

---

# Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf

Eine Broschüre zur Schulung von Vereinbarkeitslotsinnen und -lotsen



---

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	1
<b>1. Leistungen der Pflegeversicherung.....</b>	<b>3</b>
1.1 Die Antragstellung .....	3
1.2 Pflegebedürftigkeit .....	5
1.3 Die Pflegestufen.....	6
1.4 Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz .....	8
1.5 Leistungen der Pflegeversicherung .....	8
1.5.1 Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) .....	9
1.5.2 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) .....	10
1.5.3 Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI).....	11
1.5.4 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38 SGB XI) .....	11
1.5.5 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI) .....	12
1.5.6 Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) .....	13
1.5.7 Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI).....	13
1.5.8 Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI).....	14
1.5.9 Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 40 SGB XI) .....	14
1.5.10 Zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45a SGB XI) .....	15
1.5.11 Pflegerische Versorgung in Wohngemeinschaften .....	17
1.5.12 Leistungsbeträge der Pflegeversicherung im Überblick .....	18
<b>2. Leistungen der Sozialhilfe .....</b>	<b>19</b>
2.1 Hilfe zur Pflege.....	19
2.2 Grundsicherung .....	20
<b>3. Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.....</b>	<b>21</b>
3.1 Gesetzliche Ansprüche für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.....	21
3.1.1 Pflegezeitgesetz .....	21
3.1.2 Familienpflegezeitgesetz .....	22
3.1.3 Teilzeit- und Befristungsgesetz .....	24
3.2 Vereinbarungen mit der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber .....	25
3.2.1 Flexible Arbeitszeiten.....	25
3.2.2 Komprimierte Arbeitszeit .....	26
3.2.3 Teamarbeit und Jobsharing .....	26
3.2.4 Arbeitsplatztausch.....	26
3.2.5 Arbeitsplatzausstattung .....	27
3.2.6 Wohnraumarbeit/Telearbeit .....	27
3.3 Schutz vor Überlastung.....	28

---

<b>4. Beschreibung der Beratungs-, Pflege- und Versorgungsangebote .....</b>	<b>29</b>
4.1 Pflegeberatung/Pflegestützpunkt .....	29
4.2 Sozialstationen/Pflegedienste .....	30
4.3 Kurzzeitpflege.....	30
4.4 Tagespflege .....	30
4.5 Nachtpflege .....	31
4.6 Verhinderungspflege.....	31
4.7 Stationäre Pflegeeinrichtung .....	31
4.8 Wohngemeinschaften .....	32
4.9 Hospiz.....	32
<b>5. Betreuung und Verfügungen .....</b>	<b>33</b>
5.1 Rechtliche Betreuung .....	33
5.2 Vorsorgevollmacht .....	33
5.3 Patientenverfügung .....	34
<b>6. Kontaktadressen .....</b>	<b>35</b>
6.1 Pflegestützpunkte .....	35
6.2 Beratung bei Konflikten in der Pflege .....	37
6.3 Anlauf- und BeratungsCenter (ABC) im Landkreis Oder-Spree.....	37
6.4 Demenzberatung im Landkreis Oder-Spree .....	37
6.5 Selbsthilfegruppen .....	38
6.6 Modellprojekt „Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf“ .....	39

## Einleitung

Pflegebedürftigkeit kann plötzlich und unerwartet eintreten. In solchen Fällen bleibt oft kaum Zeit zur Planung, da die Bewältigung der ganz akuten Aufgaben alle verfügbaren Kräfte fordert. Ebenso ist es in vielen Fällen nicht absehbar, für welchen Zeitraum die Pflege benötigt wird und in welchem Maß sich der Pflegebedarf im Lauf der Zeit verändern wird (die durchschnittliche Dauer von Pflegebedürftigkeit liegt in Deutschland bei ca. 8 Jahren).

Bei der Planung der Pflege und Versorgung muss mit der pflegebedürftigen Person genau überlegt werden, welche pflegerischen Aufgaben durch Angehörige und welche durch professionelle Dienstleister erbracht werden sollen. Die Wünsche der zu pflegenden Person bestimmen hierbei den Rahmen der Planung. Es kann beispielsweise sein, dass eine pflegebedürftige Person wünscht, dass ihre Intimpflege durch einen professionellen Dienstleister erfolgen soll, da diese Hilfe von Angehörigen als beschämend empfunden wird. Ziel der Planung ist immer eine dauerhaft umsetzbare Versorgungssituation, in der die pflegebedürftige Person die Pflege, Hilfe und Unterstützung erhält, die sie benötigt und die pflegenden Personen nicht überlastet werden, sondern zuverlässig und dauerhaft die übernommenen Aufgaben erledigen können.

Wenn eine nahestehende Person zunehmend Hilfe und Unterstützung im Alltag benötigt, ist es gerade für berufstätige pflegende Personen außerordentlich wichtig, die nötigen Hilfen richtig zu planen, damit sie zuverlässig und längerfristig umgesetzt werden können. Hilfe bei der Aufstellung eines Pflegeplans und bei der Einrichtung eines Versorgungssettings ist für Angehörige und Pflegebedürftige im zuständigen Pflegestützpunkt des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt erhältlich (siehe 6.1). Das *Brandenburger Pflegetagebuch*, das im Pflegestützpunkt verfügbar ist, hilft bei der Erhebung des Pflege- und Versorgungsbedarfs und gibt die Möglichkeit, sich einen Überblick über die Situation der pflegenden Personen zu verschaffen.

Die Planung von Pflege und Versorgung ist erforderlich, um Überforderungen zu vermeiden. Oftmals zeigen sich die Überlastung und die daraus entstehende Überforderung erst nach einer gewissen Zeit, in der Pflege geleistet wurde. Der Gesundheitszustand der pflegenden Person wird häufig bei der Planung von Pflege außer Acht gelassen, was zu großen Schwierigkeiten führen kann, wenn diese pflegende Person aufgrund eigener Gesundheitsprobleme die übernommenen Aufgaben nicht mehr oder zeitweise nicht mehr leisten kann. Bei der Pflegeplanung ist es deshalb ratsam, eine Aufstellung aller anfallenden Aufgaben der Personen zu erstellen, die die Pflege übernehmen wollen. Bei der Planung sollte dann berücksichtigt werden, welche Verantwortungen die einzelnen Personen neben der Pflege noch übernehmen (z.B. Beaufsichtigung eines Kindes) und darauf geachtet werden, keine überlastenden Konstellationen zu schaffen.

Bei der Organisation und Einrichtung häuslicher Pflege durch Berufstätige sollte rechtzeitig überlegt werden, ob und in welchem Maß unter den vorliegenden Gegebenheiten pflegerische Verantwortung übernommen werden kann. Oftmals kann die erforderliche Hilfe durch bestimmte Hilfsmittel und Anpassungsmaßnahmen (z.B. Umbau der Toilette oder der Badewanne) erleichtert werden. Am Beginn einer Planung kann aber auch die Suche nach einer geeigneten Wohnung stehen.

Je nachdem, welche gesundheitlichen Schwierigkeiten zur Pflegebedürftigkeit geführt haben, muss bei der Planung auch berücksichtigt werden, dass es eine Entwicklung des Pflege- und Betreuungsbedarfs geben kann, die nicht mehr oder nur unter großen Schwierigkeiten in der Häuslichkeit zu bewältigen ist (z.B. bei einer Demenzerkrankung). Wenn frühzeitig die Suche nach einer geeigneten Einrichtung (Pflegeheim oder Pflege-WG) begonnen wird, ist es leichter, im Bedarfsfall auch die richtige und geeignete Einrichtung nutzen zu können.

Damit Ihnen alle Inhalte der Schulung zur Vereinbarkeitslotsin bzw. zum -lotsen im Modellprojekt „Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf“ auch schriftlich zur Verfügung stehen, wurde diese Broschüre erstellt. Die Broschüre soll Ihnen bei Ihren Beratungen helfen. Wichtig ist nicht, die Inhalte auswendig zu kennen, sondern zu wissen, wo welche Informationen stehen. Die Broschüre gliedert sich in sechs Kapitel:

- Im ersten Kapitel werden die Leistungen der Pflegeversicherung und die zum Erhalt notwendigen Voraussetzungen erläutert.
- Das zweite Kapitel behandelt mögliche Leistungen des Sozialamtes im Rahmen von pflegerischer Versorgung und fehlenden eigenen finanziellen Mitteln.
- Im dritten Kapitel werden die Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege aufgezeigt. Dabei werden sowohl die gesetzlichen Möglichkeiten als auch betriebliche Lösungen vorgestellt und Stolpersteine benannt.
- Das vierte Kapitel zeigt auf, welche Angebote zur Sicherstellung von Pflege im ambulanten und stationären Bereich zur Verfügung stehen.
- Im fünften Kapitel finden Sie Informationen zu Betreuungen und Verfügungen. Dies sind Regelungen, mit denen gesetzliche Vertretungen im Falle von schwerer Krankheit und Behinderung übernommen werden können.
- Im sechsten Kapitel finden Sie wichtige Kontaktadressen in Brandenburg und insbesondere im Landkreis Oder-Spree, die Sie zur Weitervermittlung von Rat- und Hilfesuchenden verwenden können.

**Die Schulungsbroschüre spiegelt den Stand Juni 2014 wider. Im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes, das voraussichtlich am 1. Januar 2015 in Kraft treten wird, wird es zahlreiche Änderungen in den Leistungen der Pflegeversicherung geben. Eine nächste Auflage der Schulungsbroschüre wird dann dementsprechend alle Neuerungen aufnehmen und dokumentieren.**

## **1. Leistungen der Pflegeversicherung**

Die Soziale Pflegeversicherung wurde zum 1. Januar 1995 als Pflichtversicherung in der Bundesrepublik Deutschland eingeführt. Sie hat die Aufgabe, Hilfen für pflegebedürftige Menschen zu leisten, die wegen der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf Unterstützung angewiesen sind. Die gesetzliche Grundlage der Sozialen Pflegeversicherung bildet das elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI).

Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die bei den gesetzlichen Krankenkassen errichtet wurden. Alle gesetzlich krankenversicherten Personen sind ebenso in der sozialen Pflegeversicherung versichert (siehe § 20 SGB XI). Die Beiträge zur Pflegeversicherung sind wie die Beiträge zur Krankenversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung Teil der sogenannten Sozialabgaben im Rahmen von sozialversicherungsrechtlichen Arbeitsverhältnissen.

Menschen, die über eine private Krankenversicherung versichert sind, die dem deutschen Recht unterliegt, müssen bei ihrem Krankenversicherungsunternehmen einen Versicherungsvertrag zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit abschließen und aufrechterhalten (siehe § 23 SGB XI).

### **1.1 Die Antragstellung**

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu beziehen, muss ein Antrag bei der zuständigen Pflegeversicherung gestellt werden. Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung ist formlos möglich, das heißt, dass dieser Antrag grundsätzlich nicht nur schriftlich, sondern auch telefonisch oder per E-Mail gestellt werden kann. Leistungen werden nicht rückwirkend erbracht, sondern frühestens vom Monat der Antragstellung an. Viele Pflegekassen bieten Antragsformulare auf ihren Internetseiten an oder schicken diese auf Anfrage ihren Versicherten zu. Wenn die pflegebedürftige Person selbst nicht in der Lage ist, einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung zu unterschreiben, dürfen Angehörige dies nur dann stellvertretend übernehmen, wenn sie über eine Vollmacht verfügen. Ansonsten besteht die Möglichkeit, die zuständige Pflegekasse mündlich um die Überprüfung der Pflegebedürftigkeit zu bitten.

Sobald ein Antrag bei der Pflegekasse eingegangen ist, werden die formalen Voraussetzungen für Leistungen aus der Pflegeversicherung geprüft. Die formale Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung ist gegeben, wenn die oder der Versicherte in den vergangenen zehn Jahren mindestens zwei Jahre in die Pflegeversicherung eingezahlt hat oder über eine Beitragszahlerin oder einen Beitragszahler, beispielsweise Ehefrau oder Ehemann, mitversichert war. Die zweite wesentliche Voraussetzung für den Erhalt von Leistungen der Pflegeversicherung ist die Pflegebedürftigkeit der Antragstellerin oder des Antragstellers. Diese wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) begutachtet.

Die Begutachtung findet in der Regel zu Hause statt. Das Gutachten des MDK bildet die Grundlage, auf der die Pflegeversicherung ihre Entscheidung trifft.

Ausschlaggebend für den Erhalt von Leistungen der Pflegeversicherung ist die Frage, ob der zeitliche Umfang der benötigten Pflege zumindest den Vorgaben für die Pflegestufe I (siehe Abschnitt 1.3) entspricht und/oder ob ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (siehe Abschnitt 1.4) vorliegt. Das *Brandenburger Pflegetagebuch*, das in den Pflegestützpunkten im Land Brandenburg erhältlich ist, beinhaltet alle wesentlichen Informationen zur Antragstellung und Vorbereitung der Begutachtung.

Im Regelfall ist der antragstellenden Person spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Dadurch sollen pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen schnelle Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen erhalten, um die Pflege zeitnah organisieren zu können. In besonderen Pflegesituationen gibt es auch verkürzte Begutachtungsfristen, z.B. wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller sich im Krankenhaus befindet und nicht mehr nach Hause entlassen werden kann.

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine verkürzte Begutachtungsfrist nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 € an die antragstellende Person zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die Antragstellerin oder der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits mindestens Pflegestufe I hat.

Antragstellerinnen und Antragsteller haben übrigens ein Recht darauf, dass ihnen mit dem Bescheid der Pflegekassen auch das der Entscheidung zugrunde gelegte Gutachten übermittelt wird. Bei der Begutachtung muss erfragt werden, ob das Gutachten übermittelt werden soll, ebenso kann das Gutachten auch im Nachhinein angefordert werden. Mit dem Leistungsbescheid erhalten Antragstellende auch eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung, die im Rahmen der Pflegebegutachtung automatisch erhoben wird.

## 1.2 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes liegt vor, wenn Menschen „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich mindestens für sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“ (§14 SGB XI).

Im Gesetz werden hierbei Krankheiten oder Behinderungen wie folgt definiert:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Die im Gesetz benannten *gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens* werden in folgende Bereiche unterteilt:

### 1. Körperpflege:

- Waschen
- Duschen
- Baden
- Zahnpflege
- Kämmen
- Rasieren
- Darm- oder Blasenentleerung

### 2. Ernährung:

- mundgerechtes Zubereiten der Nahrung
- Aufnahme der Nahrung

### 3. Mobilität:

- selbstständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen
- An- und Auskleiden
- Gehen
- Stehen
- Treppensteigen
- Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

#### **4. Hauswirtschaftliche Versorgung:**

- Einkaufen
- Kochen
- Reinigen der Wohnung
- Spülen
- Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung
- Beheizen der Wohnung

Die Hilfen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität werden als *Grundpflege* betrachtet. Die Hilfen im Bereich hauswirtschaftliche Versorgung werden gesondert bewertet.

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten, muss ein Antrag auf Leistungen gestellt werden und eine Begutachtung durch den MDK erfolgen. Die Bewilligung von Leistungen der Pflegeversicherung hängt nun vom Umfang des festgestellten Pflegebedarfs ab. Leistungen nach dem SGB XI erhalten pflegebedürftige Personen nur, wenn der Pflegebedarf dem Umfang der Pflegestufe I entspricht. Wenn der Pflegebedarf geringer als dieser Umfang ist, liegt zwar eine Pflegebedürftigkeit vor, es besteht aber kein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Die genauen Beschreibungen der Pflegestufen finden Sie im folgenden Abschnitt (siehe 1.3).

Einen Ausnahmenbereich der eben genannten Regelungen stellen die Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf dar. Menschen, die zu dieser Personengruppe zählen, erhalten, auch wenn ihr Pflegebedarf nicht der Pflegestufe I oder höher entspricht, zum einen die sogenannten zusätzlichen Betreuungsleistungen und können zum anderen Pflegeleistungen erhalten (sogenannte „Pflegestufe 0“).

### **1.3 Die Pflegestufen**

Im § 15 des SGB XI sind die Stufen der Pflegebedürftigkeit (die sogenannten Pflegestufen) festgelegt. Hierbei wird zwischen drei Stufen der Pflegebedürftigkeit unterschieden:

- Pflegestufe I - erheblich Pflegebedürftige
- Pflegestufe II - schwer Pflegebedürftige
- Pflegestufe III - schwerst Pflegebedürftige

Die Pflegestufen unterscheiden sich im jeweiligen Pflegebedarf pro Tag und der Häufigkeit des täglichen und wöchentlichen Hilfebedarfes:

#### **Pflegestufe I**

Ein Pflegebedarf der Pflegestufe I liegt vor, wenn ein Hilfebedarf von mindestens 90 Minuten täglich festgestellt wird, von dem mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege ent-

fallen. Ebenso muss der pflegebedürftige Mensch mindestens einmal täglich Hilfe bei wenigstens zwei Verrichtungen aus dem Bereich der Grundpflege und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

### **Pflegestufe II**

Ein Pflegebedarf der Pflegestufe II liegt vor, wenn der tägliche Pflegebedarf mindestens drei Stunden beträgt, wovon mehr als 120 Minuten auf die Grundpflege entfallen. Ebenso muss die pflegebedürftige Person mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

### **Pflegestufe III**

Ein Pflegebedarf der Pflegestufe III liegt vor, wenn der Bedarf an Grundpflege täglich rund um die Uhr, auch nachts besteht und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der tägliche Pflegebedarf muss hierbei mindestens fünf Stunden betragen, wovon mindestens vier Stunden auf die Grundpflege entfallen müssen.

### **Härtefallregelung**

Ein Härtefall liegt vor, wenn ein außergewöhnlich hoher bzw. intensiver Pflegeaufwand besteht, der bei den täglich durchzuführenden Pflegemaßnahmen das übliche Maß der Grundversorgung bei der Pflegestufe III übersteigt (z.B. bei Wachkoma, Krebserkrankung im Endstadium).

### **Sogenannte „Pflegestufe 0“**

Seit dem 1. Januar 2013 erhalten Menschen, die aufgrund einer geistigen Behinderung, einer psychischen Erkrankung oder demenzbedingter Fähigkeitsstörungen einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben und bei denen durch den MDK eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt wurde (gem. § 45a SGB XI), Leistungen der Pflegeversicherung, auch wenn ihr Pflegebedarf unterhalb des Umfangs der Pflegestufe I liegt (im Folgenden „Pflegestufe 0“ genannt).

## 1.4 Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Menschen, die aufgrund einer geistigen Behinderung, einer psychischen Erkrankung oder demenzbedingter Fähigkeitsstörungen einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben und bei denen durch den MDK eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt wurde (gem. § 45a SGB XI), können seit 2008 die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI erhalten, auch wenn ihr Pflegebedarf unterhalb des Umfangs der Pflegestufe I liegt.

*Von einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz kann ausgegangen werden, wenn die zu betreuende Person z.B. „eigene körperliche und seelische Gefühle oder Bedürfnisse nicht erkennt“, wenn sie „unfähig ist, den Tagesablauf eigenständig zu planen und zu strukturieren“, oder wenn sie „wegen gestörter Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen) soziale Alltagssituationen nicht mehr bewältigen kann“.*

## 1.5 Leistungen der Pflegeversicherung

Wenn eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, deren Umfang mindestens den Vorgaben zur Pflegestufe I entspricht, können Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden. In § 28 SGB XI sind die verschiedenen Leistungen benannt, aus denen eine Auswahl getroffen werden kann.

### § 28 Leistungsarten, Grundsätze (SGB XI)

(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

1. Pflegesachleistung (§ 36),
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),
3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),
4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
5. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
7. Kurzzeitpflege (§ 42),
8. vollstationäre Pflege (§ 43),
9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a),
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit (§ 44a),

12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),

13. zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b),

14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches.

(1a) Versicherte haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen Anspruch auf Pflegeberatung (§ 7a).

(2) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

Versicherte können auch Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, wenn der Pflegebedarf unterhalb des Umfangs der Pflegestufe I liegt. Die sogenannte „Pflegestufe 0“ wird bei einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sowie bei der Feststellung einer Einschränkung der Alltagskompetenz für die ambulante Pflege gewährt. Die Leistungen der Pflegestufe I und II in der ambulanten Versorgung werden bei Vorliegen einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz erhöht.

### **1.5.1 Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)**

Pflegesachleistungen sind Pflegeleistungen, die durch Pflegedienste erbracht werden, die einen Vertrag mit der Pflegekasse haben. Die Pflegeleistung der Pflegedienste wird direkt mit der Pflegekasse abrechnet (sogenannte ambulante Versorgung). Die Wahl des Pflegedienstes obliegt der pflegebedürftigen Person. Sie kann selbst bestimmen, in welcher Weise und zu welchen Zeiten die Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden.

Pflegesachleistungen können bezogen werden, wenn die Versorgung der pflegebedürftigen Person in deren eigenem Haushalt oder außerhalb der eigenen Häuslichkeit (z.B. im Haushalt der Tochter oder des Sohnes) erfolgt. Pflegesachleistungen werden nicht gewährt, wenn sich die pflegebedürftige Person in einer stationären Pflegeeinrichtung befindet (siehe Abschnitt 1.5.7 und 4.6).

Wenn sich mehrere pflegebedürftige Personen zusammenschließen, können Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch genommen werden (z.B. in sogenannten Pflege-Wohngemeinschaften, siehe Abschnitt 4.8).

Die Höhe der Leistung hängt von der festgestellten Pflegestufe ab. Gegenwärtig gelten für Pflegesachleistungen folgende Pauschalen:

- Pflegestufe I = 450 € monatlich
- Pflegestufe II = 1.100 € monatlich
- Pflegestufe III = 1.550 € monatlich

Wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beträgt die Pflegesachleistung 1.918 € monatlich. Das trifft beispielsweise zu, wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss. Der § 36 (4) SGB XI bildet für diese Regelung die rechtliche Grundlage.

Für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gelten seit dem 1. Januar 2013 folgende Pauschalen:

- sogenannte „Pflegestufe 0“ = 225 € monatlich
- Pflegestufe I = 665 € monatlich
- Pflegestufe II = 1.250 € monatlich
- Pflegestufe III = 1.550 € monatlich

### **1.5.2 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)**

Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen kann dann in Anspruch genommen werden, wenn die häusliche Pflege nicht durch einen Pflegedienst, sondern durch Angehörige, Lebenspartner und sonstige Pflegepersonen erbracht wird. Der Pflegebedürftige muss mit dem Pflegegeld die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise sicherstellen. Durch das Pflegegeld kann die pflegebedürftige Person Angehörigen, Lebenspartnern und sonstigen Pflegepersonen eine materielle Anerkennung für die Pflegeleistungen zukommen lassen. Die Grundvoraussetzung für den Erhalt dieser Leistungen ist die Pflege in häuslicher Umgebung.

Auch bei dieser Leistung ist die Höhe des Pflegegeldes vom Umfang der Pflegebedürftigkeit abhängig. Gegenwärtig gelten für Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen folgende Pauschalen:

- Pflegestufe I = 235 € monatlich
- Pflegestufe II = 440 € monatlich
- Pflegestufe III = 700 € monatlich

Für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (siehe Abschnitt 1.4) gelten folgende Pauschalen:

- sogenannte „Pflegestufe 0“ = 120 € monatlich
- Pflegestufe I = 305 € monatlich
- Pflegestufe II = 525 € monatlich
- Pflegestufe III = 700 € monatlich

Eine wichtige Regelung beim Bezug von Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen besteht darin, dass bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegestufe I oder II halbjährlich, bei Pflegestufe III vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder eine geeignete Beratungsstelle erfolgen muss. Diese Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen

Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Kosten der Beratung werden von den Pflegekassen übernommen. Die durch die Beratung gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation müssen der pflegebedürftigen Person mitgeteilt werden und nach deren Zustimmung auch der zuständigen Pflegekasse weitergeleitet werden.

**Wenn diese Beratungen nicht abgerufen werden, kann die Pflegekasse das Pflegegeld kürzen und im Wiederholungsfall sogar entziehen. Die Beratungstermine müssen von der Pflegeperson selbst organisiert werden.**

Eine weitere wichtige Regelung besteht darin, dass Pflegepersonen, die mehr als 14 Stunden pro Woche in der Pflege tätig sind, diese aber nicht gewerbsmäßig ausführen, durch die Pflegeversicherung Beiträge zur Rentenversicherung erhalten können.

### **1.5.3 Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)**

Eine pflegebedürftige Person hat einen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege), wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die Tages- und Nachtpflege umfasst auch die notwendige Beförderung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

Auch für diese Leistungen gelten Pauschalen je nach Pflegestufe:

- Pflegestufe I = 450 € monatlich
- Pflegestufe II = 1.100 € monatlich
- Pflegestufe III = 1.550 € monatlich

Bei „Pflegestufe 0“ sollte die Beratung der Pflegestützpunkte hinsichtlich der Finanzierung hinzugezogen werden.

### **1.5.4 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38 SGB XI)**

Die pflegebedürftige Person kann ihre pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung auch durch Kombination von Pflegesachleistungen und Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen sicherstellen. In solchen Fällen werden beide Leistungen jeweils anteilig bewilligt. Hierbei wird das Pflegegeld um den Prozentsatz verringert, der durch Pflegesachleistungen erbracht wird. Wenn beispielsweise 80% des Pflegebedarfs durch Pflegesachleistungen gesichert werden, werden nur 20% des Pflegegeldes bewilligt.

*Eine pflegebedürftige Frau nimmt den Pflegedienst in Anspruch. Der Pflegedienst übernimmt Verrichtungen in den Bereichen Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung. Die Körperpflege möchte die zu pflegende Frau von ihrem Ehemann verrichten lassen. Die pflegebedürftige schöpft dementsprechend die zustehenden Pflegesachleistungen nicht in vollem Umfang aus. Die pflegebedürftige Frau hat Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld und sollte die Leistungen als Kombinationsleistungen beantragen.*

Auch Leistungen der Tages- und Nachtpflege können mit Pflegesachleistungen und Pflegegeld kombiniert werden. Für diese Kombination gelten jedoch andere Berechnungsregelungen, über die der Pflegestützpunkt ausführlich informieren kann.

An die Entscheidung, in welchem Verhältnis Geld- und Sachleistung in Anspruch genommen werden, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

### **1.5.5 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)**

Ist die Pflegeperson an der Pflege gehindert (z.B. durch Urlaub, Krankheit usw.), hat der Pflegebedürftige im Verhinderungsfall seiner Pflegeperson Anspruch auf Ersatzpflege. Voraussetzung: Der Pflegebedürftige ist mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt worden. Dazu kann eine Privatperson oder ein Pflegedienst auch stundenweise (über das ganze Jahr verteilt) beansprucht werden. Ebenso ist es möglich, eine Einrichtung zu nutzen. Im Falle des Bezugs von Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegepersonen (bei „Pflegestufe 0“ und Pflegestufe I bis III) wird das Pflegegeld zu 50% für bis zu 28 Tage pro Jahr bei Inanspruchnahme einer Verhinderungspflege weitergezahlt.

Der Anspruch ist grundsätzlich pro Kalenderjahr auf vier Wochen begrenzt. Für diese Leistung können bis zu 1.550 € pro Jahr bewilligt werden, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

*Ein pflegender Angehöriger muss zu einer langfristig geplanten Operation ins Krankenhaus. Er nimmt für seine pflegebedürftige Mutter, die mit ihm in seinem Haushalt wohnt, eine Verhinderungspflege für zehn Tage in Anspruch. Wenige Monate später geht der pflegende Angehörige für zwei Wochen in den Urlaub. Auch hier sorgt die Verhinderungspflege für die Versorgung der Mutter.*

Wenn die Ersatzpflege durch Personen übernommen wird, auf die die eben genannten Einschränkungen zutreffen, dürfen die Mittel zur Verhinderungspflege nicht den Betrag des Pflegegeldes überschreiten, es sei denn, dass die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt wird.

Auch wenn Kombinationsleistungen aus Pflegegeld und Pflegesachleistungen in Anspruch genommen werden, wird die Hälfte des anteiligen Pflegegeldes während der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege für bis zu 28 Tage pro Jahr weitergezahlt. Diese Regelungen gelten auch für die sogenannte „Pflegestufe 0“.

### **1.5.6 Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)**

Die Kurzzeitpflege gilt für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Auch dieser Anspruch ist auf maximal vier Wochen pro Jahr und einen Höchstbetrag von 1.550 € beschränkt.

Bei Inanspruchnahme einer Kurzzeitpflege wird für bis zu 28 Tage pro Jahr die Hälfte des Pflegegeldes für selbstbeschaffte Pflegepersonen weitergezahlt.

### **1.5.7 Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)**

Pflegebedürftige Menschen haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen (Pflegeheimen), wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Die pflegebedürftige Person gibt mit dem Einzug in ein solches Heim ihre bisherige Häuslichkeit auf. Die Kombination von Leistungen ist für Menschen, die stationär versorgt werden, nicht möglich. Gegenwärtig gelten folgende Pflegebeiträge für die jeweilige Pflegestufe:

- Pflegestufe I = 1.023 € monatlich
- Pflegestufe II = 1.279 € monatlich
- Pflegestufe III = 1.550 € monatlich

### **1.5.8 Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI)**

Pflegehilfsmittel werden unterschieden nach zum Verbrauch bestimmten und technischen Produkten. Die Pflegehilfsmittel müssen zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des pflegebedürftigen Menschen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Die Pflegekassen sind lediglich für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln im häuslichen Bereich zuständig, nicht für die Versorgung in Pflegeheimen. Gegenstände, die zum allgemeinen Lebensbedarf oder zu den Kosten der normalen Lebenshaltung gehören, zählen nicht zum Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung. Bei solchen Produkten handelt es sich um Gebrauchsgegenstände, die der Eigenverantwortung der versicherten Personen zuzurechnen sind.

Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, wie z.B. Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Bettschutzunterlagen, werden bis zu 31 € monatlich gezahlt. Technische Hilfsmittel, wie z.B. Rollstühle, Pflegebetten, Hebegeräte, werden unter Abzug eines Eigenanteils (höchstens 25 € pro technisches Hilfsmittel) von den Pflegekassen finanziert.

### **1.5.9 Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 40 SGB XI)**

Die Pflegekassen gewähren anteilig finanzielle Zuschüsse zur Wohnraumanpassung oder für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch die häusliche Pflege ermöglicht, erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Haushaltsführung wiederhergestellt wird. Auch hier ist die Voraussetzung, dass ein Pflegebedarf vorliegt, der mindestens den Vorgaben zur Pflegestufe I entspricht, oder ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf besteht.

Der Zuschuss kann maximal 2.557 € pro Maßnahme betragen. Das Einkommen der pflegebedürftigen Person wird hierbei nicht überprüft. Leben mehrere Pflegebedürftige gemeinsam in einer Wohngemeinschaft können die Zuschüsse bis zu einer Summe von 10.228 € zusammengeführt werden.

*Herr F. pflegt seine im Rollstuhl sitzende Ehefrau und ist zunehmend mit der Pflege überfordert. Eine Vereinbarkeitslotsin aus der Nachbarschaft informiert das Ehepaar über wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Das Ehepaar fragt beim Vermieter an, ob sie die Schwellen in der Wohnung beseitigen dürfen. Sie holen drei Kostenvoranschläge für die Schwellenbeseitigung in ihrer Wohnung bei verschiedenen Baufirmen ein und schicken einen Antrag an die Pflegekasse. Die Umbaumaßnahme wird bewilligt und finanziert, die Schwellen werden beseitigt und die Pflege der Ehefrau für Herrn F. erleichtert.*

### 1.5.10 Zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45a SGB XI)

Pflegebedürftige Personen mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung, die durch häusliche Pflege versorgt werden (also nicht in einem Pflegeheim), können zusätzliche Betreuungsleistungen durch die Pflegekassen erhalten. Dies gilt sowohl für pflegebedürftige Personen der Pflegestufen I, II und III als auch für Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht.

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen sind als **Ergänzung der Regelleistungen** zu verstehen und betragen je nach Bedarf 100 € (Grundbetrag) bzw. 200 € (erhöhter Betrag) pro Monat. Die Voraussetzung für den Erhalt dieser Leistungen ist eine Feststellung der Auswirkungen der Krankheit oder Behinderung auf die Aktivitäten des täglichen Lebens in Form einer dauerhaft erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz durch den MDK.

Das Betreuungsgeld darf nur zweckgebunden für qualitätsgesicherte Angebote eingesetzt werden, vor allem um pflegende Angehörige zu entlasten. Dazu gehören

- Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
- Leistungen der Kurzzeitpflege,
- besondere Angebote von zugelassenen Pflegediensten zur allgemeinen Anleitung und Betreuung, bei denen es sich nicht um Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung handelt,
- nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote (Gruppenbetreuung außer Haus mit anderen Betroffenen oder Einzelbetreuung zu Hause),
- Tagesbetreuungsangebote von Pflegeeinrichtungen.

Auch Pflegeeinrichtungen, die Tagesbetreuung anbieten, können zusätzliche Betreuungsleistungen erbringen.

*Die pflegebedürftige Person hat einen erheblichen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf, wenn sie:*

1. die Wohnung unkontrolliert verlässt (Weglauftendenzen).  
*Bsp.: Herausdrängen aus der Wohnung, planloses Umherlaufen in der Wohnung auch mit Verlassen der Wohnung*
2. gefährdende Situationen verkennt oder verursacht.  
*Bsp.: Eingriffe in den Straßenverkehr, Verlassen der Wohnung in nicht witterungsangepasster Kleidung*
3. mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen unsachgemäß umgeht,  
*Bsp.: Trocknen von Wäsche im Backofen, Essen von Zigaretten, Essen von verdorbenen Lebensmitteln*
4. sich tätlich oder verbal aggressiv in Verkennung der Situation verhält,  
*Bsp.: Beißen, Kratzen, Beschimpfungen, Zerstörung von fremdem Eigentum*
5. sich nicht der Situation angepasst verhält (inadäquates situatives Verhalten).  
*Bsp.: exhibitionistische Tendenzen, lautes Schreien, Verschmieren von Kot, Urinieren in Wohnräumen*
6. sich gegen therapeutische und schützende Maßnahmen wehrt,  
*Bsp.: Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Apathie, Ignorieren von Motivationsarbeit (Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression oder Angststörung muss psychiatrisch gesichert sein.)*
7. eigene körperliche und seelische Gefühle oder Bedürfnisse nicht erkennt,  
*Bsp.: Verlust des Hunger- oder Durstgefühls, mangelndes Schmerzempfinden*
8. wegen gestörter Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen) soziale Alltagssituationen nicht mehr bewältigen kann,  
*Bsp.: Erinnerungslücken, Artikulationsschwierigkeiten, Verirren, Verkennen von vertrauten Personen*
9. einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus hat,  
*Bsp.: nächtliche Unruhe, Umkehr von Tag- und Nachtaktivitäten*
10. unfähig ist, den Tagesablauf eigenständig zu planen und zu strukturieren,  
*Bsp.: keine Planung und Durchführung von Aktivitäten*
11. Alltagssituationen verkennt und unpassend reagiert,  
*Bsp.: Angst vor eigenem Spiegelbild, Vergiftungs-/Verfolgungsgedanken, optische/akustische Halluzinationen*
12. ausgeprägte Schwankungen der Gefühle zeigt (labiles emotionales Verhalten),  
*Bsp.: plötzliches unangemessenes Weinen, Distanzlosigkeit, Reizbarkeit, starkes Misstrauen*
13. überwiegend niedergeschlagen, verzagt oder hoffnungslos (therapieresistente Depression) ist.  
*Bsp.: Klagen über Sinnlosigkeit des Lebens, ständiges Klagen  
(Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression muss psychiatrisch gesichert sein.)*

### **1.5.11 Pflegerische Versorgung in Wohngemeinschaften**

Gemäß § 38a SGB XI können Pflegebedürftige einen Zuschlag von 200 € erhalten, wenn sie in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft von mindestens drei Pflegebedürftigen, die den Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung hat, leben und Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen erhalten. Außerdem muss in der Wohngemeinschaft eine Pflegekraft tätig sein, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet.

Diese Regelung gilt aber ausdrücklich nur für Wohngemeinschaften, in denen Pflege- und Betreuungsleistungen frei wählbar sind. Kleinstheime, die sich auch oft als Wohngemeinschaft bezeichnen, gehören nicht dazu.

Die Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 40 SGB XI) in Bezug auf Wohngemeinschaften sehen folgende Regelungen vor: Pro Pflegebedürftigen liegt der Betrag pro Maßnahme bei 2.557 € (siehe Abschnitt 1.5.9), in einer Wohngemeinschaft können diese in einen Gesamtbetrag von bis zu 10.228 € zusammengeführt werden. Leben mehr als vier Pflegebedürftige in einer Wohngemeinschaft, wird dieser Gesamtbetrag anteilig auf die jeweiligen Pflegeversicherungsträger aufgeteilt.

### 1.5.12 Leistungsbeträge der Pflegeversicherung im Überblick

Folgende Leistungen können monatlich gewährt werden:

	<b>Pflegestufe I</b>	<b>Pflegestufe II</b>	<b>Pflegestufe III</b>
<b>Pflegegeld</b>	235 €	440 €	700 €
<b>Pflegesachleistung</b>	450 €	1.100 €	1.550 €
<b>Stationäre Pflege</b>	1.023 €	1.279 €	1.550 €
<b>Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege</b>	450 €	1.100 €	1.550 €

Im Härtefall können in der Pflegestufe III bei stationärer Pflege und bei ambulanter Pflege (Pflegesachleistung) 1.918 € gewährt werden.

Folgende Leistungen können jährlich gewährt werden:

	<b>Pflegestufe I</b>	<b>Pflegestufe II</b>	<b>Pflegestufe III</b>
<b>Verhinderungspflege</b>	1.550 €	1.550 €	1.550 €
<b>Kurzzeitpflege</b>	1.550 €	1.550 €	1.550 €

Folgende Leistungen werden pro Maßnahme gewährt werden.

	<b>Pflegestufe I</b>	<b>Pflegestufe II</b>	<b>Pflegestufe III</b>
<b>Zuschuss pro wohnumfeldverbessernder Maßnahme</b>	2.557 €	2.557 €	2.557 €

Folgende erhöhte Leistungsbeträge für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zu Hause gepflegt oder betreut werden, können gewährt werden:

	<b>„Pflegestufe 0“</b>	<b>Pflegestufe I</b>	<b>Pflegestufe II</b>	<b>Pflegestufe III</b>
<b>Pflegegeld</b>	120 €	305	525 €	700 €
<b>Pflegesachleistung</b>	225 €	665 €	1.250 €	1.550 €

## 2. Leistungen der Sozialhilfe

### 2.1 Hilfe zur Pflege

In vielen Fällen ist es nicht möglich, den gesamten Pflegebedarf und die hauswirtschaftliche Versorgung durch Mittel der Pflegeversicherung zu bewältigen. Bei vollstationärer Versorgung in einem Pflegeheim liegen die Heimkosten in den meisten Fällen deutlich über den Pauschalen der Pflegeversicherung. Die pflegebedürftige Person muss Pflege und Versorgungskosten, die nicht durch die Leistungen der Pflegeversicherung gedeckt sind, aus eigenen Mitteln finanzieren. Wenn aber die eigenen finanziellen Mittel für die Begleichung der durch Pflege und Versorgung entstehenden Kosten nicht ausreichen, können Leistungen der Sozialhilfe nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) in Anspruch genommen werden. Diese Leistungen sind unter der Überschrift „Hilfe zur Pflege“ zusammengefasst und müssen beim zuständigen Sozialamt beantragt werden. Die Gewährung hängt neben der Pflegebedürftigkeit auch von der finanziellen Bedürftigkeit der beantragenden Person ab.

Folgende Regelungen gelten für die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII:

- Die Hilfe zur Pflege umfasst häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege.
- Der Inhalt der Leistungen bestimmt sich nach den Regelungen der Pflegeversicherung.
- Auch die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit ist für den Umfang von Hilfe zur Pflege verbindlich.
- Hilfe zur Pflege kann aber in solchen Fällen gewährt werden, in denen ein Pflegebedarf besteht, dieser aber nicht den Vorgaben zur Erlangung von Pflegestufe I (oder höher) entspricht und finanzielle Bedürftigkeit besteht.

Die wesentliche Frage, die für den Erhalt von Leistungen der Hilfe zur Pflege geklärt werden muss, ist die Bedürftigkeit. Bedürftigkeit liegt vor, wenn die pflegebedürftige Person, ihr nicht getrennt lebender Ehepartner oder Lebenspartner die Mittel für die Pflege nicht aufbringen können.

Liegt das anrechenbare Einkommen unter der Einkommensgrenze, besteht ein Anspruch auf Hilfe zur Pflege. Neben dem Einkommen ist ebenfalls vorliegendes Vermögen zu berücksichtigen. Grundsätzlich muss das gesamte verwertbare Vermögen eingesetzt werden, wobei zahlreiche Ausnahmen vom Gesetz definiert werden, die die Vermögensanrechnung in der Praxis sehr schwierig machen können. Ebenso zieht das Sozialamt die Kinder der antragstellenden Person zur Kostendeckung heran.

Wenn für die Pflege eines oder einer Angehörigen Mittel der Sozialhilfe benötigt werden, sind weitere Informationen und ggf. auch Unterstützung bei der Beantragung in dem zuständigen Pflegestützpunkt erhältlich.

*Ein Pflegebedürftiger erhält Leistungen der Pflegeversicherung der Pflegestufe II. Der beauftragte Pflegedienst erbringt monatliche Pflegeleistungen in der gesamten Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung (1.100 €). Es besteht ein weiterer monatlicher Pflegebedarf in Höhe von 200 €. Dem Pflegebedürftigen und seiner Ehefrau steht ein Renteneinkommen in Höhe von monatlich 1.600 € zur Verfügung. Die Kosten der Miete einschließlich Nebenkosten ohne Heizung betragen 390 €/Monat. Das Rentnerpaar stellt einen Antrag beim zuständigen Sozialamt auf Hilfe zur Pflege. Nach eingehender Prüfung erhält das Ehepaar 93,20 € ergänzende Pflegeleistungen.*

## **2.2 Grundsicherung**

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine weitere Leistung nach dem zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII). Grundsicherung wird auf Antrag geleistet, wenn es einer älteren und dauerhaft voll erwerbsgeminderten Person mit gewöhnlichem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nicht möglich ist, ihren notwendigen Lebensunterhalt aus ihrem Einkommen und Vermögen zu bestreiten.

Der Begriff der älteren Personen wird im Gesetz in Bezug auf das Rentenalter verwendet. Grundsicherung kann also bezogen werden, wenn aufgrund des Alters oder aufgrund einer Behinderung keine Arbeitstätigkeit mehr möglich ist.

Der Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung erfordert eine Bedürftigkeit. Diese ist gegeben, wenn aus dem Einkommen (Rente, Einnahmen aus Besitz, Unterhalt usw.) der Grundbedarf nicht gedeckt werden kann. Dieser Grundbedarf wird aus dem aktuellen Regelsatz (Hartz IV Regelsatz 2014 bei 391 €) und den Kosten für eine angemessene Unterkunft (unterschiedliche Richtwerte je Bundesland) und den zugehörigen Heizkosten berechnet.

Eigenes Vermögen muss ebenso zur Bedarfsdeckung eingebracht werden. Das Einkommen der Kinder muss erst zur Deckung des Lebensunterhalts der Eltern eingebracht werden, wenn es 100.000 € im Jahr übersteigt. Grundsicherung wird verwehrt, wenn die antragstellende Person in den letzten zehn Jahren ihre Hilfebedürftigkeit vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat.

Wenn also ein pflegebedürftiger Angehöriger (auch durch vorzeitige Berufsunfähigkeit bedingt) nur eine sehr geringe Rente zur Verfügung hat und kein Vermögen besitzt, sollte im Rahmen eines Antragsverfahren beim zuständigen Sozialamt geprüft werden, ob ein Anspruch auf Grundsicherung im Alter bei vollständiger Erwerbsunfähigkeit besteht.

### 3. Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Wenn Berufstätige die Pflege einer oder eines Angehörigen übernehmen wollen, so bedarf dies einer guten Beratung und Planung, damit pflegende Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer die Pflege des Angehörigen mit der Berufstätigkeit vereinbaren können. Im Folgenden werden die gesetzlichen Möglichkeiten für eine Anpassung des Beschäftigungsverhältnisses an die neue Situation der häuslichen Pflege sowie mögliche innerbetriebliche Regelungen, die pflegenden Erwerbstätigen die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege erleichtern können, vorgestellt.

#### 3.1 Gesetzliche Ansprüche für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

##### 3.1.1 Pflegezeitgesetz

Durch das Gesetz über die Pflegezeit wurde für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit für bis zu sechs Monaten begründet. Hierdurch soll Beschäftigten die Möglichkeit eröffnet werden, pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen. Nahe Angehörige sind im Sinne des Gesetzes Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Kinder (eigene oder die des Partners), Adoptiv- oder Pflegekinder (eigene oder die des Partners), Schwiegerkinder und Enkelkinder. Das Gesetz bietet zwei Möglichkeiten für Beschäftigte, zum einen die kurzzeitige Arbeitsverhinderung und zum anderen die Pflegezeit.

Die **kurzfristige Arbeitsverhinderung** erlaubt Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für eine pflegebedürftige nahe Angehörige oder einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen eine pflegerische Versorgung zu organisieren oder diese selbst sicherzustellen. Die oder der Beschäftigte muss der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber eine solche kurzzeitige Arbeitsverhinderung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitteilen. Auf Verlangen der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers muss die oder der Beschäftigte eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit der nahen Angehörigen oder des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit des Fernbleibens vorlegen.

*Die Arbeitnehmerin Frau A. musste kurzfristig die Betreuung der pflegebedürftigen Mutter übernehmen, die in Sachsen lebt. In einem Gespräch informierte eine Vereinbarkeitslotsin Frau A. über die Möglichkeit der kurzfristigen Arbeitsverhinderung. Die Arbeitnehmerin informierte den Arbeitgeber über die kurzfristige Arbeitszeitverhinderung und nahm zehn Tage in Anspruch, um die Pflege der in Sachsen lebenden Mutter vor Ort zu koordinieren.*

Die **Pflegezeit** ermöglicht es Beschäftigten, für bis zu sechs Monaten teilweise oder vollständig von der Arbeit freigestellt zu werden. Auf diese Pflegezeit besteht ein Rechtsanspruch, wenn die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber in der Regel mehr als 15 Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer beschäftigt. Die oder der Beschäftigte muss die Pflegebedürftigkeit einer nahen Angehörigen oder eines nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekassen oder des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) nachweisen. Der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber muss die Inanspruchnahme der Pflegezeit spätestens zehn Tage vor Beginn schriftlich angekündigt werden. Gleichzeitig muss eine Erklärung erfolgen, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wird eine teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen, so sollen Arbeitgeberin oder Arbeitgeber und Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer hierüber eine schriftliche Vereinbarung treffen, die sich – es sei denn, dringende betriebliche Gründe sprechen dagegen – an den Wünschen der oder des Beschäftigten orientiert.

Von der Ankündigung bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung oder der Pflegezeit darf die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber das Beschäftigungsverhältnis nicht kündigen. Nur in besonderen Fällen kann eine Kündigung von der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörde für zulässig erklärt werden.

Während der Pflegezeit hat die oder der Beschäftigte keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber. Erfolgt eine vollständige Freistellung im Rahmen der Pflegezeit, müssen die sozialversicherungsrechtlichen Auswirkungen bedacht werden. Die Krankenversicherung der pflegenden Person kann entweder über eine Familienversicherung oder über eine freiwillige Krankenversicherung erfolgen, wobei die zuständige Pflegekasse die Mindestbeiträge für die Krankenversicherung übernimmt. Die Rentenversicherung sieht eine Versicherungspflicht vor, wenn eine Person mindestens 14 Stunden Pflege pro Woche leistet. Die zuständige Pflegekasse übernimmt in diesem Fall die Rentenbeiträge für die pflegende Person. Auch Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden von der zuständigen Pflegekasse übernommen.

### **3.1.2 Familienpflegezeitgesetz**

Seit dem 1. Januar 2012 gilt das Familienpflegezeitgesetz in der Bundesrepublik Deutschland. Das Familienpflegezeitgesetz greift nur, wenn die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber dem Antrag zustimmen. Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgeber sind nicht zur Zustimmung verpflichtet.

Durch eine Vereinbarung gemäß Familienpflegegesetz kann für bis zu 24 Monate die Arbeitszeit eines oder einer Beschäftigten auf 15 Stunden pro Woche reduziert werden, wenn während dieser Zeit die Pflege einer nahen oder eines nahen Angehörigen übernommen wird. Während dieser Zeit ist die pflegende Person weiterhin sozialversichert,

die Rentenansprüche bleiben bestehen und es besteht ein besonderer Kündigungsschutz.

Durch die Vereinbarung wird festgelegt, dass die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber das durch die verringerte Arbeitszeit reduzierte Entgelt um die Hälfte des reduzierten Arbeitsentgeltes aufstockt. Das heißt, dass bei einer Verringerung der Arbeitszeit von 100% auf 50% dennoch 75% des letzten Bruttoeinkommens bezogen werden.

Diese Aufstockung kann durch ein Guthaben ermöglicht werden, das durch im Vorfeld geleistete Mehrarbeit entstanden ist (Überstundenkonto). In der Regel wird das Guthaben jedoch durch die sogenannte Nachpflegephase (zwei Jahre) abgegolten.

*Herr B. pflegt seit mehreren Jahren seine pflegebedürftige Mutter. Der Zustand der Mutter hat sich verschlechtert, so dass sich Herr B. entscheidet, Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen. Er trifft mit der Arbeitgeberin eine Vereinbarung u.a. über den Umfang der Arbeitszeit vor Beginn und während der Familienpflegezeit. Herr B. reduziert seine Arbeitszeit von 40 Stunden auf 20 Stunden pro Woche. In den nächsten zwei Jahren erhält er 75% seines bisherigen Arbeitslohns. Nach zwei Jahren arbeitet er wieder 40 Stunden pro Woche, erhält jedoch weiterhin nur 75% seines Arbeitslohns.*

Für dieselbe pflegebedürftige Person kann durch einen weiteren Angehörigen eine weitere Familienpflegezeit erst nach dem Ende der Nachpflegephase in Anspruch genommen werden. So ist es möglich, dass sich Familienmitglieder eine längere Pflegedauer aufteilen.

Wenn eine Regelung zur Nutzung der Familienpflegezeit getroffen wurde, besteht für die Arbeitnehmerin oder den Arbeitnehmer ein besonderer Kündigungsschutz. Das Beschäftigungsverhältnis darf nicht wegen der Inanspruchnahme der Familienpflegezeit gekündigt werden. Dieser Kündigungsschutz gilt auch für die Nachpflegephase. Nur in besonderen Ausnahmefällen ist eine Kündigung möglich. Ein Ausnahmefall muss von der zuständigen Landesbehörde für Arbeitsschutz bestätigt werden.

Nach der Rückkehr zur alten Arbeitszeit wird dann bis zum Ausgleich des Gehaltsvorschusses weiterhin ein reduziertes Gehalt gezahlt. Im diesem Falle haben Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber die Möglichkeit, das vorgelegte Wertguthaben über ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFZA) abzusichern.

Für die Beantragung dieses Darlehens muss die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber folgende Unterlagen vorlegen:

- eine Entgeltbescheinigung mit Angabe der arbeitsvertraglichen Wochenstundenzahl der letzten zwölf Monate vor Beginn der Familienpflegezeit,
- eine schriftliche Vereinbarung zwischen Arbeitgeberin oder Arbeitgeber und der oder dem Beschäftigten über die Inanspruchnahme von Familienpflegezeit (Familienzeitvereinbarung),
- eine Bescheinigung über das Bestehen einer Familienpflegezeitversicherung oder Antrag auf Aufnahme in eine vom BAFzA abgeschlossene Gruppenversicherung,
- eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des MDK zum Nachweis der Pflegebedürftigkeit naher Angehöriger.

Durch das Familienpflegezeitgesetz wurde ein Arbeitszeitmodell geschaffen, mit dem Erwerbstätigkeit und Pflege vereinbar wird. Für die Arbeitnehmerin oder den Arbeitnehmer und Pflegenden werden die finanziellen Einbußen während der Pflege gemildert. Darüber hinaus kann die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber die Mitarbeiterin oder den Mitarbeiter auch während einer Pflegephase im Unternehmen halten, damit die Erfahrungen und Kompetenzen und das damit verbundene betriebliche Erfahrungswissen nicht verloren gehen.

### **3.1.3 Teilzeit- und Befristungsgesetz**

Eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer kann nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz, wenn sie oder er sich länger als sechs Monate in einem Arbeitsverhältnis befindet, verlangen, dass ihre oder seine vertragliche Arbeitszeit verringert wird. Dies gilt auch für Tätigkeiten in leitenden Positionen. Zu beachten ist dabei, dass die gewünschte Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit spätestens drei Monate vor dem geplanten Beginn geltend gemacht wird und zwischen den Beteiligten mit dem Ziel einer Vereinbarung erörtert wird. Wenn keine betrieblichen Gründe dem Anliegen entgegenstehen, hat die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber der Verringerung der Arbeitszeit zuzustimmen und ihre Verteilung gemäß den Wünschen der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers festzulegen. Ein betrieblicher Grund liegt insbesondere dann vor, wenn durch die Verringerung der Arbeitszeit die Organisation, der Arbeitsablauf oder die Sicherheit im Betrieb wesentlich beeinträchtigt werden oder unverhältnismäßige Kosten entstehen.

Es besteht ebenso die Möglichkeit, die Arbeitsleistung entsprechend dem Arbeitsanfall zu erbringen, d.h. durch Arbeit auf Abruf. Hier muss eine bestimmte Dauer der wöchentlichen und täglichen Arbeitszeit festgelegt werden. Des Weiteren kann ein Arbeitsplatz gesplittet werden, um dadurch besser eine Vertretung organisieren zu können.

*Die in Vollzeit und Schichtsystem beschäftigte Frau C. hatte sechs Monate Pflegezeit für die Pflege der Mutter in Anspruch genommen. Der Zustand der Mutter hat sich jedoch weiter verschlechtert. Aus finanziellen Gründen wollte Frau C. wieder arbeiten gehen. In einem Gespräch mit einem Vereinbarkeitslotsen erhält Frau C. Informationen über Teilzeitarbeit. Sie spricht mit ihrem Arbeitgeber und geht in Teilzeit.*

## **3.2 Vereinbarungen mit der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber**

Wenn die eigene berufliche Tätigkeit mit der Pflege einer oder eines Angehörigen vereinbart werden muss, empfiehlt es sich, mit der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber das Gespräch zu suchen und die veränderte private Situation zu schildern. Das Gespräch kann nur freiwillig gesucht werden. Nach dem Landesgleichstellungsgesetz des Landes Brandenburg darf die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber nicht fragen, wie die Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen neben der Berufstätigkeit geregelt wird. Die Betreuung ist also stets und grundsätzlich die alleinige Angelegenheit der betroffenen Person. Ein solches Gespräch kann auch von der Vereinbarkeitskoordinatorin begleitet werden.

Im Gespräch zwischen Beschäftigten und Arbeitgeberin oder Arbeitgeber können verschiedene Absprachen getroffen werden, die dazu führen, dass berufliche Tätigkeit und Pflege vereinbart werden können. In den vorigen Abschnitten wurden drei Rechtsgrundlagen aufgezeigt, die dabei genutzt werden können, um

- kurzfristige Freiräume bis zu zehn Tagen zu schaffen,
- für einen Zeitraum bis zu einem halben Jahr von der Berufstätigkeit freigestellt zu werden,
- für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren die Arbeitszeit zu reduzieren oder
- in eine Teilzeitbeschäftigung zu wechseln.

Im Rahmen von Absprachen sind weitere Einigungen möglich, die es erlauben, berufliche Tätigkeit mit der Pflege einer oder eines Angehörigen zu vereinen.

### **3.2.1 Flexible Arbeitszeiten**

Feste tägliche Arbeitszeiten erschweren es den berufstätigen Pflegepersonen besonders, sich auch im Laufe des Tages um die Angehörigen zu kümmern. Noch schwieriger gestaltet sich die Erfüllung dieser Aufgabe bei Schichtarbeit.

Flexible, möglichst frei einteilbare Arbeitszeiten ermöglichen den pflegenden Personen eine deutlich einfachere Organisation ihres Alltags. Hier bieten sich Arbeitszeitkonten und Gleitzeitregelungen an, die die Einteilung der Arbeitszeit in die Eigenverantwortung der beschäftigten Personen legen. Allerdings bietet nicht jede Arbeitstätigkeit die Möglichkeit der flexiblen Arbeitszeitgestaltung (z.B. in Krankenhäusern, Behörden usw.). Wenn es möglich ist, sind die Arbeitszeiten flexibel zu gestalten.

Eine **Gleitzeitregelung** erlaubt es, den Beginn und das Ende der täglichen Arbeitszeit innerhalb eines vereinbarten Zeitrahmens selbst zu bestimmen. Dabei können verbindliche Kernarbeitszeiten und Zeitspannen vereinbart werden. Es gibt aber auch Gleitzeitmodelle mit gänzlich variabler Arbeitszeit, bei denen auf eine Kernzeit verzichtet wird.

**Arbeitszeitkonten** mit monatlichen oder sogar jährlichen Abrechnungszeiträumen ermöglichen es Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die in die Angehörigenpflege eingebunden sind, sich an einzelnen Tagen oder in Phasen mit höherem Pflegeaufwand, beispielsweise durch zusätzliche Arzt- oder Therapietermine, intensiver um die pflegebedürftige Person zu kümmern.

### **3.2.2 Komprimierte Arbeitszeit**

Komprimierte Arbeitszeit heißt, dass die vereinbarte Arbeitszeit einer Vollzeitbeschäftigung in weniger als den fünf üblichen Arbeitstagen geleistet wird. Der fünfte Tag steht dann für private Verpflichtungen zur Verfügung.

Eine solche Vereinbarung kann getroffen werden, wenn die pflegebedürftige Person nicht im selben Ort wohnt wie die pflegende Person. Wenn eine Grundversorgung durch einen Pflegedienst oder anderen Angehörigen erbracht wird, kann durch die komprimierte Arbeitszeit z.B. ein regelmäßiger Pflegetag pro Woche oder regelmäßige Unterstützung an verlängerten Wochenenden möglich werden. Allerdings besteht bei diesem Modell eine hohe Überlastungsgefahr für die Arbeitnehmerin oder den Arbeitnehmer.

### **3.2.3 Teamarbeit und Jobsharing**

Bei diesem Modell teilen sich mehrere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eine Stelle bzw. ein bestimmtes Aufgabengebiet und stimmen sich im Team untereinander ab, wer welche Arbeitsaufgaben innerhalb der Gruppe erbringt. Planung, Festlegung, Durchführung und Kontrolle der Arbeit erfolgen eigenverantwortlich im Team. Die Arbeitsorganisation baut darauf auf, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Teams ihre Anwesenheit untereinander absprechen und sich jederzeit gegenseitig vertreten können. Somit wird eine individuelle, auf einzelne Pflegesituationen abgestellte Arbeits- und Einsatzplanung möglich.

Allerdings sind für dieses Modell klare und verbindliche Regelungen zur Kommunikation, zur Dokumentation und zur Arbeitsübergabe notwendig, damit es nicht zu Reibungsverlusten und Know-how-Verlusten auf Kosten der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers kommt.

### **3.2.4 Arbeitsplatztausch**

Je nach Art der Berufstätigkeit ist es nicht immer machbar, eine flexible Gestaltung des Arbeitsplatzes zu ermöglichen. Eine weitere Möglichkeit, Beruf und Pflege zu vereinbaren, kann der (vorübergehende) Tausch eines Arbeitsplatzes sein.

### 3.2.5 Arbeitsplatzausstattung

Für pflegende Angehörige ist es durchweg wichtig, für Notfälle jederzeit erreichbar zu sein. Dieses ist zwar durch die weit verbreitete Mobilfunktechnik einfach zu realisieren, die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber muss aber damit einverstanden sein, dass am Arbeitsplatz ein Mobiltelefon in Rufbereitschaft verwendet wird.

### 3.2.6 Wohnraumarbeit/Telearbeit

Für gewisse Arbeitstätigkeiten ist es möglich, diese an einem anderen Ort als dem Arbeitsplatz im Betrieb auszuführen. Tätigkeiten in der Produktion und im Verkauf sind meist an einen bestimmten Ort gebunden. Es gibt aber viele Tätigkeiten, die sich dank moderner Kommunikationsmittel zumindest in Teilen von der privaten Wohnung aus erledigen lassen. Wohnraumarbeit im Ganzen oder in Teilen ist für Pflegepersonen daher durchaus eine Alternative, um Berufstätigkeit und Pflege zu vereinbaren.

Hierbei ist eine mögliche Variante, dass die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer einen Teil seiner Arbeitszeit normal im Unternehmen ableistet, während der pflegebedürftige Angehörige anderweitig betreut wird. Der andere Teil der Arbeitstätigkeit wird zu Hause geleistet, während sie oder er sich um die Pflege kümmert. Dieses Modell ermöglicht es den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Arbeitszeit und den Arbeitsplatz eigenverantwortlich einzuteilen. Durch die regelmäßige Anwesenheit im Unternehmen wird die Abstimmung über die Arbeitsabläufe im Unternehmen weiterhin ermöglicht.

Die Voraussetzung hierfür ist, dass die Arbeit zu Hause in der gleichen Qualität erledigt wird wie am regulären Arbeitsplatz. Ob dies möglich ist, hängt von der Schwere des Pflegefalles und den Gegebenheiten vor Ort ab.

*Herr D. pflegt seit mehreren Jahren seine Mutter, die mit in seinem Haus wohnt. Da der Zustand der Mutter sich verschlechtert hat, bittet er den Arbeitgeber, von zu Hause aus arbeiten zu dürfen. Der Arbeitgeber stimmt zu, stattet Herrn D.s Arbeitszimmer mit einem Rechner aus und ermöglicht ihm den Zugriff auf den Server des Unternehmens. Herr D. und der Arbeitgeber verabreden regelmäßige Treffen, um die nächsten Arbeitsschritte zu besprechen. Herr D. kann seine Arbeitszeit mit diesem Abkommen sehr flexibel gestalten. Durch das Abkommen kann er durch die Einsparung von Anfahrtszeiten seine Mutter leichter sowie länger betreuen und versorgen und trotzdem seinen beruflichen Aufgaben nachkommen.*

### **3.3 Schutz vor Überlastung**

Wenn Erwerbstätige in die Pflege einer oder eines Angehörigen eingebunden sind, kann es trotz aller guten Planung und aller vorherigen Überlegungen zu Überlastungen und zu Überforderungen kommen. In solchen Situationen kann Hilfe gesucht werden. Die Beraterinnen und Berater der Pflegestützpunkte stehen zur Verfügung und helfen bei der Planung und Organisation der Pflege und Versorgung. Die Beraterinnen und Berater in den Pflegestützpunkten können ebenso Kontakte zu Pflegeanbietern in der Wohnortnähe vermitteln und bei der Beantragung von Leistungen gegenüber den Leistungsträgern helfen.

Darüber hinaus stehen weitere Beratungsstellen für Ratsuchende zur Verfügung, wenn spezifische Hilfen benötigt werden, z.B. für Menschen mit einer Demenzerkrankung.

Die Beratungsstelle „Pflege in Not“ bietet Unterstützungsangebote an, wenn es durch Überlastung oder konkrete Konflikte in der Pflege zu Problemen kommt, die die Betroffenen nicht mehr allein miteinander klären und ausräumen können. Im 6. Kapitel dieser Broschüre sind die Adressen und Kontaktdaten der Pflegestützpunkte und Beratungsstellen im Landkreis Oder-Spree aufgelistet.

Auch private Kontakte müssen zur Unterstützung genutzt werden. Pflegende sollten darauf achten, dass sie trotz ihres Engagements in der Pflege ihres Angehörigen und trotz aller anderen Verpflichtungen ihre sozialen Kontakte erhalten. Freunde und Bekannte können helfen, die Situation zu überblicken und wichtige Hinweise geben. Sie können aber auch Ablenkung in der Freizeit schenken und praktische Hilfen geben, seien es kurzfristige oder besondere Hilfen in anstrengenden Situationen (z.B. bei einem Umzug).

Pflegende müssen es ernst nehmen, wenn Freunde und Bekannte signalisieren, dass sie überlastet sind. Bezugspersonen beobachten das oftmals besser als die Betroffenen selbst. In der Forschung hat sich gezeigt, dass Betroffene ihre eigene Überlastung häufig viel zu spät wahrnehmen und verspätet versuchen, diese zu vermeiden. Pflegebedürftige Angehörige profitieren nicht von einer Pflegesituation, in der sich die Pflegenden bis zum Zusammenbruch verausgaben. Es ist äußerst wichtig darauf zu achten, dass das eigene Wohlbefinden nicht vernachlässigt wird. Es hilft nichts, sich zu schämen und nicht zuzugeben, dass übernommene Aufgaben eine Überlastung darstellen, sondern es gilt, konstruktive Lösungen für eine Veränderung der Situation und Aufgabenverteilung zu suchen.

## **4. Beschreibung der Beratungs-, Pflege- und Versorgungsangebote**

Ergänzend zu den vorgestellten Finanzierungsmöglichkeiten von Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung werden im Folgenden die benannten Beratungs-, Pflege- und Versorgungsangebote inhaltlich vorgestellt, um einen Überblick über die Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung zu erhalten.

### **4.1 Pflegeberatung/Pflegestützpunkt**

Der Pflegestützpunkt ist eine neutrale Beratungsstelle für Menschen, die Informationen aus einer Hand rund um das komplexe Thema Pflege benötigen. Hier erhalten Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen, Behinderte, Angehörige und professionelle wie auch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer sowie alle Interessierten sachkundige Beratung.

Durch die kostenlose Beratung im Pflegestützpunkt kann Hilfe und Unterstützung bei der Antragstellung einer Pflegestufe und für Mittel der Hilfe zur Pflege erhalten werden. Die Beratung bezieht sich aber nicht nur auf die Leistungsansprüche zur Finanzierung von Pflege, sondern auch auf die Organisation von pflegerischer Versorgung. Der Pflegestützpunkt hilft, die benötigten pflegerischen Hilfen zu finden, er informiert über Pflegedienste, teilstationäre Angebote oder unterstützende Wohnformen wie Pflegeeinrichtungen und Pflege-WGs in Wohnortnähe der zu pflegenden Person.

Mit den Informationen und Beratungen sollen pflegende Angehörige entlastet, unerwünschte Heimunterbringungen verhindert und Hinweise auf ehrenamtliche Angebote gegeben werden. In den Pflegestützpunkten wird sowohl Sozialberatung als auch Pflegeberatung geleistet.

Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, haben einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater in einem Pflegestützpunkt bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfeangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind.

Die Pflegeberatung hat die Aufgaben:

1. den Hilfebedarf der pflegebedürftigen Person unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,

4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und gegebenenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

Auf Wunsch der zu beratenden Person kann die Pflegeberatung auch unter Einbeziehung von dritten Personen, insbesondere Angehörigen und Lebenspartnern erfolgen.

## **4.2 Sozialstationen/Pflegedienste**

Sozialstationen und Pflegedienste leisten ambulante pflegerische Versorgung. Diese werden in den meisten Fällen über Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) finanziert.

Neben Pflegeleistungen können durch Sozialstationen und Pflegedienste auch Leistungen der Behandlungspflege erbracht werden sowie ärztliche Verordnungen sichergestellt werden (z.B. Medikamentengabe, Verbandwechsel). Diese Leistungen werden dann über die Krankenversicherung (SGB V) finanziert.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten und Sozialstationen suchen ihre Kunden in deren Häuslichkeit auf und stellen die Versorgung vor Ort sicher.

## **4.3 Kurzzeitpflege**

Eine weitere Übergangsleistung für Menschen, die ambulant versorgt werden, ist die Kurzzeitpflege. Kurzzeitpflege kann in Anspruch genommen werden, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und eine Tagespflege (teilstationär) nicht ausreicht.

## **4.4 Tagespflege**

Die Tagespflege ist ein Angebot, pflegebedürftige Personen tagsüber in einer Einrichtung zu pflegen und zu betreuen, die ansonsten in ihrer eigenen Wohnung leben. Für die Nutzung einer Tagespflege wird vorausgesetzt, dass die pflegebedürftigen Personen transportfähig und nicht bettlägerig sind und dass die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit während der Nacht, am Morgen, am Abend und am Wochenende sichergestellt ist.

Die Tagespflege muss nicht täglich genutzt werden. Es ist je nach Pflegesituation auch möglich, nur einen oder einige Tage pro Woche die Tagespflege zu nutzen. Zu jeder Tagespflegestelle gehört ein Fahrdienst, der den Transport der Pflegebedürftigen aus der Häuslichkeit in die Tagespflege und wieder zurück in die Häuslichkeit sicherstellt.

Die Tagespflege bietet sich an, wenn die pflegenden Personen für einen gewissen Zeitraum am Tag nicht verfügbar sind, aber die pflegebedürftige Person nicht alleine bleiben kann. Durch eine Tagespflege können auch feste Freiräume für pflegende Personen eingerichtet werden, um diese vor Überlastung zu schützen (z.B. pflegende Ehepartner von Demenzerkrankten). Die Tagespflege ist eine Versorgungsmöglichkeit, die genutzt werden kann, um Heimunterbringung hinauszuzögern oder zu vermeiden.

#### **4.5 Nachtpflege**

Die Nachtpflege ist eine der Tagespflege vergleichbare Einrichtung, in der pflegebedürftige Menschen über Nacht betreut werden. Oft sind diese Angebote für pflegebedürftige Menschen mit einer Demenzerkrankung gedacht, um die pflegenden Angehörigen bei nächtlichem Betreuungsbedarf zu entlasten.

In der Nachtpflege werden pflegebedürftige Menschen in einem vorher vereinbarten Zeitraum zwischen 18 und 7 Uhr betreut. Die Nachtpflege kann wie die Tagespflege sowohl täglich als auch nur an vereinbarten Tagen genutzt werden. An Tagen, an denen die Nachtpflege genutzt wird, können keine Angebote der Tagespflege genutzt werden.

#### **4.6 Verhinderungspflege**

Ist die Pflegeperson, z.B. durch Urlaub oder Krankheit, an der Pflege gehindert, kann eine Ersatzpflege für die pflegebedürftige Person organisiert werden. Als Ersatzpflege kann eine Privatperson und/oder ein ambulanter Pflegedienst, auch stundenweise und über das ganze Jahr verteilt, beansprucht werden. Ebenso ist es möglich, eine Pflegeeinrichtung zu nutzen. Diese Regelungen gelten auch bei „Pflegestufe 0“.

#### **4.7 Stationäre Pflegeeinrichtung**

Moderne stationäre Pflegeeinrichtungen haben nur noch wenig mit dem klassischen Altenpflegeheim gemein. Die pflegebedürftigen Menschen wohnen in dieser unterstützenden Wohnform und werden dort nach den neuesten Erkenntnissen der Pflege versorgt. Unterkunft, Verpflegung, hauswirtschaftliche Versorgung und Pflege werden im Paket sichergestellt. Die Pflegekasse übernimmt einen Anteil der Kosten für die Pflege in einer Einrichtung immer nur dann, wenn eine Pflegestufe vorliegt.

Die Basis für die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung ist ein Heimvertrag, der zwischen dem Träger der Einrichtung und der zukünftigen Bewohnerin bzw. dem Bewohner geschlossen wird. In diesem Vertrag müssen nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) alle relevanten Angaben über Pflichten und Rechte beider Vertragspartner geregelt werden. Zum Vertrag berät die Verbraucherzentrale. Bei Fragen und Problemen im Zusammenhang mit den Entgelten, mit Kündigungsregelungen und mit der Leistungsanpassung berät auch die staatliche Aufsicht für unterstützende Wohnformen im Landesamt für Soziales und Versorgung.

Wenn eine stationäre Versorgung für pflegebedürftige Angehörige benötigt wird, empfiehlt es sich, verschiedene Einrichtungen zu besichtigen und zu vergleichen. Die Heimverträge bieten wichtige Informationen, anhand derer die Pflegeeinrichtungen verglichen werden können.

#### **4.8 Wohngemeinschaften**

Eine Wohngemeinschaft kann von Menschen in jedem Alter als Wohnform genutzt werden. Hierbei teilen sich mehrere Menschen eine Wohnung und die Bewirtschaftungskosten. Diese Art des Zusammenwohnens wird auch für ältere Menschen zunehmend interessanter.

Im Falle von Pflegebedürftigkeit hat sich in den letzten Jahren das Konzept von Pflege-Wohngemeinschaften etabliert. In einer solchen Pflegewohngemeinschaft besteht die Möglichkeit, die für Pflege zur Verfügung stehenden Mittel der einzelnen Bewohnerinnen oder Bewohner zusammenzuführen und gemeinschaftliche Pflegearrangements aufzubauen (siehe Abschnitt 1.5.12). So kann z.B. eine dauerhaft anwesende Pflegekraft finanziert werden, die mehrere Menschen mit einer Demenzerkrankung beaufsichtigt und betreut. Die Bewohnerinnen oder Bewohner der Wohngemeinschaft haben hierbei jeweils eigene Mietverträge und sind somit Hausherren der Wohngemeinschaft.

Die Aufsicht für unterstützende Wohnformen beim Landesamt für Soziales und Versorgung berät zu den Pflegewohngemeinschaften.

#### **4.9 Hospiz**

Stationäre Hospize sind Pflegeeinrichtungen, in denen Schwerstkranke und Sterbende, die aus verschiedenen Gründen nicht in ihrer häuslichen Umgebung versorgt werden können und bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Verbesserung des Zustandes besteht, in den letzten drei bis sechs Monaten ihres Lebens versorgt und beim Sterben begleitet werden.

Zunehmend gibt es immer mehr ambulante Hospizdienste, die in Zusammenarbeit mit Sozialstationen und Pflegediensten die Versorgung von Sterbenden in deren eigener Häuslichkeit anbieten.

## 5. Betreuung und Verfügungen

Im folgenden Kapitel erhalten Sie Informationen zur rechtlichen Betreuung und den wichtigsten Verfügungen für den Fall, dass Personen ihre eigene Entscheidungskraft eingebüßt haben. Diese Thematik steht zwar nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit Pflege, es kann aber durch Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit zu Situationen kommen, in denen eine rechtliche Betreuung benötigt wird bzw. getroffene Verfügungen zum Tragen kommen. Wichtig ist es, mit der pflegebedürftigen Person bzw. ihren Angehörigen über diese rechtlichen Aspekte zu sprechen.

### 5.1 Rechtliche Betreuung

Eine rechtliche Betreuung kommt dann zum Tragen, wenn ein Volljähriger aufgrund einer psychischen oder geistigen Erkrankung oder Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht (mehr) selbst ausführen kann.

Dies kann auch notwendig werden, wenn durch einen akuten gesundheitlichen Vorfall kein Kontakt mehr hergestellt werden kann (z.B. Wachkoma, Zustand nach Schlaganfall). Durch eine Vorsorgevollmacht kann eine rechtliche Betreuung weitgehend vermieden werden.

Eine Betreuerin oder ein Betreuer wird vom Betreuungsgericht auf Antrag der zu betreuenden Person hin oder von Amts wegen bestellt, wenn durch Überprüfung festgestellt wurde, dass die zu betreuende Person ihre eigenen Angelegenheiten nicht mehr wahrnehmen kann.

Die Aufgabengebiete der Betreuer werden wie folgt unterschieden:

- Aufenthaltsbestimmungsrecht und Wohnungsangelegenheiten
- Gesundheitspflege
- Vermögenssorge
- Vertretung gegenüber Behörden

Die eigenen Wünsche zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers und zur Wahrnehmung der Betreuung können nach § 1901c BGB auch schriftlich als **Betreuungsverfügung** festgelegt werden. Auf der Internetpräsenz des Bundesministeriums für Justiz ([www.bmj.de](http://www.bmj.de)) finden Sie Vorlagen und Textbausteine für eine Betreuungsverfügung.

Zu allen Fragen rund um die Betreuung berät die örtliche Betreuungsbehörde des Landkreises oder der kreisfreien Stadt. Auch Betreuungsvereine sind kundige Berater in Fragen der ehrenamtlichen Betreuung.

### 5.2 Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht ist eine Erklärung, mit der eine Person einer anderen Person die Wahrnehmung einzelner oder aller Angelegenheiten für den Fall überträgt, dass sie die

Fähigkeit zu eigenen Entscheidungen einbüßt. Die bevollmächtigte Person kann im gegebenen Fall handeln, ohne dass es weiterer Maßnahmen bedarf.

**Liegt eine Vorsorgevollmacht vor, entfällt die Notwendigkeit der Bestellung einer Betreuung.** Die Rechtsgrundlage für die Vorsorgevollmacht ist § 1901c BGB.

Auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Justiz ([www.bmj.de](http://www.bmj.de)) finden Sie Vordrucke und Textbausteine für eine Vorsorgevollmacht.

### 5.3 Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist eine Erklärung, mit der eine Person festlegen kann, was geschehen soll, wenn sie nicht mehr in der Lage ist, den eigenen Willen zu einer Behandlungsmaßnahme zu äußern. Diese Erklärung kann beispielsweise die Ablehnung von lebensverlängernden Maßnahmen im Koma beinhalten. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

In der Patientenverfügung können exemplarische Situationen benannt werden, in denen die Verfügung angewendet werden soll, beispielsweise wenn

- sich die verfügende Person aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befindet,
- sich die verfügende Person im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befindet,
- infolge einer Gehirnschädigung bei der verfügenden Person die Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (die namentlich benannt werden können) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist,
- infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei Demenzerkrankung) bei einer verfügenden Person auch mit ausdauernder Hilfestellung keine Nahrungs- und Flüssigkeitszunahme auf natürliche Weise möglich ist.

Die rechtliche Grundlage der Patientenverfügung ist die § 1901 a BGB.

Auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Justiz ([www.bmj.de](http://www.bmj.de)) finden Sie Vordrucke und Textbausteine für eine Patientenverfügung. In jedem Fall ist es ratsam, sich durch kundige Personen wie zum Beispiel die Betreuungsbehörde, Betreuungsvereine, aber auch Rechtsanwälte und Notare beraten zu lassen.

## 6. Kontaktadressen

Einen umfassenden Wegweiser für den Landkreis Oder-Spree finden Sie im Internet unter [www.pflege-los.de](http://www.pflege-los.de)

### 6.1 Pflegestützpunkte

Landkreis	Standort	Adresse	Telefonnummer
Barnim	Eberswalde	Paul-Wunderlich-Haus Am Markt 1 16225 Eberwalde	(03334) 214 11 -40 /-41
Dahme-Spreewald	Lübben	Poststraße 5 15907 Lübben	(03546) 792 4 -11/ -12
Elbe-Elster	Herzberg	Ludwig-Jahn-Straße 2 04916 Herzberg	(03535) 462 665 (03535) 247 875
Havelland	Falkensee	Dallgower Straße 9 14612 Falkensee	(03322) 286 49 44 (03321) 403 68 23 (03385) 551 68 23
Märkisch-Oderland	Strausberg	Klosterstraße 14 15344 Strausberg	(03346) 850 65 -65/ -66
Oberhavel	Oranienburg	Berliner Straße 106 16515 Oranienburg	(03301) 601 48 90/ -91
Oder-Spree	Erkner	Neue Zittauer Straße 15 15537 Erkner	(03362) 938 09 -00/ -01/ -02 (03362) 299 852
	Eisenhüttenstadt	Friedrich-Engels-Straße 12 15890 Eisenhüttenstadt	(03364) 283 92 6 (04464) 283 92 9
Oberspree-wald-Lausitz	Senftenberg	Ernst-Thälmann-Straße 129 01968 Senftenberg	(03573) 809 600 (93573) 363 345

<b>Landkreis</b>	<b>Standort</b>	<b>Adresse</b>	<b>Telefonnummer</b>
Ostprignitz-Ruppin	Neuruppin	Heinrich-Rau-Straße 27-30 16816 Neuruppin	(03391) 688 50 72
Potsdam-Mittelmark	Werder	Am Gutshof 1-7 14542 Werder	(03327) 739 3 43/-42
Prignitz	Perleberg	Berliner Straße 49 19348 Perleberg	(03876) 713 17 27 (03876) 713 619
Spree-Neiße	Forst	Heinrich-Heine-Straße 1 03149 Forst	(03562) 986 150 27 (03562) 986 150 -98/ -99
Teltow-Fläming	Luckenwalde	Am Nuthefließ 2 14943 Luckenwalde	(03371) 608 38 92 (03371) 608 38 50
Uckermark	Schwedt	Berliner Straße 123 16303 Schwedt/Oder	(03332) 257 80 14

<b>Kreisfreie Stadt</b>	<b>Standort</b>	<b>Adresse</b>	<b>Telefonnummer</b>
Brandenburg a.d.H.	Brandenburg a.d.H.	Wiener Str. 1 14772 Brandenburg a.d.H.	(03381) 306 40 39
Cottbus	Cottbus	Neumarkt 5 03046 Cottbus	(0355) 612 25-10/-11 /-12 /-13
Frankfurt (Oder)	Frankfurt (Oder)	Logenstraße 1 15230 Frankfurt (Oder)	(0335) 509 69 -64 / -63
Potsdam	Potsdam	Jägerallee 2-4 Haus 2 14467 Potsdam	(0331) 289 22 -10/ -11

## 6.2 Beratung bei Konflikten in der Pflege

<b>„Pflege in Not“ (Konfliktberatungsstelle)</b>			
Potsdam	Potsdam	Gutenbergstraße 96 14467 Potsdam	(0180) 265 55 66

Weitere Informationen finden Sie unter [www.pflegestuetzpunkte-brandenburg.de](http://www.pflegestuetzpunkte-brandenburg.de)

## 6.3 Anlauf- und BeratungsCenter (ABC) im Landkreis Oder-Spree

### **Anlauf- und BeratungsCenter Beeskow**

Rouanetstraße 10  
15848 Beeskow  
Tel.: (03366) 152 09 17  
Fax: (03366) 152 09 27

### **Anlauf- und BeratungsCenter Fürstenwalde**

Lotichiusstraße 36  
15517 Fürstenwalde/Spree  
Tel.: (03361) / 59 22 16  
Fax: (03361) / 59 22 15

## 6.4 Demenzberatung im Landkreis Oder-Spree

### **Alzheimer Gesellschaft Brandenburg e.V.:**

Stephensonstraße 24-26  
14482 Potsdam  
Tel.: (0331) / 740 90 08

### **Koordinierungs- und Beratungsstelle für Demenzkranke und deren Angehörige**

Fährstr. 1  
15890 Eisenhüttenstadt  
Tel.: (03364) 285 05 0  
Fax: (03364) 285 05 99

### **Kontaktstelle für Demenzkranke und deren Angehörige**

Karl-Marx-Str. 34  
15890 Eisenhüttenstadt  
Tel.: (03364) 800 380  
Fax: (03364) 800 396

### **Kontaktstelle für Demenzkranke und deren Angehörige**

Cottbusser Straße 8  
15890 Eisenhüttenstadt  
Tel.: (03364) 77 43 34

### **Anlauf- und BeratungsCenter Beeskow**

#### **Demenzberatung**

Rouanetstraße 10  
15848 Beeskow  
Tel.: (03366) 152 09 17  
Fax: (03366) 152 09 27

### **Anlauf- und BeratungsCenter Fürstenwalde**

#### **Demenzberatung**

Wladislaw-Wolkow-Str. 4/5  
15517 Fürstenwalde/Spree  
Tel.: (03361) 74 709 92

### **Pflegestützpunkt Erkner**

#### **Demenzberatung**

Neu Zittauer Straße 15  
15537 Erkner  
Tel.: (03362) 93 80 90 09 01

## **6.5 Selbsthilfegruppen**

Selbsthilfekontaktstelle im Pflegestützpunkt Erkner  
Neu Zittauer Straße 15  
15537 Erkner  
Telefon: (03362) 250 37  
Fax: (03362) 29 98 51

Selbsthilfezentrale Eisenhüttenstadt  
Kastanienhof 3  
15890 Eisenhüttenstadt  
Tel.: (03364) 73 42 66  
Fax: (03364) 28 07 04

Selbsthilfekontaktstelle Beeskow  
Bodenschwinghstraße 20  
15848 Beeskow  
Tel.: (0366) 230 28  
Fax: (03366) 15 38 48

Fürstenwalder Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen (F.I.K.S.)  
15517 Fürstenwalde/Spree  
Wilhelmstraße 47  
Telefon: (03361) 27 96  
Fax: (03361) 27 96

## **6.6 Modellprojekt „Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf“**

Institut für Soziale Gesundheit  
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin  
Köpenicker Allee 37-59  
10318 Berlin

### **Kontakt Vereinbarungskordinatorin Pflege und Beruf in Eisenhüttenstadt**

Dipl.-Soz.-Arb. Jana Liebhart  
Post: Pflegestützpunkt Eisenhüttenstadt, Friedrich-Engels-Straße 12, 15890 Eisenhüttenstadt  
Tel.: 0 33 64 / 28 39 26  
Mobil: 0173 / 235 92 00  
Mail: [info@vereinbarkeitslotsen.de](mailto:info@vereinbarkeitslotsen.de)

### **Kontakt Vereinbarungskordinatorin Pflege und Beruf in Erkner**

BA Soziale Arbeit Judith Fink  
Post: Pflegestützpunkt Erkner, Neu Zittauer Str. 15, 15537 Erkner  
Mobil: 0176 / 32 42 51 81  
Mail: [info-erkner@vereinbarkeitslotsen.de](mailto:info-erkner@vereinbarkeitslotsen.de)

**Weitere Informationen zum Modellprojekt „Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf“ unter:**

[www.vereinbarkeitslotsen.de](http://www.vereinbarkeitslotsen.de)



**Diese Broschüre wurde als internes Fortbildungsmaterial für das Modellprojekt „Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf“ veröffentlicht und spiegelt den Stand 06/2014 wider.**

gefördert durch



Landkreis Oder-Spree

