteller nachvollziehbar in seinem persönlichen Umfeld hat. Es gibt keine anerkannten allgemeingültigen Standards, wie oft man sich z. B. kämmt oder die Zähne putzt. Dennoch gibt es kulturell bedingte und letztlich gesellschaftlich akzeptierte Normen, die die mögliche Bandbreite ... eingrenzen.“

„Bei der Festlegung der Zeitkorridore wurde von einer vollständigen Übernahme der Verrichtungen durch eine Laienpflegekraft ausgegangen.“

„So können die Hilfen im Sinne einer aktivierenden Pflege bei den Verrichtungen einen höheren Zeitaufwand erfordern als die teilweise oder vollständige Übernahme der Verrichtung durch die Pflegeperson.“

