

Pflege zu Hause in medizinisch und strukturell unterversorgten Wohnquartieren an der Peripherie Bielefelds

Agenda

- 1. Vorbemerkungen**
 - 2. Vorbereitung der Pflege zu Hause**
 - 2.1 Familiäre Aspekte
 - 2.2 Bewertung und Verbesserung der Wohnsituation
 - 3. Aufbau eines Versorgungsnetzwerks**
 - 3.0 Allgemeines
 - 3.1 Ihr Beitrag als pflegende Angehörige
 - 3.2 Einbindung der Nachbarn
 - 3.3 Beschäftigung von Haushaltshilfen
 - 3.4 Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes
 - 3.5 Kooperation mit medizinischen Leistungserbringern
 - 3.6 Hilfen aus dem Internet
 - 4. Finanzielle Aspekte**
 - 5. Kontaktanschriften**
- Verwendete Literatur

1. Vorbemerkungen

Ältere Menschen möchten, auch bei zunehmenden gesundheitlichen Problemen, in ihrer eigenen Wohnung oder zumindest im vertrauten Umfeld verbleiben und bei Bedarf auch hier gepflegt werden. Diesem Wunsch entspricht z.Zt auch (noch) die heutige Praxis in Bielefeld: Etwa 73 % der Pflegebedürftigen werden ambulant zu Hause versorgt, davon 42 % allein durch Angehörige, und 31% mit Unterstützung eines Pflegedienstes /1/. Da die alternativen Lebensformen zur klassischen Familiengründung (Single-Dasein, Kinderlosigkeit) hier künftig ein Vakuum schaffen, ist es notwendig, sich möglichst frühzeitig mit den Rahmenbedingungen für eine Pflege zu Hause, das sind vorrangig familiäre Aspekte und die Wohnsituation, vertraut zu machen.

Die damit verbundenen Herausforderungen verschärfen sich in allen 10 Stadtteilen, gravierend aber in den Wohngebieten in der Randlage von Bielefeld mit fehlender, nicht nur medizinischer Infrastruktur. In den betrachteten 21 Ortsteilen an der Peripherie der Stadt (**Anhang**) gibt es keine Praxis eines Hausarztes oder eine Apotheke, in den meisten auch keine fußläufig zu erreichenden Lebensmittelgeschäfte mehr. Bankfilialen ziehen sich immer mehr aus der Fläche zurück. Der öffentliche Personennahverkehr beschränkt sich weitgehend nur noch auf den Schulbusverkehr. Eine Verbesserung dieser Situation ist wegen der demografischen Entwicklung nicht in Sicht. Im Gegenteil stehen viele Hausärzte vor dem Ruhestand und junger Nachwuchs ist in den Stadtrandlagen kaum zu erwarten. Da hier

auch die hauswirtschaftliche Versorgung ganz allgemein beeinträchtigt ist, kann von der im Grundgesetz verankerten Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse unabhängig vom Wohnort nicht mehr gesprochen werden. Die Studie einer Arbeitsgruppe um Klaus Töpfer empfiehlt sogar, dieses Postulat wegen der Unbezahlbarkeit der Infrastruktur in kritischen Gegenden aufzugeben und einen „positiven Schrumpfungsprozess“ einzuleiten /2/. Auch andere Experten plädieren für eine Absenkung des Standards, um hier eine Daseinsfürsorge überhaupt noch leisten zu können /3/.

Der **Seniorenrat der Stadt Bielefeld** möchte auf der Grundlage gelungener Aktionen im **In- und benachbarten Ausland** mit dieser Informationsschrift aufzeigen, wie im Rahmen eines „Versorgungsnetzwerkes“, welches alle Betroffenen von der Entwicklung in medizinisch und strukturell unterversorgten Wohnquartieren einbezieht, eine Pflege zu Hause ermöglicht werden kann. Zwar gibt es einschlägige Beratungsangebote, z.B. in den Pflegestützpunkten der Stadt. Die rechtzeitige Beschäftigung mit der Materie soll aber helfen, sich adäquat auf diese Gespräche vorzubereiten, sich bereits im Quartier bestehenden Initiativen mit dem nötigen Sachverstand anzuschließen, oder im Bedarfsfall das Heft des Handelns selbst in die Hand zu nehmen. Auch die Frage, unter welchen Rahmenbedingungen eine Pflege zu Hause im Vergleich zu einer stationären Pflege noch wirtschaftlich vertretbar ist, soll diskutiert werden. Dabei soll die Betreuung eines an Demenz Erkrankten im Vordergrund der Betrachtungen stehen, da diese Erkrankung für viele Betroffene schleichend in die **Pflege zu Hause** führt!

Da die Pflege zu Hause überwiegend von weiblichen Familienmitgliedern bewältigt wird /4//5/, richten sich die Empfehlungen, wie zweckmäßigerweise vorzugehen ist, an **die Angehörige** (in weiblicher Form). Selbstverständlich gelten sie auch für **den** Pflegebedürftigen (überwiegend ein männliches Familienmitglied) selbst, sofern **er** noch in der Lage ist, zur Umsetzung der Anregungen beizutragen.

Die Angaben in dieser Informationsschrift basieren auf der Auswertung einer umfangreichen Literatursammlung. Eine Gewähr für die Aktualität der Ausführungen kann aber nicht übernommen werden, da z.B. die gesetzlichen Regelungen einer ständigen Weiterentwicklung unterliegen.

2. Vorbereitung der Pflege zu Hause

2.1 Familiäre Aspekte

Art und Umfang der beabsichtigten Pflege zu Hause hängen nicht nur von der zeitlichen Entwicklung der gesundheitlichen Defizite des künftig zu Pflegenden ab, sondern auch von den Möglichkeiten, welche die pflegenden Angehörigen haben, um den Arbeits- und Zeitaufwand zu bewältigen. „Planbar“ im Sinne dieser Informationsschrift kann nur die altersbedingte Abnahme des Allgemeinzustandes des künftig zu Pflegenden sein, die allmähliche Verschlechterung einer chronischen Krankheit oder Behinderung. **Aber:** Das Älterwerden allein ist nicht gleichbedeutend mit der Gefahr einer hohen Pflegebedürftigkeit /6/. Bei plötzlich auftretenden Ereignissen, z.B. bei einem Schlaganfall, einem Herzinfarkt oder Unfall bleibt in der Regel kaum Zeit, den Anregungen dieser Informationsschrift zu

folgen. Es ist deshalb unabdingbar, im angesprochenen Sinne prophylaktisch Vorsorge zu betreiben.

Die Frage, ob und wie eine Pflege zu Hause organisiert werden kann, sollte gemeinsam mit allen Familienangehörigen erörtert werden. Entscheidend dabei ist, wie sich der Pflegeaufwand mit den anderen Verpflichtungen (Partner, Kinder, Beruf) abstimmen lässt. Bei dieser Abwägung spielt auch eine Rolle, ob man auf Verwandte, Freunde oder hilfsbereite Nachbarn zurückgreifen kann. Welche Möglichkeiten des gedeihlichen Zusammenwirkens in Frage kommen, wird später noch behandelt werden.

2.2 Bewertung und Verbesserung der Wohnsituation

Vor der Entscheidung, die Pflege eines Angehörigen „zu Hause“ auf sich zu nehmen, ist es ganz wichtig, die Wohnsituation und das Wohnumfeld ehrlich zu bewerten. Der Seniorenrat der Stadt Bielefeld hat im Juli 2009 in einem Leitfaden „Wohnungsanpassung an die Bedürfnisse älterer und behinderter Menschen“ ausführlich Lösungsvorschläge beschrieben, was hinsichtlich der Wohnungsausstattung und der baulichen Gegebenheiten hierfür erforderlich ist /7/. Die Vorschläge zur Verbesserung der Wohnungsausstattung und der baulichen Gegebenheiten sind dabei unterteilt in einfache, durch Sie selbst vorzunehmende Maßnahmen und solche, welche etwas aufwendiger nur von Profis, teilweise nach vorheriger Zustimmung des Wohnungsbesitzers durchgeführt werden können. (Dieser umfangreiche Leitfaden ist beim Seniorenrat der Stadt zu beziehen).

3. Aufbau eines Versorgungsnetzwerks

3.0 Allgemeines

Der Begriff „Netzwerk“ mit sozialem Bezug bezeichnet ein Beziehungsgeflecht, welches einen Pflegebedürftigen umgeben soll. Dieses kann von einzelnen Personen, aber auch von Institutionen gebildet werden /8//9/. Im Kontext dieser Empfehlungen bedeutet das, alle möglichen Akteure zusammenzubringen, welche für die Versorgung und Pflege eines älteren Menschen „zu Hause“ in Betracht kommen.

Im „**engeren**“ Sinne sind das zunächst einmal

- der Pflegebedürftige selbst,
- Sie als pflegende Angehörige,
- Verwandte, Freunde und Nachbarn,
- Haushaltshilfen,
- ambulante Pflegedienste,
- Ärzte und andere medizinische Dienstleister, z.B. Sanitätshäuser.

Im „**weiteren**“ Sinne kommen in den hier behandelten Randgebieten der Stadt mit mangelhafter Infrastruktur auch die Dienstleister im Versorgungsbetrieb dazu, wie z.B. Vertreter von

- Geschäften,
- Geldinstituten,

- der Post,
- der Verkehrsbetriebe.

Neben den von der Kommune und Pflegekassen betriebenen „Pflegestützpunkten“ gibt es in einzelnen Stadtbezirken Arbeitskreise, meist organisiert von den Begegnungs- und Servicezentren der Wohlfahrtsverbänden, welche sich der Bündelung aller Aktivitäten zur Stärkung des Gemeinschaftslebens (auch „Quartiersvernetzung“ bezeichnet) gebildet haben. Prüfen Sie, ob Sie sich mit Ihren speziellen Problemen einer eventuell in Ihrem Wohnquartier schon bestehenden Gruppe anschließen können, obwohl diese (Vereine, Wohlfahrtsverbänden, Kirchen) meist nicht den Aktionsmittelpunkt in Ihrem Wohnquartier haben. Das mag gelingen, wenn Sie schon länger in Ihrem Quartier wohnen, kontaktfreudig sind und sich einer vertrauensvollen Nachbarschaft mit gleichen Interessen erfreuen können. Ist dieses nicht der Fall, müssen Sie selbst die Initiative ergreifen, um die Voraussetzungen für die Pflege eines Angehörigen „zu Hause“ zu schaffen.

Fühlen Sie sich überfordert, die Koordinierung der vielfältigen Aufgaben selbst zu übernehmen, z.B.

- den Aufbau von Kontakten,
- die Mobilisierung von Hilfen,
- die inhaltliche und zeitliche Planung, Einleitung und Überwachung aller Aktivitäten,

müssen Sie sich um einen „Kümmerer“ bemühen, welcher Ihnen zuarbeiten kann. Suchen Sie in Ihrer Nachbarschaft nach einer Person, welche entsprechend ihrer im Berufsleben erlangten Fähigkeiten solche Aufgaben übernehmen könnte. Gute Beispiele aus der Praxis zeigen, dass dieses „Zusammenspiel“ auch Laien gelingt /10//11/. Klären Sie zusammen mit dem Seniorenrat der Stadt den Bedarf, dann kann sich auf Antrag die Stadt über das Förderangebot „Entwicklung altersgerechter Quartiere“ beim NRW-Gesundheitsministerium um entsprechende EU-Mittel bemühen. Diese werden extra für einen solchen Quartierskümmerer als „Motor der Prozesse vor Ort“ zur Verfügung gestellt! /12/.

Das Vorgehen zum Aufbau eines derartigen „Versorgungsnetzwerkes“ ist in den erfolgreich verlaufenden Praxisbeispielen (/11//12//13//14//15/) ähnlich, z.B.

- Bildung eines „Runden Tisches“ mit allen an der Quartiersentwicklung Interessierten,
- Befragung nach den wichtigsten Bedürfnissen,
- Prüfung der Umsetzbarkeit der Vorschläge,
- Akquisition von Fördermitteln,
- Öffentlichkeitsarbeit.

An einigen Beispielen soll aufgezeigt werden, was **Privatinitiativen** zur Bewältigung der größten Defizite in den Randgebieten, nämlich

- die Ausdünnung des Mobilitätangebotes im ÖPNV,
- die Verschlechterung der Versorgungsmöglichkeiten mit Grundnahrungsmitteln, erreicht haben. Ein solches Netzwerk der Zusammenarbeit lässt sich jedoch nicht „auf Knopfdruck“ herstellen. Es kann nur funktionieren, wenn es auf Vertrauen, Gegenseitigkeit und Freiwilligkeit beruht. Außerdem sollte es jedem auch Spaß machen, sich nach seinen Fähigkeiten zu engagieren!

Verbesserung der Mobilität

Abgesehen von der unmittelbaren Nachbarschaftshilfe, einem nichtmotorisierten Mitbewohner Fahrdienste anzubieten, um Arztbesuche und Einkaufstouren durchzuführen oder an Wochenenden Freizeitaktivitäten zu starten, wird in /2/ vorgeschlagen, sich im Bedarfsfall zu Bushaltestellen des ÖPNV zu begeben und so lange zu warten, bis man von einem privaten Fahrer, der sowieso unterwegs ist, unentgeltlich (aus versicherungsrechtlichen Gründen) mitgenommen wird. Kein Problem mit dem Sicherheitsaspekt dürfte es bei bekannten Gesichtern und Fahrzeugen aus dem Wohnquartier geben.

In einigen Gemeinden, z.B. auch in Werther, wird positiv über die Gründung eines Bürgerbusvereins berichtet, der die Außenbezirke besser nach Bedarf oder nach festem Fahrplan anbindet /17//18/. Zur Zeit gibt es schon über 120 Bürgerbusvereine in NRW /19/! Der Verein „Pro Bürgerbus NRW“ sorgt für Informationsaustausch und Hilfestellungen. Ein zu gründender Bürgerbusverein müsste mit moBiel die zu bedienenden Linien und Haltepunkte mit denen der regulär verkehrenden Linienbusse abstimmen. Das Anlaufen des Projektes in /17/ wurde vom Land NRW bezuschusst und der Betrieb von der Gemeinde und von Sponsoren aus der freien Wirtschaft getragen.

Aber nicht nur die **Verfügbarkeit** mobiler Hilfsmittel sollte in den strukturell ausgedünnten Randgebieten Bielefelds im Fokus stehen, sondern auch die **zeitliche Erreichbarkeit!** Ermitteln Sie prophylaktisch für alle Einrichtungen, welche Sie für die Versorgung und Pflege Ihres Angehörigen für unabdingbar halten, den Zeitbedarf für alle Beförderungsmöglichkeiten (ÖPNV, Taxi, Privat-Pkw) zu jeder Tages- und Nachtzeit! Erkundigen Sie sich z.B. nach der Zeitspanne zwischen dem Anruf der Notfallnummer 112 und dem Eintreffen des Krankenwagens oder des Notarztes. Grundsätzlich sollte es ausreichend sein, wenn eine stationäre Grundversorgung in **30 Minuten** erreichbar ist /20/. Nach dieser Zeit beginnt z.B. bei einem Herzinfarkt der Herzmuskel allmählich abzusterben /21/.

Versorgung mit alltäglichen Gütern

Nach den Recherchen des Seniorenrates beliefern viele Einzelhandelsgeschäfte in der Regel Stammkunden auch in die entlegensten Wohnquartiere, teilweise gegen Entgelt. Bestellung und Bezahlung ist aber immer häufiger nur online möglich, - eine Barriere vor allem für ältere Menschen! Erkundigen Sie sich nach den Bedingungen der Geschäfte in Ihrer Nähe.

Aus einigen Bundesländern wird positiv über die Gründung von Initiativen berichtet, welche auf genossenschaftlicher Basis Grundversorgungsläden reaktivieren oder neu entstehen lassen. In /22/ unterstützt der Einzelhandel als „Verursacher“ der Probleme sogar ein derartiges bürgerschaftliches Engagement bei der Einrichtung solcher Nachbarschaftsläden. In einem Modellprojekt „Die Zukunft der Nachbarschaftsläden“ wurden im Februar 2011 auch einige Standorte in der Randlage von Bielefeld untersucht /23/. Bei den „Untersuchungen der Grund- und Nahversorgung in Altenhagen“ /24/ stand jedoch allein die Wirtschaftlichkeit im Sinne einer dauerhaften Vollexistenz des Betreibers im Vordergrund. Es gibt aber europaweit zahlreiche Beispiele für erfolgreiche bewohnerbezogene Lösungen ohne Dauersubventionierung, welche sich auf die Grundversorgung mit dem Nötigsten beschränken /25//26//27/. Zweckmäßig ist hierbei die Gründung eines Betreibervereines. Mitglieder sind mit ihren Betriebseinlagen Eigentümer. ihre Haftung ist auf diese Einlagen beschränkt. Diese können nicht nur durch Geld- oder Sachwerte erbracht werden, sondern auch durch Arbeitsleistungen. Ein „Leitfaden für die Gründer und Betreiber von Nachbarschaftsläden“ aus Rheinland-Pfalz gibt wertvolle Hinweise /28/.

In /11/ wird ein Projekt „DORV“ vorgestellt, welches **Die Ortsnahe Rundum-Versorgung** in entlegenen Gebieten sicherstellt. Dabei werden unterschiedliche Dienstleistungen (z.B. Post, Bank) mit der klassischen Grundversorgung gebündelt, - eine Art „Tante Emma Laden“ mit High-Tech-Charakter, welches gleichzeitig die wichtigen Funktionen des Marktplatzes sicherstellt! Die örtliche und emotionale Nähe zum Kundenkreis ist ein großer Trumpf gegenüber den nur motorisiert erreichbaren Einkaufszentren! Leichter umsetzbar sind sicher regelmäßige Wochenmärkte oder der Einsatz von mobilen Lebensmittelbullis!

Weisen Sie die Lokalpolitiker immer wieder bei Ihren Bemühungen auf die Empfehlungen des mit Beteiligung des Seniorenrats erarbeiteten **„Masterplans Wohnen“** hin, dass alle Maßnahmen zu ergreifen sind, um Einzelhandelsgeschäfte und Wochenmärkte anzusiedeln (bzw. zu erhalten) /29/. Gleiche Empfehlungen enthält das „Stadtentwicklungsszenario Bielefeld 2050“/30/ .

Um den Rückzug von Geldinstituten aus der Fläche etwas abzufedern, gibt es von der Sparkasse Bielefeld, der Volksbank Bielefeld und auch einigen privaten Geldinstituten mittlerweile mobile Angebote für ältere Kunden, die nicht mehr selber zur Bank kommen können, z.B. mehrmals im Monat an eine barrierefreie Anlaufstelle im Wohnquartier oder auf Antrag sogar im eigenen Heim /31//32/.

3.1 Ihr Beitrag als pflegende Angehörige

Häufig wird Ihr Angehöriger erst nach einem Krankenhausaufenthalt zum Pflegefall! Ein großes und stetig zunehmendes Problem stellt die verkürzte Liegezeit auch solcher Patienten in Krankenhäusern dar, welche bald betreut werden müssen. Diese dürfen zwar nur entlassen werden, wenn zuvor die Weiterversorgung geklärt ist. Sie als Angehörige haben sogar einen Rechtsanspruch auf eine individuelle Entlassungsplanung mit Einschätzung des häuslichen Pflegebedarfs und die Krankenhäuser erhalten einen Pauschalbetrag, um Sie zu beraten und sogar zu schulen /33/. Um diesen Aufwand zu umgehen, wird vielen pflegebedürftigen Patienten angeraten, doch gleich in ein Altersheim übersiedeln, vor allem, wenn sie alleinstehend sind oder wenn ihre Familie sich nicht ausreichend um sie kümmern kann. Für die Koordinierung dieses schwierigen Zusammenwirkens von stationärer Behandlung, häuslicher Pflege und ambulanter Therapie bieten einige Dienstleister ein sogenanntes „Casemanagement“ an /34/. Diese müssen allerdings entsprechend qualifiziert sein!

Als beste Vorbereitung für eine anstehende Betreuung und Pflege zu Hause sollten Sie einen Kursus besuchen, welcher von Pflegekassen, Wohlfahrtsverbänden, Kirchen oder von privaten Organisationen angeboten wird. (Siehe Abschnitt 5.). Hier lernen Sie nicht nur die richtigen Handgriffe beim Tragen und Heben, sondern auch den Einsatz von Pflegehilfsmitteln. Sie lernen auch, dem Patienten keine überzogene Fürsorge angedeihen zu lassen, sondern ihm Raum für Eigeninitiativen zu geben (Hilfe zur Selbsthilfe). So werden Sie geschult, die „Langsamkeit“ aller Aktivitäten Ihres Schützlings auszuhalten. Im übertragenen Sinne ist das eine „Pflege mit der Hand in der Hosentasche“! Auch medizinische Grundkenntnisse sollten Sie sich im Lauf der Zeit aneignen und Ihre erworbenen Kenntnisse in regelmäßigen Abständen auffrischen, vor allem wenn Sie diese nur selten in der Praxis „üben“ mussten.

Besuchen Sie auch eine einschlägige Selbsthilfegruppe, um sich mit anderen Betroffenen auszutauschen, oder gründen Sie selber eine! Fragen Sie Ihre Pflegekasse, ob sie eine solche Gruppe fördert /35/. Bei bestimmten seltenen Krankheiten unterstützen auch Pharmaunternehmen durch Geld- und Sachspenden, die allerdings offengelegt werden müssen /36/.

Die Diagnose Demenz ist für alle Beteiligten (Betroffene, Angehörige, Freunde) eine große Belastung und Herausforderung, nicht nur physisch, sondern auch psychisch. Diese Krankheit hat unterschiedliche Ursachen, Verläufe und Prognosen. Daher ist es wichtig, sich bei Beginn der Pflege mit dem Krankheitsbild auseinander zu setzen. Es verändert nicht nur das Leben der Betroffenen, sondern auch Ihr Leben als Pflegende. Holen Sie sich Rat beim Arzt, bei den Pflegestützpunkten oder der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft (Abschnitt 5.). Eine Broschüre gibt einen guten Überblick und bietet Tipps zu Unterstützungsangeboten /37/.

Hilfreich ist es, wenn schon im Vorfeld Betreuungsverfügungen sowie Vorsorgevollmachten in Gesundheitsfragen und in Vermögensangelegenheiten erstellt wurden. Informieren Sie Ihre Umgebung über die Verhaltensweise Ihres Patienten und vor allem die Bank darüber, dass er nicht mehr voll geschäftstüchtig ist. Sprechen Sie auch Verkäufer und andere Kontaktpersonen an, und bitten Sie um ein verständnisvolles Reagieren. Wichtig ist ein geregelter Tagesablauf mit festen Ritualen, wenn die eigene Orientierung des Patienten schwindet. Ideal zur geistigen Anregung ist eine regelmäßige Ergotherapie /38/. Gemeinsame Mahlzeiten fördern das soziale Miteinander. Gehen Sie nicht zu früh dazu über, dem Kranken Nahrung zu reichen, auch wenn das Essen länger dauert! Im Alter verändert sich die Geschmackswahrnehmung, Süßes und Salziges schmeckt man weniger, Sauerer und Bitterer dagegen besser /39/. Wichtig ist, dass er überhaupt etwas zu sich nimmt und vor allem viel trinkt!

Wenn Ihr Patient zum Arzt muss, bereiten Sie sich mit einer Checkliste (z.B. Art der Beschwerden, bisherige Behandlungen) auf ein zielgerichtetes (und zeitsparendes) Gespräch vor und nehmen neben Ihrer Vollmacht alle wichtigen Unterlagen (z.B. Chipkarte, Krankengeschichte, Medikamentenliste, Blutwerte, Patienten-, Impfpass, eventuell auch Röntgenbilder) mit. Im Falle eines erforderlichen Krankenhausaufenthaltes, der vor allem dementiell Erkrankte wegen der Unterbrechung gewohnter Strukturen verunsichert, fragen Sie nach der Möglichkeit, ihn während der Behandlungsdauer weiter begleiten zu können. In einigen Krankenhäusern ist ein solches „Rooming-In“ schon möglich.

Das wichtigste Hilfsmittel, auch hinsichtlich der später noch zu behandelnden Sicherheitsaspekte ist ein **Hausnotruf!** Er kann um den Hals oder am Handgelenk getragen werden. Im Ernstfall kann das Gerät mit Freisprechfunktion und Funksender einen Kontakt zur Notrufzentrale herstellen. Diese informiert entweder einen Angehörigen, schickt direkt eine Pflegekraft oder alarmiert den Rettungsdienst /40/. Bei einem Gerät mit GPS-Funktion ist sogar eine Ortung im Freien möglich. Wenn Ihr Patient ein Pflegebett braucht, wenden Sie sich zunächst an die Krankenkasse, bei anerkannter Pflegestufe an die Pflegekasse. Es wird, wie im Bedarfsfall auch ein Rollstuhl, in der Regel von einem Sanitätshaus nur ausgeliehen /41/.

Stellen Sie so früh wie möglich einen Antrag auf Finanzhilfe bei der Pflegekasse Ihres Patienten. **Nicht nur hierfür benötigen Sie eine Vollmacht!** Das Datum Ihres Antrages ist entscheidend für den Beginn eventueller Leistungen. Vordrucke erhalten Sie bei der Pflegekasse. Innerhalb von 2 Wochen nach Antragstellung muss Ihnen ein Besuchstermin des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) angeboten werden /42/. Dieser beurteilt anhand von mehreren Kriterien die Schwere der Beeinträchtigungen. Bei einer Demenzerkrankung müssen z.B. mindestens zwei Kriterien erfüllt sein, um für die „Einschränkung der Alltagskompetenz“ den Anspruch auf Pflegestufe 0 und damit eine Beteiligung der Pflegekasse an den Pflegekosten zu erhalten. Bei dem Vorliegen weiterer Kriterien erhöht sich die Pflegestufe und damit der Beteiligungssatz der Pflegekasse (Abschnitt 4.). Sie haben einen Rechtsanspruch auf Teilnahme an den Gesprächen mit dem MDK /37/.

Etwa 25 % der beantragten Pflegestufen werden zunächst einmal abgelehnt. Sie können innerhalb von 4 Wochen nach dem Bescheid Widerspruch einlegen und das Gutachten anfordern.

Sie sollten sich möglichst frühzeitig entscheiden, wie die Pflege organisiert werden soll. Wenn Sie nur allein pflegen, können Sie einen, von der bewilligten Pflegestufe abhängigen Geldbetrag, das sogenannte „Pflegegeld“ erhalten. Schalten Sie einen ambulanten Pflegedienst ein, so wird für diesen ein monatlicher Betrag als eine sogenannte „Pflegesachleistung“ zur Verfügung gestellt. Kommt beides gleichzeitig in Frage, können Sie auch die sogenannte „Kombinationsleistung“ beantragen. Lassen Sie sich von Ihrem Pflegestützpunkt kostenfrei oder bei einem, von seinem Berufsverband zertifizierten Pflegesachverständigen beraten /43/. (Die Höhe der Beträge finden Sie in Abschnitt 4.)

Mit der Führung des so wichtigen Pfl egetagebuches sollten Sie spätestens 14 Tage vor dem Besuch des MDK beginnen und auch nach der erstmaligen Bewilligung einer Pflegestufe weiterführen. Vernachlässigen Sie auch zum eigenen Schutz nicht die Fortschreibung der Patientendokumentation (z.B. Krankheitsgeschichte, Behandlungsabfolge, Arztprotokolle, Medikamentenpläne).

Auf eine Ungerechtigkeit der Bewertungsmethodik sollte hier hingewiesen werden: Obwohl die Betreuung eines rüstigen Demenzkranken einen wesentlich größeren Zeitaufwand erfordert, als wenn Ihr Patient ganztägig im Bett gepflegt wird, führt letzteres zu einer höheren Pflegestufe und damit zu höheren Pflegezuschüssen!

Es gibt mehrere Möglichkeiten für Sie, sich kurz- oder längerfristig von der Pflegeverantwortung zu entlasten. Diese müssen Sie auch wahrnehmen, denn bei pflegenden Angehörigen liegt das Risiko, selbst psychisch oder körperlich zu erkranken, um 20 % höher als bei Nichtpflegenden /84/. Ihre Belastungsgrenze kann sich in immer wiederkehrende Aggressionen äußern, was zu ähnlichen Reaktionen bei Ihrem Betroffenen führt /44/. Gönnen Sie sich daher einen regelmäßigen Freiraum pro Tag oder einen pflegefreien Tag in der Woche. Die sogenannte „Verhinderungspflege“ durch Nachbarn oder eine Ersatzpflegekraft wird von der Pflegekasse bezuschusst, z.B. wenn Sie krank sind, selbst einen Arzttermin wahrnehmen müssen oder das Theater besuchen wollen /45/. Der gesetzliche Anspruch auf diese Verhinderungspflege wird bisher wenig genutzt, wahrscheinlich weil diese schwer zu organisieren ist. Wenn die tageweise Vertretung nicht länger als 8 Stunden dauert, wird sie nicht auf das jährliche Zeitlimit von maximal 28 Tage im Kalenderjahr angerechnet, für welche die Pflegekasse die Kosten für Ersatzkräfte, z.B. für einen längeren Urlaub übernimmt /46/. Einige Reiseveranstalter bieten einen gemeinsamen Urlaub für Sie und Ihren dementen Patienten an, wobei die Pflegekasse nach vorheriger Abstimmung die Kosten für die Betreuung und Pflege übernimmt und Sie nur die Kosten für Unterkunft und Verpflegung zahlen müssen /47//48/ .

Beim Vorliegen einer Pflegestufe wird auch die Unterbringung Ihres Patienten in einer Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege bezuschusst. Eine derartige Verhinderungspflege kann man auch stundenweise beanspruchen. Wer täglich weniger als acht Stunden Hilfe bekommt, erhält das Pflegegeld weiter in voller Höhe. Werden die acht Stunden überschritten, wird das Pflegegeld nach vier Wochen auf die Hälfte gekürzt /86/. Die Verhinderungspflege können Sie aber erstmalig in Anspruch nehmen, wenn Sie Ihren Patienten mindestens 6 Monate lang gepflegt haben. Das gilt auch für die Pflegestufe 0! Leistungen einer Tagespflege können mit Leistungen der häuslichen Pflege kombiniert werden. Wenn schon der Hausarzt die Empfehlung für eine Tagespflege ausspricht, übernimmt die Krankenkasse die Kosten /49/.

Gehen Sie einem Beruf nach und müssen plötzlich einen Angehörigen pflegen, so können Sie ohne vorherige Ankündigung 10 Tage der Arbeit fernbleiben, um die Pflege zu organisieren. Das gilt

auch für die Begleitung Ihres Angehörigen in seiner letzten Lebensphase. Für diese Zeiten können Sie ein Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung erhalten. Wie lang Sie aus dem Beruf aussteigen können, richtet sich u.a. nach der Zahl der Beschäftigten Ihres Arbeitgebers. Bis zum Ende der Auszeit besteht Kündigungsschutz. Zur Abfederung des Lebensunterhaltes besteht ein Anspruch auf ein zinsloses Darlehen /50/. Beiträge zur Sozialversicherung übernimmt auf Antrag die Pflegeversicherung /45/, Arbeitslosen- und Krankenversicherung sollten Sie auf freiwilliger Basis weiterlaufen lassen /52/. Weil sich der Rentenanspruch jedoch verringert und viele Arbeitnehmer einen Karriereknick befürchten, wird die Familienpflegezeit bisher selten nachgefragt. Vielleicht hilft Ihnen aber auch ein klärendes Gespräch mit Ihrem Arbeitgeber, um flexiblere Arbeitszeiten und/oder eine Umstellung auf Heimarbeit zu erreichen!

Bei der hier im Vordergrund der Betrachtungen stehenden Demenzerkrankung Ihres Angehörigen spielen allgemeine Sicherheitsaspekte eine wichtige Rolle. Sorgen Sie dafür, dass kein Fremder ohne Voranmeldung in die Wohnung gelassen wird. Bei Verdacht wählen Sie die Polizeirufnummer 110 !

3.2 Einbindung der Nachbarn

Nachbarn können Sie vortrefflich in Ihrem Bestreben nach Sicherheit gegen Einbruch und Vandalismus unterstützen. Sie sollten über Ihren Lebensrhythmus und über Abwesenheitszeiten informiert sein. Während Ihrer Abwesenheit sollten sie den Briefkasten leeren, Rollläden auf- und zuziehen und durch sporadisches Einschalten von Licht und Radio sollte Ihre Wohnung „bewohnt“ erscheinen. Autokennzeichen verdächtiger Personen sollten notiert und ggf. die Polizei über den Notruf 110 verständigt werden. Tauschen Sie wichtige Telefon- und Handy-Nummern aus. Im Bedarfsfall wären auch Tiere und Blumen, vielleicht sogar der ganze Garten zu versorgen!

Sicher würde sich Ihr Patient auch freuen, wenn sich ein Nachbar um ihn kümmern würde, sei es beim Einkaufen, beim Gang zur Apotheke, zum Arzt oder einfach nur zum Spaziergehen. Ein Besuch zu Hause zum Durchblättern alter Fotoalben oder zum Hören alter Schallplatten wäre sehr hilfreich für einen Demenzkranken. In Bielefeld gibt es eine „Initiative Nachbarschaft“, in welcher ehrenamtliche Helfer Bedürftige in diesem Sinne unterstützen. In den unterversorgten Randgebieten sind hier aber auch derartige Helfer rar /53/!

Organisieren Sie selbst, falls dieses in Ihrem Wohnumfeld nicht schon existiert, eine aktive Nachbarschaftshilfe im Sinne eines gegenseitigen Gebens und Nehmens. Das sollte ehrenamtlich mit einer moderaten Aufwandsentschädigung ohne „Dankbarkeitsverpflichtungen“ geschehen, kann aber auch durch anderweitige Tätigkeiten abgegolten werden. Kosten können gespart werden, wenn Sie sich mit Nachbarn den Aufwand für bestimmte Dienstleistungen teilen. In /54/ wird ein Zeitkontensystem vorgestellt. Es ist sicher leichter, um Hilfe zu bitten, wenn man schon durch einen eigenen Einsatz „Zeit“ angespart hat!

3.3 Beschäftigung von Haushaltshilfen

Mit steigendem Betreuungsbedarf Ihres Patienten werden Sie wahrscheinlich auf Dauer kaum ohne zusätzliche Hilfe im Haushalt auskommen. Auch hierfür gilt es, ein Netzwerk ehrenamtlicher und professioneller Hilfen aufzubauen. Bei ehrenamtlichen Kräften können Sie keine Anforderungen an die Ausbildung voraussetzen. Anders sieht es bei Organisationen aus, die professionell einschlägige Hilfsdienste anbieten /40//55/. Vorsicht sollten Sie bei billigen Angeboten im Internet walten lassen. Sicher vor schwarzen Schafen sind Sie bei Agenturen, die im „Bundesverband der Vermittlungsagenturen für Haushaltshilfen und Seniorenbetreuer (BHSB)“ organisiert sind /56/.

Aber auch immer mehr ambulante Pflegedienste bieten neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung niederschwellige Betreuungsleistungen an. Interessant in der Unistadt Bielefeld wäre auch, einmal vom Angebot „Studentenservice für Senioren“ des Studentischen Einkaufsservices Bielefeld Gebrauch zu machen /57/. Unmittelbarer könnten Sie auch eine studentische Hilfskraft „einkaufen“, wenn Sie einen Teil Ihrer Wohnung an eine Studentin oder einen Studenten untermieten (nur mit Zustimmung des Hausbesitzers) mit der Verpflichtung, einige Stunden Hilfe im Haushalt zu leisten (Anhaltspunkt: 1 Stunde pro Monat je m² Wohnfläche) /58//59/. Auch die Stadt Bielefeld hat ein Projekt „Wohnen für Hilfe“ gestartet. Erkundigen Sie sich bei Uni, Fachhochschule oder der Stadt nach diesen Angeboten, wenn das für Sie in Frage kommt.

Für die 24-Stundenbetreuung eines Patienten werden häufig ausländische Betreuungskräfte aus Osteuropa eingesetzt. Wegen des geringeren Aufwandes ist es vorteilhafter, alle Formalitäten einem (privaten) deutschen Vermittler zu überlassen oder sich an eine seriöse Agentur im Ausland zu wenden, welche dann Arbeitgeber Ihrer Haushaltshilfe wäre /56/. Schließen Sie selbst einen entsprechenden Vertrag ab, so müssen Sie den deutschen Tariflohn, Sozialversicherungsbeiträge und Beiträge für die Berufsgenossenschaft zahlen. Es gelten alle Bestimmungen des deutschen Arbeitsrechtes, z.B. Urlaubsanspruch, Kündigungsfristen, Lohnzahlung im Krankheitsfall. Natürlich müssen Sie auch für Verpflegung und Unterkunft sorgen. Nicht ausgebildete Pflegekräfte dürfen als Haushaltshilfen jedoch nur Leistungen für die sogenannte „Basispflege“, z.B. Duschen, Haarewaschen, Rasieren, Zähneputzen, Ankleiden, Essenzubereitung erbringen. Viele osteuropäische Kräfte arbeiten jedoch an der Grenze der Legalität /60/, oft nur mit Touristenvisum, was eine Ablösung nach 3 Monaten erforderlich macht. Zur besseren zeitlichen Auslastung besteht auch die Möglichkeit, eine Haushaltshilfe (wie auch eine Pflegekraft) auf mehrere Pflegebedürftige (z.B. in Ihrer Nachbarschaft) aufzuteilen /61/.

Übrigends: Pflegende Angehörige, Freunde und Nachbarn sind während ihrer Pfl egetätigkeit gesetzlich unfallversichert, wenn diese regelmäßig, im Haus des Pflegebedürftigen und nicht gewerbemäßig erfolgt /53/. Sofern sie **vorsätzlich** keine falschen Maßnahmen angewendet haben, bestehen auch weder strafrechtliche noch zivilrechtliche Haftungsansprüche /80/.

3.4. Einsatz eines ambulanten Pflegedienstes

Es gibt ein großes Angebot an ambulanten Pflegediensten, z.B. von Wohlfahrtsverbänden oder privaten Dienstleistern. Manche haben sich auf bestimmte Krankheitsbilder (z.B. Demenz, Krebs) spezialisiert. Nachdem diese Dienste auch niederschwellige Betreuungsleistungen anbieten können, sollten Sie den gewünschten Aufgabenumfang deutlich formulieren, wann, zu welchem Zeitpunkt was an Leistungen erbracht werden soll. Wichtig ist auch, dass sich die Pflege in Ihren gewohnten Lebensrythmus einpasst. Unvorhergesehene Verspätungen (bis 1/2 Std.) sollten telefonisch angekündigt werden. Gerade die Randlage Ihres Wohngebietes mit entsprechend großen Entfernungen wird sich auf die Pünktlichkeit auswirken!

Damit sich ein gewisses Vertrauensverhältnis zwischen Ihrem Patienten und der Pflegekraft aufbauen kann, sollte das Pflegepersonal nicht zu häufig wechseln! Lassen Sie sich Ihren Aufgabenkatalog von einem Pflegestützpunkt „absegnen“, nehmen Kontakt mit einem oder zwei Pflegediensten Ihres Vertrauens auf und besprechen mit diesen Ihre Vorstellungen, - möglichst getrennt vor Ort in Ihrer Wohnung.

Dieser Hausbesuch muss kostenlos angeboten werden. Fragen Sie dabei u.a. nach der Qualität der Mitarbeiter und ob die Zentrale des Dienstes rund um die Uhr besetzt ist. In einem Pflegevertrag sollte sofort alles schriftlich festgehalten werden. Änderungen im Pflegeablauf sind sofort schriftlich festzuhalten. Nur die vertraglich geregelten Leistungen dürfen später abgerechnet

werden. Die monatlich oder wöchentlich zu erbringenden Leistungsnachweise müssen Sie zu Ihrem eigenen Schutz gegenzeichnen. Kontrollieren Sie gelegentlich durch unangemeldete Besuche zu den Einsatzzeiten der Pflegekraft die korrekte Leistungserbringung und führen selbst ein Tagebuch über alle Pflegeeinsätze. Vermeintliche Pflegefehler sollten Sie vom MDK Ihrer Pflegekasse (für Sie kostenlos) begutachten lassen.

3.5 Kooperation mit medizinischen Leistungserbringern

Von vielen Seiten wird schon lange eine bessere Kommunikation, Kooperation und Vernetzung von Krankenhäusern, Ärzten, Apotheken und anderen medizinischen Leistungserbringern angemahnt /62/. Endlich scheint sich bundesweit etwas zu bewegen, - ganz im Sinne der ambulanten Versorgung in den hier behandelten Randgebieten Bielefelds! Einige Apotheken haben sich auf das sogenannte „Homecare“ spezialisiert /43/. Ein bei der Apotheke angestellter Krankenpfleger sucht die Patienten in der Wohnung auf und wird z.B. tätig bei der Wundversorgung, bei der Harn- und Stuhlinkontinenz, bei künstlicher Ernährung und prüft, welche Medikamente und Hilfsmittel benötigt werden. Er schlägt dem behandelnden Arzt vor, wie es seines Erachtens weitergehen könnte. Gerade in strukturschwachen Gebieten hat sich diese Vorgehensweise bewährt. Erkundigen Sie sich, ob die Apotheke Ihres Vertrauens einen solchen Service anbietet!

Auch eine engere Zusammenarbeit zwischen Apotheke und Arzt setzt sich langsam durch, z.B. im Rahmen eines sogenannten „Medikamentenmanagements“ bei älteren Patienten, welche dauerhaft mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen müssen /62/. Immer mehr Ärzte beschäftigen zu ihrer Entlastung auch sogenannte „**VERAHs**“ (**V**ersorgungs**assistent**innen in der **H**ausarzt**praxis**) /64/. Alles, was den Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit nicht berührt, dürfen diese bei einem Hausbesuch machen, z.B. Blutabnahme, Verbandswechsel, Infusionlegen. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, ob diese ein derartig mobiles Versorgungskonzept bezuschusst. Das Versorgungsstrukturgesetz des Bundes würde diese Bezuschussung in medizinisch unterversorgten Gebieten ermöglichen. Einige Kassen haben schon eine neue Position „Aufsuchende Betreuung von Pflegebedürftigen, Behinderten und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ in ihren Leistungskatalog aufgenommen /65//66/. Er sieht z.B. ein erhöhtes Wegegeld für Hausbesuche vor. Sogar Zahnärzte soll es schon geben, welche einen immobilen Patienten zu Hause aufsuchen /67/.

Durch das erwähnte Versorgungsstrukturgesetz soll auch in strukturschwachen Gebieten die Anwendung der **Telemedizin** gefördert werden. Daten zur Überwachung des Gesundheitszustandes der Patienten (z.B. Gewicht, Blutdruck, Blutzuckerwerte) werden hierbei mit Hilfe des Internets oder von Mobiltelefonen erhoben /68/. Sie werden in der Regel in einem Call-Center gesammelt und vom Arzt bei Bedarf abgerufen. Die **Telemedizin** entwickelt sich zur Zeit in Deutschland hochdynamisch, und zwar auf allen Stufen der Versorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Pflege). Deren Integration in den Versorgungsalltag gerade in medizinisch unterversorgten Gebieten lässt jedoch noch zu wünschen übrig /69/. Die Charite' hat in einer umfangreichen Studie den medizinischen und ökonomischen Nutzen einer telemedizinischen Betreuung von Patienten mit einer Herzschwäche bewertet /70/. Sie fand eine deutliche Steigerung der Lebensqualität und eine geringere Sterblichkeit bei Hochrisikopatienten, abgesehen von der Einsparung von langen

Wegstrecken! Weitere Untersuchungen bestätigen den Nutzen der Telemedizin /71/. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, ob sie Kosten für die telemedizinische Überwachung übernimmt!

Auf ein medizinisches Gerät zur schnellen Rettung eines Menschen vor einem plötzlichen Herzstillstand soll noch hingewiesen werden. Der „Defibrillator“ hat mittlerweile den Weg aus dem OP-Saal in öffentlich zugängliche Räume gefunden. Seinen Nutzen wird er aber nur zeigen können, wenn genügend Schilder auf seinen Standort hinweisen und wenn genügend Ersthelfer mit dem Gerät umgehen können. Falls Ihr Patient gelegentlich in die Situation kommen könnte, einen Defibrillator zu benötigen, veranlassen Sie mit Gleichgesinnten, dass die genannten Voraussetzungen in Ihrem Umfeld geschaffen werden. In Senne und in Sennestadt wurde je ein Defibrillator in der Volksbank von örtlichen Ärzten und Apothekern gesponsort /72/. Die Bedienung dieser sprachgesteuerten Geräte ist auch von Laien schnell zu erlernen /73/.

Es geht aber auch eine Nummer kleiner! So bietet z.B. die Stiftung „Schlaganfall-Hilfe“ eine kostenlose App für Smartphones an, mit der auch Laien im Ernstfall schnell handeln können /74/. Viele Apps für Smartphones stehen für die Kontrolle von Gesundheitswerten zur Verfügung /75//76/. Gute Apps tragen eine CE-Kennung und nennen die Datenschutzbestimmungen, Risiken und Einschränkungen /77/. Ältere Menschen werden aber teilweise überfordert sein.

3.6 Hilfen aus dem Internet

Im Internet hat sich ein virtuelles Gesundheitssystem entwickelt, dessen Nutzen von Laien nur schwer zu bewerten ist. Vorsicht ist angezeigt, wenn die Informationen nicht mit dem Siegel einer unabhängigen Organisation versehen sind /78/. Vermeintlich neutrale Gesundheitsseiten werden von Pharmafirmen mit einer bestimmten Zielrichtung erarbeitet und vor allem Nebenwirkungen verschwiegen. Menschen mit harmlosen Gesundheitsstörungen können dadurch hochgradig verunsichert werden. Stets sollte ein Verantwortlicher für den Inhalt im Impressum angegeben werden /79/. Vorsichtig sollte man beim Aufruf von Foren sein, bei denen auch hohe Zugriffszahlen kein Qualitätsmerkmal sind. Gewarnt wird nicht nur vor falschen (Selbst)diagnosen aufgrund von Internetvorschlägen, sondern auch davor, Medikamente im Internet zu bestellen, da diese oft minderwertig oder sogar gesundheitsgefährdend sind /80/.

Achten Sie auf einfach zu bedienende und übersichtlich aufgebaute Seiten im Internet. Die „**Barrierefreie Informationstechnikverordnung BITV**“ verpflichtet zumindest die öffentlichen Verwaltungen, ihre Seiten „barrierefrei“ (z.B. große Schrifttypen, deutliche Farbkontraste, Verfügbarkeit von Texten für Audiodaten) zu gestalten /81/.

4. Finanzielle Aspekte

Wenn Sie Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse sind, sind Sie dort auch in der Pflegeversicherung (Pflegekasse) pflichtversichert. Um Leistungen zu erhalten, müssen Sie aber in den letzten zehn Jahren zwei Jahre Beiträge gezahlt haben. Ihre Familienmitglieder sind bei Pflegebedürftigkeit mitversichert. Bei nicht ausreichenden eigenen Einkünften springt unter

Umständen das Sozialamt ein. Fragen Sie bei der Stadt nach „Hilfe zur Pflege“ /87/!

In der folgenden Zusammenstellung sind die neuen Leistungen der Pflegekassen für Patienten in den einzelnen Pflegestufen aufgeführt, wenn sie **zu Hause** gepflegt werden /82//83/. Sie gelten für Neu-Pflegebedürftige. Menschen, die schon eine Pflegestufe haben, genießen Bestandsschutz! Andere Fördersätze können sich ergeben, wenn Ihr Patient einen vom Versorgungsamt festgestellten Grad der Behinderung hat.

	Pflegestufen							Härtefall
	0 (D)	1	1+D	2	2+D	3	3+D	
Angehörige 1)	123	244	316	458	545	728	728	
Betreuung und Entlastung 2)	104			104 (208)				
Ambulanter Pflegedienst 3)	231	468	689	1144	1298	1612	1612	1995
Verhindertenpflege 4)	1612			1612				
Tages-/Nachtpflege 5)	231	468	689	1144	1298	1612	1612	
Kurzzeitpflege 6)	1612			1612				
Pflegehilfsmittel 7)	40			40				
Wohnumfeldverbesserung 8)	4000			4000				

D: Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, z.B. Demenzerkrankte. Ein Härtefall liegt vor, wenn mehrmals pro Nacht Hilfe durch Fachkräfte benötigt wird /9/.

- 1) Dieses „Pflegegeld“ kann auch mit Pflegesachleistungen kombiniert werden. Bei den Pflegestufen 1 und 2 ist mindestens einmal halbjährlich, bei Pflegestufe 3 einmal vierteljährlich ein „Beratungseinsatz“ durch einen Pflegedienst oder den MDK erforderlich.
- 2) Betreuung von Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Grundbetrag oder erhöhter Betrag, je nach Betreuungsbedarf, maximal bis 12x208 €). Nicht voll ausgeschöpfte Pflegesachleistungen können bis 40 % des vorgesehenen Leistungsbetrages für diese niedrighwelligen Angebote genutzt und Reste in das nächste Kalenderjahr übertragen werden. Die Auszahlung ist nur an geschulte Dienstleister oder Ehrenamtliche nach speziellen Kursen möglich /107/.
- 3) „Pflegesachleistungen“ für die Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst.
- 4) Kosten für eine Ersatzpflegekraft (bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr möglich), wenn die pflegende Angehörige vorübergehend verhindert ist. Beschränkung auf den 1,5fachen Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe. Die Verhindertenpflege wird nicht auf die Kurzzeitpflege angerechnet /22/
- 5) Teilstationäre Versorgung bei einer zeitweisen Betreuung in einer Pflegeeinrichtung. Es erfolgt keine Anrechnung auf des Pflegegeld oder auf Pflegesachleistungen /334/.
- 6) Eine vorübergehende Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung kann zur Bewältigung einer kritischen Situation bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt genutzt werden. Hierfür kann auch der im Kalenderjahr noch nicht verbrauchte Betrag für die Verhinderungspflege eingesetzt werden. Eine Ausweitung von 4 auf 8 Wochen ist ebenfalls möglich. Kostenerstattung erfolgt nicht für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen.
- 7) Hierbei handelt es sich um Geräte und Sachmittel, die dem Pflegebedürftigen eine selbständige Lebensführung und die häusliche Pflege erleichtern. Sie werden in der Regel von der Pflegekasse leihweise zur Verfügung gestellt. Beim Kauf fällt eine Selbstbeteiligung an.
- 8) Maßnahmen zur individuellen Anpassung des Wohnumfeldes (z.B. ebenerdige Dusche, Treppenlift, Türverbreiterungen, Handläufe).

Der Abschluss einer Pflegezusatzversicherung dürfte sich für einen älteren Menschen kaum lohnen, da die Prämien beim Abschluss altersabhängig sind und der Schutz erst nach einer Wartezeit von einigen Jahren wirksam wird.

Nach einer Studie der Uni Witten/Herdecke ist die Pflege von Demenzkranken im Heim doppelt so teuer wie eine Versorgung zu Hause /42/. Vergleichsrechnungen des Seniorenrates bestätigen diese Aussage für die Pflegestufe III. In Pflegestufe 0 (eingeschränkte Alltagskompetenz) und Pflegestufe I dürfte die Pflege zu Hause die finanziell günstigere Lösung sein. In Pflegestufe II hängt der Vergleich stark davon ab, welche Leistungen selbst erbracht, und welche mit einem ambulanten Pflegedienst vereinbart werden. Allerdings werden dem Patienten in einem Heim viele Gemeinschaftsveranstaltungen geboten, während er zu Hause oft vereinsamt!

Abschließend noch ein Hinweis, wer überhaupt zur finanziellen Versorgung von Angehörigen verpflichtet ist, wenn die eigenen Einkünfte und Vermögen des Pflegebedürftigen nicht ausreichen. Bei einem Antrag auf Sozialleistungen prüft der Sozialhilfeträger zunächst die Unterhaltsansprüche und erhebt dann ggf. Forderungen an unterhaltsverpflichtete Angehörige. Das sind zunächst Ehe- (Lebens-) partner und Kinder, die dann ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse offen legen müssen. Für diese gibt es aber einen sogenannten Selbstbehalt /88/, für ein verheiratetes Kind als Unterhaltsverpflichteter z.Zt. 3240 €im Monat. Hinzu kommen weitere Freibeträge, abhängig z.B. von der Zahl der zu versorgenden eigenen Kinder, von selbstgenutztem Wohneigentum u.a.. Da alle Beträge auch noch alters- und einkommensabhängig sind, sollten Sie sich hier einen fachlichen Rat im Sozialamt der Stadt einholen!

5. Kontaktanschriften

5.1 Regional

- Seniorenrat der Stadt Bielefeld Tel. 0521 51 3197
- Pflegestützpunkte Bielefeld www.bielefeld-pflegeberatung.de
- Pflegeberatung Neues Rathaus Tel. 0521 512629
- Pflegestützpunkt Heepen (Mi. 09.-12 Uhr) Tel. 0521 513499
- Pflegestützpunkt Brackwede (Fr. 09.-12 Uhr) Tel. 0521 513499
- Pflegestützpunkt Sennestadt (Di.+Mi.09.-12 Uhr) Tel. 0521 513693
- Bürger-Bus Verein Werther www.buergerbus-werther.de
- Studenten-Service für Senioren www.studentischer-einkaufsservice.de
- Hauspflegeverein Bielefeld www.hauspflegeverein-bielefeld.de

5.2 Überregional

- Landesstelle Pflegende Angehörige NRW www.LPFA-NRW.de
- Kuratorium Deutsche Altershilfe www.kda.de
- Deutsche Alzheimergesellschaft www.deutsche-alzheimer.de
- Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend www.bmfsfj.de
- Bundesjustizministerium (Betreuungsrecht) www.bmj.de
- Pro Bürgerbus NRW www.pro-buergerbus-nrw.de
- Barrierefrei Leben www.barrierefrei-leben.de
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung www.bag-wohnungsanpassung.de

- Wohnungsanpassung bei Demenz www.demenz-service-nrw.de
- Zentrum für Qualität in der Pflege www.zqp.de
- Psychologische Unterstützung für Angehörige www.pflegen-und-leben.de
- Gesetzliche Pflegeversicherungen www.pflegelotse.de
- Private Pflegeversicherungen www.compass-pflegeberatung.de
- Bundesverband der Berufsbetreuer www.bdb-qr.de
- Hausnotrufsysteme www.initiative-hausnotruf.de
- Apothekennotdienst www.aponet.de
- Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen www.nakos.de
- Bundesnetzwerk Bürgerliches Engagement www.b-b-e.de
- Akademie für Ehrenamtlichkeit Deutschland www.ehrenamt.de
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen www.bagfa.de
- Senioren lernen online www.Senioren-lernen-online.de
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen www.bagso.de
- Deutsche Gesellschaft für Telemedizin www.dgtelemed.de
- Verbraucherzentrale NRW www.vz-nrw.de
- Betriebskrankenkassen www.bkk-pflegefinder.de
- Rechte für hilfe- und pflegebedürftige Menschen www.pflege-charta.de
- Klinik-Suchmaschine www.weisse-liste.de
- Gesundheitstipps des Deutschen Hausärzteverbandes www.hausmed.de
- Deutsches Kuratorium für Sicherheit im Heim www.das-sichere-haus.de
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung www.dguv.de
- Polizeiliche Kriminalprävention www.polizei-beratung.de

Anhang

Beispielhaft betrachtete Wohnquartiere an der Peripherie der Stadt

Vorwahl	Ortsteil	Vorwahl	Ortsteil
33619	Kampheide	33699	Gräfingheide
33619	Kirchdornberg	33699	Frordissen
33619	Hoberge – Westfeld	33699	Dingerdissen
33649	Buschkampsiedlung	33729	Brönninghausen
33649	Waldquelle	33729	Altenhagen
33649	Heidekamp	33729	Strusen
33689	Wilhelmsdorf	33729	Thödheide
33689	Am Heideblümchen	33739	Blackenfeld
33689	Beckhof	33739	Rachheide
33689	Dalbke	33739	Nagelholz
		33739	Schröttinghausen

Verwendete Literatur

- 1 Pflegestatistik 2013, Landesamt f. Statistik IT NRW, 27.02.2015
- 2 Studie des Nachhaltigkeitsinstituts Töpfer u. des Berlin-Instituts f. Bevölkerung, Neue Westfälische (NW), 10.09.2013
- 3 Einschlägige Untersuchungen d. Dessauer Bauhausstiftung, NW, 28.03.2013
- 4 Pflegestatistik 2011, Bielefelder Pflegeberichte April 2013
- 5 Landessenorenvertretung NRW, Ausgabe 85, 03.2013
- 6 Demographiebericht 2012 „Weichen für die Zukunft stellen“, Bielefeld 2012
- 7 Wohnungsanpassung an die Bedürfnisse älterer und behinderter Menschen“ Seniorenrat d. Stadt Bielefeld, Juli 2009
- 8 Soziales Netzwerk, www.sign-lang.uni-hamburg.de, 2011
- 9 „Die Patienten aktiv begleiten“, Apotheken Umschau 8, 09-2014
- 10 „Patienten fühlen sich informiert und aufgehoben“, Senioren Ratgeber 5, 2013
- 11 Masterplan altengerechte Quartiere, Gesundheitsministerium NRW, 13.06.2013
- 12 Pressemitteilung der Landessenorenvertretung, 18.02.2015
- 13 Systematik Soziale Stadt in Bayern; Modellvorhaben Kooperationen, Bayer. Obersten Baubehörde, Sonderheft 2009-1
- 14 „Mutmacher; Patienteninitiat. ambulante Versorgungslücke“, Sen. Ratg.10, 2013
- 15 Quartiersbefragung Bültmannshof, NW 14.11.2013
- 16 Sozialamt startet Hausbesuche für Senioren, NW 25.04.2013
- 17 „Bürgerverein in Spenge“, NW 11.10.2013
- 18 „Bürgerbus Bad Driburg“, NW 30.01.2010
- 19 „Pro Bürgerbus NRW“, www.pro-buergerbus-nrw.de, Nov. 2014
- 20 „Klinik-Report“, Apoth. Umsch. A02-2015
- 21 „Bei einem Herzinfarkt zählt jede Minute“. Apoth. Umsch. A01-2013
- 22 „Nahversorgung der Bevölkerung mit Warrn des täglichen Bedarfs“ Verbraucherzentrale Bundesverband, 2013
- 23 Modellprojekt „Die Zukunft der Nachbarschaftsläden“, BBE Handelsberatung Münster, Febr. 2013
- 24 Städtebauliches Entwicklungskonzept Altenhagen, Bauamt Bielefeld, Juni 2012
- 25 Dorferneuerung Nachbarschaftsläden, www.dorfplanerin.de, 2011
- 26 Einzelhandel im ländlichen Raum; Bewährte Europäische Praktiken, Europ. Kommission, Okt. 1999
- 27 „Wenn der letzte Laden schließt“, NW 05.02.15
- 28 Nachbarschaftsläden in Rheinland-Pfalz, Wirtschaftsminist. RP, Sept. 2009
- 29 Masterplan Wohnen; Zukunftsweisende Wohnformen; Attraktive Wohnquartiere, Bauamt Bielefeld, April 2007
- 30 Stadtentwicklungsszenario Bielefeld 2050, Uni Bielefeld, Nov. 2006
- 31 „Schlangesitzen am Kamin“, NW 05.02.2014
- 32 „Wer nicht online ist, zahlt mehr“, NW 18.04.2015
- 33 „Was mache ich, wenn.....die Klinikentlassung ansteht“, www.bibliomed.de, 2013

- 34 Case Management im ländlichen Raum, Land Brandenburg, Febr. 2008
- 35 Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG), Präsentat. d. Pflegekonferenz, 24.10.2012
- 36 „Ortsgruppen brauchen keine Industriespenden“, Apoth. Umsch. A11-2014
- 37 „Wenn das Gedächtnis nachlässt“, Bundesgesundheitsministerium(Heidi)
- 38 „Netzwerk im Bild“, Senioren Ratgeber 7-2014
- 39 Helen Crawley: „Essen und Trinken bei Demenz“, Landesinitiative Demenz-Service NRW, 2010
- 40 „Hausnotruf kann Leben retten“, NW 19.11.2013
- 41 „Wo bekomme ich ein Pflegebett ?“, Senioren Ratgeber 5-2013
- 42 „Formloser Antrag; Kostenvergleich“, NW 01.10.2014
- 43 „Was macht ein Pflegesachverständiger ?“, Senioren Ratgeber 9-2014
- 44 „Wohin mit meiner Wut ?“, Senioren Ratgeber 12-2013
- 45 „Demenz, Alzheimer -Krankheit; Die häufigsten Fragen u. Antworten“, Verbraucherzentrale NRW 08-2008
- 46 „Wenig bekannt, wenig genutzt: Der Anspruch auf Ersatzpflege“, Landessenorenvertretung NRW, 02-2014
- 47 „Urlaub vom Alltag; Gemeinsame Auszeit“, Senioren Ratgeber 11-2013
- 48 „Urlaub von der Pflege“, Apoth. Umschau A02-2015
- 49 „Wann in die Tagesklinik ?“, Senioren Ratgeber 5-2014
- 50 „Regelungen zur Pflegezeit u. Familienpflegezeit“, Bundesgesundh.ministerium, Dez. 2014
- 51 „Arbeitnehmer bekommen bezahlte Auszeit für Pflege“, NW 15.10.2014
- 52 „Schritt für Schritt zur Häuslichen Pflege“, Landesstelle Pflegende Angehörige NRW, 2012
- 53 „Gute Nachbarschaft in Bielefeld mit Herz u. Hand“, Sozialamt Bielefeld, 2013
- 54 „Sich gegenseitig helfen“, NW 14.05.2014
- 55 „Selbständig Wohnen im Alter“, Bundesfamilienministerium 12-2010
- 56 „Hilfe aus dem Osten“, NW 31.10.2012
- 57 „Studenten-Service für Senioren“, NW 03.01.2014
- 58 „Zweck-WG mit Senioren“, NW 26.06.2013
- 59 „Zimmer mit Anschluss“, Senioren Ratgeber 11-2013
- 60 Heike Nordmann: „Betreuungs- u. Haushaltshilfen aus Osteuropa“, Verbraucher-Zentrale NRW, 05.06.2012
- 61 „Haushaltshilfe u. Pflegekraft teilen“, www.deutsche-seniorenbetreuung.de, 2013
- 62 „Zukunft der Apotheke“, Apoth. Umschau A05-2013
- 63 „Zu Hause in den besten Händen, Apoth. Umschau B01-2013
- 64 „Täglich für Sie da.....“ Hausarzt, Frühjahr 2013
- 65 „Zahnarzt kommt zu Pflegebedürftigen“, NW 18.01.2013
- 66 „Zukunftssichere Versorgung“, Bundesgesundheitsministerium 01.01.2012
- 67 „Der Zahnarzt, der nach Hause kommt“, Apoth. Umschau B08-2013
- 68 „Aktueller Begriff Telemedizin“, Wissensch. Dienst d. Deutschen Bundestages 11.05.2011
- 69 „Telemedizin Brandenburg“, Berlin 2013

- 70 „Klinische Studie TIM-HF Charité, www.telemedizin.charite.de, 2013
- 71 „Seltener in die Klinik“, Senioren Ratgeber 02-2015
- 72 „Ärzte u. Apotheker sponsern Lebensretter, NW 18.10.2013
- 73 „Auf Knopfdruck Leben retten“, Diabetes Ratgeber 5-2013
- 74 „Schlaganfall-App mit Notfalltest“, NW 26.05.2014
- 75 „Die Super-App: Apotheke vor Ort“, Apoth. Umschau B05-2013
- 76 „Umfrage zu Gesundheits-Apps“, NW 15.08.2014
- 77 „Dr.med App“, Apoth. Umschau B08-2014
- 78 „Arzt-Termin bei Dr. Web“, Fokus 13-2013
- 79 „Gesundheit aus dem Netz“, Apoth. Umschau B04-2014
- 80 „Sicherheitstipps für Seniorinnen u. Senioren“, Poliz. Kriminalprävention der Länder u. des Bundes, 2012
- 81 „Ein Netz für alle“, Seniorenratgeber 5-2014
- 82 „Pflegeleistungen ab 01. Januar 2015“, Bundesgesundh.ministerium, Dez.2014
- 83 „Zusätzliche Betreuungsleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz“, Sozialamt Bielefeld 2015
- 84 „Pflege kostet Kraft“, Apoth. Umschau B02-2015
- 85 „Keine Scheu vor dem „Defi““, NW 14.05.2015
- 86 „Auszeit von der Pflege“, Apoth. Umschau A05-2015
- 87 Türkischsprachige Informationen zur Pflegeversicherung, Sozialamt Nov. 2014
- 88 „Informationen zum Elternunterhalt“, Sozialamt Bielefeld, Jan. 2015