KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

DEMENZ

WISSENSWERTES ZUR VERSORGUNG, PRAXISBEISPIELE, CHECKLISTEN UND RECHTLICHE HINWEISE

AKTUALISIERTE AUSGABE
2025

PraxisWissen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Demenz ist eine lebensverändernde Diagnose, die jeden treffen kann. Demenzerkrankungen, insbesondere die Alzheimer-Demenz als häufigste Form, können überwiegend nicht geheilt werden.

Das Fortschreiten führt meist zu Pflegebedürftigkeit. Doch es ist möglich, den Prozess zu verzögern und die Lebensqualität zu erhalten beziehungsweise zu verbessern. Vor allem wenn die Diagnose frühzeitig erfolgt.

Als Ärztinnen und Ärzte haben Sie eine Schlüsselfunktion, wenn es darum geht, die richtigen Schritte bei Diagnostik und Therapie sowie in der psychosozialen Begleitung und Pflege einzuleiten.

Dieses Serviceheft soll Sie dabei unterstützen. Es wurde erstmals 2015 herausgegeben und nun inhaltlich auf den neuesten Stand gebracht.

Sie finden darin Wissenswertes zur vertragsärztlichen Versorgung, Checklisten und Fallbeispiele sowie Tipps für die Praxisgestaltung. Außerdem erhalten Sie rechtliche Hinweise, insbesondere zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht.

Unser Ziel ist, dass Sie sich in Ihrer Praxis bestmöglich auf Menschen mit Demenz einstellen.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

Ihre Kassenärztliche Bundesvereinigung

INHALT

Sich auf Menschen mit Demenz einstellen Seite 3

Demenz in der Praxis Seite 4

› Diagnose, Schweregrade, Formen, Therapie Seite 4
› Checkliste 1: Ist unsere Praxis auf Menschen mit Demenz eingestellt? Seite 8
› Die passenden Worte finden – Hinweise für die Kommunikation Seite 9
› Interview mit Saskia Weiß, Geschäftsführerin Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Seite 11
› Praxisbeispiel 1: Patientin mit der Diagnose Demenz im Frühstadium Seite 12
› Praxisbeispiel 2: Verordnung einer geriatrischen Reha bei Demenz Seite 14
› Fokus: Reha-Sport bei Demenz Seite 16
› Checkliste 2: Tipps zur Gestaltung der Praxisräume Seite 17

Rechtliche Vorsorge Seite 18

Pflege und weitere Versorgung bei Demenz Seite 20

SICH AUF MENSCHEN MIT DEMENZ EINSTELLEN

Demenz ist ein komplexes Krankheitsbild und eine Herausforderung für jeden behandelnden Arzt und jede behandelnde Ärztin. Diagnose und Therapie erfordern hohes medizinisches Fachwissen.

Ergänzend zum Fachwissen kommt es auf weitere wichtige Kompetenzen an, vor allem Empathie und Respekt für die demenziell erkrankten Menschen und die belastende Situation, in der sie und auch ihre Angehörigen sich befinden.

Nicht erst bei der Behandlung, sondern schon bei der Diagnose sehen sich Ärztinnen und Ärzte oft mit Fragen konfrontiert, die mitunter schwer zu beantworten sind. Sie können den Verlauf der Krankheit, aber auch den Alltag betreffen. Die Angehörigen kommen oft ebenfalls in die Praxis, weil sie Fragen haben oder Rat suchen.

Fast 1,8 Millionen Menschen in Deutschland leben mit Demenz. Sollte kein Durchbruch in Prävention oder Therapie gelingen, könnten nach aktuellen Schätzungen im Jahr 2050 bis zu 2,8 Millionen der über 65-Jährigen in Deutschland an Demenz erkrankt sein. Rund 4 Millionen Menschen im Land sind derzeit pflegebedürftig. Schätzungen gehen davon aus, dass die Zahl auf 6 Millionen im Jahr 2030 steigt. Da der Anteil älterer Menschen wächst und das Erkrankungsrisiko mit dem Alter zunimmt, ist es für alle wichtig, sich auf Demenz vorzubereiten.

GEMEINSAM HANDELN

Um Menschen mit Demenz zu unterstützen, wurde auf Bundesebene die Nationale Demenzstrategie entwickelt. Gestaltungspartner sind unter anderem die Bundesregierung, Körperschaften des öffentlichen Rechts wie die KBV, Verbände und Vereine. Sie setzen Maßnahmen um, die helfen sollen, dass Menschen mit Demenz möglichst lange am sozialen Leben teilhaben und selbstbestimmt im vertrauten Umfeld leben können.

Eine Maßnahme ist die Internetplattform „Wegweiser Demenz“. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vermittelt dort fundiertes Wissen für Betroffene und helfende Berufsgruppen und lädt darüber hinaus zum Erfahrungsaustausch ein – über Ratgeberforen, zum Beispiel zum Thema „Alltag, Pflege und Betreuung“.

› Nationale Demenzstrategie:
www.nationale-demenzstrategie.de

› Wegweiser Demenz:
www.wegweiser-demenz.de

› Deutsche Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz:
www.deutsche-alzheimer.de

NATIONALE DEMENZSTRATEGIE

Ihr Ziel ist es, die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in allen Lebensbereichen nachhaltig zu verbessern. Dazu soll der Blick insbesondere auf die Maßnahmen gerichtet werden, die für die Alltagsgestaltung und die gesundheitliche und pflegerische Versorgung vor Ort von Bedeutung sind. Alle Akteure bringen sich in ihrer eigenen Zuständigkeit ein.

VIER HANDLUNGSFELDER STEHEN DABEI IM MITTELPUNKT:

1 Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort aus- und aufbauen

2 Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen unterstützen

3 Die medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz weiterentwickeln

4 Exzellente Forschung zu Demenz fördern

DAS IST FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ WICHTIG:

› Ihnen Orientierung zu bieten.
› Sie zu unterstützen, möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu führen.
› Ihre Fragen zu beantworten, auch wenn diese wiederholt gestellt werden.
› Ihnen respektvoll zu begegnen und sie rücksichtsvoll zu behandeln.
› Ihre Angehörigen einzubeziehen, wenn dies nicht abgelehnt wird und auch sie auf Hilfen hinzuweisen.
› Rat und Hilfe anzubieten, soweit dies möglich und machbar ist, und an diejenigen zu verweisen, die anschließend weiterhelfen können.

DEMENZ IN DER PRAXIS

Bin ich nur vergesslich oder habe ich eine beginnende Demenz? Mit dieser Frage einer Patientin oder eines Patienten kann jede Ärztin und jeder Arzt im Praxisalltag konfrontiert sein. Sollte es Demenz sein, stellt sich die Frage, wie die lebensverändernde Diagnose vermittelt wird und welche Schritte folgen. Dieses Kapitel bietet einen ersten Überblick.

DIAGNOSE

SCHWEREGRADE

FORMEN

THERAPIE

DIAGNOSE

Am Anfang einer möglichen Demenz-Diagnose stehen häufig Berichte über Gedächtnis- und Orientierungsstörungen. Ob diese auf eine Krankheit hinweisen oder zum Alterungsprozess gehören, zeigen eine ausführliche Anamnese und klinische Untersuchung.

Allerdings unterscheiden sich die Krankheitssymptome in einem späteren Demenzstadium deutlich von Begleiterscheinungen des Alters und müssen abgeklärt werden. Ebenso ist abzuklären, welche Form der Demenz vorliegt: Handelt es sich um eine primäre Form wie die Alzheimer-Erkrankung oder kann es sein, dass die Demenz eine Begleiterscheinung einer endokrinen Erkrankung oder einer Medikamentennebenwirkung ist? Auch eine vaskuläre Ursache ist möglich.

Mögliche Warnsignale für Demenz sind Vergesslichkeit, Wortfindungs- oder Orientierungsstörungen – insbesondere dann, wenn sie zu Schwierigkeiten im Alltag führen. Da diese Symptome auch auf andere psychische Erkrankungen wie eine Depression hinweisen können, ist eine Abklärung für die Therapie wichtig.

Frühe Diagnose und Therapieeinleitung:

↗ können den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen und dem Menschen möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben in seiner gewohnten Umgebung ermöglichen,

↗ können Menschen mit der Diagnose Demenz helfen, sich auf die Folgen ihrer Erkrankung einzustellen,

↗ eröffnen die Möglichkeit, frühzeitig Vorsorge zu treffen – zum Beispiel mit einer Vorsorgevollmacht, Betreuungs- oder Patientenverfügung (siehe Seite 18).

› Ausführliche Informationen zur Diagnostik finden sich in der S3 Leitlinie „Demenzen“: ***https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013***

SCHWEREGRADE

DEMENZ

LEICHT

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNGEN: Komplexe tägliche Aufgaben können nicht (mehr) ausgeführt werden.
LEBENSFÜHRUNG: Die selbstständige Lebensführung wird zwar beeinflusst, ein unabhängiges Leben ist dennoch möglich.
HÄUFIGE AFFEKTIVE STÖRUNGEN: Depression, Antriebsmangel, Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen treten auf.
BENÖTIGTE HILFE: Die Betroffenen benötigen fallweise Unterstützung.

MITTELSCHWER

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNGEN: Einfache Tätigkeiten können selbstständig ausgeführt werden, komplexe Tätigkeiten werden nicht mehr vollständig oder angemessen ausgeführt.
LEBENSFÜHRUNG: Ein unabhängiges Leben ist nicht mehr möglich. Die Betroffenen sind auf fremde Hilfe angewiesen, eine selbstständige Lebensführung ist noch teilweise möglich.
HÄUFIGE AFFEKTIVE STÖRUNGEN: Unruhe, psychotische Störungen, aggressive Verhaltensweisen, Schreien, gestörter Tag-Nacht-Rhythmus, Nesteln (nervöse und ungeschickte Bewegungen der Hände, die etwas tasten und/oder suchen) sind begleitende Symptome der fortschreitenden Erkrankung.
BENÖTIGTE HILFE: Ist notwendig, eine ununterbrochene Betreuung oder Beaufsichtigung ist nicht erforderlich.

SCHWER

KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNGEN: Gedankengänge können nicht mehr nachvollziehbar kommuniziert werden.
LEBENSFÜHRUNG: Es ist keine unabhängige, selbstständige Lebensführung möglich.
HÄUFIGE AFFEKTIVE STÖRUNGEN: Unruhe, psychotische Störungen, aggressive Verhaltensweisen, Schreien, gestörter Tag-Nacht-Rhythmus und Nesteln – Störungen wie bei mittelschwerer Demenz treten zunehmend auf.
BENÖTIGTE HILFE: Eine dauerhafte Betreuung und Beaufsichtigung sind notwendig.

Die drei Stadien können sich in ihrer Symptomatik überschneiden. Der Verlauf der Erkrankung ist abhängig von der Demenzform und den äußeren Einflussfaktoren wie körperliche Erkrankungen, Über- und Unterforderung, Einsamkeit und Depression. In der Endphase sind die Betroffenen im sogenannten embryonalen Stadium. Sie sind bettlägerig und bedürfen vor allem palliativer Versorgung.

Quelle: *www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/demenz/verlauf.html#welche-schweregrade-werden-bei-demenz-unterschieden*

FORMEN

PRIMÄRE UND SEKUNDÄRE DEMENZEN

Unter Demenz wird nach der ICD-10-Definition ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen verstanden.

Alle Demenzformen zeichnen sich durch progressive, über mehrere Jahre verlaufende Erkrankungen aus, die eine entsprechend lange Betreuung der Patientinnen und Patienten und ihres Umfeldes notwendig machen. Die Fehlfunktionen führen zu einer Verschlechterung des Gedächtnisses sowie anderer kognitiver Funktionen – und damit letztendlich zu einer Beeinträchtigung des täglichen Lebens und zu begleitenden psychopathologischen Symptomen (z. B. Depressionen, emotionale Labilität, Wahnbildungen).

NICHT IMMER IST ES ALZHEIMER

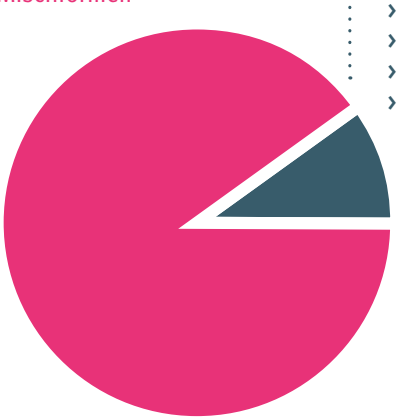
Die mit Abstand häufigste Ursache für eine primäre Demenz ist die Alzheimer-Krankheit. An zweiter Stelle folgt die vaskuläre Demenz. Die Frontotemporale Demenz ist eine weitere, gleichwohl seltenere Form. Durch die fehlende Krankheitseinsicht, soziale Enthemmung und damit einhergehende Änderungen im Verhalten stellt diese Form die Angehörigen vor besonders große Herausforderungen.

Viele Formen der primären Demenz verlaufen irreversibel und verkürzen die restliche Lebenszeit, bei der Alzheimer-Krankheit mit starken Schwankungen ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung auf drei bis sechs Jahre. Dies ist allerdings stark abhängig vom Alter der Person und dem Vorliegen von Begleiterkrankungen. Sekundäre Demenzen entstehen durch die Beteiligung des Gehirns im Rahmen anderer Organerkrankungen. Einige der sekundären Demenzformen sind aufzuhalten oder gar reversibel, wenn die Grunderkrankung therapiert werden kann.

90 %
PRIMÄRE DEMENZEN

60 bis 70 %
Alzheimer-Demenz

15 bis 20 %
vaskuläre/gefäßbedingte Demenz und seltenere neurodegenerative Erkrankungen wie Lewy-Körperchen-Demenz, Frontotemporale Demenz sowie Mischformen



10 %
SEKUNDÄRE DEMENZEN

Beispielsweise bei:
- Stoffwechselerkrankungen (z. B. Hypothyreose)
- Vergiftungserscheinungen
- Medikamentenmissbrauch
- Vitaminmangelzuständen
- seltenen Autoimmunerkrankungen
- Depressionen
- Hirntumoren
- Normaldruckhydrozephalus,
- Alkoholabusus (Korsakow-Syndrom)
- Morbus Parkinson
- Delir (akuter Verwirrtheitszustand z. B. nach Operationen)

THERAPIE

Die Therapie wird wesentlich durch die Art der Demenzerkrankung sowie das Stadium der Erkrankung bestimmt. Hauptziel ist es, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz – und auch derjenigen, die ihnen nahestehen – zu erhalten und zu verbessern, denn (primäre) Demenzerkrankungen sind derzeit nicht heilbar.

MEDIKAMENTÖSE UND NICHT-MEDIKAMENTÖSE THERAPIEANSÄTZE

Grundsätzlich gibt es medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapieansätze. Für die medikamentöse Behandlung der Alzheimererkrankungen stehen Acetylcholinesterase-Hemmer und Memantin zur Verfügung, die symptomatisch wirksam sind. Unter dieser Behandlung ist zu erwarten, dass die kognitive Leistungsfähigkeit zumindest über einen Zeitraum von rund einem Jahr weitgehend stabil bleibt. Weiterhin kann hierunter das Fortschreiten der Krankheitssymptome verlangsamt werden.

Wichtig bei der Behandlung ist es, Begleitsymptome mit zu therapieren, zum Beispiel Depression, Aggression oder motorische Unruhe.

Essenzieller Bestandteil der Therapie sind nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Behandlung von Begleitsymptomen, die dabei helfen können, Alltagsfunktionen möglichst lange aufrecht zu erhalten. Diese psychosozialen Interventionen sollten wesentlicher Bestandteil der Betreuung von Demenzpatienten und ihren Angehörigen sein. Die Ansätze und Ziele dieser Therapien sind sehr breit aufgestellt.

Zu den psychosozialen Interventionen gehören unter anderem:

- Ergotherapie (z. B. kognitives Training, kognitive Stimulation, kognitive Rehabilitation, Realitätsorientierung, autobiographische Arbeit)
- Rehabilitationssport
- Künstlerische Therapien (z. B. Musiktherapie, Kunsttherapie, Tanztherapie)
- Sensorische Verfahren (Aromatherapie, Snoezelen/multisensorische Verfahren, Massagen/Berührung, Lichttherapie)

Im Anfangsstadium der Krankheit kann Psychotherapie helfen, den Umgang mit Diagnose und Krankheit zu bewältigen. Ergotherapie kann bei leichter und mittelschwerer Demenz zum Erhalt von Alltagsfunktionen beitragen. Musik- und Kunsttherapie können Demenzpatienten darin unterstützen, verbliebene Fähigkeiten zu trainieren, sowie ihr Selbstwertgefühl zu stärken. Die Therapien und Ansätze stützen sich auf vorhandene Fähigkeiten und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und berücksichtigen ihren Lebenshintergrund.

Hinweis: Bei Therapien und Verfahren, die keine gesetzlichen Leistungen sind, können Versicherte bei ihrer Krankenkasse erfragen, ob gegebenenfalls ein Teil der Kosten übernommen werden kann.

TIPP

ENGE KOOPERATION

Bei der Therapie der Demenz ist wie bei kaum einer anderen Erkrankung die enge Kooperation zwischen Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Pflegediensten und Therapeutinnen und Therapeuten über einen langen Zeitraum wichtig. Weitere Unterstützungsangebote – zum Beispiel Selbsthilfe, Beratungsstellen, soziale Dienste – können in Kooperationen eingebunden werden.

› Die KBV bietet Informationen über die gängigsten Kooperationsformen in der ambulanten Versorgung an: ***www.kbv.de/html/kooperationen.php***

QUALITÄTSZIRKEL MODUL „DEMENZ“

Die KBV hat mit diversen Fachgesellschaften, Verbänden sowie der Bundesärztekammer ein Modul für interdisziplinäre Qualitätszirkel zum Thema Demenz erarbeitet. Es soll Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen motivieren, sich näher mit dem Thema Demenz zu beschäftigen und sich kollegial auszutauschen: ***www.kbv.de/html/27179.php***

In welchen Regionen es Qualitätszirkel zu Demenzerkrankungen gibt, erfahren Praxen bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung.

CHECKLISTE 1
IST UNSERE PRAXIS AUF MENSCHEN MIT DEMENZ EINGESTELLT?

1 Unser Praxisteam verfügt über ein Basiswissen zur Demenz.

2 Die Umgangsregeln mit Patientinnen und Patienten mit Demenz sind im Praxisteam bekannt – insbesondere Geduld, Freundlichkeit, Empathie, „Leichte Sprache“.

3 Betroffene und diejenigen, die ihnen nahestehen, werden mit ihren Schilderungen und Beschwerden ernst genommen – unabhängig von ihrem Alter und abweichenden eigenen Wahrnehmungen.

4 Sofern es gewünscht wird, werden Angehörige oder das soziale Umfeld in die Diagnosestellung und Aufklärung mit einbezogen.

5 Unsere Praxis hat ein Grundinstrumentarium an Tests, um bei Verdacht auf eine Demenz eine erste Abklärung vorzunehmen, zum Beispiel den Mini-Mental-Status-Test (MMST) oder Uhren-Test.

6 Für die Diagnosestellung und deren Übermittlung steht ausreichend Zeit zur Verfügung.

7 Zur Differenzialdiagnose überweist unsere Praxis gegebenenfalls in eine neurologische oder psychiatrische Praxis sowie in eine Gedächtnissprechstunde.

8 Wir übermitteln die Diagnose in einfacher, klarer Sprache und weisen darauf hin, dass das Leben auch mit einer Demenz lebenswert ist.

9 Medikation und Folgetermine werden auch mit Angehörigen oder entsprechenden Diensten besprochen, sofern die Patientin oder der Patient einverstanden ist.

10 Unser Praxisteam kennt Beratungs- und Entlastungsangebote sowie Selbsthilfegruppen vor Ort, diese Infos sind auch in unserem Wartezimmer verfügbar. Darüber hinaus weist das Team auf Hilfs- und Beratungsangebote hin und erkundigt sich, ob bereits Kontakt aufgenommen und Unterstützung angenommen wurde.

› S3 Leitlinie „Demenzen“ – handlungsleitend für die Diagnostik und Therapie: ***https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013***

TIPP

MÖGLICHKEITEN DER DIGITALEN VERSORGUNG

Auch in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Demenz gewinnen digitale Instrumente an Bedeutung. Sie können die Behandlung unterstützen und ergänzen. Dies können zum Beispiel sein: Telekonsile, Videosprechstunden unter Einbezug der Angehörigen oder unterstützende Tools, beispielsweise Medikamentenspender mit Erinnerungsfunktion und Demenztablets.

› Inzwischen gibt es eine Vielzahl von technischen Hilfen beziehungsweise Unterstützungssystemen, über die auch eine Broschüre der Deutschen Alzheimer Gesellschaft informiert: *www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/Broschueren/Tablets_Sensoren_Co.pdf*

DIE PASSENDEN WORTE FINDEN
HINWEISE FÜR DIE KOMMUNIKATION

Jemandem zu sagen, dass Demenz festgestellt wurde, ist keine leichte Aufgabe. Aus Angst vor der Erkrankung verschließen sich viele Betroffene einer Diagnose. Manche reagieren geschockt und sind verängstigt oder es kommt zu Abwehrreaktionen. Andere sind erleichtert, da ihre Probleme endlich eine Erklärung haben.

Doch ungeachtet der Frage, wie jemand reagieren könnte, hat jede Person das Recht, über ihren Zustand informiert und aufgeklärt zu werden. Dies sollte so früh wie möglich geschehen. So können sich Menschen mit Demenz auf krankheitsbedingte Veränderungen einstellen und Angehörige einbeziehen, etwa wenn es um die rechtliche Vorsorge geht.

Grundsätzlich unterscheidet sich die Kommunikation mit Patienten und Patientinnen von Gesprächen mit den Angehörigen. Eine gute Vorbereitung ist aber in jedem Fall wichtig.

› Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft bietet eine Postkarte mit „11 Tipps zur besseren Verständigung mit Menschen mit Demenz“: *https://shop.deutsche-alzheimer.de/broschueren/18/11-tipps-zur-besseren-verstaendigung-mit-menschen-mit-demenz*

Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

GESPRÄCHE MIT PATIENTEN

In der Kommunikation mit Menschen mit Demenz ist besonders viel Zeit und Geduld notwendig. Krankheitsbedingt verändern sich die Gespräche. Die Gedächtnisleistungen der Patienten und Patientinnen verschlechtern sich, sodass Gesprächsinhalte wiederholt werden müssen. Auch gehört es zum Krankheitsbild, dass sich das Verhalten verändert. So werden manche Menschen ängstlicher, andere aggressiver, oder das Verhalten schwankt.

HINWEISE ZUR GESPRÄCHSFÜHRUNG MIT PATIENTEN UND PATIENTINNEN

- Stellen Sie sich zur Begrüßung namentlich vor.
- Beginnen Sie Gespräche mit einer offenen Frage: „Wie geht es Ihnen heute?“.
- Teilen Sie die Diagnose so mit, dass die Patienten und Patientinnen ihre Bedeutung verstehen.
- Geben Sie ihnen Zeit, um das Ausmaß der Diagnose zu erfassen.
- Erläutern Sie in kurzen Sätzen, welche weiteren Untersuchungen gegebenenfalls erforderlich sind.
- Zeigen Sie in verständlicher Weise Therapieoptionen mit Alternativen auf.
- Nutzen Sie visuelle Hilfsmittel und Entscheidungshilfen, zum Beispiel Schaubilder.
- Gehen Sie behutsam vor, wenn der oder die Betroffene verängstigt oder depressiv ist.
- Wiederholen Sie auf Wunsch Erklärungen und beantworten Sie alle Fragen möglichst einfach und verständlich.
- Geben Sie Informationsmaterial mit nach Hause.
- Weisen Sie auf Beratungsstellen und Ansprechpartner hin.
- Beenden Sie das Gespräch mit einem positiven Hinweis, zum Beispiel dass man auch mit einer Demenz noch eine gute Lebensqualität haben kann.

GESPRÄCHE MIT ANGEHÖRIGEN

Häufig sind es Angehörige, denen erste Symptome auffallen und die natürlich auch wissen möchten, woran beispielsweise die Ehefrau oder der Vater leidet. Zugleich ist aufgrund der persönlichen Nähe die Angst groß, einen geliebten Menschen zu verlieren. Trotz der besonderen Situation: Auch hier besteht die ärztliche Schweigepflicht. Ärzte dürfen den Angehörigen beziehungsweise nicht jedem Angehörigen alles mitteilen. Wenn der Patient einverstanden ist oder eine Vollmacht vorliegt, können Sie die Angehörigen einbeziehen. Es empfiehlt sich auch ein Vier-Augen-Gespräch, weil Angehörige dann oftmals offener reden und auf Probleme hinweisen, die sonst nicht zur Sprache kommen.

HINWEISE ZUR GESPRÄCHSFÜHRUNG MIT ANGEHÖRIGEN

- Informieren Sie Angehörige über die Krankheit und deren Auswirkungen auf das Verhalten des Patienten oder der Patientin.
- Erklären Sie Angehörigen, wie Fähigkeiten des Patienten oder der Patientin gefördert werden können.
- Machen Sie deutlich, dass auffälliges Verhalten zur Erkrankung gehören kann und dass einfühlsames „darauf eingehen“ eher hilft als Unverständnis.
- Weisen Sie auf rechtliche Vorsorgemaßnahmen hin.
- Halten Sie Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bereit, die die Angehörigen für sich selbst in Anspruch nehmen können.

INTERVIEW SASKIA WEIß
GESCHÄFTSFÜHRERIN DER DEUTSCHEN ALZHEIMER GESELLSCHAFT e. V.

Saskia Weiß ist seit 2022 Geschäftsführerin der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Sie ist dort bereits seit 2008 tätig, unter anderem als Beraterin am Alzheimer-Telefon und als Projektkoordinatorin der Initiative Demenz Partner.

Wie kann das Thema Demenz noch stärker im öffentlichen Bewusstsein verankert werden und welchen Beitrag leistet die Deutsche Alzheimer Gesellschaft dazu?

Das Thema Demenz betrifft uns alle – als Angehörige oder als Betroffene, Freunde, Nachbarn oder Arbeitskolleginnen oder -kollegen. Wissen über Demenzerkrankungen zu erlangen, sensibel auf Menschen mit Demenz zuzugehen und Ängste abzubauen, ist daher eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Die Alzheimer-Gesellschaften in Deutschland unterstützen betroffene Familien und informieren die breite Öffentlichkeit. Als Bundesverband unterhalten wir seit über 20 Jahren das Alzheimer-Beratungstelefon. Unser multiprofessionelles Team beantwortet Fragen rund um das Krankheitsbild, hört zu, stärkt die Anrufenden und verweist auf Angebote vor Ort. Seit dem Jahr 2016 sind wir Träger der Demenz Partner-Initiative, die mit 90-minütigen Kursen bereits mehr als 100.000 Menschen in Deutschland erreicht und für die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen sensibilisiert hat (www.demenz-partner.de). Darüber hinaus bieten unsere Homepage (www.deutsche-alzheimer.de) sowie unsere Broschüren umfangreiche Informationen und wir sind auf Facebook und Youtube aktiv.

Wird sich die ambulante gesundheitliche Versorgung von Demenzpatienten zukünftig verändern und was bedeutet das für Ärztinnen und Ärzte und deren Praxisteams?

Die Zahl der Menschen mit Demenz wird in den nächsten Jahren zunehmen. Viele von ihnen leben allein. Für Ärztinnen und Ärzte sowie die Mitarbeitenden der Praxen ist deshalb Wissen über Demenzerkrankungen und den Umgang mit den Betroffenen für die tägliche Arbeit sehr wichtig. Menschen mit Demenz und ihre Familien haben in der Regel einen großen Beratungsbedarf. Angehörige sind hoch belastet, zumal aufgrund des Pflegenotstands Unterstützung durch Pflegedienste oder Tagespflege immer schwieriger zu finden ist. Oft ist der Hausarzt oder die Hausärztin für sie erste Ansprechperson und von zentraler Wichtigkeit. Dies umso mehr, je weniger haus- und fachärztliche Praxen verfügbar sind. Nicht alle Fragen können und müssen in der Praxis geklärt werden. Aber es ist wichtig, dass Informationen über Beratungsangebote vor Ort entsprechend weitergegeben werden. Dabei helfen eine gute Vernetzung und auch die Mitwirkung in einem regionalen Demenznetzwerk.

Wie kann eine möglichst lange Teilhabe von Menschen mit Demenz am gesellschaftlichen Leben gelingen?

Mit der Diagnose Demenz steht die Welt erst einmal Kopf – für Betroffene wie Angehörige. Alltagsroutinen, das Miteinander und die Wahrnehmung der Umwelt verändern sich. Viele Menschen mit Demenz ziehen sich zurück: Sie finden sich nicht mehr zurecht, fühlen sich unverstanden. Und doch gehören sie dazu und sollen Teil der Gemeinschaft bleiben! Dazu brauchen sie von uns vor allem Geduld, Verständnis und Unterstützung. Denn Demenz bedeutet nicht allein ein „Nicht-mehr-Können". Vielmehr haben Menschen mit Demenz viel zu geben, sie sind empathisch, humorvoll und sie wollen sich einbringen. Wir alle können etwas tun, damit Menschen mit Demenz weiter teilhaben können.

Wichtig dafür ist es,

- *Wissen über Demenzerkrankungen und den Umgang mit Betroffenen zu erwerben,*
- *die persönliche Würde der Erkrankten zu wahren und ihre Eigenständigkeit zu unterstützen,*
- *frühzeitig Unterstützung in Anspruch zu nehmen, bevor die Belastung zu groß wird.*

TIPP

DAS ALZHEIMER-TELEFON

Das Alzheimer-Telefon ist ein bundesweites Beratungsangebot für Menschen mit Demenz, für Angehörige sowie für alle, die sich beruflich oder ehrenamtlich engagieren. Das Beratungsangebot kann per Telefon oder E-Mail wahrgenommen werden:
Telefon: ***030 259 37 95 14***
Internet: ***www.deutsche-alzheimer.de/alzheimer-telefon***

BEISPIELE AUS DER PRAXIS

1 PATIENTIN MIT DER DIAGNOSE DEMENZ IM FRÜHSTADIUM

Eine 75-Jährige berichtet ihrer Hausärztin seit Monaten wiederholt von kleineren Gedächtnislücken, zum Beispiel zu vergessen, wo der Schlüssel liegt. Bei einer Kontrolle der Blutdruckmedikation in der Praxis berichtet sie besorgt von Ausflügen mit dem fünfjährigen Enkel, wo sie mehrfach nicht mehr wusste, wann sie ihn zurückbringen soll und wohin, obwohl das genau mit ihrem Sohn abgesprochen war. Nun will die Patientin wissen, ob sie Demenz hat. Sie hat Angst, dass sie keine Ausflüge mehr mit ihrem Enkel machen kann.

DIAGNOSE

↗ Die Hausärztin entschließt sich nach den Schilderungen, eine mögliche Demenzdiagnose abzuklären. Sie führt die entsprechende Diagnostik durch und überweist die Patientin zur Konsultation an eine neurologische Praxis. Das Ergebnis ist eine Demenz bei Alzheimer-Krankheit (ICD-10-Code: F00.1*) im Frühstadium.

VORBEREITUNG DES PATIENTENGESPRÄCHS

↗ Die Hausärztin bereitet sich darauf vor, die lebensverändernde Diagnose zu übermitteln. Da die Hausärztin gut vernetzt ist, kennt sie regionale Hilfsangebote und bittet eine Praxismitarbeiterin die Adressen für die Patientin aufzuschreiben. Auch soll die Mitarbeiterin einen Flyer und eine Patientenbroschüre zum Thema Demenz bereitlegen sowie Infos zur rechtlichen Vorsorge heraussuchen.

GESPRÄCH

↗ Im Gespräch überbringt die Hausärztin die Diagnose und erklärt, was die Diagnose bedeutet. Die Patientin braucht erst einmal Zeit zur Verarbeitung der Diagnose und bittet die Ärztin um einen Anschlusstermin. Dieser wird vereinbart. Auch erhält die Patientin die bereitgelegten Materialien, mit denen sie sich bis zum nächsten Termin befassen und die Fragen dazu dann eventuell mitbringen kann. Die Hausärztin und die Patientin vereinbaren zudem, dass die Patientin zum nächsten Termin ihren Sohn mitbringen kann.

FOLGETERMIN

↗ Beim nächsten Termin klären Hausärztin, Patientin und deren Sohn offene Fragen – zum Beispiel, ob und wie sich die Frau weiterhin um ihren Enkel kümmern kann. Die Ärztin weist zudem auf das Alzheimer-Telefon der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft für die Unterstützung bei Fragen zur Diagnose und zu Anlaufstellen vor Ort hin. Auch macht sie deutlich, dass die Patientin jetzt frühzeitig an die rechtliche Vorsorge denken sollte und nennt ihr die wichtigsten Dokumente: Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht.

Eine wichtige Frage der Patientin ist, ob sie etwas tun kann, um das Fortschreiten der Erkrankung zu verzögern. Die Ärztin erklärt, dass es für die Alzheimer-Demenz Medikamente gibt, die zur Stabilisierung der geistigen Leistungsfähigkeit und der Alltagsbewältigung sowie zur Milderung von psychischen und verhaltensbezogenen Symptomen eingesetzt werden. Sie verschreibt ihrer Patientin einen Cholinesterase-Hemmer, der den Abbau des Überträgerstoffes Acetylcholin verhindern soll und

FORMULAR 13

Zuzahlungsfrei
Krankenkasse bzw. Kostenträger
Zuzahlungspflicht
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Unfallfolgen
BVG
Kostenträgerkennung
Versicherten-Nr.
Status
Betriebsstätten-Nr.
Arzt-Nr.
Datum

Heilmittelverordnung 13

- [ ] Physiotherapie
- [ ] Podologische Therapie
- [ ] Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- [X] Ergotherapie
- [ ] Ernährungstherapie

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

F00.1*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit Beginn ab dem 65. Lebensjahr

Diagnosegruppe PS4 — **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog [X] a [X] b [ ] c — patientenindividuelle Leitsymptomatik [ ]

Leitsymptomatik *(patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)*

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten
Hirnleistungstraining/neuropsych. orientierte Beh.	10

Ergänzendes Heilmittel

[X] **Therapiebericht** — **Hausbesuch** [ ] ja [X] nein — **Therapiefrequenz** 1–3 x wöchentlich

[ ] **Dringlicher Behandlungsbedarf** innerhalb von 14 Tagen

so zu einer Stabilisierung beiträgt. Weitere unterstützende Medikamente sind vorerst aus Sicht der Ärztin nicht notwendig. Vor einer Therapie mit Psychopharmaka sollte versucht werden, die Symptome durch nicht-medikamentöse Maßnahmen zu beeinflussen, zum Beispiel körperliche Aktivität und Anpassungen der äußeren Umgebung. Neben der medikamentösen Therapie empfiehlt die Ärztin deshalb auch eine Ergotherapie, welche die Alltagsfähigkeiten wie Kochen oder Ankleiden fördern oder zumindest erhalten helfen kann.

VERORDNUNG

↗ Wie mit der Patientin besprochen, verordnet die Hausärztin Ergotherapie (Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung) für ein handlungsorientiertes Training von Aktivitäten und Fertigkeiten in alltagsnahen Situationen. Sie nutzt dafür das Verordnungsformular Muster 13 für Heilmittel. Darauf kreuzt sie Ergotherapie an, trägt die Diagnose F00.1* ein und macht die weiteren erforderlichen Angaben – siehe Ausschnitt in der Abbildung oben.

WEITERES VORGEHEN

↗ Die Hausärztin schlägt ein Folgegespräch vor, um die Frau nicht zu überfordern. Die Patientin stimmt zu und erhält das Rezept für die Medikation, eine Heilmittelverordnung für die Ergotherapie sowie einen Folgetermin in der Praxis. Sie soll dann gerne wieder eine Vertrauensperson mitbringen, etwa ihren Sohn oder ihre Freundin.

HINWEIS ZUR ERGOTHERAPIE

↗ Für einige Formen der Demenz insbesondere ab dem 70. Lebensjahr ist eine Abweichung von der Höchstmenge je Ergotherapie-Verordnung möglich und somit eine Verordnung für eine Behandlungszeit von bis zu 12 Wochen.

Die Möglichkeit einer „12-Wochen-Verordnung“ bietet folgende Vorteile:

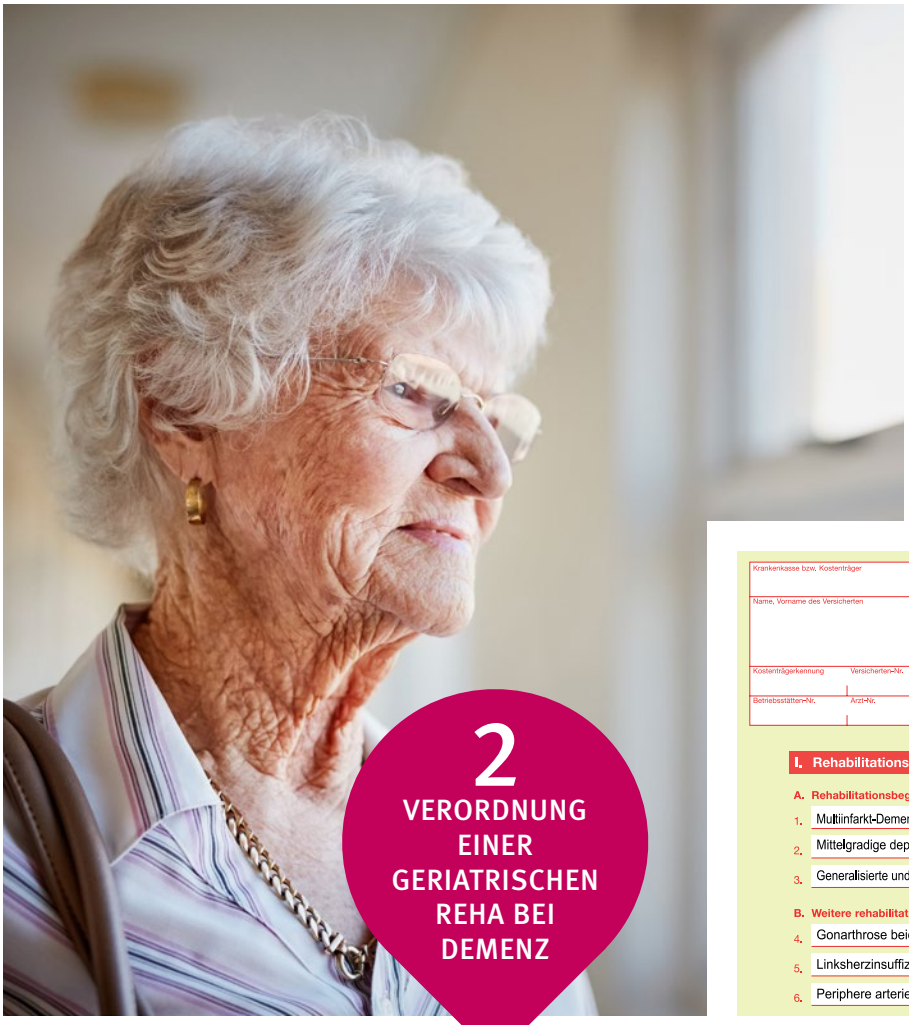
Weniger häufige Terminabstimmungen mit der verordnenden Praxis, um ausschließlich eine weitere Ergotherapie-Verordnung auszustellen

Kontinuierliche Behandlung mit notwendigen Maßnahmen wie Ergotherapie

Weniger Rezeptgebühren für den Patienten (10 Euro pro Verordnung), da mehr Behandlungseinheiten auf einer Verordnung angegeben werden können

Wenn die Verordnung die Kriterien für einen besonderen Verordnungsbedarf erfüllt, werden die Verordnungskosten im Falle von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (nach § 106b SGB V) berücksichtigt.

› Weitere Informationen zur Heilmittelverordnung:
www.kbv.de/html/heilmittel.php



2 VERORDNUNG EINER GERIATRISCHEN REHA BEI DEMENZ

Für eine 83-jährige Patientin wird eine Reha-Verordnung ausgestellt, da sie aufgrund einer Multiinfarkt-Demenz, einer mittelgradigen depressiven Episode und einer nicht näher bezeichneten Atherosklerose rehabilitationsbedürftig ist.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation **61 Teil B**

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

☐ Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit
(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

☐ Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

		Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
A.	**Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen**		
1.	Multiinfarkt-Demenz mit zunehm. Probl. bei Selbstversorg.	F01.0	
2.	Mittelgradige depressive Episode	F32.1	
3.	Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose	I70.9	
B.	**Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen**		
4.	Gonarthrose beidseits	M17.9G	
5.	Linksherzinsuffizienz	I50.12G	
6.	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	I70.2G	

** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)*
1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

FORMULAR 61 TEIL B – I.

↗ Aufgrund der geriatrietypischen Multimorbidität erfolgt die Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation.

FORMULAR 61

Name, Vorname des Versicherten | ng | Versicherten-Nr.

61 Teil D

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

Erhalt kognitiver Fähigkeiten und ADL, Schmerzreduzierung

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

Zu Hause wohnen bleiben

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter **IV. A.** und **IV. B.** benannten Rehabilitationsziele

[X] ja [ ] eingeschränkt, hinsichtlich *(z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)*

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

[ ] ambulant [ ] ambulant-mobil [X] stationär

[ ] Mütter-Leistung [ ] Väter-Leistung [ ] als Mutter-Kind-Leistung [ ] als Vater-Kind-Leistung

B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen *(z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)*

[X] geriatr. Rehabilitation

C. Weitere Bemerkungen/Begründungen *(u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)*

[ ] pflegende/r Angehörige/r [ ] andere

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese *(insbesondere Beginn und Verlauf)* **und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung**

Seit ca. 6 Monaten zunehmende Gedächtnisprobleme, Vergesslichkeit, Orientierungsprobleme und Stimmungsschwankungen in Folge leichter Insulte, außerdem Verschlechterung des Gangbildes

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde *(relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)*

Deutliche kognitive Einschränkungen, RR: 140/80, verminderte Beinkraft, Gangunsicherheit

C. Bei geriatrischer Rehabilitation
mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität	Kognition	Schmerz	Herz-/Lungenfunktion
TUG 12 sek + Chair Rise 11 sek	MMST 21 / 30	Schmerzskala / 10	Ergometrie Watt
Handkraft kg **oder** kpa	GDS 15 / 15		FEV1 % + VK %
DEMMI / 100 Tinetti / 28	Uhrentest / 7		NYHA-Stadium

D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen *(z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote)*; **einschließlich Heilmittelverordnung** *(in den letzten 6 Monaten)*

Keine

[X] Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

[ ] nein [X] ja, welche? Rollator

FORMULAR 61 TEIL D – IV./V./VI.

↗ Das Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist der Erhalt der kognitiven Fähigkeiten und der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie eine Reduzierung der Schmerzen. Die Patientin äußerte den Wunsch, weiterhin zu Hause wohnen zu können.

↗ Der Patientin wurde eine positive Prognose für eine erfolgreiche Rehabilitation ausgesprochen und auf der Verordnung dokumentiert.

↗ Es soll eine geriatrische, stationäre Rehabilitation erfolgen.

FORMULAR 61 TEIL B – II.

↗ Die Patientin leidet seit einem halben Jahr zunehmend an Gedächtnisproblemen und kann sich schlecht orientieren. Hinzu kommen Stimmungsschwankungen in Folge leichter Schlaganfälle. Auch ihr Gangbild hat sich zwischenzeitlich verschlechtert, wodurch die Patientin sturzgefährdet ist.

↗ Um die aus den angegebenen Diagnosen resultierenden Schädigungen und Funktionseinschränkungen nachzuweisen, wurden zwei Funktionstests in den Bereichen Mobilität (TUG + Chair Rise) und Kognition (MMST) durchgeführt und die Ergebnisse auf der Verordnung dokumentiert.

FOKUS

REHA-SPORT BEI DEMENZ

Bewegung ist bei Demenz wichtig. So können Muskelfunktionen möglichst lange erhalten und damit kann auch Stürzen vorgebeugt werden. Auch auf die Psyche wirkt sich Sport positiv aus. Ärztinnen und Ärzte sollten deshalb prüfen, ob sie ihren Patientinnen und Patienten, insbesondere bei leichten und mittelgradigen dementiellen Syndromen, Rehabilitationssport verordnen.

Reha-Sport kommt für Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Menschen in Betracht. Reha-Sport kann aber auch bei Erkrankungen mit Schädigungen der mentalen Funktion, zum Beispiel bei leichten bis mittelgradigen dementiellen Syndromen, verordnet werden. Die Verordnung erfolgt auf Formular Muster 56.

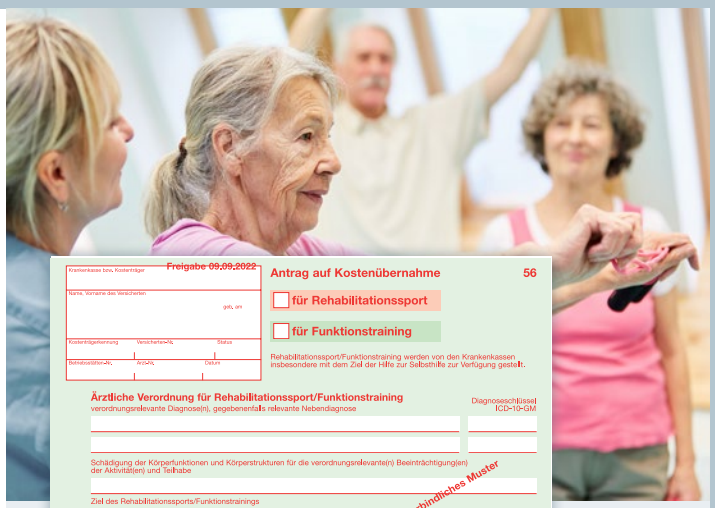
ZIELE DES REHA-SPORTS

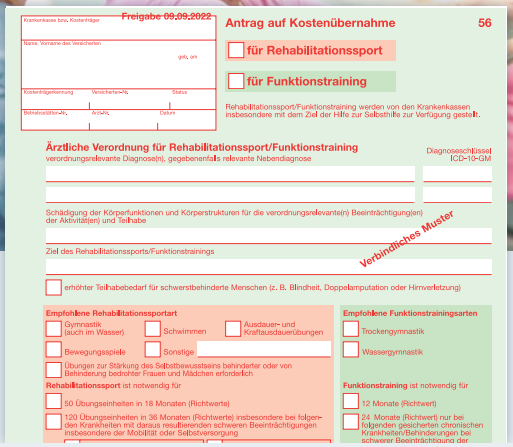
- Ausdauer und Kraft stärken
- Koordination und Flexibilität verbessern
- Selbstbewusstsein stärken

Reha-Sport fördert umfassend die funktionale Gesundheit und zielt dabei auch auf Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniseffekte ab. Es fördert die Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe.

VERORDNUNGSFÄHIGE REHA-SPORTARTEN

- Gymnastik (auch im Wasser)
- Ausdauer- und Kraftausdauerübungen
- Schwimmen
- Bewegungsspiel





Freigabe 09.09.2022

Antrag auf Kostenübernahme 56

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

Verbindliches Muster

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

Empfohlene Rehabilitationssportart

Gymnastik (auch im Wasser)

Schwimmen

Ausdauer- und Kraftausdauerübungen

Bewegungsspiele

Sonstige

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung

Empfohlene Funktionstrainingsarten

Trockengymnastik

Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

12 Monate (Richtwert)

24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der

› Ansichtsexemplar von Formular Muster 56:
www.kbv.de/media/sp/Muster56_2023.pdf
› Erläuterungen zum Ausfüllen:
www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf

ANGEBOTE FÜR REHA-SPORT

Rehabilitationssport wird von örtlichen Rehabilitationssportgruppen durchgeführt, die in der Regel in Trägerschaft von Vereinen und Leistungserbringern sind. Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige suchen sich einen regionalen Anbieter von Rehabilitationssportarten eigenständig aus. Hilfreich können zum Beispiel die folgenden Online-Suchen sein.

› Deutscher Behindertensportverband (DBS):
www.dbs-npc.de
› Rehasportgruppen – Suchportal des DBS:
https://reha-sportsuche.de
› Bundesverband Rehabilitationssport:
https://rehasport-deutschland.de

Wenn Ärztinnen und Ärzte geeignete Angebote für Patientinnen und Patienten kennen, können sie diese bei Bedarf empfehlen. Einzelheiten regelt die Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining, die von den Rehabilitationsträgern und weiteren Verbänden wie der KBV getroffen wurde.

› Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining:
www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/RVRehasport.web.pdf

CHECKLISTE 2
TIPPS ZUR GESTALTUNG DER PRAXISRÄUME

Niedergelassene können ihre Praxis so gestalten, dass sie Menschen mit Demenz eine gute Orientierung bietet. Davon profitieren auch alle anderen, die in die Praxis kommen.

1 Unsere Praxis ist gut ausgeschildert und möglichst barrierefrei zugänglich.

2 Eingangsbereich, Flur und ggf. Treppenhaus bieten Orientierungshilfen, zum Beispiel durch farblich abgesetzte Handläufe oder Pfeile, die zur Praxistür weisen.

3 Unser Empfangs- und/oder Anmeldetresen ist als solcher zu erkennen. Keine Schilder oder Pflanzen versperren den Blick auf die Praxismitarbeiter am Tresen.

4 Sitzmöglichkeiten heben sich optisch vom Boden und von den Wänden ab.

5 Anmeldetresen, Wartezimmer, Toilette, Garderobe, Behandlungsräume sowie die Ein- und Ausgangstür sind leicht (wieder) zu finden.

6 Wenn im Wartezimmer Videos gezeigt werden oder Musik abgespielt wird: Die Art der Unterhaltung wirkt beruhigend, keinesfalls unpassend.

7 Das Informationsmaterial liegt übersichtlich aus und wird regelmäßig sortiert.

› Informationen für Praxisinhaber hat die KBV auf einer Themenseite im Internet zusammengestellt: ***www.kbv.de/html/barrierefreiheit.php***

RECHTLICHE VORSORGE

Zur rechtlichen Vorsorge gehört, die eigenen Vorstellungen und Wünsche zu formulieren und schriftlich festzuhalten. Nachfolgend die wichtigsten Möglichkeiten im Überblick.

› Das Bundesministerium für Justiz stellt in seinen Publikationen weitere Informationen sowie Muster und Vordrucke bereit, die Patienten und Patientinnen für ihre rechtliche Vorsorge nutzen können: ***www.bmj.de***

VORSORGEVOLLMACHT

Mit einer Vorsorgevollmacht überträgt eine Person einer anderen die Wahrnehmung bestimmter Angelegenheiten für den Fall, dass sie selbst nicht mehr ansprechbar oder entscheidungsfähig ist. Dazu gehört unter anderem, rechtsverbindliche Erklärungen abzugeben. Deswegen sollte nur eine Person ausgewählt werden, zu der vollstes Vertrauen besteht.

Die Vorsorgevollmacht wird schriftlich abgefasst und muss im Bedarfsfall von der bevollmächtigten Person im Original vorgelegt werden. Geregelt werden können Angelegenheiten der Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit oder für die Vermögenssorge. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Mit einer Betreuungsverfügung kann im Falle einer Unterstützungsbedürftigkeit jemand im Voraus festlegen, wen das Betreuungsgericht als rechtlichen Betreuer bestellen soll. Das Gericht ist an diese Wahl gebunden, wenn sie dem Wohl der zu betreuenden Person nicht zuwiderläuft. Genauso kann bestimmt werden, wer auf keinen Fall infrage kommt.

Möglich sind auch inhaltliche Vorgaben, etwa welche Wünsche und Gewohnheiten respektiert werden sollen oder ob im Pflegefall eine Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim gewünscht wird. Die Betreuungsverfügung kann auch mit einer Vorsorgevollmacht verbunden werden.

PATIENTENVERFÜGUNG

Mit der Patientenverfügung kann eine Person für den Fall einer Entscheidungsunfähigkeit im Voraus festgelegen, ob sie in bestimmte medizinische Maßnahmen, die möglicherweise in Zukunft auf sie zukommen, einwilligt oder diese untersagt. Auf diese Weise kann Einfluss auf die ärztliche Behandlung genommen werden. Beispiele sind künstliche Ernährung oder maschinelle Beatmung.

Die Patientenverfügung muss schriftlich erfolgen und sich auf möglichst konkrete Situationen beziehen, in denen die Patientenverfügung gelten soll. Liegt eine Patientenverfügung vor, muss ärztlich geprüft werden, ob die Festlegung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Ist dies der Fall, ist die Patientenverfügung für Ärzte und Ärztinnen verbindlich. In Zweifelsfällen entscheidet ein Gericht.

TIPPS

BERATUNGSSTELLEN FÜR DIE PASSENDE PFLEGE

Ambulante Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen oder Möglichkeiten der Kurzzeitpflege gibt es in der Regel bundesweit in jeder Region. Das gilt auch für Pflegeheime. Doch welches Angebot ist das passende? Patientinnen und Patienten sollten sich bewusst umsehen und nicht allein auf Empfehlungen vertrauen. Wer Unterstützung benötigt oder eine Beratung wünscht, kann sich an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft wenden. Die Mitarbeitenden vermitteln zudem Ansprechpartner in den Regionen. Auch das Praxisteam kann dort weiterführende Informationen erhalten und mehr über Kooperationsmöglichkeiten erfahren.

Hilfe bieten auch die Pflegestützpunkte. Sie sind eine gute Anlaufstelle für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Es gibt sie in vielen Regionen. Die Mitarbeiter dort informieren, beraten und unterstützen kostenfrei bei allen Fragen zur Pflege sowie rund ums Alter. Auch eine persönliche Betreuung über einen längeren Zeitraum ist möglich. Träger der Pflegestützpunkte sind die Pflege- und Krankenkassen, die die Beratungsstellen gemeinsam mit der jeweiligen Kommune einrichten.

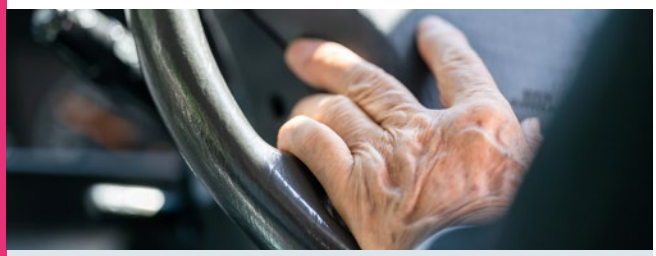
› Über Beratungsstellen in der eigenen Region kann man sich beispielsweise auf der Seite des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) informieren und dort auch speziell nach Beratung bei Demenz filtern: ***www.zqp.de/beratung-pflege/#/home***

DIEJENIGEN EINBEZIEHEN, DIE MENSCHEN MIT DEMENZ NAHESTEHEN

Rund zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause von ihren Angehörigen betreut. Patientinnen und Patienten sollten sich nach Möglichkeit Gedanken darüber machen, ob und wie sie zu Hause Unterstützung finden können, um frühzeitig diejenigen einzubeziehen, die ihnen nahestehen.

Zugleich sollten Ärztinnen und Ärzte auf die Unterstützung durch ambulante Pflegedienste aufmerksam machen, damit der oder die Pflegende Unterstützung und Entlastung erfährt.

Das Wohnumfeld kann sich über die Jahre verändern. Verstirbt zum Beispiel die Partnerin eines Demenz-Kranken, die bisher dessen Betreuung zu Hause übernommen hat, muss eine andere Lösung gefunden werden. Denkbar ist hier beispielsweise auch eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz.

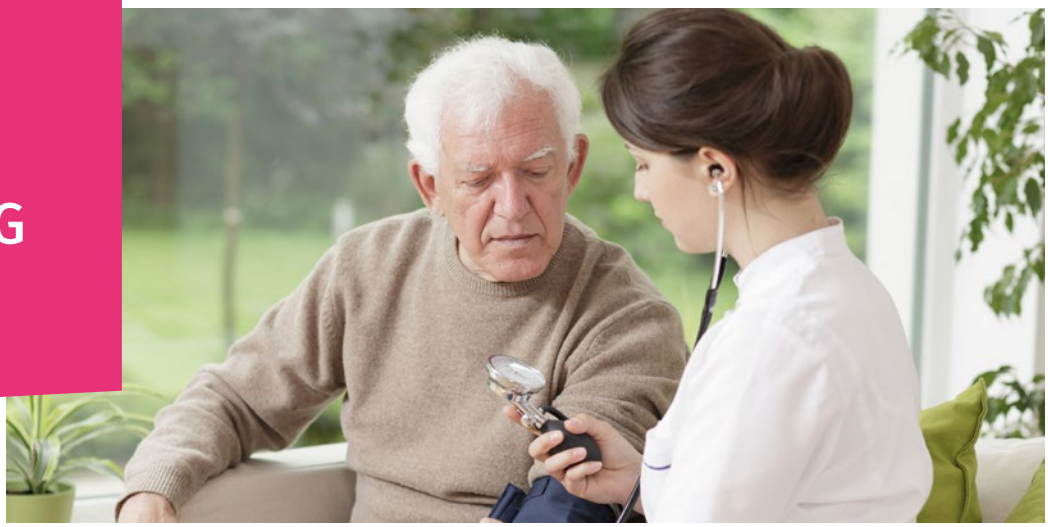


FAHRTAUGLICHKEIT TESTEN

Eine Pflicht zur regelmäßigen Kontrolle der eigenen Fahrtauglichkeit gibt es in Deutschland nicht. Aber wer einen Führerschein hat, kann sein Fahrverhalten bei Fahrschulen und Automobilclubs überprüfen.

› Weiterführende Informationen zum Autofahren und Demenz bietet der Wegweiser Demenz: ***www.wegweiser-demenz.de/wwd/rechtliches/rechte-und-pflichten/autofahren-und-demenz***

PFLEGE UND WEITERE VERSORGUNG BEI DEMENZ



Es gibt verschiedene Formen der Pflege, die je nach Bedarf und Wünschen infrage kommen können und die Ärztinnen und Ärzte kennen sollten. Nachfolgend ein Überblick.

VERHINDERUNGSPFLEGE

Die Pflegekasse zahlt eine notwendige Ersatzpflege, wenn pflegende Angehörige wegen eines Urlaubs oder einer Erkrankung verhindert sind. Dieser Anspruch besteht für maximal sechs Wochen im Jahr. Während der Verhinderungspflege wird Pflegegeldbeziehern das Pflegegeld für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt.

KURZZEITPFLEGE

Sie ist für Menschen gedacht, die nur für eine kurze Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen sind. Während der Kurzzeitpflege wird das Pflegegeld für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt. Häufig wird Kurzzeitpflege auch zur zeitweisen Entlastung der pflegenden Angehörigen eingesetzt (z. B. bei psychischer Überforderung, eigener Erkrankung).

TAGES- UND NACHTPFLEGE

Die Tagespflege wird in der Regel von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, deren Angehörige tagsüber berufstätig sind. Die Pflegebedürftigen werden meist morgens abgeholt und nachmittags zurück nach Hause gebracht. Die Betreuung findet in Pflegeheimen oder in einer Tagesstätte statt. Pflegebedürftige erhalten dort ihre Mahlzeiten, sind in Gesellschaft und werden körperlich und geistig aktiviert.

AMBULANTER PFLEGEDIENST

Der Pflegedienst kommt zu Pflegebedürftigen nach Hause und hilft bei der täglichen Pflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und häuslichen Betreuung. Die ambulante Pflege ermöglicht Betroffenen, trotz Pflegebedürftigkeit in der vertrauten Umgebung zu bleiben. Pflegende Angehörige können durch den Pflegedienst unterstützt und entlastet werden.

BETREUTES WOHNEN

Bei diesem Modell leben Patienten und Patientinnen in der Regel in einer eigenen, abgeschlossenen Wohnung. Je nach Bedarf können sie verschiedene Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen.

PFLEGEWOHNGEMEINSCHAFT

Ein weitestgehend selbstständiges Leben und dabei nicht allein – das bieten Wohngemeinschaften für Menschen für Demenz. Auch für diese Form der Unterbringung erhalten Betroffene Unterstützung. Bei der Neugründung einer ambulant betreuten Wohngruppe gibt es zudem eine Anschubfinanzierung, um die Räume baulich so herzurichten, dass sie für diese Menschen geeignet sind.

STATIONÄRE LANGZEITPFLEGE „PFLEGEHEIM“

Nicht immer sind die häusliche Pflege und Betreuung möglich. Vor allem wenn die Krankheit fortschreitet, sind viele Angehörige überfordert. Das Pflegeheim ist dann eine Alternative. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden dort rund um die Uhr pflegerisch, medizinisch und hauswirtschaftlich versorgt und sozial betreut. Viele Pflegeheime haben sich auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz eingestellt.

› Bundesministerium für Gesundheit: *www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege.html*

AUCH URLAUB IST MÖGLICH

Pflegebedürftige und pflegende Angehörige können gemeinsam Urlaub machen. Dafür gibt es Angebote von Ferienhotels und von Selbsthilfeverbänden. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft stellt bei Bedarf eine Liste mit Urlaubsangeboten zur Verfügung.

› Mehr dazu in der Rubrik Angehörige/Entlastungsangebote unter: ***www.deutsche-alzheimer.de***

ANGEBOTE FÜR ANGEHÖRIGE
UNTERSTÜTZUNGS- UND ENTLASTUNGSMÖGLICHKEITEN

Rund 80 Prozent aller Menschen mit Demenz werden laut der Deutschen Alzheimer Gesellschaft von ihren Angehörigen versorgt und begleitet.

Dies verlangt viel Engagement und die Bereitschaft, gegebenenfalls rund um die Uhr für jemanden da zu sein. Ohne Unterstützung und Entlastung können pflegende Angehörige schnell selbst an ihre physischen und psychischen Grenzen geraten.

Es gibt eine ganze Reihe von Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten, auf die Ärzte und Ärztinnen frühzeitig hinweisen können. Dazu gehören ambulante Pflegedienste, die einen Teil der Pflege übernehmen und die Familie dadurch entlasten. Auch eine Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege kann eingerichtet werden. Eine Verhinderungspflege bietet sich an, falls Angehörige die Pflege mal nicht selbst übernehmen können, zum Beispiel aufgrund von Urlaub oder Krankheit. Die Kosten hierfür werden für einen bestimmten Zeitraum von den Pflegekassen übernommen.

Darüber hinaus haben Angehörige Anspruch auf medizinische Rehabilitation und medizinische Vorsorgeleistungen, die sie mit und ohne die zu pflegende Person durchführen können. Sie haben einen Anspruch auf stationäre Rehabilitation, ohne zuvor ambulante Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen zu haben. In diesem Fall ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ausnahmsweise nicht zu beachten. Auch die Selbsthilfe bietet Unterstützungsmöglichkeiten an, zum Beispiel Gruppentreffen, in denen sich pflegende Angehörige oder ehrenamtliche Helfer und Helferinnen austauschen können.

Ansprechpartner, auf die Ärzte und Ärztinnen verweisen können:

- Beratungsstellen der Pflegekassen und Ministerien
- Pflegestützpunkte
- Wohlfahrtsverbände
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft

80 %

CA. **1,44** MIO. MENSCHEN MIT DEMENZ IN DEUTSCHLAND WERDEN VON IHREN ANGEHÖRIGEN VERSORGT UND BEGLEITET

INSGESAMT LEBEN IN DEUTSCHLAND CIRCA 1,8 MIO. MENSCHEN MIT DEMENZ

PFLEGEKURSE UND SCHULUNGEN

Nicht jeder Mensch ist in der Lage, jemanden zu pflegen. Manche trauen es sich durchaus zu, wissen aber nicht wie oder was alles dazugehört. Information und Aufklärung sind hier enorm wichtig, auch weil Angehörige zum Teil eigene Vorstellungen haben.

Das Sozialgesetzbuch sieht vor, dass die Pflegekassen Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern kostenlose Schulungskurse anbieten (SGB XI § 45). Ziele sind, die Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern. Pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen sollen gemindert werden. In den Kursen sind Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege zu vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Dabei können die Pflegekassen die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

› Weiterführende Informationen bietet die S3 Leitlinie „Pflegende Angehörige von Erwachsenen“: ***www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-006.html***

› Mehr Informationen zum Thema Beratungs- und Schulungsangebote für pflegende Angehörige bietet das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: ***www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/pflegende-angehoerige-ueber-beratungs-und-schulungsangebote-informieren-194062***

PFLEGEHILFSMITTEL

Pflegebetten, Hausnotrufsysteme, saugende Bettschutzeinlagen: Pflegebedürftige, die zu Hause betreut werden, haben einen gesetzlichen Anspruch darauf, mit Pflegehilfsmitteln versorgt zu werden.

VORAUSSETZUNG FÜR EINE PFLEGEHILFSMITTELVERSORGUNG IST:

- dass Versicherte mindestens Pflegegrad 1 haben
- zu Hause, in einer betreuten Wohnanlage oder einer Wohngemeinschaft leben
- von Familienmitgliedern, Bekannten, Freunden oder einem Pflegedienst gepflegt werden

Die Kosten für Pflegehilfsmittel werden von der Pflegeversicherung übernommen, wenn die Produkte im Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung gelistet sind. Das Verzeichnis informiert darüber, welche Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt beziehungsweise leihweise überlassen werden können. Allerdings trägt die Pflegeversicherung nicht die kompletten Kosten: Die Kosten für Verbrauchsprodukte wie saugende Bettschutzeinlagen werden bis zu einer Höhe von 40 Euro monatlich von der Pflegekasse erstattet. Bei einem technischen Produkt wie einem Pflegebett oder einem Notrufsystem müssen Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr einen Eigenanteil von zehn Prozent tragen, maximal jedoch 25 Euro pro Hilfsmittel. Werden technische Pflegehilfsmittel leihweise überlassen, entfällt die Zuzahlung.

Pflegehilfsmittel müssen nicht ärztlich verordnet werden. Um Pflegehilfsmittel zu erhalten, nehmen Pflegebedürftige Kontakt zu ihrer Pflegekasse auf – oder Angehörige, die dafür bevollmächtigt wird – und teilen den Bedarf mit. Ein Rezept der Arztpraxis beschleunigt allerdings oftmals die Bewilligung.

› Die Onlineversion des Verzeichnisses steht im Internet bereit. Pflegehilfsmittel sind in den Produktgruppen 50, 51, 52 und 54 zu finden: ***https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home***

› Informationen bietet auch das Bundesministerium für Gesundheit: ***www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege-zu-hause/pflegehilfsmittel***

KOORDINIERTE ÄRZTLICHE UND PFLEGERISCHE VERSORGUNG IN STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN

Zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen können Vereinbarungen nach § 119b Absatz 2 SGB V geschlossen werden. Damit wird die Verbesserung der haus- und fachärztlichen Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit der aufeinander abgestimmten medizinischen und pflegerischen Leistungen aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen angestrebt. An dieser besonderen Form der Versorgung können Vertragsärzte teilnehmen.

Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt nach den Bestimmungen des EBM (Kapitel 37.2).

› Weiterführende Informationen:
www.kbv.de/media/sp/Anlage_27_119b_SGBV.pdf

PALLIATIVVERSORGUNG

Demenz ist letztlich eine terminale Erkrankung, auch wenn sie über viele Jahre verlaufen kann. Die Palliativversorgung kann und sollte bei Bedarf in die Versorgung von Menschen mit Demenz integriert werden. Da die Symptome bei Demenz vielfältig und komplex sind, kann die Betreuung durch ein multidisziplinäres Team von Vorteil sein.

› Weiterführende Informationen zu den Möglichkeiten der Palliativversorgung im ambulanten Bereich finden sich auf den Internetseiten der KBV:
www.kbv.de/html/palliativversorgung.php

LESETIPP

› In der Serviceheftreihe „PraxisWissen“ der KBV wird in der Ausgabe „Palliativversorgung“ über entsprechende Möglichkeiten informiert, werden Praxisbeispiele vorgestellt und rechtliche Hinweise gegeben:
www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Palliativversorgung.pdf

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de

PraxisWissen
PraxisWissenSpezial
Themenhefte für Ihren Praxisalltag

Abrufbar und kostenfrei bestellbar unter:
www.kbv.de/838223

PraxisInfo
PraxisInfoSpezial
Themenpapiere mit Informationen für Ihre Praxis

Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808

PraxisNachrichten
Der wöchentliche Newsletter per E-Mail oder App

Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de
Redaktion: Interne Kommunikation im Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Fachliche Zuständigkeit: Abteilung Versorgungsstruktur
Gestaltung: büro lüdke GmbH
Fotos: © Adobe Stock: Africa Studio, contrastwerkstatt, Duncan M/Penn/peopleimages.com, InsideCreativeHouse, martinos, naka, Photographee.eu, Rido, Robert Kneschke, Syda Productions, villorejo; iStock: Halfpoint; Katja Bilo; Susanne Grosse
Stand: Dezember 2024

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde zum Teil nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

Die Informationen in dieser Broschüre sind ein Serviceangebot, die KBV erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.