

Nürnberg  
Oktober  
2017

# Betriebliche Pflegelotsen

HANDBUCH MIT DIDAKTISCHEN HINWEISEN

Erstellt von:

Christa Stahl-Lang M.A.

Markus Bünemann M.Sc

unter Leitung von:

Prof. Dr. rer. cur. Jürgen Härlein

und unter Mitarbeit von:

Prof Dr. rer.biol.hum. Susanne Schuster MScN

Kathrin Holthoff M.Sc

## Inhalt

TABELLENVERZEICHNIS .....	7
ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	7
DIDAKTISCHE HINWEISE .....	8
AUFBAU DER SCHULUNG ZUM BETRIEBLICHEN PFLEGELOTSEN .....	9
DIDAKTIK LE 1/1 .....	12
1 GRUNDLAGEN.....	13
1.1 Berufstätigkeit, Familie und Pflege vereinbaren.....	13
1.2 Betriebliche Pflegelotsen.....	13
1.3 Die Rolle der betrieblichen Pflegelotsen.....	14
1.4 Literatur- und Quellenverzeichnis.....	15
DIDAKTIK LE 1/2 .....	16
2 ÜBER DAS ALTERN.....	17
2.1 Demographischer Wandel.....	18
2.2 Physiologische Altersveränderungen .....	19
2.3 Unterstützung im Alltag .....	20
DIDAKTIK LE 1/3 .....	21
2.4 Grundlegende Aspekte zum Verständnis von Pflegebedürftigkeit .....	22
2.5 Selbstpflege und Pflegebedürftigkeit als menschliche Grunderfahrung.....	22
2.6 Pflegebedürftigkeit aus fachlicher und wissenschaftlicher Perspektive .....	22
2.7 Wie entsteht Pflegebedürftigkeit und kann man vorbeugende Maßnahmen ergreifen? .....	24
2.8 Pflegebedürftigkeit aus rechtlicher Perspektive .....	25
2.9 Mögliche Auswirkungen von Pflegebedürftigkeit auf Betroffene und Angehörige.....	25
2.10 Literatur- und Quellenverzeichnis.....	26
DIDAKTIK LE 1/4 .....	28
3 DEMENZ.....	29
3.1 Demenzformen und Diagnostik.....	29

3.2	Charakteristische Demenzstadien .....	30
3.3	Herausforderungen für Betroffene und ihre Angehörigen .....	31
3.4	Weiterführende Links .....	33
3.5	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	33
DIDAKTIK LE 1/5-6 .....		34
4	GESETZE I: PFLEGEZEITGESETZ, FAMILIENPFLEGEZEITGESETZ .....	35
4.1	Das Gesetz zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf im Überblick.....	35
4.2	Gesetzliche Ansprüche zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf im Detail.....	37
4.2.1	Kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach dem PflegeZG .....	37
4.2.2	Pflegezeit nach dem PflegeZG .....	37
4.3	Familienpflegezeit nach dem FPfZG .....	38
4.3.1	Freistellung zur Betreuung pflegebedürftiger Kinder nach dem PflegeZG .....	38
4.3.2	Freistellung zur Begleitung in der letzten Lebensphase nach dem PflegeZG .....	38
4.4	Leistungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf.....	39
4.4.1	Definition naher Angehöriger.....	39
4.4.2	Definition Beschäftigter.....	39
4.4.3	Ankündigung zur geplanten Freistellung.....	39
4.4.4	Kombination der Freistellungsansprüche und die mögliche Gesamtdauer.....	39
4.4.5	Finanzielle Unterstützung.....	40
4.4.6	Kündigungsschutz, Regelungen bei befristeten Verträgen und soziale Absicherung ...	40
4.5	Weiterführende Links .....	41
4.6	Empfehlenswerte Broschüren .....	41
4.7	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	41
DIDAKTIK LE 1/7 .....		43
5	WOHNEN ZU HAUSE IM ALTER .....	44
5.1	Das eigene Zuhause .....	44
5.1.1	Wohnungsanpassung .....	44
5.1.2	Wohnberatung .....	45
5.2	Alltagshilfen .....	45
5.2.1	Technische Hilfen im Haushalt und Alltag .....	46

5.3	Alternative Wohnformen .....	46
5.3.1	Wohngemeinschaft .....	46
5.3.2	Mehrgenerationenwohnen .....	46
5.3.3	Seniorenhausgemeinschaft .....	47
5.4	Weiterführende Links .....	47
5.5	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	48
DIDAKTIK LE 1/8 .....		49
6	WOHN- UND VERSORGUNGSFORMEN .....	50
6.1	Verschiedene Wohn- und Unterstützungsangebote.....	50
6.2	Ambulante Wohn- und Versorgungsformen für ältere Menschen .....	50
6.2.1	Betreutes Wohnen zuhause .....	50
6.2.2	Betreutes Wohnen .....	51
6.2.3	Betreute Wohngemeinschaft .....	51
6.2.4	Teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege .....	51
6.2.5	Tages- und Nachtpflege.....	52
6.2.6	Kurzzeitpflege .....	52
6.2.7	Verhinderungspflege .....	52
6.3	Sonderform: Osteuropäische Betreuungskräfte als Alternative? .....	53
6.4	Versorgungskonzepte in der stationären Altenhilfe .....	54
6.4.1	Die integrative Versorgung.....	54
6.4.2	Die teilsegregative Versorgung .....	55
6.4.3	Die segregative Versorgung.....	55
6.5	Vergleich der verschiedenen Wohn- und Unterstützungsangebote.....	55
6.6	Weiterführende Links .....	56
6.7	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	56
DIDAKTIK LE 2/1-2 .....		58
7	GESETZE II: PFLEGEVERSICHERUNG UND DEREN LEISTUNGEN.....	59
7.1	Die Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der Sozialversicherungen.....	59
7.2	Generelle Leistungen der Pflegeversicherung.....	59
7.3	Veränderte Pflegeleistungen durch die Pflegestärkungsgesetze I und II.....	60

7.3.1	Veränderte Leistungen im ambulanten Bereich .....	60
7.3.2	Veränderte Leistungen im vollstationären Bereich.....	61
7.4	Übersicht der aktuellen Leistungen der Pflegeversicherung .....	61
7.5	Aktuelle Entwicklungen im Überblick.....	62
7.5.1	Bisheriges Begutachtungsverfahren – die 3 Pflegestufen.....	62
7.5.2	Kritik am bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff .....	62
7.5.3	Veränderungen durch die Pflegereform 2017 .....	63
7.5.4	Das neue Begutachtungsinstrument (NBA) zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit .	63
7.5.5	Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und angepasste Leistungsberechnung .....	68
7.6	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	68
DIDAKTIK LE 2/3-4 .....		70
8	ANSPRECHPARTNER VOR ORT .....	71
8.1	Wer kann mir Pflegeleistungen anbieten? .....	71
8.2	Wer bietet weiterführende Beratung zum Thema Pflege an? .....	72
8.2.1	Pflegestützpunkte als Anlaufpunkt .....	72
8.2.2	Pflegeservice Bayern / MDK Bayern.....	72
8.2.3	Beratungsstellen der Pflegekassen.....	73
8.2.4	Pflegetelefon .....	73
8.2.5	Wege zur Pflege.....	73
8.2.6	Fachstellen für pflegende Angehörige .....	74
8.2.7	Angehörigengruppen.....	74
8.2.8	Geriatrische Versorgung.....	74
8.2.9	Angebote der Palliativversorgung und Hospize .....	75
DIDAKTIK LE 2/5 .....		76
9	WEITERFÜHRENDE HILFSANGEBOTE .....	77
9.1	Umgang mit Krisen .....	77
9.1.1	Körperliche Grenzen der Pflegenden .....	77
9.1.2	Seelische Grenzen der Pflegenden.....	78
9.1.3	Soziale Grenzen bei den Pflegenden.....	78
9.1.4	Finanzielle Grenzen bei den Pflegenden .....	78
9.1.5	Weiterführende Links.....	79
DIDAKTIK LE 2/6 .....		80
9.2	Palliative Care und Hospize .....	81

9.2.1	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).....	81
9.2.2	Hospize .....	82
9.2.3	Weiterführende Links.....	82
9.3	Individuellen Hilfebedarf erkennen und Unterstützungsangebote finden.....	83
9.4	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	83
DIDAKTIK 2/7-8 .....		84
10	RECHTLICHE VORSORGE .....	85
10.1	Vorsorgevollmacht .....	85
10.2	Betreuungsverfügung.....	86
10.3	Patientenverfügung.....	86
10.4	Weiterführende Informationen.....	86
10.4.1	Bayerisches Staatsministerium der Justiz: .....	87
10.4.2	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz .....	87
10.4.3	Landeshauptstadt München Sozialreferat .....	87
10.4.4	Deutsche Bischofskonferenz, Rat der Evangelischen Kirche.....	87
DIDAKTIK LE 3/1-2 .....		88
11	KOMMUNIKATION UND GESPRÄCHSFÜHRUNG.....	89
11.1	Watzlawicks 5 Axiome der Kommunikation.....	89
11.2	Friedemann Schulz von Thun: Die 4 Seiten einer Nachricht .....	91
11.3	Gelingende Gesprächsführung nach Rogers .....	93
11.4	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	93
DIDAKTIK LE 3/3-4 .....		94
12	BERATUNG .....	95
12.1	Was bedeuten die Kommunikationsgrundlagen für die Beratung?.....	95
12.2	Unterschied zwischen Ratschlag – Beratung – Information.....	95
12.3	Ablauf eines Beratungsgespräches.....	96
12.4	Grundlagen für die Beratung – Zuhören und Fragen .....	97
12.4.1	Das Zuhören.....	97

12.4.2	Das Fragen .....	98
12.4.3	Fragetechniken mit Beispielen .....	98
12.4.4	Lösungsorientierte Dreierschritte .....	101
12.4.5	Methoden zur Entscheidungsfindung .....	101
12.5	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	102
DIDAKTIK LE 3/5 – 6 .....		103
13	ORGANISATION VON PFLEGELOSTEN IM UNTERNEHMEN .....	104
13.1	Wie können betriebliche Pflegelotsen helfen? .....	104
13.2	Weitere Unterstützungsangebote können sein .....	105
13.2.1	Betriebliches Gesundheitsmanagement .....	105
13.2.2	Vorträge/Workshops/Thementage für alle Mitarbeitenden .....	105
13.2.3	Pflegesensibilität der Führungskräfte .....	105
13.3	Stufenmodell zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege.....	106
13.4	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	109
DIDAKTIK LE 3/7 – 8 .....		110
13.5	Implementierung betrieblicher Pflegelotsen .....	111
13.5.1	Organisatorische Anbindung .....	111
13.5.2	Personalauswahl.....	111
13.5.3	Aufgabenbeschreibung.....	112
13.5.4	Arbeitsplatz.....	112
13.5.5	Regelungen zur Sicherheit für die Ratsuchenden .....	112
13.5.6	Kommunikation des Angebots .....	112
13.6	Unternehmensspezifische Fragen und Regelungen .....	113
13.7	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	114
14	ANHANG .....	115
CHECKLISTE BERATUNGSGESPRÄCH PFLEGELOTSE .....		115
CHECKLISTE RECHTSANSPRÜCHE NACH DEM FAMILIENPFLEGEZEITGESETZ UND PFLEGEZEITGESETZ: .....		117
CHECKLISTE RECHTLICHE VORSORGE: .....		118
VORSCHLÄGE FÜR DIE BESTELLUNG VON INFOMATERIAL FÜR DIE PFLEGELOTSENSCHULUNGEN		119
TEXTBAUSTEINE FÜR BETRIEBLICHES INFORMATIONSMATERIAL .....		121

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Rechtsansprüche nach dem Familienpflegezeitgesetz und Pflegezeitgesetz.....	36
Tabelle 2 Die neuen Leistungen in den fünf Pflegegraden (PG) im Überblick (BMG, 2016, S. 17) .....	61
Tabelle 3: Die 6 Lebensbereiche und deren Kriterien zum neuen Begutachtungsinstruments (NBA) gemäß §14, SGB XI .....	65
Tabelle 4 Punktebereiche zur Ermittlung der Pflegegrade gemäß §15, SGB XI .....	67
Tabelle 5: Stufenmodell zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege.....	107

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Eisbergmodell.....	91
Abbildung 2 4 Seiten einer Nachricht.Eigene Darstellung nach Schulz von Thun (2010) .....	91

## Didaktische Hinweise

Das Handbuch für Trainerinnen und Trainer entspricht inhaltlich dem Handbuch für die Teilnehmenden. Vor den jeweiligen Lehr-/Lerneinheiten (LE), die dem nachfolgenden Aufbau der Schulung zum betrieblichen Pflegelotsen zu entnehmen sind, steht im Trainer/-innenhandbuch zusätzlich immer ein didaktischer Hinweis<sup>1</sup> zu der jeweiligen Lehr-/Lerneinheit. Dies ermöglicht neben der Vorbereitung auf die Lehr-/Lerneinheiten auch eine gegebenenfalls erforderliche Umstellung der Einheiten, beispielsweise auf mehr als drei Tage.

Die didaktischen Hinweise setzen voraus, dass es sich bei den Trainerinnen und Trainern um erfahrene Fachleute handelt. Spezielle Übungen werden deswegen auch nicht genauer erläutert, da das Wissen hierzu vorausgesetzt wird (z.B. bei Kennenlernübungen).

Zudem ist bei den Trainerinnen und Trainern bei den Inhalten des ersten und zweiten Schultages Fachwissen im Bereich der (Alten-)Pflege erforderlich. Am dritten Schultag ist eine beratende Qualifikation notwendig.

Aus pädagogischen Gründen empfiehlt es sich, dass die Inhalte am ersten und zweiten Schultag von einer Person vermittelt werden sollten. Der dritte Schultag kann auch von einer anderen Person übernommen werden. Eine größere Anzahl an Trainerinnen und Trainern birgt die Gefahr, dass Inhalte nicht optimal aufeinander abgestimmt werden können und es im schlimmsten Fall sogar zu widersprüchlichen Aussagen kommen kann. Der vierte (halbe) Schultag sollte der Trainerin oder dem Trainer mit ausgewiesener Beratungskompetenz (3. Schultag) übernommen werden.

Für den 4. (halben) Schultag wurden keine didaktischen Hinweise erstellt, da es sich hierbei um ein klassisches Coaching-Angebot handelt. Hierbei muss auf die bisherigen Erfahrungen der Teilnehmenden eingegangen werden. Den Teilnehmenden bietet sich hierbei auch die Möglichkeit, sich zu vernetzen, um sich zukünftig kollegial beraten zu können. An diesem Schultag kann auch noch einmal auf die Fragestellungen zur Implementierung von betrieblichen Pflegelotsen eingegangen werden. Oftmals haben sich neue Fragen ergeben bzw. konnten andere Fragestellungen in der Zwischenzeit geklärt werden. Der Termin für den 4. Schultag sollte mit der Gruppe individuell am 3. Schultag vereinbart werden. Es empfiehlt sich ein Abstand von mindestens 12 Wochen.

---

<sup>1</sup> Die didaktischen Hinweise sind angelehnt an Strategyzer AG Die Akademie Überlingen veröffentlicht in Training Aktuell 8/2017

## Aufbau der Schulung zum betrieblichen Pflegelotsen

### Tag 1

LE	Zeit	Thema	Seite
1/1	09:00 Uhr bis 9:45 Uhr	Rolle als Pflegelotse <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufgaben und Grenzen eines Pflegelotsen</li> <li>• Auftrag seitens des Unternehmens</li> <li>• Anbindung im Unternehmen</li> </ul>	10
1/2	09:45 Uhr bis 10:30 Uhr	Altern und Entstehung von Unterstützungsbedarf <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demographischer Wandel</li> <li>• Physiologische Altersveränderungen</li> <li>• Unterstützung im Alltag</li> </ul>	14
	10:30 Uhr bis 10:45 Uhr	Pause	
1/3	10:45 Uhr bis 11:30 Uhr	Unterstützung durch Angehörige bei Pflegebedürftigkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entstehung von Pflegebedürftigkeit</li> <li>• Bedeutung von Pflegebedürftigkeit</li> <li>• Herausforderungen für Pflegenden Angehörige</li> </ul>	19
1/4	11:30 Uhr bis 12:15 Uhr	Begleitung und Pflege von Menschen mit Demenz <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demenzformen und Diagnostik</li> <li>• Charakteristische Demenzstadien</li> <li>• Herausforderungen für Betroffene und ihre Angehörigen</li> </ul>	26
	12:15 Uhr bis 13.00 Uhr	Pause	
1/5	13:00 Uhr bis 13:45 Uhr	Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und Familienpflegezeitgesetz (FamPflegeZG) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundlegende Ansprüche</li> <li>• Kombinationsmöglichkeiten</li> <li>• Individuelle Kombinationen mit Teilzeit, Urlaub, Sabbatjahr</li> <li>• Zinsloses Darlehen</li> </ul>	32
1/6	13:45 Uhr bis 14:30 Uhr		
	14:30 Uhr bis 14:45 Uhr	Pause	
1/7	14:45 Uhr bis 15:30 Uhr	Wohnen zu Hause im Alter <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wohnungsanpassung</li> <li>• Alltagshilfen</li> <li>• Alternative Wohn und Pflegeformen</li> </ul>	41
1/8	15:30 Uhr bis 16:15 Uhr	Wohn- und Versorgungsformen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante Pflege</li> <li>• Teilstationäre Pflege</li> <li>• Stationäre Pflege</li> </ul>	47

LE = Lehreinheit Tag/Einheit

## Tag 2

LE	Zeit	Thema	Seite
2/1	09:00 Uhr bis 9:45 Uhr	Pflegeversicherung und deren Leistungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegestufen und Pflegegrade</li> <li>• Geld- und Sachleistung</li> <li>• Entlastungsbetrag</li> <li>• Verhinderungs- und Kurzzeitpflege</li> <li>• Tages- und Nachtpflege</li> <li>• Leistungen bei vollstationärer Pflege</li> </ul>	54
2/2	09:45 Uhr bis 10:30 Uhr		
	10:30 Uhr bis 10:45 Uhr	Pause	
2/3	10:45 Uhr bis 11:30 Uhr	Allgemeine und grundlegende Informationsangebote <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungsanbieter</li> <li>• Pflegestützpunkte</li> <li>• Angebote für pflegende Angehörige</li> <li>• Selbsthilfegruppen</li> <li>• Recherchetipps für Ansprechpartner vor Ort</li> </ul>	66
2/4	11:30 Uhr bis 12:15 Uhr		
	12:15 Uhr bis 13.00 Uhr	Pause	
2/5	13:00 Uhr bis 13:45 Uhr	Weiterführende Hilfsangebote <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgang mit Krisen - Hilfe für Betroffene</li> <li>• Hilfe für pflegende Angehörige</li> </ul>	72
2/6	13:45 Uhr bis 14:30 Uhr	Palliative Care und Hospize <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliative Care</li> <li>• Spezielle Ambulante Palliativversorgung (SAPV)</li> <li>• Hospize</li> </ul>	76
	14:30 Uhr bis 14:45 Uhr	Pause	
2/7	14:45 Uhr bis 15:30 Uhr	Rechtliche Vorsorge <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientenverfügung</li> <li>• Gesetzliche Betreuung</li> <li>• Vorsorgevollmacht</li> <li>• Betreuungsverfügung</li> </ul>	80
2/8	15:30 Uhr bis 16:15 Uhr		

LE = Lehreinheit Tag/Einheit

## Tag 3

LE	Zeit	Thema	Seite
3/1	09:00 Uhr bis 9:45 Uhr	Gesprächsführung und Kommunikation	84
3/2	09:45 Uhr bis 10:30 Uhr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikationsmodelle</li> <li>• Kommunikationsstörungen</li> <li>• Gelingende Kommunikation nach Rogers</li> <li>• Bedeutung Kommunikation für Beratung</li> <li>• Unterschied Beratung, Ratschlag, Information</li> </ul> Grundzüge der Beratung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Phasen eines Beratungsgesprächs</li> </ul>	
	10:30 Uhr bis 10:45 Uhr	Pause	
3/3	10:45 Uhr bis 11:30 Uhr	Grundzüge der Beratung	89
3/4	11:30 Uhr bis 12:15 Uhr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Phasen eines Beratungsgesprächs (Fortsetzung)</li> <li>• Fragetechniken</li> <li>• Beratungssequenzen üben</li> <li>• Entscheidungsmethoden</li> </ul>	
	12:15 Uhr bis 13:00 Uhr	Pause	
3/5	13:00 Uhr bis 13:45 Uhr	Organisation von Pflegelotsen im Unternehmen (Zusammen mit Führungskräften)	99
3/6	13:45 Uhr bis 14:30 Uhr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung Hintergrund Pflegelotsen</li> <li>• Nutzen von Pflegelotsen im Unternehmen</li> <li>• Andere Unterstützungsangebote</li> <li>• Stufenmodell Vereinbarkeit Pflege und Beruf</li> </ul>	
	14:30 Uhr bis 14:45 Uhr	Pause	
3/7	14:45 Uhr bis 15:30 Uhr	Organisation von Pflegelotsen im Unternehmen (Zusammen mit Führungskräften)	105
3/8	15:30 Uhr bis 16:15 Uhr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voraussetzungen für die Implementierung</li> <li>• Klärung von unternehmensspezifischen Fragen</li> </ul> Lehrgangsabschluss Vernetzung der TN anregen Terminvereinbarung 4. Schulungstag	

Tag 4 (Transfersicherung nach ca. 12 - 15 Wochen)

LE	Zeit	Thema
4/1	09:00 Uhr bis 10:30 Uhr	Coaching, Austausch, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfahrungsaustausch</li> <li>• Coaching</li> <li>• Best-Practice Beispiele</li> <li>• Beispiele aus den eigenen Beratungsaufträgen</li> <li>• Klärung offener Fragen</li> </ul>
4/2	10:45 Uhr bis 12:15 Uhr	

LE = Lehreinheit Tag/Einheit

## Didaktik LE 1/1

<b><u>1. Ziele</u></b>	
TN lernen sich und Dozent/in kennen TN setzen sich mit den Anforderungen als Pflegelotse auseinander TN kennen Unternehmenssicht auf Pflegelotsen	
<b><u>2. Inhalte</u></b>	
Rolle als Pflegelotse Aufgaben und Grenzen eines Pflegelotsen Auftrag seitens des Unternehmens Anbindung im Unternehmen	
<b><u>3. Methoden</u></b>	
Vorstellungsrunde (inkl. Vorerfahrungen, Wünsche, Erwartungen) Brainstorming Kurzvortrag Blitzlicht	
<b><u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u></b>	
Präsentation (PC und Beamer) Flipchart	
<b><u>5. Auflockerung</u></b>	
Kennenlernübung	
<b><u>6. Vorbereitung</u></b>	
Raum gestalten	
<b><u>7. Zeitplan</u></b>	
45 Minuten	

## 1 Grundlagen

### 1.1 Berufstätigkeit, Familie und Pflege vereinbaren

Es setzt sich zunehmend ein Konsens durch, dass Politik und Unternehmen Initiativen ergreifen müssen, um eine bessere Vereinbarkeit von Berufstätigkeit, Familie und insbesondere auch der Pflege von Angehörigen zu ermöglichen (Bischofberger, Lademann & Radvanszky 2009; Löhe 2017).

Aufgrund demografischer Veränderungen stehen zukünftig weniger jüngere Menschen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung. Gleichzeitig sind zunehmend mehr Arbeitnehmerinnen und -nehmer damit konfrontiert, dass Sie die Rolle als pflegende Angehörige übernehmen sollen, wobei der heutige Arbeitsmarkt es mit sich bringt, dass Kinder weiter entfernt von Ihren Eltern leben. Daneben ist eine zurückgehende Akzeptanz bei Frauen dafür zu verzeichnen, dass diese für Caring-Aufgaben auf ihre Berufstätigkeit verzichten, was in früheren Jahren oft der Fall war. Aber auch wenn Angehörige Verantwortung im Pflege-Fall übernehmen wollen, können sie aus unterschiedlichen Gründen oftmals nur in beschränktem Umfang selbst pflegen (zeitliche Verfügbarkeit, räumliche Distanz, pflegefachliche Anforderungen, etc.).

Aus diesen Gründen ist davon auszugehen, dass die Bedeutung professioneller pflegerischer Unterstützungsangebote und also auch der Beratungsbedarf im Hinblick auf diese zukünftig weiter zunehmen werden.

### 1.2 Betriebliche Pflegelotsen

Es hat sich gezeigt, dass das Konzept der betrieblichen Pflegelotsen eine sinnvolle und förderungswürdige Ergänzung zu den regulären, professionellen Unterstützungs- und Beratungsangeboten für pflegende Angehörige darstellt. Unterschiedliche Projekt-Initiativen von Wohlfahrtsverbänden, Ministerien und auch einzelnen Unternehmen konnten dies nachweisen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in Bezug auf die regelhaften Versorgungsstrukturen noch große strukturelle und konzeptionelle Unterschiede sowohl zwischen den einzelnen Bundesländern als auch innerhalb eines jeden Bundeslandes bestehen.

Auch im Hinblick auf die verwendeten Begriffe und Konzeptionen des Pflegelotsen-Konzepts bestehen zum Teil erhebliche Unterschiede. Folgende Begriffe finden sich in wissenschaftlicher Literatur und Praxisberichten: Pflegelotse, Pflege-Coach, Pflege-Pate, Pflege-Mentor.

Betrachtet man die formulierten definierenden Merkmale, lassen sich Unterschiede dahingehend feststellen, ob und welche Inhalte bei Aufgabenbeschreibung und vorbereitenden Schulungen definiert sind, in welchem Umfang dienstliche Freistellung und Ressourcen gewährt werden und ob eigene Vorerfahrung als pflegender Angehöriger erwartet werden.

Als gemeinsame Kennzeichen eines Aufgabenprofils und der Rolle betrieblicher Pflegelotsen lassen sich folgende Aspekte identifizieren:

- Ansprechpartner und -partnerinnen im Betrieb zu Fragen bei (akut) auftretender Pflegebedürftigkeit von Angehörigen
- Vermittlung erster wesentlicher Informationen und Kontakt zum professionellen Unterstützungssystem
- Abgrenzung zu professioneller Beratung (Pflegeberatung, Psychosoziale Beratung, Rechtsberatung, etc.)

### 1.3 Die Rolle der betrieblichen Pflegelotsen

Die Rolle der Pflegelotsen im Betrieb betont in besonderer Weise den Lotsencharakter. Den Ratsuchenden im Betrieb steht bei akut auftretenden Problemen ein Ansprechpartner oder eine Ansprechpartnerin zur Verfügung, der oder die Grundkenntnisse in den Fragen zur Pflegebedürftigkeit mitbringt. Diese Grundkenntnisse müssen auch professionelle Beratungs- oder Hilfsangebote beinhalten, so dass die Betroffenen gezielt an die richtigen Stellen weiterverwiesen werden können.

Die Kompetenzbereiche von betrieblichen Pflegelotsen umfassen somit folgende Bereiche:

- Soziale Kompetenz  
Ein Kennzeichen der sozialen Kompetenz ist das Einfühlungsvermögen, das für die Beratungstätigkeit zwingend vonnöten ist. Betriebliche Pflegelotsen müssen sich empathisch in die Situation der Hilfesuchenden einfühlen können und beispielsweise mit Stimmungsschwankungen der Ratsuchenden zurechtkommen.  
Wertschätzender Umgang mit den Ratsuchenden ist ebenso von großer Bedeutung. Auch fremde Lebensentwürfe oder Herangehensweisen, die den Pflegelotsen persönlich widerstreben, müssen wertschätzend besprochen werden. Entscheidungen müssen akzeptiert werden.  
Ein weiterer Aspekt der sozialen Kompetenz ist die Fähigkeit zur Netzwerkarbeit. Für die Hilfe vor Ort ist es erforderlich, über ein lokales Netzwerk rund um das Thema Pflege zu verfügen.
- Beratungs- und Kommunikationskompetenz  
Für die Tätigkeit als betriebliche Pflegelotsen muss eine grundlegende Beratungskompetenz vorliegen, die zwar keine professionelle Beratung ersetzen kann, die aber verhindert, dass

die Ratsuchenden im Gespräch etwas „übergestülpt“ wird.

Ein wichtiger Aspekt der Beratungskompetenz ist auch die persönliche Abgrenzung der Pflegelotsen von den Fällen der Ratsuchenden, die zum Teil sehr belastend sein können.

- Fachkompetenz

Betriebliche Pflegelotsen müssen über Grundkenntnisse zum Thema Alter, Erkrankungen des Alters und Pflegebedürftigkeit verfügen, um die Lage der pflegebedürftigen Angehörigen richtig einschätzen zu können.

- Selbstreflexionskompetenz

Wer beratend tätig ist, muss auch die Bereitschaft zur Selbstreflexion mitbringen. Eigenes Verhalten und die Rückmeldungen der Hilfesuchenden müssen reflektiert werden und ggf. müssen Änderungen vorgenommen werden. Hierbei kann auch ersichtlich werden, dass ein (weiterer) Fortbildungsbedarf besteht.

Ganz allgemein ist zu sagen, dass betriebliche Pflegelotsen persönliche Reife besitzen müssen, um auch mit den (psychischen) Belastungen umgehen zu können, die durch die Gespräche über einzelne Schicksale von Kolleginnen oder Kollegen entstehen können.

#### 1.4 Literatur- und Quellenverzeichnis

Bischofberger, I.; Lademann, J.; Radvanszky, A. (2009): «work & care» – Erwerbstätigkeit und Pflege vereinbaren: Literaturstudie zu Herausforderungen für pflegende Angehörige, Betriebe und -professionelle Pflege. Pflege 22 (4): 277-286.

Löhe, J. (2017): Angehörigenpflege neben dem Beruf. Mixed Methods Studie zu Herausforderungen und betrieblichen Lösungsansätzen. Wiesbaden: Springer VS.

## Didaktik LE 1/2

<b><u>1. Ziele</u></b>	
TN setzen sich mit ihrem eigenen Verständnis von Altwerden und Altsein auseinander TN kennen aktuellen demographischen Trend TN kennen typische physiologische Veränderungen und Krankheiten des Alters TN verstehen Zusammenhang von Alter und Entstehung von Unterstützungsbedarf	
<b><u>2. Inhalte</u></b>	
Altern und Entstehung von Unterstützungsbedarf Demographischer Wandel Physiologische Altersveränderungen Unterstützung im Alltag	
<b><u>3. Methoden</u></b>	
Warm-Up + Türöffner: Bilder alter Menschen Partnerarbeit: Vorstellungen zum Altern (eigenes, das der Anderen) Austausch im Plenum Fokusgespräch: Veränderungen und Krankheit im Alter	
<b><u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u></b>	
Bilder zur Illustration verschiedener Lebensentwürfe im Alter (evtl. PC/ Beamer) Karteikarten/ Papier Broschüre: Ältere Menschen in Deutschland und der EU (DESTATIS, 2016)	
<b><u>5. Auflockerung</u></b>	
Checkliste: Wünsche an mein eigenes Alter	
<b><u>6. Vorbereitung</u></b>	
Broschüre: Ältere Menschen in Deutschland und der EU (DESTATIS, 2016)	
<b><u>7. Zeitplan</u></b>	
45 Minuten	

## 2 Über das Altern

*„In unserer Bevölkerung gibt es kaum eine Altersgruppe, die so differenziert, so heterogen und so stark im Umbruch begriffen ist wie die der Älteren.“ (Bundesministerium für Familie, Frauen und Jugend, 2002)*

Dieses Zitat verdeutlicht, dass es nicht das Alter gibt. Eine kalendarische Altersangabe mag ein Anhaltspunkt sein, aber sie sagt nichts darüber aus, wie ein beispielsweise 68 Jahre alter Mensch lebt. Aus dem kalendarischen Alter lässt sich nicht ableiten, ob dieser Mensch gesund, aktiv und lebensfroh ist, ob er körperlich gesund ist, sich aber einsam und traurig fühlt, da er alleine lebt und nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Berufsleben keine Aufgabe mehr hat oder ob er an einer fortschreitenden Erkrankung leidet, gegen die er ankämpft und von der er sich den Lebensmut nicht nehmen lässt.

So unterschiedlich die Lebensentwürfe und Lebensumstände der älteren Menschen auch sein mögen, so unterschiedlich können ihre Wünsche und Bedürfnisse sein, aber auch der Bedarf an Unterstützung. Während für manche das Eingebunden-Sein in ein soziales Umfeld im Vordergrund steht, benötigen andere eventuell praktische Unterstützung in Angelegenheiten des Alltags, die mit der Zeit beschwerlicher werden, wie beispielsweise Rasenmähen, Schneeräumen, Fenster putzen, Gardinen waschen oder Vorratseinkäufe erledigen.

Die Gerontologie - die Wissenschaft, die sich mit dem Altwerden und Altsein beschäftigt - kann mit ihren Erkenntnissen dazu beitragen, sich mögliche Chancen und Herausforderungen vorzustellen, die das Alter mit sich bringen kann. Sie unterteilt die große Lebensphase ‚Alter‘ in zwei Abschnitte, das ‚dritte‘ und das ‚vierte‘ Lebensalter. Das dritte Lebensalter beschreibt die nachberufliche Phase, das heißt die Jahre, die folgen, nachdem eine Person aus ihrem Berufsleben ausgeschieden ist - umgangssprachlich den Ruhestand. In dieser Phase sind die meisten Menschen heute körperlich und geistig fit, mobil und aktiv am gesellschaftlichen Leben beteiligt. Für diese Gruppe älterer Menschen ab 65 Jahren hat sich die Bezeichnung ‚junge Alte‘ (Böhm et al., 2009) eingebürgert. Dieser Begriff weist darauf hin, dass Menschen dieser Altersgruppe zwar bereits etwas älter, aber noch nicht hochaltrig sind und dementsprechend ihr Leben meist aktiv und selbstständig gestalten können.

Der Übergang in das vierte Lebensalter ist fließend. Menschen, die älter als 85 Jahre sind, werden ihm zugerechnet und in Abgrenzung zu den ‚jungen‘ Alten als die ‚alten‘ Alten (ebd.) bezeichnet. Der Begriff ‚alte Alte‘ deutet bereits an, dass diese Phase, das vierte Lebensalter, einige Veränderungen mit sich bringt. In dieser Lebensphase nehmen Krankheiten sowie funktionelle Einschränkungen zu und mit ihnen steigt der Bedarf an Unterstützung durch Dritte.

Um sich ein Bild über die Gesamtsituation der älteren Menschen in unserer Gesellschaft machen zu können - sowie der Jüngeren als ihre potenziellen Unterstützer, ist es hilfreich, die demographischen Veränderungen zu betrachten.

## 2.1 Demographischer Wandel

*„Noch nie so alt und noch nie so gesund!“*

*(Statistisches Bundesamt, 2016, S. 73)*

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes werden die Menschen in Deutschland immer älter und können die dazugewonnenen Jahre mehrheitlich gesund erleben. Da der steigenden Lebenserwartung anhaltend niedrige Geburtenziffern gegenüberstehen, wird sich das gesellschaftliche Bild zukünftig nachhaltig verändern, wobei ältere Menschen einen zunehmend größeren Anteil an der Bevölkerung ausmachen werden - 2016 war bereits ein Viertel der Menschen in Deutschland 60 Jahre und älter (DESTATIS, 2016).

Allerdings werden die Menschen nicht nur älter, sie werden auch anders alt. Wo der Lebensabend früher mit Ausruhen, Kräfte schonen und Rückzug verbunden war, herrscht heute ein Bild von aktiven Senioren vor, die sich nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben noch einmal selbst entdecken und verwirklichen möchten. Vom Hüten der Enkel bis Reisen, vom Gärtnern, über kulturelle Angebote bis hin zu Smartphone und Tablet-PC stehen vielen Senioren die Türen offen, die verbleibenden Jahre zu gestalten.

Besonders deutlich zeigt sich die fortschreitende Alterung der Gesellschaft an der zunehmenden Zahl der Hochbetagten, die nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2050 mit 9 Millionen einen Bevölkerungsanteil von 13% ausmachen werden (ebd.).

Trotz dieser positiven Entwicklung geht hohes Lebensalter mit dem Risiko einher, pflegebedürftig zu werden. Das Statistische Bundesamt verzeichnete 2013 bei den über 90-Jährigen eine Pflegequote von 64%, wohingegen sie bei den 70- bis 74-Jährigen 5% betrug (ebd.). Eine mögliche Erklärung hierfür können Einschränkungen durch physiologische Altersveränderungen sowie Belastungen durch Krankheiten sein, die verstärkt im Alter auftreten können.

## 2.2 Physiologische Altersveränderungen

*„Altwerden, das will man. Alt sein dagegen nicht.“*

*(Baltes, 2005, S. 1)*

Natürliche Prozesse des Alterns können wir nicht nur an uns selbst, sondern auch in unserer Umwelt beobachten. Die Blumen, die man zum Geburtstag bekommt, welken oft schon nach kurzer Zeit. Ein geliebtes Haustier, das einen über Jahre treu begleitet, erreicht in der Regel bei Weitem nicht das Alter seines Besitzers. Die Kinder, die man doch gerade erst nächtelang auf dem Arm getragen hat, sind plötzlich Teenager. Im Freundeskreis lässt sich beobachten, wie die anderen, die im selben Alter sind, sich verändern. Oft tröstet man sich damit, dass die anderen auch alt werden. Im Volksmund werden viele Veränderungen beschrieben, die das Alter angeblich mit sich bringt. Demnach wird man etwas langsamer. Dinge, die einem früher problemlos von der Hand gegangen sind, dauern jetzt etwas länger. Hier und da schmerzen der Rücken oder die Gelenke, man vergisst häufiger etwas oder möchte nicht alle neuen Trends mitmachen und entschuldigt sich dann mit dem Verweis auf das Alter. Viele dieser Veränderungen sind tatsächlich ‚altersbedingt‘ und trotzdem bedeutet das nicht, dass das Alter nur mit Einschränkungen, Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbunden wäre.

Physiologische Veränderungen können menschliche Organe und Organsysteme betreffen, wie beispielsweise das Herz-Kreislauf-System, die Lunge, die Nieren, den Verdauungstrakt, das Nervensystem, die Sinnesorgane und Körperzusammensetzung (Knochen, Muskeln, Körperwasser, Fettanteil). Mit zunehmendem Alter lassen sich hier vor allem Veränderungen, zum Beispiel der Verlust an Knochen- und Muskelmasse, die Abnahme des Gesamtkörperwassers, eine Zunahme des Fettanteils sowie Verschleißerscheinungen, beispielsweise an Gelenken und Funktionseinschränkungen, wie etwa ein dezenter Hörverlust oder eine Kurzsichtigkeit beobachten (vgl. Trögner & Sieber, 2006). Mit dem Alter kann es aber auch zu Veränderungen auf der personalen und sozialen Ebene kommen (Freund, 2013), beispielsweise des Antriebs und der Fähigkeit, seinen Alltag zu gestalten, Kontakt zum sozialen Umfeld aufrecht zu erhalten. Diese Veränderungen können sich gegenseitig bedingen. Sie müssen sich nicht notwendigerweise zu Krankheiten manifestieren, können aber die Selbstständigkeit der älteren Menschen erheblich beeinflussen, sodass ihnen ebenso viel Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte wie eventuell bestehenden Erkrankungen.

Erkrankungen, die verstärkt im Alter auftreten, sind beispielsweise Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, Parkinson, Osteoporose, Depression, kognitive Defizite, Demenz (vgl. Pinter et al., 2013). Liegen mehrere Erkrankungen gleichzeitig vor, spricht man von Multi-

morbidity. Viele der altersassoziierten Erkrankungen weisen einen chronischen Verlauf auf, das bedeutet, dass die Betroffenen zwar therapeutisch behandelt werden können, meist jedoch mit den Erkrankungen und ihren möglichen Wechselwirkungen leben müssen.

### 2.3 Unterstützung im Alltag

Die meisten älteren Menschen entwickeln eigene Strategien, um ihre Lebenssituation zu bewältigen und mögliche Einschränkungen oder Verluste zu kompensieren. Das soziale Umfeld, wie die Familie, Nachbarn, Freunde und Bekannte, kann einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung älterer Menschen leisten. Vielen - nicht nur älteren - Menschen gibt es ein Gefühl von Sicherheit, wenn sie im Notfall jemanden anrufen und um Rat fragen oder Hilfe bitten können.

Wird ein älterer Mensch nicht durch ein plötzliches Ereignis pflegebedürftig, wie etwa einen Schlaganfall oder Knochenbrüche infolge eines Sturzes, entwickelt sich Unterstützungsbedarf meistens langsam und wird nur punktuell benötigt.

Typische Beispiele hierfür sind:

- Begleitung zum Arzt
- Hilfe bei Behördengängen oder Kommunikation mit Behörden
- Hilfe bei Bankgeschäften
- Gelegentliche Unterstützung im Haushalt:
  - Fensterputzen/ Gardinenwaschen/ Rasenmähen/ Gartenpflege/ Schneeräumen
  - Vorratseinkäufe begleiten/ erledigen

Oftmals erbringen Familienangehörige, Bekannte oder Nachbarn solche Dienste, ohne sie als extra geleistete Unterstützung wahrzunehmen. Erst wenn ältere Menschen viele ihrer alltäglichen Angelegenheiten nicht mehr alleine bewältigen können und die Unterstützung in mehreren Bereichen dauerhaft notwendig wird, wird der Bedarf realisiert. Als ‚Vorstufe der Pflegebedürftigkeit‘ empfinden Angehörige oft die regelmäßige Unterstützung im Alltag, wie etwa Einkaufen, Reinigung der Wohnung/ des Hauses, Wäschewaschen oder auch die Zubereitung von Mahlzeiten oder Gewährleistung der Einnahme von Medikamenten. Diese Hilfestellungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie dauerhaft, teilweise täglich oder sogar mehrmals täglich notwendig sind ohne, dass sie mit Pflege im Sinne von Unterstützung bei der Körperpflege etwas zu tun haben.

## Didaktik LE 1/3

<b><u>1. Ziele</u></b>	
TN setzen sich mit der Entstehung und Bedeutung von Pflegebedürftigkeit auseinander TN wissen um die Bedeutung von Pflegebedürftigkeit für Betroffene und Angehörige TN kennen Herausforderungen für pflegende Angehörige TN können komplexe Situation pflegender Angehöriger beschreiben	
<b><u>2. Inhalte</u></b>	
Unterstützung durch Angehörige bei Pflegebedürftigkeit Entstehung von Pflegebedürftigkeit Bedeutung von Pflegebedürftigkeit Herausforderungen für pflegende Angehörige	
<b><u>3. Methoden</u></b>	
Freies Assoziieren zum Thema ‚Pflege‘ Austausch im Plenum Kurzvortrag Blitzlicht	
<b><u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u></b>	
Flipchart/ Papier/ Stifte Moderationskoffer Broschüre: Ratgeber Pflege (Bundesministerium für Gesundheit, 2017)	
<b><u>5. Auflockerung</u></b>	
Freies Assoziieren zum Thema ‚Pflege‘	
<b><u>6. Vorbereitung</u></b>	
Broschüre: Ratgeber Pflege (Bundesministerium für Gesundheit, 2017)	
<b><u>7. Zeitplan</u></b>	
45 Minuten	

## 2.4 Grundlegende Aspekte zum Verständnis von Pflegebedürftigkeit

Obwohl davon auszugehen ist, dass in nahezu jeder Familie jemand von Pflegebedürftigkeit betroffen ist, herrscht in der deutschen Bevölkerung immer noch ein erhebliches Informationsdefizit in Bezug auf die Themen Pflege, Pflegebedürftigkeit und spezifische Pflegeprobleme (z.B. Dekubitus = Druckgeschwüre, Sturz, Schmerzen, etc.) vor. Das Verständnis von Pflegebedürftigkeit reduziert sich häufig auf eine Abhängigkeit in den Bereichen Mobilität, Körperpflege, Ernährung und Ausscheidung. Mit Pflege werden eher einfache Aufgaben und kompensierenden Unterstützungstätigkeiten in den genannten Bereichen assoziiert, ohne dabei die Komplexität der dahinterliegenden Phänomene zu berücksichtigen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen werden überwiegend mit Bezug zu Krankheiten und medizinischen Erklärungen dargestellt.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei Pflegebedürftigkeit um ein eigenes Phänomen handelt, welches nicht mit Krankheit und/oder Behinderung verwechselt werden sollte. Wissenschaftliche Forschung und Erklärungsansätze zu Pflegebedürftigkeit mit dieser spezifischen Perspektive gibt es international seit etwa hundert Jahren, in Deutschland allerdings erst seit den 1990er Jahren.

## 2.5 Selbstpflege und Pflegebedürftigkeit als menschliche Grunderfahrung

Jeder Mensch wird üblicherweise als Säugling, Kind, und teilweise auch noch bei leichten Erkrankungen im späteren Lebensalter gepflegt. Die meiste Zeit im Leben pflegt sich jeder Mensch überwiegend selbstständig. Dies mag dazu beitragen, dass Pflege als wesentlicher Beitrag zur Gesunderhaltung dadurch potentiell unterschätzt wird.

Es ist jedoch leicht nachvollziehbar, dass der „normale“ Pflegebedarf, den jedes Individuum von sich kennt, durch zusätzliche Erkrankungen (z.B. Schlaganfall) und/oder funktionalen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen stark an Komplexität zunimmt. In solchen Fällen wird eine Einschätzung des individuellen Pflegebedarfs seitens professioneller Pflegefachkräfte unverzichtbar. Unter funktionalen Beeinträchtigungen versteht man Aktivitätseinschränkungen bzw. Schwierigkeiten beim Ausführen von Lebensaktivitäten aufgrund körperlicher oder geistiger Schädigungen bzw. Störungen.

## 2.6 Pflegebedürftigkeit aus fachlicher und wissenschaftlicher Perspektive

Um präzise darzustellen, was der spezifische Fokus und die Aufgaben professioneller Pflege ist, wird in den deutschsprachigen Ländern häufig auf die Definition der Schweizer Pflegewissenschaftlerin Spichiger (Spichiger et. al., 2006, S. 51) verwiesen:

„Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor, und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen.

Professionelle Pflege...

...richtet sich an Menschen in allen Lebensphasen, an Einzelpersonen, Familien, Gruppen und Gemeinden, an Kranke und deren Angehörige sowie an Behinderte und Gesunde;

...umfasst, auf einem Kontinuum, Aufgaben zur Gesundheitserhaltung und -förderung, zur Prävention, in der Geburtsvorbereitung und -hilfe, bei akuten Erkrankungen, während der Rekonvaleszenz und Rehabilitation, in der Langzeitpflege sowie in der palliativen Betreuung;

...beruht auf einer Beziehung zwischen betreuten Menschen und Pflegenden, welche von letzteren geprägt ist durch sorgende Zuwendung, Einfühlsamkeit und Anteilnahme. Die Beziehung erlaubt die Entfaltung von Ressourcen der Beteiligten, die Offenheit für die zur Pflege nötigen Nähe und das Festlegen gemeinsamer Ziele;

...erfasst die Ressourcen und den Pflegebedarf der betreuten Menschen, setzt Ziele, plant Pflegeinterventionen, führt diese durch (unter Einsatz der nötigen zwischenmenschlichen und technischen Fähigkeiten) und evaluiert die Ergebnisse;

...basiert auf Evidenz, reflektierter Erfahrung und Präferenzen der Betreuten, bezieht physische, psychische, spirituelle, lebensweltliche sowie soziokulturelle, alters- und geschlechtsbezogene Aspekte ein und berücksichtigt ethische Richtlinien;

...umfasst klinische, pädagogische, wissenschaftliche sowie Führungsaufgaben, die ergänzend von Pflegefachpersonen mit einer Grundausbildung und solchen mit unterschiedlichen Weiterbildungen, von Generalisten/Generalistinnen und Spezialisten/Spezialistinnen wahrgenommen werden;

...erfolgt in Zusammenarbeit mit den betreuten Menschen, pflegenden Angehörigen und Mitgliedern von Assistenzberufen im multiprofessionellen Team mit Ärzten und Ärztinnen und Mitgliedern anderer Berufe im Gesundheitswesen. Dabei übernehmen Pflegefachpersonen Leitungsfunktionen oder arbeiten unter der Leitung anderer. Sie sind jedoch immer für ihre eigenen Entscheide, ihr Handeln und Verhalten verantwortlich;

... wird sowohl in Institutionen des Gesundheitswesens als auch außerhalb, überall wo Menschen leben, lernen und arbeiten, ausgeübt.“

Um Pflegebedürftigkeit wissenschaftlich zu erklären, wurden pflegerische Theorien entwickelt. Es existieren zu unterschiedlichen Problemlagen eine Vielzahl von verschiedenen Erklärungsansätzen. Im Sinne eines allgemein anerkannten Erklärungsmodells für Pflegebedürftigkeit gelten bedürfnisorientierte Pflgetheorien.

Eine weit verbreitete und anerkannte bedürfnisorientierte Pflgetheorie ist das sogenannte „Modell des Lebens“ nach Roper, Logan & Tierney (2016). Gemäß ihrer Vorstellung konstituiert sich die Pflege des Menschen in zwölf sogenannten Lebensaktivitäten, die in ihren Ausprägungen und Bedarfen über die Lebensspanne hinweg variieren: Sorge für eine sichere Umgebung, kommunizieren, atmen, essen und trinken, ausscheiden, sich sauber halten und kleiden, Regulieren der Körpertemperatur, sich bewegen, arbeiten und spielen, sich als Mann und Frau fühlen und verhalten, schlafen, sterben (Sinn finden).

Jede Lebensaktivität ist im Hinblick darauf zu betrachten, ob ein Mensch seine diesbezüglichen Bedürfnisse selbständig befriedigen kann oder ob er dabei auf Hilfe anderer angewiesen ist. Charakteristisch für das Phänomen Pflegebedürftigkeit ist, dass eine Erkrankung zu unterschiedlichen Pflegebedürfnissen beim einzelnen Menschen führen kann. Der Pflegebedarf ist also in jedem Fall individuell.

Als wesentliche Einflussgrößen darauf, wie Pflegebedürftigkeit entsteht, nennen Roper, Logan & Tierney (ebd.) körperliche, psychische, soziokulturelle, umgebungsbedingte und ökonomische Faktoren.

## 2.7 Wie entsteht Pflegebedürftigkeit und kann man vorbeugende Maßnahmen ergreifen?

Grundsätzlich sind die Erkenntnisse zur Entstehung von Pflegebedürftigkeit noch weitestgehend unklar. Statistiken zeigen, dass mit zunehmenden Lebensalter der Anteil der pflegebedürftigen Menschen steigt, wobei Frauen häufiger als Männer betroffen sind. Erklärt wird dies damit, dass diese im höheren Lebensalter oftmals eine schlechtere körperliche Verfassung haben. Daneben dauert die Phase der Pflegebedürftigkeit für Frauen auch länger, da sie im Mittel früher pflegebedürftig werden und zudem auch eine höhere Lebenserwartung haben.

Neben dem Alter sind als Hauptauslöser für Pflegebedürftigkeit chronische Erkrankungen und funktionale Einschränkungen beschrieben. Oftmals zeigt sich eine beginnende Pflegebedürftigkeit zunächst nur ganz unauffällig in einer einzelnen Lebensaktivität, nimmt dann kontinuierlich zu und weitet sich zunehmend auf andere Lebensaktivitäten aus.

Studien belegen, dass bei der Entstehung von Pflegebedürftigkeit kognitive Einschränkungen und Mobilitätseinschränkungen die beiden bedeutsamsten funktionalen Verluste darstellen.

In einer alternden Bevölkerung ist es von hohem Interesse, präventive Maßnahmen zu entwickeln, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Als Konzept hierfür wurden sogenannte präventive Hausbesuche entwickelt. Diese sollen von ambulanten Pflegediensten durchgeführt werden, Hierbei handelt es sich um eine umfassende pflegerische Situationseinschätzung eines Menschen mit potentielltem Risiko für Pflegebedürftigkeit. Eine aus dem Assessment abgeleitete Pflege-Beratung soll den Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinauszögern. Die bisherigen Studienergebnisse belegen jedoch nicht eindeutig den Nutzen, so dass es bislang auch keine regelhafte Finanzierung für dieses Angebot gibt.

## 2.8 Pflegebedürftigkeit aus rechtlicher Perspektive

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff im Sozialrecht stimmt nicht immer mit den fachlichen und pflegewissenschaftlichen Konzeptionen überein. Hier geht es auch in erster Linie darum verbindlich, sozialrechtliche Ansprüche von Bürgerinnen und Bürgern bei auftretender Pflegebedürftigkeit zu regeln.

Fachliche und wissenschaftliche Aspekte bzw. Erklärungsansätze werden hierbei zwar berücksichtigt, jedoch können sie u.U. auch im Widerspruch zu diesen stehen.

(Vgl. Kapitel 4 Gesetze I und Kapitel 7 Gesetze II)

## 2.9 Mögliche Auswirkungen von Pflegebedürftigkeit auf Betroffene und Angehörige

Pflegebedürftigkeit hat für die Betroffenen eine Reihe von möglichen negativen Folgen. So ist damit zu rechnen, dass es zu einer fortschreitenden Einschränkung des Bewegungsradius und der Mobilität kommt, was wiederum soziale Isolation und Einsamkeit verursachen kann.

In jedem Fall geht ein Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit mit einem Verlust von Selbstständigkeit einher. Je nachdem in welcher Umgebung ein pflegebedürftiger Mensch sich befindet und von wem er betreut wird, entsteht damit auch eine Gefährdung der Selbstbestimmung. Die Beachtung von Autonomie, Wertschätzung und Empathie kann auch bei schwerster Pflegebedürftigkeit das subjektive Erleben von Lebensqualität ermöglichen.

In vielen Fällen folgt einer fortschreitenden Pflegeabhängigkeit auch ein Verlust von kognitiven Einschränkungen. Bei schwerer Pflegebedürftigkeit ist der Verlust der eigenen Wohnung und ein Umzug ins Pflegeheim meist unumgänglich (siehe auch Kapitel 6 Wohn- und Versorgungsformen).

Doch nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für deren pflegende Angehörige sind eine Reihe potentieller negativer Folgen beschrieben. In Deutschland pflegen schätzungsweise 4,7 Millionen Menschen eine pflegebedürftige Person. Etwa zwei Drittel davon sind Frauen. Ein Drittel der pflegenden Angehörigen erbringt täglich mindestens zwei Stunden Pflegeleistungen. Aus Sicht der Angehörigen wird informelle Pflege im Vergleich zu professioneller Pflege nur unzureichend mit Leistungen aus der Pflegeversicherung unterstützt, wobei der Gesetzgeber in den letzten Jahren hier eine Reihe von Leistungsverbesserungen herbeigeführt hat.

Im Hinblick auf Beratungs- und Unterstützungsbedarfe pflegender Angehöriger ist zu beachten, dass schwere und weitreichende negative Folgen mit der informellen Pflege für sie einhergehen. Zunächst einmal sind sie in ihrer Freizeit und ihren individuellen Aktivitäten eingeschränkt, was mittelfristig auch zu Einschränkungen im sozialen Umfeld bis hin zu sozialer Isolation führen kann. Häufig reduzieren pflegende Angehörige ihre Arbeitszeit. Verbunden mit den zusätzlichen Kosten im Zusammenhang mit Pflege- und Gesundheitsproblemen kommt es so auch zu finanziellen Nachteilen. Als negative psychische Folgen sind Schlafprobleme und Depressionen beschrieben. Aufgrund der pflegerischen Anforderungen kann es bei mangelnder Schulung auch zu körperlichen Beschwerden kommen (z.B. Rücken, etc.). Im Zusammenwirken der einzelnen möglichen negativen Konsequenzen sind pflegende Angehörige schlussendlich selbst gefährdet, manifest krank und pflegebedürftig zu werden. Umso wichtiger sind umfassende und fundierte Beratung sowie Entlastungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige. (Vgl. Kapitel 9.1)

## 2.10 Literatur- und Quellenverzeichnis

Baltes, P. B. (2005): Zukunft ist Alter. Vortrag gehalten am 24. April 2005, Zürich, Schauspielhaus.

Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, Th. (Hrsg.) (2009): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin. Robert Koch-Institut. Letzter Zugriff am 21.09.2017 unter:

[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/GesundheitKrankheitimAlter5230003099004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/GesundheitKrankheitimAlter5230003099004.pdf?__blob=publicationFile)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation (Stand: April 2002). Berlin.

Freund, H. (2013): Altersmedizin und geriatrisches Assessment. In: Ärztliche Praxis Neurologie Psychiatrie (1/Januar-Februar) Köln: Biermann.

Fricke, S. (2012): Kommunikation in der Altenpflege: eine Fallstudie und ein Kommunikationstraining. Hamburg: Disserta.

Pinter, G.; Likar, R.; Schippinger, W.; Janig H.; Kada O.; Cernic, K. (Hrsg.) (2013): Geriatrische Notfallversorgung. Wien: Springer.

Roper, N.; Logan, W.; Tierney, A. (2016): Das Roper-Logan-Tierney Modell basierend auf den Lebensaktivitäten (LA). Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Maria Mischo-Kelling. Bern: Hogrefe.

Spichiger, E.; Kesselring, A.; Spirig, R.; De Geest, S. (2006): Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. Pflege 19 (6): 45-51.

Statistisches Bundesamt (2016): Im Blickpunkt: Ältere Menschen in Deutschland und in der EU. Wiesbaden.

Trögner, J.; Sieber, C. (2006): Physiologische Veränderungen im Alter. In: Günnewig, T.; Erbguth, F. (Hrsg.) (2006): Praktische Neurogeriatrie. Stuttgart: Kohlhammer.

## Didaktik LE 1/4

<b><u>1. Ziele</u></b>	
TN machen sich ihre Vorstellungen über Demenz bewusst/ erweitern ihren Wissensstand TN erkennen den Handlungsbedarf aufgrund der Entwicklungen der Demenzerkrankungen TN kennen Grundzüge von Demenzerkrankungen und deren Folgen für Betroffene TN erhalten Vorstellung der Situation von Betroffenen und ihren Angehörigen	
<b><u>2. Inhalte</u></b>	
Begleitung und Pflege von Menschen mit Demenz Demenzformen und Diagnostik Charakteristische Demenzstadien Herausforderungen für Betroffene und ihre Angehörigen	
<b><u>3. Methoden</u></b>	
Blitzlicht: Was verbinden Sie mit Demenz? Impulsvortrag Videoclips Fokusgespräch	
<b><u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u></b>	
Gegenstand zum Herumreichen für Blitzlicht Flipchart, Stifte, Karten für Impulsvortrag Beamer/ Notebook/ Internetanschluss für Videoclips (3 - 5 Min.) Wegweiser Demenz: In guten wie in schlechten Zeiten/ Medizinische Aspekte <a href="http://www.wegweiser-demenz.de/service/videos-downloads/videogalerie.html#c3443">http://www.wegweiser-demenz.de/service/videos-downloads/videogalerie.html#c3443</a> Ausgewählte Broschüren zur Nachlese	
<b><u>5. Auflockerung</u></b>	
Blitzlicht Videoclips	
<b><u>6. Vorbereitung</u></b>	
<a href="http://www.stmgrp.bayern.de/pflege/demenz/">www.stmgrp.bayern.de/pflege/demenz/</a> <a href="http://www.wegweiser-demenz.de">www.wegweiser-demenz.de</a>	
<b><u>7. Zeitplan</u></b>	
45 Minuten	

## 3 Demenz

Der Begriff ‚Demenz‘ leitet sich aus den lateinischen Worten ‚de‘ (weg von) und ‚mens‘ (Geist) ab und kann als ‚weg vom Geist‘ übersetzt werden. Bei einer Demenz handelt es sich um ein komplexes Krankheitssyndrom, das den schwerwiegenden Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit aufgrund einer langanhaltenden Funktionsstörung des Gehirns beschreibt. Das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, erhöht sich mit dem Alter (Förstl, 2011). Laut Angaben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sind derzeit 1,6 Mio. Menschen in Deutschland an einer Demenz erkrankt. Bis zum Jahr 2050 wird sich diese Zahl schätzungsweise auf 3 Mio. erhöhen (ebd.). Die Demenz zählt damit zu den häufigsten Krankheitssyndromen im Alter. Ihr Verlauf ist fortschreitend und meist als Erkrankung diagnostizierbar, die die Nervenzellen im Gehirn oder die Verbindungen der Nervenzellen schädigt oder verändert (Demenz-Leitlinie, 2016). Die Betroffenen erleiden infolgedessen einen Abbau des Gedächtnisses sowie der kognitiven, das heißt auf das Denken bezogenen, Funktionen. So zeigen sich beispielsweise Beeinträchtigungen in der Merkfähigkeit und des Erinnerungsvermögens aber auch Einschränkungen des Denkens sowie der Problemlösefähigkeit und der Orientierung (ebd.). Diese kognitiven Störungen wirken sich mit dem Fortschreiten der Erkrankung auch auf die emotionalen, sozialen und langfristig auch auf die motorischen Fähigkeiten aus, sodass Betroffene im alltäglichen Leben erheblich eingeschränkt sind (ebd.).

### 3.1 Demenzformen und Diagnostik

Eine Demenz beginnt meist schleichend und wird von den Betroffenen und ihren Angehörigen oft als ‚Alterserscheinung‘ verkannt. Für eine adäquate Therapie sowie die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung ist allerdings eine gesicherte Diagnose Voraussetzung. Da es verschiedene Formen von Demenz gibt, sollte eine differenzierte Diagnostik erfolgen. Dadurch wird außerdem ausgeschlossen, dass den Demenzsymptomen eine andere behandelbare Erkrankung, wie eine Störung des Stoffwechsels (zum Beispiel eine Schilddrüsenunterfunktion), eine chronische Vergiftung (etwa durch Medikamente oder Alkohol) oder eine Depression zugrunde liegt. Ist das Gehirn selbst nicht erkrankt, besteht Hoffnung, dass sich die Demenzsymptome zurückbilden, wenn die Grunderkrankung behandelt werden kann.

Die Diagnosestellung sollte nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) erfolgen (Demenz-Leitlinie, 2016). Voraussetzung dafür ist, dass die Demenzsymptome, vor allem die Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens sowie die dadurch bedingte Einschränkung in den alltagspraktischen Fähigkeiten für mindestens sechs Monate bestehen müssen (ebd.).

Bei Verdacht auf eine Demenz können Hausärzte, Neurologen und Psychiater sowie Gedächtnisambulanzen oder Memory-Kliniken die erste Anlaufstelle sein. In der Regel erfolgt eine *körperliche Untersuchung* (einschließlich der Untersuchung von Blut und Urin), um eine andere Grunderkrankung als Ursache der Demenz auszuschließen und um den Allgemeinzustand der betroffenen Person einschätzen zu können. Ein EKG kann hilfreich sein, um kardiovaskuläre Risikofaktoren, beispielsweise Veränderungen des Blutgefäßsystems zu erkennen, die Auslöser für eine vaskuläre Demenz sein könnten.

Mit standardisierten neuropsychologischen Testverfahren werden *Denken, Erleben und Verhalten untersucht*, um eine Einschätzung der Beeinträchtigungen sowie deren Ausmaß zu erhalten.

*Bildgebende Verfahren* (CT, MRT) können Aufschluss über Veränderungen im Gehirn geben. Bei neuro-degenerativen Erkrankungen wie zum Beispiel Alzheimer, verliert das Gehirn durch den Rückgang von Nervenzellgewebe an Masse, was mit bildgebenden Verfahren sichtbar gemacht werden kann (ebd.).

### 3.2 Charakteristische Demenzstadien

Demenzsyndrome lassen sich in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in drei Schweregrade unterteilen (vgl. Förstl, 2011):

- *Leicht*: Schwierigkeiten, Neues zu Lernen und zu behalten; Verlegen von Gegenständen; Vergessen von Terminen.
- *Mittelgradig*: Nur Vertrautes und Altbekanntes ist aus dem Gedächtnis abrufbar; neue Informationen können nur gelegentlich kurz behalten werden; Unfähigkeit der Betroffenen, Angaben zur eigenen Lebenssituation machen zu können oder sich an Namen vertrauter Personen zu erinnern.
- *Schwer*: Schwerer Gedächtnisverlust; Neues kann nicht behalten, früher Gelerntes kaum erinnert werden; selbst enge Vertraute können nicht erkannt werden.

Je nach Schweregrad der Beeinträchtigung sind auch die alltagspraktischen Fähigkeiten betroffen (vgl. Förstl, 2011). Das heißt, sämtliche Tätigkeiten, die notwendig sind, den Alltag selbstständig zu gestalten, sind in Gefahr. Für Menschen mit leichter Demenz ist ein unabhängiges Leben möglich, allerdings benötigen sie Unterstützung bei komplexen Angelegenheiten des Alltags. Es kann hier einen Zusammenhang mit lange Vertrautem, positiv Besetzten und Neuem, dem man zurückhaltend

gegenübersteht, geben. So kann es beispielsweise für jemanden, der sein ganzes Leben lang gerne die öffentlichen Verkehrsmittel benutzt hat, auch trotz leichter Demenz möglich sein, diese zu benutzen, um zum Arzt und wieder nach Hause kommen. Hierbei handelt es sich um eine jahrelang ausgeführte Tätigkeit. Für jemanden dagegen, der immer passionierter Autofahrer war und aufgrund der Demenz nicht mehr fahren kann, kann es zu einer unlösbaren Aufgabe werden, den richtigen Bus zu finden und zur richtigen Zeit am richtigen Ort zu sein, zumal der Verlust der Unabhängigkeit des Autofahrens ihn womöglich noch beschäftigen mag.

Betroffene im mittelgradigen Stadium sind meist bereits erheblich auf Unterstützung angewiesen. Wo einfache häusliche Tätigkeiten noch möglich sind, sind der Umgang mit Geld sowie planerische Tätigkeiten, wie beispielsweise das Verbinden mehrerer Erledigungen bei einer Fahrt in die Stadt, nicht mehr durchführbar.

Menschen mit schwerer Demenz sind meist vollumfänglich auf Unterstützung angewiesen. Das heißt, sie benötigen Hilfe beim sich Waschen und Ankleiden, dem Aufsuchen der Toilette, dem Zurechtfinden in der unmittelbaren Umgebung sowie beim Essen und Trinken. Häufig sind Menschen im Stadium der schweren Demenz nicht mehr in der Lage, sich verbal verständlich zu machen. Ihre Gedankengänge sind für Außenstehende oft nicht nachvollziehbar. Zudem sind Betroffene in diesem Stadium oft körperlich schwerst eingeschränkt, das heißt, sie sind unter Umständen nicht in der Lage, sich selbstständig fortzubewegen. Bei manchen geht die Fähigkeit zu gezielten Eigenbewegungen gänzlich verloren.

### 3.3 Herausforderungen für Betroffene und ihre Angehörigen

Für Betroffene kann die Diagnose „Demenz“ das Ende einer langen Ungewissheit bedeuten. Durch die Diagnosestellung bekommen Symptome wie Gedächtnisstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten, die von Betroffenen und Angehörigen vor allem in den früheren Stadien oft als normale Alterserscheinung angesehen werden, einen konkreten Namen und lassen sich vor dem Hintergrund der Diagnose erklären. Zudem gibt das Wissen um die wahrscheinlichen und möglichen Veränderungen den Betroffenen Gelegenheit, sich mit ihrer Erkrankung bewusst auseinanderzusetzen und Wünsche bezüglich der Betreuung und Behandlung im Fortschreiten der Krankheit zu äußern, sofern diese Informationen zur Zeit der Diagnosestellung kognitiv (noch) verarbeitet werden können (vgl. Martin & Schelling, 2005). Es steht heute allerdings außer Frage, dass Menschen, die an Demenz erkrankt sind, einige ihrer Krankheitssymptome wahrnehmen und ebenso wie ihre Angehörigen Unterstützung benötigen, diese Erlebnisse zu bewältigen (Engel, 2007). Das persönliche Empfinden kann dabei sehr unterschiedlich sein. Besonders im Anfangsstadium sind sich viele Menschen mit Demenz ihrer kogni-

tiven Beeinträchtigungen und der daraus resultierenden Schwierigkeiten im Alltag bewusst. Viele erleben daher eine Bedrohung ihres Selbstwertes, ihrer Identität und ihrer Selbstständigkeit. Um mit dieser Bedrohung umgehen und sich aktiv mit der Krankheit auseinandersetzen zu können, müssen die Betroffenen eigene Bewältigungsstrategien entwickeln (Engel, 2007).

Für Angehörige kann die Begleitung ihrer an Demenz erkrankten Angehörigen zu einer großen Herausforderung werden. Je weiter die Demenz voranschreitet, desto mehr nimmt der körperliche Hilfebedarf zu. Daneben gilt es, einen Umgang mit den kognitiven Beeinträchtigungen, wie etwa Sprachstörungen, den nicht-kognitiven Symptomen, wie beispielsweise Unruhe, Angst, Depressivität, Aggressivität oder sozialem Rückzug, und anderen Folgen der Demenz, wie Inkontinenz oder Gangstörungen zu finden (Gunzelmann & Wilz, 2005). Hinzu kommt die Beaufsichtigung des Betroffenen, die vor allem mit nachlassender Orientierung an Bedeutung gewinnt sowie eine sinnvolle Einbindung in den Familienalltag, die die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Betroffenen stärkt und seine psychische Verfassung berücksichtigt (ebd.). In alledem müssen die Angehörigen das Krankheitsgeschehen und damit verbundene emotionale Belastungen verarbeiten und bewältigen (ebd.).

Vor allem in der frühen Phase der Erkrankung, leiden Angehörige am meisten darunter, dass sie eine Bezugsperson verlieren, die ihnen emotional wichtig ist, etwa einen Partner oder ein Elternteil, und unter der Art und Weise, wie dieser Verlust vonstattengeht, nämlich in der Regel sehr langsam und mit einem wachsenden Betreuungsaufwand (vgl. Martin & Schelling, 2005). Als weitere Belastungsfaktoren gelten zudem die eingangs bereits erwähnten Aspekte der ‚häuslichen Rund-um-Versorgung‘, die Martin und Schelling (2005) noch weiter ausdifferenzieren. So sehen sie finanzielle Belastungsfaktoren, wie etwa Lohnausfall zugunsten der Pflegeübernahme, Kosten für Betreuungspersonal oder institutionelle Betreuung sowie zeitliche, die sich durch die Beaufsichtigung - je nach Bedarf tags- und nachtsüber - und etwaige Kontaktwünsche („Klammern“) der Demenz-kranken ergeben. Zusätzliche Haushalts- und Pflegeaufgaben, Unterbrechung der Nachtruhe oder aggressives Verhalten der an Demenz Erkrankten können zu körperlicher Belastung führen (ebd.). Daneben tragen soziale Isolation durch die Pflegeübernahme, Zukunftsangst und Verlust einer gemeinsamen (im Sinne von partnerschaftlichen) Alltagsgestaltung sowie das oben erwähnte „Sterben bei lebendigem Leibe“ zur emotionalen Belastung bei. Darüber hinaus stellen ihrer Ansicht nach Verhaltensstörungen, wie beispielsweise Agitiertheit, Tag-Nacht-Umkehr, Persönlichkeitsveränderungen, Verweigerung von Pflege sowie kognitive Ausfälle wie etwa, Gedächtnis-, Sprach(verständnis-) und Orientierungsstörungen, belastende Faktoren dar (ebd.). Vor dem Hintergrund vergangener Forschungsarbeit kommt Engel (2007, S. 89) zu dem Schluss, „[...] dass Agitation und affektive Störungen, wie Depression und Ängstlichkeit, und psychotische Symptome, wie Wahn und Verkennung des Demenzkranken das psychische Befinden des Angehörigen am stärksten beeinträchtigen“.

### 3.4 Weiterführende Links

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: *Demenz*  
<https://www.stmgp.bayern.de/pflege/demenz/>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:  
*Wegweiser Demenz*  
<http://www.wegweiser-demenz.de>

*Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz*  
<http://www.lokale-allianzen.de/startseite.html>

Bundesministerium für Gesundheit: *Online Ratgeber Demenz*  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-demenz.html>

Demenz-Leitlinie: *Informationen für Betroffene/ Angehörige*  
<https://www.demenz-leitlinie.de>

Deutsche Alzheimergesellschaft e.V.  
<https://www.deutsche-alzheimer.de>

Edukation-Demenz  
<http://www.edukation-demenz.de>

Kuratorium Deutsche Altershilfe  
<https://www.kda.de>

### 3.5 Literatur- und Quellenverzeichnis

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017): Informationen. Meldungen und Zahlen/ Gesellschaft und Demenz. Letzter Zugriff am 23.09.2017 unter <http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/gesellschaft-und-demenz.html>

Demenz-Leitlinie (2016) Informationen zum Thema Demenz für Betroffene und Angehörige. Letzter Zugriff am 22.09.2017 unter <http://www.demenz-leitlinie.de/angehoerige.html>

Engel, S. (2007): Belastungserleben bei Angehörigen Demenzkranker aufgrund von Kommunikationsstörungen. Erlanger Beiträge zur Gerontologie. Berlin: LIT-Verlag.

Förstl, H. (2011): Demenzen in Theorie und Praxis. Berlin/Heidelberg: Springer

Gunzelmann, Th.; Wilz, G. (2005): Demenz und Angehörige. In: Wallesch, C.-W.; Förstl, H. (Hrsg.): *Demenzen*. (Kap. 4.3). Stuttgart/New York: Thieme.

Martin, M.; Schelling, H.-R. (Hrsg.) (2005): Demenz in Schlüsselbegriffen. Bern: Hogrefe.

## Didaktik LE 1/5-6

<b><u>1. Ziele</u></b>	
TN lernen Überblick über das Pflegezeitgesetz und das Familienpflegezeitgesetz TN lernen welche grundlegenden Ansprüche sich aus den o.g. Gesetzen ergeben TN können grundlegende Hinweise zu Ansprüchen geben	
<b><u>2. Inhalte</u></b>	
Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und Familienpflegezeitgesetz (FamPflegeZG) Grundlegende Ansprüche Kombinationsmöglichkeiten Individuelle Kombinationen mit Teilzeit, Urlaub, Sabbatjahr Zinsloses Darlehen	
<b><u>3. Methoden</u></b>	
Vortrag Textarbeit/Arbeit mit Broschüren und Internetseiten, damit sich die TN die Informationen selbst erschließen können	
<b><u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u></b>	
PC/Beamer/Internet Flipchart/ Papier/ Stifte Moderationskoffer Broschüren (s.u.)	
<b><u>5. Auflockerung</u></b>	
<b><u>6. Vorbereitung</u></b>	
Broschüren: Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf. Neue gesetzliche Regelungen seit dem 1.1.2015. Die Pflegestärkungsgesetze. Alle Leistungen zum Nachschlagen. Ratgeber Pflege. Alles, was Sie zum Thema Pflege und zu den Pflegestärkungsgesetzen wissen müssen.  Alle herausgegeben von: Bundesministerium für Gesundheit	
<b><u>7. Zeitplan</u></b>	
90 Minuten	

## 4 Gesetze I: Pflegezeitgesetz, Familienpflegezeitgesetz

### 4.1 Das Gesetz zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf im Überblick

Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ist am 01.01.2015 in Kraft getreten und verfolgt das Ziel, in Familien Lösungen zu finden, wo und in welcher Form Pflege sichergestellt werden kann. Um eine Pflege in gewohnter Umgebung und durch vertraute Angehörige ermöglichen zu können, wurden arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf durch Freistellungsmöglichkeiten über das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und das Familienpflegegesetz (FPfZG) weiter verbessert (BMAS, 2015)

Neue Regelungen sind (BMFSFJ, [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de), 2015):

- Für die bereits seit längerem bestehende Möglichkeit einer zehntätigen Auszeit für beschäftigte Angehörige zur Organisation einer akut aufgetreten Pflegesituation und Sicherstellung einer pflegerischen Versorgung eines/r pflegebedürftigen nahen Angehörigen wird nun ein auf bis zu zehn Tage begrenztes Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzzahlung gezahlt.
- Unter nahen Angehörigen werden nun auch Stiefeltern, lebenspartnerschaftliche Gemeinschaften, Schwägerinnen und Schwäger verstanden.
- PflegeZG und FPfZG können nun besser miteinander kombiniert werden. Eine Freistellung ist in der Gesamtdauer für maximal 24 Monate möglich.
- Es besteht ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit bei einer parallelen wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 15 Stunden, wenn ein/e pflegebedürftig nahe/r Angehörige/r in häuslicher Umgebung gepflegt wird. Ausgeschlossen sind Arbeitsverhältnisse bei Arbeitgebern mit 25 oder weniger Beschäftigten (gezählt ohne Auszubildende).
- Zur besseren finanziellen Absicherung während der Familienpflegezeit besteht nun ein Anspruch auf ein zinsloses Darlehen.
- Ein Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen erhalten auch Beschäftigte, die die Pflegezeit für eine vollständige oder teilweise Freistellung von bis zu sechs Monaten zur häuslichen Pflege eines/r Angehörigen in Anspruch nehmen. Ausgeschlossen sind Arbeitsverhältnisse bei Arbeitgebern mit 15 oder weniger Beschäftigten.
- Die verwaltungsrechtliche Abwicklung der Ansprüche auf zinslose Darlehen übernimmt das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA).
- Neben der Pflege eines/r nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung kann auch eine bis sechsmonatige vollständige oder teilweise Freistellung (oder bis zu 24 Monaten teilweise Freistellung) zur Betreuung eines pflegebedürftigen minderjährigen nahen Angehörigen in

Anspruch genommen werden. Zudem besteht die Möglichkeit einer vollständigen oder teilweisen Freistellung von bis zu drei Monaten zur Begleitung eines/m nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase.

Tabelle 1 fasst die Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf noch einmal zusammen.

*Tabelle 1 Rechtsansprüche nach dem Familienpflegezeitgesetz und Pflegezeitgesetz*

Was:	<b>Pflegeunterstützungsgeld</b>	<b>Pflegezeit</b>	<b>Familienpflegezeit</b>
Gesetzesgrundlage	§ 2 PflegeZG §44a SGB XI	§3 PflegeZG	§§2 und 3 FPfZG
Wofür:	...wenn ein akuter Pflegefall eintritt	...wenn Sie eine Zeit lang teilweise oder ganz aus der Berufstätigkeit pausieren wollen	...wenn die 6 Monate Pflegezeit nicht ausreicht
Dauer:	bis zu 10 Arbeitstage	Bis zu 6 Monate Pflegezeit (ganztags oder Teilzeit)  Bis zu 3 Monate für Begleitung Sterbender	Bis zu 24 Monate Familienpflegezeit (teilweise Freistellung) für die häusliche Pflege
Zusätzlich	Pflegeunterstützungsgeld (Lohnersatzleistung für den pflegenden Angehörigen; Auszahlung durch Pflegekasse der pflegebedürftigen Person)	Zinsloses Darlehen	Zinsloses Darlehen
Ankündigungsfrist	Keine	Zehn Tage	Acht Wochen
Betriebsgröße	Unabhängig von der Betriebsgröße	Min. 16 Arbeitnehmer im Betrieb (i.d.R.)	Min. 26 Arbeitnehmer (ohne Azubis) im Betrieb (i.d.R.)
	Kündigungsschutz		

Eigene Darstellung in Anlehnung an (BMFSFJ, www.bmfsfj.de, 2015)

## 4.2 Gesetzliche Ansprüche zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf im Detail

Im Folgenden werden die einzelnen, bereits kurz genannten, gesetzlichen Ansprüche aus dem PflegeZG und dem FPfZG genauer beschreiben.

### 4.2.1 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach dem PflegeZG

Um eine sofortige pflegerische Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen zügig organisieren bzw. sicherstellen zu können, besteht über das PflegeZG ein Rechtsanspruch, der Arbeit ab sofort und bis zu zehn Tage fern zu bleiben. Eine akute Pflegesituation gemäß PflegeZG liegt dann vor, wenn sie plötzlich, also unvermittelt und unerwartet, auftritt. Dies trifft auch zu, wenn der Angehörige beispielsweise kurzfristig aus dem Krankenhaus entlassen wird, um eine Anschlussversorgung sicherstellen zu können. (PflegeZG, 2015)

Für diese zehn Tage besteht zudem ein Anspruch auf **Pflegeunterstützungsgeld**. Wichtig dabei ist, „dass:

es sich bei den pflegebedürftigen Angehörigen um nahe Angehörige handelt (zum Beispiel Eltern, Großeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Geschwister, Kinder)

davon auszugehen ist, dass die pflegebedürftigen Angehörigen voraussichtlich die Pflegegrade 1 bis 5 zuerkannt bekommen

die Beschäftigten verpflichtet sind, der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber die Verhinderung an der Arbeitsleitung und die voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen“ (BMG, 2017, o.S.).

Der Arbeitgeber kann nach dem PflegeZG (2015, §3, Abs. 3) eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit verlangen. Eine gewisse Beschäftigtengröße des Arbeitgebers wird für diese zehntägige Unterbrechung nicht vorausgesetzt.

### 4.2.2 Pflegezeit nach dem PflegeZG

Übernimmt ein Beschäftigter die Pflege eines nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung, besteht die Möglichkeit auf eine Freistellung von bis zu sechs Monaten. Je nach Pflegebedarf kann diese Freistellung vollständig oder teilweise erfolgen. Ein Anspruch besteht jedoch nicht bei einem Arbeitgeber mit 15 oder weniger Beschäftigten. (PflegeZG, 2015)

Die Beschäftigten müssen dem Arbeitgeber gegenüber die Pflegebedürftigkeit der oder des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nachweisen (BMG, 2017).

Ist der nahe Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder die häusliche Pflege nicht mehr zumutbar bzw. möglich, endet die Pflegezeit vier Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Der Arbeitgeber muss über diese sich geänderten Umstände unverzüglich informiert werden. (PflegeZG, §4, Abs. 2)

### 4.3 Familienpflegezeit nach dem FPfZG

Wird eine längerfristige Reduzierung der Arbeitszeit benötigt, besteht über das FPfZG die Möglichkeit einer teilweisen Freistellung von bis zu 24 Monaten. Eine wöchentliche Arbeitszeit von mindestens 15 Stunden wird hierbei jedoch gefordert. Diese geforderte Arbeitszeit kann sich auch, bezogen auf einen Zeitraum von zwölf Monaten, auf durchschnittlich 15 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit verteilen (BMAS, 2015).

#### 4.3.1 Freistellung zur Betreuung pflegebedürftiger Kinder nach dem PflegeZG

Sowohl im häuslichen aber auch im außerhäuslichen Umfeld (z.B. in einer Klinik) haben Kinder das Bedürfnis, von ihren Eltern betreut zu werden. Hierzu wurde über das PflegeZG und das FPfZG eine Möglichkeit geschaffen, sich als beschäftigtes Elternteil entsprechend der Regelungen zur Pflegezeit und Familienpflegezeit teilweise (bis zu 24 Monate) oder vollständig (bis zu sechs Monate) freistellen zu lassen. Eine Gesamtfreistellung ist jedoch nur bis zu 24 Monate möglich. Auch hier gilt die Regelung, dass eine Freistellung bis zu sechs Monate bei Arbeitgebern mit mindestens 16 Beschäftigten und eine Freistellung bis zu 24 Monaten bei Arbeitgebern mit mindestens 26 Beschäftigten möglich ist (BMAS, 2015).

#### 4.3.2 Freistellung zur Begleitung in der letzten Lebensphase nach dem PflegeZG

Um von nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase würdig Abschied nehmen zu können, räumt das PflegeZG eine dreimonatige vollständige oder teilweise Freistellung vom Beschäftigungsverhältnis ein. Hierbei wird nicht vorausgesetzt, dass der nahe Angehörige in häuslicher Umgebung gepflegt werden muss; eine Begleitung während eines Hospizaufenthaltes ist beispielsweise auch möglich. Nach dem PflegeZG (§3, Abs. 6) zählen hierzu Erkrankungen, welche progredient verlaufen und ein bereits weit fortgeschrittenes Stadium erreicht haben, so dass eine Heilung ausgeschlossen ist und ein palliativmedizinische Behandlung erforderlich sowie eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten zu erwarten ist. Dieser Anspruch besteht jedoch nur in Arbeitsverhältnissen, bei Arbeitgebern, die 15 oder mehr Beschäftigte vorweisen können.

## 4.4 Leistungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

Um ein reibungsloses Verfahren zur Inanspruchnahme der einzelnen gesetzlichen Leistungen zu ermöglichen, ist es sinnvoll zu wissen, was unter „Beschäftigten“ und „nahen Angehörigen“ zu verstehen ist und welche Ankündigungsfristen und Kombinationen der einzelnen Freistellungsansprüche es gibt. Auf diese Inhalte wird im Folgenden genauer eingegangen. Auch auf die Möglichkeiten der finanziellen Förderung, die gesetzlichen Vorgaben zum Kündigungsschutz und die Möglichkeiten der finanziellen Absicherung werden nachfolgend näher beschrieben.

### 4.4.1 Definition naher Angehöriger

Nach dem PflegeZG (2015, § 7, Abs. 3) sind „nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes:

- Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
- Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.“

### 4.4.2 Definition Beschäftigter

Im Sinne des PflegeZG (§7, Abs. 1) sind Beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen oder die zu einer Berufsausbildung Beschäftigten sowie Personen „die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbstständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind; zu ihnen gehören auch die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten.“

### 4.4.3 Ankündigung zur geplanten Freistellung

Sowohl die bis zu zehntägige Pflegezeit als auch die bis zu sechsmonatige Freistellung zur Betreuung eines pflegebedürftigen Kindes und die bis zu dreimonatige Freistellung zur Begleitung eines nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase muss zehn Tage vor Beginn der Freistellung dem Arbeitgeber gegenüber angezeigt werden. Wird Familienpflegezeit und Pflegezeit kombiniert, muss die Pflegezeit bereits acht Tage vor Antritt angekündigt werden. Familienpflegezeit allein muss auch generell acht Tage vor Antritt dem Arbeitgeber gegenüber angezeigt werden (PflegeZG, 2015, §3, Abs. 3).

### 4.4.4 Kombination der Freistellungsansprüche und die mögliche Gesamtdauer

Im Anschluss an eine Freistellung nach dem PflegeZG ist es möglich, weitere Ansprüche der Freistellung nach dem FPfZG in Anspruch zu nehmen und umgekehrt. Voraussetzung dabei ist, dass diese Freistellungen in direkter Folge aufeinander aufbauen. Ausnahme dabei ist eine Unterbrechung der Pflegezeit bzw. Familienpflegezeit zu einer evtl. späteren Aufnahme der Freistellung zur Begleitung in den letzten Lebensmonaten. Die Gesamtdauer der Freistellung ist für insgesamt maximal 24 Monate

möglich, wobei eine spätere dreimonatige Freistellung zur Begleitung in den letzten Lebensmonaten möglich ist (BMAS, 2015).

#### 4.4.5 Finanzielle Unterstützung

Im Rahmen der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach dem PflegeZG zur Organisation bzw. Sicherstellung der Pflege von pflegebedürftigen nahen Angehörigen haben die Anspruchsteller nach § 44a SGB XI ein gesetzliches Anrecht auf Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung für bis zu zehn Tage. „Diese wird auf Antrag von der Pflegekasse beziehungsweise der privaten Pflege-Pflichtversicherung der oder des Pflegebedürftigen gewährt. Wenn mehrere Beschäftigte diesen Anspruch für eine oder einen pflegebedürftigen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Tage begrenzt.“ (BMG, 2017, o.S. )

Zudem ist es möglich, bei Freistellungen im Rahmen des PflegeZG und FPfZG ein zinsloses Darlehen beim BAFzA zu beantragen, um die Einkommenseinbußen während der Freistellung abfedern zu können. Über die Internetseite des BAFzA steht ein Familienpflegezeit-Rechner zur Verfügung. Die Rückzahlung des Darlehens muss nach dem Ende der Pflegezeit erfolgen. In Härtefällen ist eine Stundung, ein teilweiser oder ein vollständiger Erlass möglich (BMFSFJ, o.J.).

#### 4.4.6 Kündigungsschutz, Regelungen bei befristeten Verträgen und soziale Absicherung

In dem Zeitraum zwischen der Ankündigung der Freistellung (höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn) bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung oder Freistellung besteht ein besonderer Kündigungsschutz (PflegeZG, 2015, §5, Abs. 1).

Wird für die Dauer der kurzzeitigen Verhinderung bzw. der Freistellung nach PflegeZG bzw. FPfZG eine Vertretung eingestellt, liegt damit ein sachlicher Grund für eine Befristung des Arbeitsverhältnisses vor. Eine Verlängerung dieser Befristung um die Zeit der Einarbeitung ist dabei zulässig. Eine Kündigung dieses befristeten Arbeitsvertrages ist innerhalb von zwei Wochen möglich. Das Kündigungsschutzgesetz und die darin geltenden Fristen greifen in diesem Fall nicht (PflegeZG, 2015, §6).

Eine soziale Absicherung über die Kranken-, Renten-, Unfall-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung sollte während der Zeit der Freistellung nach dem PflegeZG und FPfZG mit den entsprechenden Pflegeberatern bzw. Pflegeberaterinnen für die Anspruchsteller abgeklärt werden. Hierzu sollten sich die Anspruchsteller mit den jeweiligen Pflegekassen bzw. mit dem privatem Versicherungsunternehmen in Verbindung setzen (BMAS, 2015).

#### 4.5 Weiterführende Links

<http://www.wege-zur-pflege.de/startseite.html>

<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a.html>

<http://www.bafza.de/aufgaben/alter-und-pflege/familienpflegezeit/familienpflegezeit-rechner.html>

#### 4.6 Empfehlenswerte Broschüren

Broschüre des BMG (Stand 02/2017) „Die Pflegestärkungsgesetze. Das Wichtigste im Überblick“

Online verfügbar unter:

[http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Broschue ren/PSG\\_Das\\_Wichtigste\\_im\\_Ueberblick.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschue ren/PSG_Das_Wichtigste_im_Ueberblick.pdf)

Broschüre des BMG (Stand 02/2017) „Die Pflegestärkungsgesetze. Alle Leistungen zum

Nachschlagen“ Online verfügbar unter:

[http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Broschue ren/PSG\\_Alle\\_Leistungen.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschue ren/PSG_Alle_Leistungen.pdf)

Broschüre des BMG (Stand 04/2015) „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

Neue gesetzliche Regelungen seit dem 1.1.2015

Online verfügbar unter:

<https://www.bmfsfj.de/blob/93364/6092c3feafd08f8a90e98f39e477c63c/bessere-vereinbarkeit-von-famiie-pflege-und-beruf-broschuere-data.pdf>

#### 4.7 Literatur- und Quellenverzeichnis

BMAS (10. 04 2015). [www.bmas.de](http://www.bmas.de). Von

<http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsrecht/Vereinbarkeit-Familie-Pflege-Beruf/vereinbarkeit-familie-pflege-beruf.html>

BMFSFJ (2015). [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de). Von

<https://www.bmfsfj.de/blob/93364/6092c3feafd08f8a90e98f39e477c63c/bessere-vereinbarkeit-von-famiie-pflege-und-beruf-broschuere-data.pdf>

BMFSFJ (o.J.). [www.wege-zur-pflege.de](http://www.wege-zur-pflege.de). Von <http://www.wege-zur-pflege.de/themen/zinsloses-darlehen.html>

BMG (2017). [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de). Von

<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/>.html

PflegeZG (2015). [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de). Von [https://www.gesetze-im-internet.de/pflegezg/\\_\\_7.html](https://www.gesetze-im-internet.de/pflegezg/__7.html)

## Didaktik LE 1/7

<b><u>1. Ziele</u></b>	
TN werden sich ihrer eigenen Vorstellungen von Wohnen im Alter bewusst TN kennen Möglichkeiten und Anlaufstellen der altersgerechten Wohnraumanpassung TN setzen sich mit alternativen Wohnformen auseinander TN sind über regionale Angebote informiert	
<b><u>2. Inhalte</u></b>	
Wohnen zu Hause im Alter Wohnungsanpassung Alltagshilfen Alternative Wohn- und Pflegeformen	
<b><u>3. Methoden</u></b>	
Einzelübung: Frage an sich selbst: Wie möchte ich im Alter leben? Gruppengespräch: Erfahrungsaustausch zum Thema Wohnen im Alter Impulsvortrag zu Wohnraumanpassungsmöglichkeiten und (technischen) Hilfsmitteln Gruppendiskussion: Regionale Angebote und adäquate Individuallösungen	
<b><u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u></b>	
Moderationskoffer Flipchart, Papier, Stifte Beamer/ Notebook/ Internetzugang	
<b><u>5. Auflockerung</u></b>	
Checkliste - Wie möchte ich selbst im Alter leben? Videoclip zu technischen Assistenzsystemen	
<b><u>6. Vorbereitung</u></b>	
Koordinationsstelle Wohnen im Alter <a href="http://www.wohnen-alter-bayern.de">www.wohnen-alter-bayern.de</a>  Wohnen im Alter <a href="http://www.zukunftsmministerium.bayern.de/senioren/wohnen/index.php">www.zukunftsmministerium.bayern.de/senioren/wohnen/index.php</a> Wegweiser Alter und Technik <a href="https://www.wegweiseralterundtechnik.de/index.php/Hauptseite">https://www.wegweiseralterundtechnik.de/index.php/Hauptseite</a>	
<b><u>7. Zeitplan</u></b>	
45 Min.	

## 5 Wohnen zu Hause im Alter

### 5.1 Das eigene Zuhause

Mit zunehmendem Alter gewinnt das Zuhause an Bedeutung. Gerade für Menschen im Ruhestand bilden die eigenen vier Wände oft den Lebensmittelpunkt, um den herum sich ihr Alltag abspielt. Viele verbindet eine lange Geschichte mit ihrer Wohnung oder ihrem Haus und sie möchten dort am liebsten bis zuletzt bleiben, selbst wenn die Räumlichkeiten zu groß geworden sind, weil die Kinder ausgezogen sind oder der Partner verstorben ist.

Mit dem Alter können Veränderungen einhergehen, die den Aufenthalt im eigenen Zuhause erschweren. So können beispielsweise Beweglichkeit, Kraft und Koordination sowie die Hör- oder Sehfähigkeit nachlassen. Auch krankheitsbedingte Einschränkungen können den Alltag erschweren.

Ein altersgerecht gestalteter Wohnraum und individuell angepasste Unterstützungsangebote sind oftmals notwendig, damit ältere Menschen bis ins hohe Alter selbstbestimmt und selbstständig leben und dabei ein hohes Maß an Lebensqualität empfinden können.

#### 5.1.1 Wohnungsanpassung

Ein altersgerechtes Wohnumfeld begünstigt einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Neben Unterstützungsdienstleistungen wie beispielsweise Hilfe im Haushalt oder pflegerischer Versorgung, kann eine Anpassung des Wohnumfelds an die Bedürfnisse der älteren Menschen notwendig werden.

##### 5.1.1.1 Barrierefreiheit

Allem voran steht dabei die Barrierefreiheit, das heißt genügend Bewegungsfreiheit im Haus oder in der Wohnung. Dies kann beispielsweise erreicht werden durch das Umstellen von Möbeln oder dem Beseitigen von Stolperfallen wie Teppichen oder Kabeln sowie der Erreichbarkeit aller wichtigen Räume, der oftmals Türschwellen mit hohen Kanten oder zu schmale Türen im Wege stehen.

##### 5.1.1.2 Lichtverhältnisse

Eine gute und lückenlose Ausleuchtung der Räume sowie eine einfache Handhabung der Beleuchtung ist ebenso von großem Vorteil, um Stürzen vorzubeugen und Sicherheit zu vermitteln. Diese kann mit zum Beispiel mit zusätzlichen Lichtschaltern, automatischen Lichtsensoren oder einer zentralen Lichtsteuerung hergestellt werden.

##### 5.1.1.3 Haltemöglichkeiten

Neben der Bewegungsfreiheit spielen Haltemöglichkeiten eine wichtige Rolle im häuslichen Umfeld. Dazu zählen beispielsweise Haltegriffe in Bad und Toilette, aber auch im Schlaf- oder Wohnzimmer,

je nachdem, wo der ältere Mensch sich aufhält und nach dem Sitzen oder Liegen wieder aufstehen muss. Auch stabile Möbelstücke können als Haltemöglichkeit in Frage kommen. Bei allen Überlegungen kommt es hierbei allerdings auf die tatsächlichen individuellen Bedürfnisse und Bewegungsgewohnheiten an.

#### 5.1.1.4 Kommunikations- und Notrufsystem

Sich mit der Familie, Freunden, Bekannten oder Nachbarn austauschen zu können, zählt zu den Grundbedürfnissen des Menschen. Ältere Menschen, die aufgrund von Bewegungseinschränkungen ihre Wohnung nicht mehr verlassen können oder deren Familie weit weg lebt, können mit modernen Kommunikationsmedien soziale Kontakte aufrechterhalten. Vom Telefonieren über Videotelefonie bis hin zu E-Mails oder Live-Chats ist für technikaffine Senioren der Austausch von Nachrichten, Bildern oder eben der persönliche Kontakt mittels Telefon, Smartphone, Tablet oder Computer heute möglich. Diese breitgefächerten Kommunikationsmöglichkeiten geben dabei auch Sicherheit, im Notfall Hilfe rufen zu können oder mit Hilfe der Technik im alltäglichen Kontakt etwas aufeinander Acht zu geben. Daneben bieten zahlreiche Organisationen Hausnotrufsysteme an, die fest in der Wohnung installiert oder am Körper getragen werden können. Wird der Notruf durch Knopfdruck ausgelöst, erhält der Anbieter, oftmals ein Pflegedienst, eine Nachricht und nimmt telefonischen Kontakt auf oder alarmiert direkt den Rettungsdienst.

#### 5.1.2 Wohnberatung

Wer sein Zuhause altersgerecht gestalten möchte und dafür etwaige Umbauten in Kauf nehmen kann und möchte, erhält qualifizierte Beratung bei sogenannten ‚Wohnberatungsstellen‘. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Wohnungsanpassung hält auf ihrer Homepage ein bundesweites Beratungsstellenverzeichnis bereit (für Bayern unter Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V., 2017). Die Beratungsstellen informieren über bauliche und technische Wohnungsanpassungsmöglichkeiten sowie über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Zuschüssen, beispielsweise der Pflegekassen.

## 5.2 Alltagshilfen

Aus dem Bereich der Gerontotechnik sowie der allgemeinen technischen Erleichterungen für das eigene Zuhause, beispielsweise ‚Smart-Home‘-Angebote, lassen sich Hilfsmittel für unterschiedlichste Bereiche finden. Im Folgenden sind einige aufgelistet, die Senioren im Alltag unterstützen und ihr Leben zuhause einfacher und sicherer machen können.

### 5.2.1 Technische Hilfen im Haushalt und Alltag

- Automatische Rollläden mit Zeitschaltung
- Zentrale Regelung der Heizung über Software und App
- Staubsaugerroboter
- Intelligenter Kühlschrank
- Medikamentenbox mit Erinnerungsfunktion
- Interaktiver Kalender

#### 5.2.1.1 Sicherheitssysteme

- Rauchmelder
- Wasserüberlaufschutz
- Lichtsensoren
- Kameras für den Türeingang
- Notrufsystem

## 5.3 Alternative Wohnformen

Für ältere Menschen gibt es auch noch alternative Wohnformen, jenseits klassischer Heime, betreuten Wohnens oder des Lebens in der bisherigen Wohnung.

### 5.3.1 Wohngemeinschaft

In einer Wohngemeinschaft leben mehrere ältere Menschen in einer großen Wohnung oder einem Haus zusammen, wobei alle Personen ihren privaten Bereich haben, in der Regel ein bis zwei Zimmer. Darüber hinaus gibt es Räume, die gemeinschaftlich genutzt werden, beispielsweise Küche, Bad, Wohnzimmer, Abstellräume und sofern vorhanden Balkon, Terrasse, Garten. Die Wohngemeinschaft muss in allen Bereichen von den Zusammenwohnenden organisiert werden - vom Mietverhältnis über Energie- und Telefonanbieter bis hin zu den ganz konkreten Alltagsabläufen in der Gemeinschaft.

### 5.3.2 Mehrgenerationenwohnen

Beim Mehrgenerationenwohnen leben Menschen verschiedener Altersklassen ganz bewusst unter einem Dach leben zusammen. Sie empfinden sich als Hausgemeinschaft, unterstützen sich gegenseitig und unternehmen gemeinsame Aktivitäten. In einer Wohnanlage oder einem großen Haus haben alle Parteien ihre eigene Wohnung, kennen jedoch ihre Nachbarn und begegnen ihnen von Zeit zu Zeit in dafür vorgesehenen Räumlichkeiten, die alle gemeinschaftlich nutzen können. Interesse an

anderen Menschen und Hilfsbereitschaft verbindet die Generationen. Ältere Menschen können junge Familien beispielsweise in Form von Kinderbetreuung unterstützen, die Jüngeren können den Älteren dafür bei schweren Tätigkeiten zur Hand gehen oder eine Mitfahrgelegenheit zum Einkaufen anbieten.

### 5.3.3 Seniorenhausgemeinschaft

Jüngere Senioren, die einen Umzug in ein altersgerechtes Wohnumfeld in Kauf nehmen, diesen beizugehen und danach doch nicht ganz auf sich gestellt sein möchten, können sich Gleichgesinnte suchen und mit ihnen zusammen ein geeignetes Wohnobjekt beziehen. Im Gegensatz zum Mehrgenerationenwohnen setzt sich eine Seniorenhausgemeinschaft bewusst aus älteren Menschen ähnlichen Alters zusammen. Im Vordergrund stehen hier das „Zusammen alt werden“ sowie die Gestaltung und Bewältigung des (Wohn-)Alltags.

## 5.4 Weiterführende Links

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V.

<http://www.wohnungsanpassung-bag.de/seite/259748/beratungsangebote.html>

Verzeichnis Wohnberatungsstellen Deutschland (nach Bundesländern)

<http://www.wohnungsanpassung-bag.de/seite/259749/wohnberatungstellen.html>

Nullbarriere.de

<https://nullbarriere.de/wohnungsanpassung-massnahmen.htm>

Koordinationsstelle Wohnen im Alter

<http://www.wohnen-alter-bayern.de>

Deutsche Gesellschaft für Gerontotechnik

<http://www.gerontotechnik.de>

Selbstbestimmtes Leben - Hindernisse im Alltag reduzieren

<http://www.selbstbestimmtes-leben.org/ambient-assisted-living/produkte/>

FZI Forschungszentrum Informatik am Karlsruher Institut für Technologie - Wegweiser Alter und Technik

<https://www.wegweiseralterundtechnik.de/index.php/Hauptseite>

## 5.5 Literatur- und Quellenverzeichnis

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V. - Landesarbeitsgemeinschaft Bayern (2017):

Aktuelle Liste der Wohnberatungsstellen und Wohnberatungsangebote in Bayern

[http://www.verein-stadtteilarbeit.de/images/pdfs/BeWo/2017-04\\_AdressenWohnberaterBay.pdf](http://www.verein-stadtteilarbeit.de/images/pdfs/BeWo/2017-04_AdressenWohnberaterBay.pdf)

## Didaktik LE 1/8

<b><u>1. Ziele</u></b>	
TN haben Wissen über verschiedene Wohn- und Versorgungsangebote für ältere Menschen TN kennen Besonderheiten und Unterschiede der einzelnen Angebote TN können spezifische Angebote dem Unterstützungsbedarf der Senioren zuordnen	
<b><u>2. Inhalte</u></b>	
Wohn- und Versorgungsformen Ambulante Pflege Teilstationäre pflege Stationäre Pflege	
<b><u>3. Methoden</u></b>	
Brainstorming Fokusgespräch Kleingruppenarbeit zu den verschiedenen Wohnformen Gruppendiskussion	
<b><u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u></b>	
Moderationskoffer Flipchart/ Papier/ Stifte Beamer/ Notebook/ Internetzugang	
<b><u>5. Auflockerung</u></b>	
Partnerinterview Videoclip	
<b><u>6. Vorbereitung</u></b>	
Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Pflege <a href="http://www.stmgp.bayern.de/pflege">www.stmgp.bayern.de/pflege</a>  Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Wege zur Pflege: <a href="http://www.wege-zur-pflege.de">www.wege-zur-pflege.de</a> Wegweiser Demenz: <a href="http://www.wegweiser-demenz.de">www.wegweiser-demenz.de</a>	
<b><u>7. Zeitplan</u></b>	
45 Min.	

## 6 Wohn- und Versorgungsformen

Pflegebedürftige Menschen und ihre pflegenden Angehörigen können sehr unterschiedliche Unterstützung benötigen. Mit dem Fortschreiten einer Erkrankung kann sich der Unterstützungsbedarf verändern und erhöhen. Um auf diesen Fall gut vorbereitet zu sein, ist es nützlich, sich bereits frühzeitig einen Überblick über lokale Unterstützungsangebote zu verschaffen. Über die Angebote von Sozialstationen und Wohlfahrtsverbänden hinaus gibt es beispielsweise zahlreiche Unterstützungsangebote der Nachbarschaftshilfe, privater Vereine oder der Orts- oder Kirchengemeinden. Information und Beratung stehen dabei an erster Stelle, um den individuellen Bedarf sowie die örtlichen Angebote zu ermitteln.

### 6.1 Verschiedene Wohn- und Unterstützungsangebote

Wenn der Aufenthalt in den eigenen vier Wänden schwierig wird, zum Beispiel, weil die Haushaltsführung zu viel Kraft kostet, Treppen steigen schwerfällt oder der Einstieg in die Badewanne nur mit größter Anstrengung gelingt, stellt sich für die älteren Menschen die grundlegende Frage:

*Möchte ich zuhause in meinen eigenen vier Wänden bleiben oder suche ich mir eine andere Wohnform, die das Leben im Alter erleichtert und eventuell sogar mit Unterstützungsangeboten verbunden ist?*

Die Möglichkeiten, einen Wohnraum an die Erfordernisse des Alterns anzupassen und sich Unterstützung zu suchen, um in der eigenen Häuslichkeit verbleiben zu können, sind vielfältig. Welche sinnvoll und umsetzbar sind, richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen der älteren Menschen.

### 6.2 Ambulante Wohn- und Versorgungsformen für ältere Menschen

Der hohe Stellenwert, den die eigenen vier Wände für die meisten Menschen haben, wurde eingangs bereits beschrieben. Kann der Alltag zuhause nicht mehr alleine bewältigt werden, stehen älteren Menschen zahlreiche Unterstützungsangebote zur Verfügung, um weiterhin in ihrer vertrauten Umgebung leben zu können.

#### 6.2.1 Betreutes Wohnen zuhause

Leben ältere Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit und erhalten professionelle Unterstützung durch einen ambulanten Dienst, spricht man von ‚Betreutem Wohnen zuhause‘. Die Hilfsangebote reichen von Begleitung bei Erledigungen über Unterstützung bei der Haushaltsführung bis hin zur

Pflege. Ältere Menschen können diese Leistungen privat in Anspruch nehmen oder sie bei Pflegebedürftigkeit ihrem Pflegerad entsprechend als Leistungen der Pflegekasse erhalten.

### 6.2.2 Betreutes Wohnen

Das Betreute Wohnen bietet älteren Menschen die Möglichkeit, in einem eigenen, meist angemieteten Appartement zu leben, bei Bedarf aber Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen zu können. Die Wohnung ist barrierefrei, altengerecht und verfügt über ein Notrufsystem, über das im Bedarfsfall Hilfe angefordert werden kann. Meist ist sie Bestandteil einer speziellen Wohnanlage, teilweise auch in unmittelbarer Nähe zu einem Altenpflegeheim oder diesem sogar angegliedert. Wohnraum- und Dienstleistungsanbieter können sich dabei unterscheiden. Z.B. kann der Vermieter eine Wohnungsbaugesellschaft und der Dienstleistungsanbieter ein Pflegedienst sein.

Zwischen den Parteien wird in der Regel ein Miet- und Betreuungsvertrag abgeschlossen, der Grundleistungen, wie beispielsweise Information und Beratung zu Pflege- und Dienstleistungen sowie den Notrufservice beinhaltet. Nach Belieben und Bedarf können darüber hinaus Wahlleistungen, beispielsweise hauswirtschaftlicher oder pflegerischer Art, in Anspruch genommen werden, die mit dem jeweiligen Anbieter separat abgerechnet werden müssen. Dies kann beispielsweise sein: Essensversorgung, Einkaufshilfe, Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Unterhaltungs- und Betreuungsangebote.

### 6.2.3 Betreute Wohngemeinschaft

Für ältere Menschen, die aufgrund ihres Unterstützungsbedarfs nicht mehr in ihrer eigenen Häuslichkeit leben können, aber nicht alleine leben möchten, kann eine ambulant betreute Wohngemeinschaft eine Alternative zu einem Altenpflegeheim darstellen. Mehrere ältere Menschen leben dort in einer großen Wohnung oder einem Haus zusammen und werden von einem oder mehreren ambulanten Diensten unterstützt. Selbstbestimmung und gemeinsame Gestaltung des Alltags stehen dabei im Vordergrund. Der Besuch einer bereits bestehenden Wohngemeinschaft kann wertvolle Eindrücke liefern. Schließen sich ältere Menschen zu einer Wohngemeinschaft zusammen, tragen sie die Organisation des Wohnraums sowie der benötigten Dienstleistungen und Abläufe selbst.

### 6.2.4 Teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege

Dem Gesetz nach haben Pflegebedürftige die Möglichkeit, teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege in Anspruch zu nehmen, wenn die Pflege zuhause nicht im erforderlichen Umfang gewährleistet werden kann (SGB XI, § 41 (1)). Dieses Angebot besteht ebenfalls, wenn diese Maßnahme zur Stärkung der Pflege im häuslichen Umfeld beiträgt (ebd.). Teilstationäre Pflege kann

eine Ergänzung und Unterstützung der häuslichen Pflege darstellen und pflegende Angehörige zeitweise entlasten. Der Umzug in ein Altenpflegeheim kann dadurch hinausgezögert oder eventuell sogar ganz vermieden werden.

#### 6.2.5 Tages- und Nachtpflege

In Einrichtungen der Tagespflege können ältere Menschen tagsüber Pflege und Betreuung erhalten. Je nach Konzept der Institution und persönlichen Vorlieben des Pflegebedürftigen beziehungsweise der pflegenden Angehörigen können sich ältere Menschen dort stundenweise oder den ganzen Tag aufhalten und die Angebote der Einrichtung nutzen.

Ähnlich der Tagespflege existieren auch Einrichtungen der Nachtpflege, in denen ältere Menschen Abend und Nacht verbringen können und dabei professionell betreut und versorgt werden. Morgens kehren sie nach Hause zurück und werden dort, je nach dem persönlichen Arrangement, weiter von ihren Angehörigen oder durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützt.

Die Beförderung zur Tages- oder Nachtpflege und zurück nach Hause ist ebenfalls Bestandteil des Rechtsanspruches aus dem Sozialgesetzbuch (SGB XI, § 41 (1)), sodass die pflegenden Angehörigen sich darauf verlassen können, dass die Inanspruchnahme des Angebotes nicht von den Beförderungsmodalitäten abhängt.

#### 6.2.6 Kurzzeitpflege

Wenn es zeitweise nicht möglich ist, die häusliche Pflege im notwendigen Umfang zu erbringen, zum Beispiel im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder in Krisensituationen, und die Pflege zuhause auch nicht mit Hilfe der teilstationären Pflege gewährleistet werden kann, haben die Pflegebedürftigen Anspruch, bis zu acht Wochen pro Jahr in einer vollstationären Einrichtung versorgt zu werden (SGB XI, § 42 (1)). Durch die Kurzzeitpflege können Krankenhausaufenthalte verkürzt und die Nachsorge gesichert werden.

#### 6.2.7 Verhinderungspflege

Ist die Hauptpflegeperson verhindert (beispielsweise durch Krankheit oder weil sie selbst Erholung benötigt oder aus anderen Gründen), haben die Pflegebedürftigen bis zu sechs Wochen pro Jahr Anspruch auf Ersatzpflege (SGB XI, § 39 (1)). Die Kosten übernimmt die Pflegekasse.

### 6.3 Sonderform: Osteuropäische Betreuungskräfte als Alternative?

Osteuropäische Betreuungskräfte sind ein sehr kontrovers diskutiertes Thema im Pflegebereich.

Gleichzeitig ist es eine Möglichkeit, einen Umzug in ein Heim oder eine andere Wohnform hinauszuzögern oder vielleicht gar zu verhindern. Es kann somit als ein Instrument gesehen werden, den sozialpolitischen Grundsatz „ambulant vor stationär“ praktisch umzusetzen.

Die Bandbreite der meist durch Agenturen und Vermittler angebotenen Dienstleistung ist dabei sehr weit gestreut. Es muss an dieser Stelle auch deutlich darauf hingewiesen werden, dass ca. 90% der osteuropäischen Betreuungskräfte sich in einem, in irgendeiner Form von illegalem Rechtsverhältnis, befinden. Dies betrifft Arbeitszeitregelungen, steuerrechtliche oder sozialrechtliche Aspekte. Es gibt jedoch auch Möglichkeiten, diese Versorgungsform legal zu beziehen, nur wird sie dann eben entsprechend teurer, als eine Lösung im Schatten illegaler Erwerbstätigkeit.

Ebenso sind die Erwartungen an eine solche osteuropäische Betreuungskraft vorab zu klären. Meist sind es Frauen, die über keinerlei pflegerische Ausbildung verfügen. Die deutschen Sprachkenntnisse sind eher gering ausgeprägt. Betreuungskräfte mit besseren Sprachkenntnissen sind in der Regel teurer als Personen mit geringeren Sprachkenntnissen. Die Fähigkeit auf individuelle gesundheitliche Probleme (z.B. Demenz) einzugehen, ist unterschiedlich stark vorhanden. Auch die Vorstellung, dass eine Betreuungsperson 24 h am Tag, 7 Tage die Woche zur Verfügung steht, ist arbeitsrechtlich unmöglich.

Insbesondere in Kombination mit einem ambulanten Pflegedienst, der dann entsprechend professionell die tatsächlichen Pflegeleistungen übernimmt, kann eine Betreuungskraft unterstützend im Haushalt tätig werden, beispielsweise beim Kochen, für Einkäufe, Haushaltsreinigung, Unterhaltung oder als Unterstützung beim Aufsuchen der Toilette etc. Bei der Nennung der möglichen Tätigkeitsfelder wird bereits klar, dass eine osteuropäische Betreuungskraft kein Ersatz für professionell durchgeführte Pflege durch ausgebildetes Personal sein kann.

Als Ergänzung in einem komplexen Pflegesetting kann es aber dennoch durchaus sinnvoll sein. Manche ambulanten Dienste sind bereits auf eine solche Form der Versorgung eingestellt und stellen einen entsprechenden Mix an Dienstleistungen zur Verfügung. Hier lohnt es sich bei Pflegediensten nachzufragen, ob bereits Kooperationen mit Agenturen oder Dienstleistern existieren.

Generell ist es für interessierte Angehörige von Pflegebedürftigen schwierig, „seriöse“ Anbieter in dieser Branche zu finden. Exemplarisch wird hier auf das Angebot der Stiftung Warentest verwiesen, die unterschiedliche Anbieter getestet haben und die Ergebnisse in einem kostenpflichtigen Artikel veröffentlicht haben

<https://www.test.de/Pflege-Betreuungskraft-aus-Osteuropa-die-besten-Vermittler-5170957-0/>

Ebenso können die Interessensvertreter der Dienstleistungsanbieter Auskunft geben:

- Verband für häusliche Betreuung und Pflege  
<http://www.vhbp.de/organisation>
- Bundesverband häusliche Seniorenbetreuung  
<http://www.bhsb.de/mitglieder.html>

Die Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ gibt auch in einem Fachartikel einen kurzen Einblick in die Diskussion rund um diesen sogenannten „grauen Pflegemarkt“:

<https://www.zqp.de/portfolio/fachartikel-pflegehelfer-im-grauen-arbeitsmarkt/>

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass osteuropäische Betreuungskräfte im Einzelfall eine sinnvolle Alternative zu etablierten Versorgungsformen sein können. Insbesondere im Kombination mit einem ambulanten Pflegedienst kann auch Pflegequalität gewährleistet werden. Dennoch ist die Branche für viele Ratsuchende noch sehr undurchsichtig und es ist schwierig im Dschungel der Angebote den richtigen Anbieter zu finden. Kontrollmechanismen der Qualität, wie beispielsweise der MDK oder die Heimaufsicht es sein könnten, sind bei dieser Versorgungsform in der Regel nicht zuständig.

## 6.4 Versorgungskonzepte in der stationären Altenhilfe

In der stationären Langzeitpflege existieren unterschiedliche Modelle der Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen. Drei grundlegende Arten der Versorgung sind bis heute Alten- und Pflegeheimen vorherrschend und prägen das Leben der Institutionen - die integrative, die teilsegregative und die segregative Pflege (Schneekloth & Wahl, 2007).

### 6.4.1 Die integrative Versorgung

Bei der integrativen Versorgung leben die Bewohner in einem gemeinsamen Wohnbereich zusammen, ungeachtet ihres Hilfe- und Pflegebedarfs und ihrer Erkrankungen sowie der damit verbundenen Einschränkungen (Schäufele et al., 2007). Sie teilen somit sozial wie räumlich ihren Alltag, auch im Hinblick auf Aktivitäten und Beschäftigungsangebote (ebd.). Diese Form entspricht den traditionell bestehenden „Regelversorgungsstrukturen“ (Schneekloth & Wahl, 2007) der stationären Pflege

und Betreuung älterer Menschen. Dieses Modell entspricht dem Prinzip der Normalität, da das Bewohnerklientel eines Wohnbereiches als ein verkleinerter Ausschnitt der Gesellschaft betrachtet werden kann, in der ebenfalls Menschen mit unterschiedlichsten Bedürfnissen, Fähigkeiten und eben auch Einschränkungen zusammenleben (Eglin et al., 2009).

#### 6.4.2 Die teilesegregative Versorgung

In der teilesegregativen Versorgung leben Menschen mit und ohne kognitive Einschränkungen (zum Beispiel durch eine Demenz) gemeinsam in einem Wohnbereich zusammen. Es existieren jedoch spezialisierte Angebote für die Menschen mit kognitiven Einschränkungen, bei denen sie den Wohnbereich tagsüber für einige Zeit verlassen und dann separat in einer homogenen Gruppe betreut werden (Weyerer et al., 2005). Diese Form wird auch als „Integrationsprinzip“ bezeichnet, da die Bewohner mit kognitiven Einschränkungen zwar eine gesonderte, auf ihre Bedürfnisse abgestimmte, Betreuung erhalten, zu der sie zeitlich und räumlich von den anderen getrennt sind, ansonsten aber zusammen mit ihren Mitbewohnern in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben und so in die „Rund-um-die-Uhr“-Betreuung der stationären Einrichtung eingebunden sind (Weyerer et al., 2006).

#### 6.4.3 Die segregative Versorgung

Der segregativen Versorgung liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen mit kognitiven Einschränkungen, vor allem aufgrund einer Demenz, besondere psychosoziale Bedürfnisse haben, die eine spezielle, von Menschen ohne Demenz getrennte, Versorgung erforderlich machen (Weyerer et al., 2005). Bei der segregativen Form erfahren Menschen mit kognitiven Einschränkungen in einem separaten, demenzgerecht gestalteten Wohnbereich eine spezialisierte „Rund-um-die-Uhr“-Betreuung, die neben der notwendigen pflegerischen Versorgung auch gezielt tagesstrukturierende, aktivierende und therapeutische Angebote enthält (Weyerer et al., 2006)

### 6.5 Vergleich der verschiedenen Wohn- und Unterstützungsangebote

Die meisten älteren Menschen möchten bis zu ihrem Lebensende in ihren eigenen vier Wänden leben. Können sie den Alltag nicht mehr alleine meistern, stehen zahlreiche Unterstützungsangebote zur Verfügung, die einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen. Ob es sich bei diesen um Hilfe im Haushalt, Begleitung bei Erledigungen, pflegerische Unterstützung oder ein Entlastungsangebot für pflegende Angehörige oder den Umzug in eine betreute Wohnung oder Wohngemeinschaft handelt, muss im Einzelfall gemäß den individuellen Wünschen und Erfordernissen entschieden werden. Ist eine ausreichende Versorgung trotz dieser Unterstützungsangebote nicht mehr zu gewährleisten, muss der Umzug in ein Altenpflegeheim erwogen werden, da dort für eine „Rund um die Uhr

- Betreuung“ gesorgt ist. In den meisten Altenpflegeheimen gibt es gemischte Wohnbereiche, in denen Menschen mit unterschiedlichen Erkrankungen und Einschränkungen zusammenleben. Ebenso gibt es spezialisierte Bereiche für Menschen mit ähnlichen alters- und krankheitsbedingten Bedürfnissen. Welcher Bereich infrage kommt, sollte individuell und mit Beratung der Pflegeeinrichtung entschieden werden.

## 6.6 Weiterführende Links

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege Bayern

<https://www.stmgp.bayern.de/pflege/>

Bundesministerium Familie, Senioren, Frauen, Jugend - Wege zur Pflege

<https://www.wege-zur-pflege.de/startseite.html>

Bundesministerium Familie, Senioren, Frauen, Jugend - Wegweiser Demenz

<http://www.wegweiser-demenz.de/startseite.html>

Koordinationsstelle Wohnen im Alter

<http://www.wohnen-alter-bayern.de>

## 6.7 Literatur- und Quellenverzeichnis

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2017): *Pflege*. Zugriff am 16.03.17 unter: <https://www.stmgp.bayern.de/pflege/>

Eglin, A.; Huber, E.; Rüegg, A.; Schröder, B.; Stahlberger, K.; Willemin, R. (2009): *Spiritualität im Alltag von Menschen mit Demenz - Reflexionen und Anregungen*. Zürich: Theologischer Verlag Zürich.

Schäufele, M.; Köhler, L.; Lode, S.; Weyerer, S. (2007): *Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation*. In: Schneekloth, U.; Wahl, H. W. (Hrsg.) *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MUG VI)*. (Kap. 3) München: Onlinepublikation. Zugriff am 05.08.13 unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

Schneekloth, U.; Wahl, H. (Hrsg.) (2007): *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MUG VI)*. München: Onlinepublikation. Zugriff am 05.08.13

unter<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

Weyerer, S.; Schäufele, M.; Hendlmeier, I. (2005): Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie: 38:85–94. DOI 10.1007/s00391-005-0293-y

Weyerer, S.; Schäufele, M.; Hendlmeier, I.; Kofahl, C.; Sattel, H. (2006): Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen - Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich (1. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.

Ohne Angabe des Verfassers: Sozialgesetzbuch XI. Zugriff am 26.03.2017 unter [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/index.ht](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/index.ht)

## Didaktik LE 2/1-2

<b><u>1. Ziele</u></b>	
TN kennen wichtige Leistungen der Pflegeversicherung TN wissen, wie sie sich im Bereich der Pflegeversicherung weiter informieren können TN können unterschiedliche Leistungen voneinander unterscheiden TN haben Überblick über mögliche Anwendungsvoraussetzungen	
<b><u>2. Inhalte</u></b>	
Pflegeversicherung und deren Leistungen Pflegestufen und Pflegegrade Geld- und Sachleistung Entlastungsbetrag Verhinderungs- und Kurzzeitpflege Tages- und Nachtpflege Leistungen bei vollstationärer Pflege	
<b><u>3. Methoden</u></b>	
Vortrag Arbeit mit Broschüren Gruppenarbeit	
<b><u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u></b>	
Flipchart/ Papier/ Stifte PC/Beamer/Internet Moderationskoffer Broschüren (s.u.)	
<b><u>5. Auflockerung</u></b>	
<b><u>6. Vorbereitung</u></b>	
Broschüre für alle TN besorgen: Die Pflegestärkungsgesetze. Alle Leistungen im Überblick Ratgeber Pflege. Alles, was Sie zum Thema Pflege und den Pflegestärkungsgesetzen wissen müssen Alle Broschüren herausgegeben von: Bundesministerium für Gesundheit	
<b><u>7. Zeitplan</u></b>	
90 Minuten	

## 7 Gesetze II: Pflegeversicherung und deren Leistungen

### 7.1 Die Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der Sozialversicherungen

Durch die zunehmende Alterung der Gesellschaft steigt auch die Wahrscheinlichkeit, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Eine bestehende Pflegebedürftigkeit ist mit physischen, psychischen und finanziellen Belastungen der Betroffenen und deren Familien verbunden. (BGM, 2017a)

Durch sich ändernde Familiengefüge verstärkt sich die Problematik. Mehrgenerationenfamilien leben heutzutage meist multilokal verstreut und nicht mehr unter einem Dach. Auch der erhöhte Anteil der berufstätigen Töchter führt dazu, dass meist keine Pflegeunterstützung innerhalb der Familien im notwendigen Ausmaß geleistet werden kann (Schuster, 2013).

Aktuelle Daten (Stand: Ende 2015) zeigen, dass ca. 3 Millionen Menschen aktuell monatliche Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, wobei gut 2/3 ambulante Pflege und 1/3 stationäre Pflege beanspruchen (BGM, 2017a).

Neben den zentralen Säulen der Sozialversicherung in Deutschland – der Kranken-, der Renten-, der Unfall- und der Arbeitslosenversicherung – wurde zum 01.01.1995 die „fünfte Säule“, die Pflegeversicherung in Deutschland eingeführt. Diese dient der Absicherung im Falle von Pflegebedürftigkeit. Als gesetzliche Grundlage gilt das Sozialgesetzbuch XI. Bürger, die gesetzlich krankenversichert sind, sind automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Privat Krankenversicherte müssen sich folglich auch privat pflegeversichern, da in Deutschland eine Pflegeversicherungspflicht besteht (BGM, 2017a).

### 7.2 Generelle Leistungen der Pflegeversicherung

„Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in der Bewältigung ihres Alltags unterstützen und den pflegebedürftigen Menschen befähigen, trotz Abhängigkeit von der Hilfe anderer, ein möglichst selbstständiges Leben zu führen“ (Kimmel & Breuninger, 2016, S. 477).

Die Leistungen zur sozialen Pflegeversicherung werden in Form von Beiträgen sowohl durch Arbeitgeber als auch durch Arbeitnehmende finanziert. Leistungsdauer und Leistungsumfang hängen von der Dauer und dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad und Art der Pflege) ab (BGM, 2017a).

Die Pflegeversicherung soll als Teilleistungsversicherung durch Geld- und Sachleistungen die Risiken von Pflegebedürftigkeit abfedern. Zudem werden Aufwände für technische Hilfsmittel übernommen und Kosten für Umbaumaßnahmen zum Teil mitfinanziert (Kimmel & Breuninger, 2016).

### 7.3 Veränderte Pflegeleistungen durch die Pflegestärkungsgesetze I und II

Das Thema Pflege rückt bereits seit geraumer Zeit immer mehr in den Fokus politischer Debatten. Verschiedene Gesetzgebungen der letzten Jahre haben sich explizit mit dem Thema Pflege auseinandergesetzt, um bessere Rahmenbedingung zu schaffen.

#### 7.3.1 Veränderte Leistungen im ambulanten Bereich

Mit dem Pflegestärkungsgesetz I stehen den Menschen seit dem 01.01.2015 verbesserte Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung. Vor allem die Versorgung in der häuslichen Umgebung wurde mit zusätzlichen rund 1,4 Milliarden Euro jährlich finanziell bezuschusst, wodurch für alle zuhause betreuten Pflegebedürftigen das Pflegegeld sowie die Ansprüche auf Pflegesachleistungen für die häusliche Pflege erhöht wurden. Ziel war es dabei, die Betreuung und pflegerische Versorgung in den eigenen vier Wänden besser zu unterstützen. Mit der Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade stehen durch das Pflegestärkungsgesetz II den meisten Pflegebedürftigen nochmals deutlich höhere Leistungen zur Verfügung.

Zusätzliche konkrete Einzelmaßnahmen, wie der finanzielle Zuschuss für Umbaumaßnahmen (beispielsweise für eine Türverbreiterung) wurden seit 2015 auf bis zu 4.000 Euro nahezu verdoppelt. Auch steht mehr Geld für Pflegeverbrauchsprodukte, wie Betteinlagen, in einer Höhe von bis 40 Euro monatlich zur Verfügung.

Auch die Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege wurden ausgebaut und können ab 2015 besser miteinander kombiniert werden. So sind bis zu 8 Wochen im Jahr für Kurzzeitpflege und bis zu 6 Wochen im Jahr für Verhinderungspflege möglich. Zudem ist eine Kombination von Kurzzeit- und Verhinderungspflege ist möglich. Genauere Auskünfte kann die zuständige Pflegekasse geben.

Durch das Pflegestärkungsgesetz II steht ab 2017 zusätzlich ein Entlastungsbeitrag in Höhe von 125 Euro monatlich zu Verfügung, welcher für die Erstattung von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste oder Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind.

Auch die Leistungen für Tages- und Nachtpflege wurden ausgebaut und lassen sich nun ohne Kürzungen neben ambulantem Pflegegeld und Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen. Zudem unterstützen neue Entlastungsleistungen, wie Hilfen im Haushalt oder Alltagsbegleiter, ehrenamtlich Helfende. Hier können seit 2015 bis 40% der ambulanten Sachleistungen eingesetzt werden.

Ambulante Wohngruppen werden durch die Pflegestärkungsgesetze unterstützt. Für die Gründung solcher Wohnformen gibt es nun eine Anschubfinanzierung und Pflegebedürftige können hierfür einen monatlichen Wohngruppenzuschlag erhalten. (BMG, [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de), 2017b)

### 7.3.2 Veränderte Leistungen im vollstationären Bereich

Auch im vollstationären Bereich haben sich die Pflegeleistungen durch das Pflegestärkungsgesetz I seit dem 01.01.2015 in Form von höheren Leistungsbeiträgen verbessert. Die ärztliche Versorgung in der vollstationären Pflege und der Ausbau der Gesundheitsvorsorge werden zudem mit dem Pflegestärkungsgesetz II verbessert.

Für Pflegebedürftige wird es in der vollstationären Pflege in den Pflegegraden 2 bis 5 keine Unterschiede bei den pflegebedingten Eigenanteilen mehr geben. Der Eigenanteil wird im Jahr 2017 im Bundesdurchschnitt voraussichtlich bei 580 Euro liegen. Die genaue Höhe und die Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionen unterscheiden sich von Pflegeeinrichtung zu Pflegeeinrichtung. Auch die ärztliche Versorgung in der vollstationären Pflege und der Ausbau der Gesundheitsvorsorge werden mit dem Pflegestärkungsgesetz II verbessert.

Zusätzliche Betreuungskräfte unterstützen die pflegerische Versorgung und Betreuung in der vollstationären Pflege. Bisher konnten hier rund 50.000 zusätzliche Betreuungskräfte eingebunden werden (BMG, [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de), 2017b).

## 7.4 Übersicht der aktuellen Leistungen der Pflegeversicherung

Eine grobe Übersicht der neuen Leistungen in den 5 Pflegegraden ist in Tabelle 1 ersichtlich. Eine ausführliche Auflistung sämtlicher Leistungen der Pflegeversicherung sind in der Informationsbroschüre des Bundesministeriums für Gesundheit: „Alle Leistungen zum Nachschlagen“ nachzulesen.

Tabelle 2 Die neuen Leistungen in den fünf Pflegegraden (PG) im Überblick (BMG, 2016, S. 17)

	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Pflegegeld (ambulant)		316	545	728	901
Pflegesachleistungen (ambulant)		689	1.298	1.612	1.995
Entlastungsbeitrag* (ambulant)	125	125	125	125	125
Leistungsbeitrag (vollstationär)	125	770	1.262	1.775	2.005

\* hier eine zweckgebundene Kostenerstattung

**maximale Leistungen pro Monat in Euro**

## 7.5 Aktuelle Entwicklungen im Überblick

### 7.5.1 Bisheriges Begutachtungsverfahren – die 3 Pflegestufen

Vor der Pflegereform 2017 galt als pflegebedürftig eine Person, wenn diese wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichen Umfang oder höheren Maße der Hilfe bedarf (§14, SGB XI).

Als gewöhnliche und wiederkehrende Verrichtungen wurden in der Vergangenheit die sogenannten „Katalogverrichtungen“ der Grundpflege aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität und Verrichtungen aus dem Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung bezeichnet. Durch diese Gesetzesdefinition wurden nur bestimmte Hilfebedarfe bei der Bemessung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt (Kimmel & Breuninger, 2016).

Auf Antrag der Versicherten war es dem Medizinischen Dienst (MDK) im Auftrag der Pflegekassen möglich, eine Begutachtung im häuslichen Umfeld durchzuführen und eine Bemessung der entsprechenden Pflegestufe festzulegen. Hierzu spielte es neben der jeweilig geltend zu machenden Verrichtung auch eine Rolle, wie häufig diese anfiel bzw. wie hoch der Zeitaufwand der Unterstützungsleistung war. Relevant für einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung war der zeitliche Hilfebedarf bei den gesetzlich definierten Verrichtungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung. Dabei wurden drei Pflegestufen mit entsprechenden Leistungshöhen unterschieden (Kimmel & Breuninger, 2016).

### 7.5.2 Kritik am bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Seit Jahren besteht die Kritik seitens der Verbände, der Wissenschaft und den Fachkreisen, dass die Definition von Pflegebedürftigkeit überarbeitet werden muss und entsprechend die gesetzlich festgelegten Anspruchsvoraussetzungen angepasst werden müssen. „Die Bestimmung des zeitlichen Hilfebedarfs in Minuten, so die Kritik, reduziere die Komplexität der Pflegerealität und werde der Individualität eines pflegebedürftigen Menschen und seines spezifischen Unterstützungsbedarfs nicht gerecht“ (Kimmel & Breuninger, 2016, S. 479).

Die bisher definierten Verrichtungen sind zudem zu stark vor allem auf somatisch bedingte Hilfebedarfe ausgerichtet. Die Besonderheiten durch kognitive und psychische Beeinträchtigungen werden dabei nicht adäquat abgebildet. So erhalten zwar seit 2012 Menschen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen durch das Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) Zugang zu Pflegegeld- und Pflegesachleistungen. Allerdings wurden dadurch zwei parallel existierende Begutachtungssysteme geschaffen. Eines, welches den Zeitaufwand für die Unterstützung bei körperlichen Einschränkungen ermittelt

und eines, welches für Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen den Zugang zu speziellen Leistungen ermöglicht (Kimmel & Breuninger, 2016).

### 7.5.3 Veränderungen durch die Pflegereform 2017

Seit dem 01.01.2016 ist das Pflegestärkungsgesetz II in Kraft getreten. Diese Neuerung gilt als Meilenstein für die Pflege in Deutschland. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren (NBA) gelten ab dem 01.01.2017 und werden als Pflegereform 2017 bezeichnet. Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit orientiert sich künftig ausschließlich an der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und den Fähigkeiten der Betroffenen. Die unterschiedliche Behandlung von körperlichen und seelisch bedingten Einschränkungen wird dadurch vermieden. Ebenfalls neu ist die Einführung von 5 Pflegegraden anstatt drei Pflegestufen.

Zudem wurden deutliche Akzente bei der Rehabilitation gesetzt, streng nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“. Durch die Pflegereform ist es Ziel, die Selbstständigkeit zu fördern. „Wenn möglich sollen vorhandene Fähigkeiten in die Pflege einbezogen, weiter gestärkt und Hilfe zur Selbsthilfe gegeben werden“ (BMG, [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de), 2017b, S. 15). Das NBA liefert mehr Informationen, wie Pflegebedürftige von rehabilitativen Maßnahmen profitieren können. So erhält der Versicherte gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen auf Basis der Begutachtung des MDK. Durch eine Weiterleitung an die Rehabilitationsträger erfolgt zudem zeitnah eine Antragsstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sofern dies von den Versicherten gewünscht ist.

Neben dieser direkten Stärkung der Pflege soll durch die Pflegereform mehr Transparenz, Erleichterungen und Abbau von Hemmnissen geschaffen werden. So muss für bestimmte Hilfsmittel, wie für Gehhilfen kein Antrag mehr gestellt werden, wenn dieses Hilfsmittel im Pflegegutachten des MDK empfohlen wird. Die Entscheidung über die Einstufung der Pflegebedürftigkeit gestaltet sich künftig auch transparenter, da das Gutachten des Medizinischen Dienstes (MDK) nun automatisch den Antragstellern zugesandt wird (BMG, [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de), 2017b).

### 7.5.4 Das neue Begutachtungsinstrument (NBA) zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff hat bereits eine lange Entwicklung hinter sich. So wurde bereits 2006 vom Bundesministerium für Gesundheit ein Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzt. 2009 wurden die Beratungsergebnisse inkl. eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsinstruments (NBA) vorgelegt, welches auch im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation auf dessen Eignung und Praktikabilität untersucht wurde. Jedoch erst 2012 wurde die Umsetzung weiter in Angriff genommen. Zudem wurde ein Expertenbeirat beauftragt, Empfehlungen zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erarbeiten.

2013 legte dieser Expertenbeirat seine Ergebnisse vor und es folgte eine erneute, vertiefende Erprobung, welche 2015 die Einführungsreife des NBA bestätigte. Durch das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wird nun seit dem 01.01.2017 das bisherige Begutachtungsverfahren durch das NBA im Sinne einer umfassenden Sichtweise auf Pflegebedürftigkeit abgelöst (Kimmel & Breuninger, 2016).

Im Rahmen der Begutachtung durch den MDK wird künftig nicht mehr der Zeitaufwand für persönliche Hilfe, sondern der Grad der Selbstständigkeit in insgesamt 6 Lebensbereichen erfasst. Diese Lebensbereiche sind:

- Mobilität,
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Selbstversorgung,
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

„Selbstständigkeit ist dabei als Fähigkeit eines Menschen definiert, die jeweilige Handlung bzw. Aktivität allein, d.h. ohne Unterstützung durch andere Personen durchzuführen, unabhängig davon, ob für die Ausführung einer spezifischen Handlung Hilfsmittel, wie z.B. ein Rollstuhl verwendet werden“ (Kimmel & Breuninger, 2016, S. 481). Die 6 Lebensbereiche und deren jeweilige Bewertungskriterien des NBA sind in Tabelle 2 näher erläutert.

Tabelle 3: Die 6 Lebensbereiche und deren Kriterien zum neuen Begutachtungsinstrument (NBA) gemäß §14, SGB XI

sowie die Gewichtung dieser Bereiche zur Ermittlung des Pflegegrads (eigene Darstellung in Anlehnung an Kimmel, Breuninger, 2016)

Lebensbereiche	Bewertung der Selbstständigkeit		Gewichtung (Ermittlung d. Pflegegrads)
	Erläuterung	Kriterien	
<b>Mobilität</b>	Es werden 5 Aktivitäten beobachtet und bewertet, ob diese Aktivitäten selbstständig durchgeführt werden können oder ob die Selbstständigkeit – somatisch bedingt – beeinträchtigt ist und personelle Hilfe notwendig ist. Die Bewertung erfolgt anhand einer 4-stufigen Skala: selbstständig – überwiegend selbstständig – überwiegend unselbstständig – unselbstständig.	Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen	10
<b>Kognitive und kommunikative Fähigkeiten</b>	Es werden 10 mentale Funktionen begutachtet, welche eine mögliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und personelle Hilfe im Sinne psychosozialer Unterstützung erfordern. Es wird eingeschätzt, in welchem Ausmaß die jeweilige mentale Funktion vorhanden ist: vorhanden – größtenteils vorhanden – im geringen Maße vorhanden – nicht vorhanden.	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch	15
<b>Verhaltensweisen und psychische Problemlagen</b>	Es werden 13 mögliche krankhafte Verhaltensweisen oder psychische Problemlagen bewertet, welche in Folge von Gesundheitsproblemen wiederkehrend auftreten und denen nicht mehr selbst gegengesteuert werden kann, sodass personelle Hilfe notwendig ist. Erfasst wird die Häufigkeit dieser Verhaltensweisen: nie – selten (1-2-mal innerhalb von 2 Wochen) –	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggressionen, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	15

	häufig (2-mal oder mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich) – täglich.		
<b>Selbstversorgung</b>	Es wird die Selbstständigkeit in den Bereichen Körperpflege, An- und Auskleiden, Ernährung und Ausscheidung eingeschätzt. Es wird bewertet, ob die Aktivitäten selbstständig durchführbar sind.	Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde	40
<b>Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen</b>	Es wird bewertet, inwiefern mit verschiedenen Anforderungen zur Bewältigung der bestehenden Gesundheitsprobleme selbstständig umgegangen werden kann oder ob personelle Hilfe notwendig ist. Hierbei werden die einzelnen Maßnahmen je nach Komplexität unterschiedlich gewichtet.	In Bezug auf <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medikation, Injektion, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel</li> <li>- Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung</li> <li>- zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie</li> <li>- das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften</li> </ul>	20
<b>Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte</b>	Es wird bewertet, ob das Alltagsleben selbstständig gestaltet werden kann. Auch hier erfolgt die Bewertung anhand einer 4-stufigen Skala: selbstständig – überwiegend selbstständig – überwiegend unselbstständig – unselbstständig.	Gestaltung des Tagesablaufes und Anpassung an Veränderung, Ruhe und Schlafen, sich Beschäftigen, Vornehmen von in Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	15

Neben diesen sechs Lebensbereichen werden im Rahmen der Begutachtung auch die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten in den Bereichen „außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“ eingeschätzt. Diese Informationen fließen nicht in die Bewertung des Pflegegrads mit ein, dienen jedoch als Grundlage, um umfassend beraten zu können und einen Versorgungsplan (§7a, SGB V), ein Versorgungsmanagement (§11, SGB V) und eine individuelle Pflegeplanung initiieren zu können (Kimmel & Breuninger, 2016).

Als Grundlage zur Berechnung des Pflegegrads dient die pflegerelevante Vorgeschichte (Anamnese) und Befunderhebung inklusive der Beschreibung von bestehenden Schädigungen bzw. Beeinträchtigungen. Der Pflegegrad bemisst sich aus den sechs Lebensbereichen, wobei zunächst jeder Lebensbereich für sich bewertet wird und anschließend die sechs Teilergebnisse in einer Zusammenschau bewertet werden. Dabei werden die einzelnen Lebensbereiche unterschiedlich gewichtet. Es können insgesamt maximal 100 Punkte vergeben werden, was bedeuten würde, dass der- bzw. diejenige in allen Lebensbereichen unter der höchstmöglichen Beeinträchtigung leidet (siehe Tab. 1). Im Sinne der Selbstständigkeit liegt per Definition des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Pflegebedürftigkeit ab einem Punktwert von 12,5 vor. Es werden insgesamt fünf Pflegegrade unterschieden (siehe Tabelle 3).

*Tabelle 4 Punktebereiche zur Ermittlung der Pflegegrade gemäß §15, SGB XI*

<b>Pflegegrad 1</b> geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte
<b>Pflegegrad 2</b> erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte
<b>Pflegegrad 3</b> schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte
<b>Pflegegrad 4</b> schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten	70 bis unter 90 Gesamtpunkte
<b>Pflegegrad 5</b> schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderer Anforderung an die pflegerische Versorgung	90 bis 100 Gesamtpunkte

(Kimmel, Breuninger, 2016, S. 484)

Durch das NBG ist ein Perspektivenwechsel gelungen, welcher nun verstärkt den Blick auf gerontopsychiatrische Hilfebedarfe, aber auch auf die individuellen Ressourcen der zu begutachtenden Menschen wirft. Dies lässt gezielter einen individuellen Präventions- und Rehabilitationsbedarf identifizieren, was dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ entgegenkommt (Kimmel & Breuninger, 2016).

### 7.5.5 Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und angepasste Leistungsberechnung

Seit der Neudefinition von Pflegebedürftigkeit ab dem 01.01.2017, war es notwendig, ca. 2,5 bis 3 Millionen Leistungsempfänger in das neue System überzuleiten. Bei diesem Übergang wurde beachtet, dass es zu keinen Nachteilen der bisherigen Leistungsempfänger kommt. Zudem wurde mit dem neuen Pflegegrad 1 eine Möglichkeit geschaffen, dass mittelfristig ca. eine halbe Million Menschen erstmals Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen können (BMG, [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de), 2017b).

Diese Pflegebedürftigen nach Pflegegrad 1 sind geringfügig beeinträchtigt, vorrangig im somatischen Bereich. Nach §28a, SGB XI sind für diese Gruppe der Pflegebedürftigen neue Leistungen der Pflegeversicherung vorgesehen, wie eine Pflegeberatung durch Pflegedienste gemäß §7a und 7b, die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §40 oder Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen. Diese Leistungen „[...] dienen dazu, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und zu verzögern und verdeutlichen insbesondere den ressourcenorientierten Ansatz des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Kimmel & Breuninger, 2016, S. 485). Eine möglichst langfristige Versorgung in der häuslichen Umgebung ist dabei das Ziel (ambulant vor stationär).

### 7.6 Literatur- und Quellenverzeichnis

- BGM. (28. 03 2017a). [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de). Von <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung.html> abgerufen
- BMAS. (10. 04 2015). [www.bmas.de](http://www.bmas.de). Von <http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsrecht/Vereinbarkeit-Familie-Pflege-Beruf/vereinbarkeit-familie-pflege-beruf.html> abgerufen
- BMFSFJ. (2015). [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de). Von <https://www.bmfsfj.de/blob/93364/6092c3feafd08f8a90e98f39e477c63c/bessere-vereinbarkeit-von-famiie-pflege-und-beruf-broschuere-data.pdf> abgerufen
- BMFSFJ. (o.J.). [www.wege-zur-pflege.de](http://www.wege-zur-pflege.de). Von <http://www.wege-zur-pflege.de/themen/zinsloses-darlehen.html> abgerufen
- BMG. (2017). [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de). Von <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/>.html abgerufen
- BMG. (03. 04 2017b). [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de). Von [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Broschuren/PSG\\_Das\\_Wichtigste\\_im\\_Ueberblick.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschuren/PSG_Das_Wichtigste_im_Ueberblick.pdf) abgerufen
- Kimmel, A.; Breuninger, K. (2016): Pflegereform 2017. Grundlagen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. *Gesundheitswesen*, 78:477-488.

PflegeZG. (2015). [www.gesetze-im-internet.de](https://www.gesetze-im-internet.de/pflegezg/__7.html). Von [https://www.gesetze-im-internet.de/pflegezg/\\_\\_7.html](https://www.gesetze-im-internet.de/pflegezg/__7.html) abgerufen

Schuster, S. (2013): Generationensolidarität in multilokalen Mehrgenerationenfamilien. Zeitschrift für Gerontologie und Ethik, 03:42-58.

## Didaktik LE 2/3-4

<b><u>1. Ziele</u></b>	
TN kennen überregionale Anbieter von Pflegeleistungen TN lernen welche Recherchemöglichkeiten es gibt, um Pflegeanbieter vor Ort zu finden TN kennen Beratungsstellen zu Pflege Themen	
<b><u>2. Inhalte</u></b>	
Allgemeine und grundlegende Informationsangebote Leistungsanbieter Pflegestützpunkte Angebote für pflegende Angehörige Selbsthilfegruppen Recherchetipps für Ansprechpartner vor Ort	
<b><u>3. Methoden</u></b>	
Impulsvorträge Selbständige Recherchen im Internet zu Angeboten Gruppenarbeit	
<b><u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u></b>	
PC/Beamer/Internet Broschüren, bspw. Bay. Staatsministerium für Gesundheit und Pflege Informationsbroschüren lokaler Anbieter	
<b><u>5. Auflockerung</u></b>	
Inhalte werden selbst erarbeitet und im Plenum vorgestellt	
<b><u>6. Vorbereitung</u></b>	
Informationen über lokale Angebote werden recherchiert Kontakt zu lokalen Pflegeanbietern und Beratungsstellen ergänzend zu den überregionalen Angeboten bspw. der Pflegekassen	
<b><u>7. Zeitplan</u></b>	
90 min	

## 8 Ansprechpartner vor Ort

Grundsätzlich sollen mit dieser Lehreinheit zwei zentrale Fragen beantwortet werden:

*A: Wer kann mir Pflegeleistungen anbieten?*

*B: Wer bietet weiterführende Beratung zum Thema Pflege an?*

### 8.1 Wer kann mir Pflegeleistungen anbieten?

Das regionale Angebot in den einzelnen Kommunen und Städten in Bayern ist sehr unterschiedlich. Wer konkret Leistungen zur Pflege in einer bestimmten Stadt oder auch einem Stadtteil anbietet, lässt sich am einfachsten über diverse Suchportale im Internet erfragen. Dieses Angebot unterliegt allerdings einem sehr dynamischen Wandel, sodass in diesem Handbuch aus Gründen der Aktualität nur exemplarisch Suchanbieter aufgeführt werden.

Einige Pflegedienstleister bieten ihr Angebot nur in bestimmten Gebieten an, um beispielsweise die Anfahrtswege kurz zu halten. Damit schafft der Pflegedienstleister auch ein auf einen Stadtteil oder eine Kommune abgestimmtes Angebot. Auf dem Land bilden sich auch Verbände unterschiedlicher Anbieter, um ein Gebiet umfassend versorgen zu können. Ob ein privater, kirchlicher oder falls vorhanden, ein kommunaler Anbieter gewählt werden kann, hängt neben den individuellen Vorlieben auch vom Versorgungsgebiet ab.

Beispiele für Suchportale, welche Anbieter in einer bestimmten Region tätig sind:

- Angebot des Verbandes der Ersatzkassen: [www.pflegelotsen.de](http://www.pflegelotsen.de)
- Angebot der AOK: <http://www.aok-pflegeheimnavigator.de/>
- Für Privatversicherte: <http://www.compass-pflegeberatung.de/>
- weitere Anbieter (Bsp.): <https://www.weisse-liste.de/de/pflege/startseite-pflege/>

In manchen dieser Suchportale werden auch sogenannte „Pflegenoten“ und standardisierte Qualitätsberichte mit angezeigt. Grundsätzlich sollte mit diesen Informationen Transparenz über die zu erwartende Pflegeleistung geschaffen werden. Es war als Hilfe und Unterstützung bei der Auswahl eines Pflegedienstleisters gedacht. Dieses Instrument wurde von Experten von Anfang an kritisiert, da es einerseits zu wenig aussagekräftig und andererseits für Laien nicht interpretierbar ist. Aus diesem Grund ist man in der Fachwelt auch an einer Weiterentwicklung dieses Instrumentariums interessiert. Da aber immer noch das bisherige System in einigen Suchportalen verwendet wird und auch einige Pflegeanbieter mit besonders guten Pflegenoten werben, wird hier ein kurzer Überblick über die Interpretation dieser Pflegenoten gegeben.

Generell kann gesagt werden, dass die Qualitätsberichte einen detaillierten Überblick über die angeführten pflegerelevanten Qualitätsindikatoren geben. Diese können einen Laien allerdings schnell überfordern, da beispielsweise diverse Begrifflichkeiten nicht näher erläutert werden.

Die Pflegenoten geben hier einen deutlichen schnelleren Überblick, da die Aussage auf eine Note reduziert ist. Diese wird ähnlich wie eine Schulnote dargestellt. Auf den ersten Blick müsste es sich also bei einem Pflegedienstleister mit der Note 1,0 um einen sehr guten Pflegeanbieter handeln.

Die Pflegenote 1,0 bedeutet aber, dass lediglich alle gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Qualität voll eingehalten werden. Jede Abweichung von dieser Bestnote bedeutet, dass bestimmte Qualitätskriterien nicht eingehalten werden können. Teilweise erscheinen diese Qualitätsindikatoren dem Laien sehr abstrakt. Teilweise unterscheidet sich die Pflegenote auch erheblich von der individuell wahrgenommenen Pflegewirklichkeit in einer Einrichtung, sodass es auch hier zu Unstimmigkeiten kommen kann.

In Zukunft soll ein Instrument entwickelt werden, das leichter interpretierbar ist und dem Verbraucher einen konkreteren Überblick über die Qualität in einer Pflegeeinrichtung gibt.

## 8.2 Wer bietet weiterführende Beratung zum Thema Pflege an?

### 8.2.1 Pflegestützpunkte als Anlaufpunkt

Pflegestützpunkte wurden vom Bay. Staatsministerium für Gesundheit und Pflege im Herbst 2009 initiiert. Ziel war es, in Bayern 60 Pflegestützpunkte zu schaffen, die von den Pflegekassen und den Landkreisen, kreisfreien Städten und Bezirken getragen werden. Die Pflegestützpunkte sollen kostenlose Beratung zu allen Themen rund um die Pflege anbieten und allen Bürgern offenstehen. Im Frühjahr 2017 gibt es Pflegestützpunkte in Coburg, Haßberge, Neuburg-Schrobenhausen, Nürnberg, Rhön-Grabfeld, Roth, Schwabach, Schweinfurt und Würzburg.

Quelle: <https://www.stmgp.bayern.de/pflege/pflegestuuetzpunkte/>

### 8.2.2 Pflegeservice Bayern / MDK Bayern

Der Pflegeservice Bayern ist ein Angebot des Medizinischen Dienstes Bayern. Er berät über eine kostenlose Servicenummer gesetzlich Versicherte rund um das Thema Pflege. Zu den Hauptaufgaben des Pflegeservices gehören die Unterstützung beim Verbleib in der Häuslichkeit, Umgang mit Überforderung, Aufnahme und Weiterleitung von Beschwerden etc.

Erreichbar ist der Pflegeservice unter der Nummer: 0800 / 772111

Weiterführende Informationen: [www. Pflegeservice-bayern.de](http://www.Pflegeservice-bayern.de)

Generell ist der MDK dafür zuständig, im Auftrag der Pflegekassen, die Begutachtung bezüglich der Pflegebedürftigkeit durchzuführen. Ebenso führt der MDK Pflegequalitätsprüfungen vor Ort durch.

Weiterführende Informationen: <http://www.mdk-bayern.de/versicherte/pflege/pflegeberatung.html>

### 8.2.3 Beratungsstellen der Pflegekassen

Die meisten Pflegekassen bieten auch eine Beratung für ihre gesetzlich Versicherten an. Zuständig ist jeweils die Pflegekasse, bei der der Ratsuchende versichert ist. Auf den jeweiligen Internetseiten der Pflegekassen gibt es hierzu detaillierte Informationen.

Beispiele für Beratungsangebote der Pflegekassen:

AOK: <https://bayern.aok.de/inhalt/pflegeberatung-in-ihrer-naehe/>

Barmer: <https://www.barmer.de/pflege>

Techniker: <https://www.tk.de/tk/beratung/leistungen-a-z/pflege/19468>

(Angebote sind exemplarisch)

Für private Pflegeversicherungen steht das Beratungsangebot der Compass Private Pflegeberatung zur Verfügung:

<https://www.compass-pflegeberatung.de/>

### 8.2.4 Pflgetelefon

Das Pflgetelefon ist ein Beratungsangebot des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Es bietet anonyme telefonische Beratung zum Thema Pflege, Pflegeorganisation, Anbieter und Einrichtungen sowie zur Familienpflegezeit. Es widmet sich auch dem Aspekt der Überforderung. Es ist montags bis donnerstags von 09.00 bis 18.00 Uhr unter der Nummer: 030 / 20179131 erreichbar.

### 8.2.5 Wege zur Pflege

Wege zur Pflege ist ein Internetangebot des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Es gibt einen detaillierten Überblick über das Thema Pflege und bietet für betriebliche Pflegelosten einen umfassenden Überblick, insbesondere über die Themen Pflegezeit, Familienpflegezeit sowie über finanzielle Aspekte.

Weiterführende Informationen:

<http://www.wege-zur-pflege.de/startseite.html>

### 8.2.6 Fachstellen für pflegende Angehörige

Pflegesituationen sind teilweise sehr komplex und können für pflegende Angehörige auch belastend sein. Insbesondere wenn Konflikte entstehen oder anspruchsvolle Pflege zu leisten ist, benötigt man weitere Unterstützungsangebote. Solche Unterstützungsangebote können Fachstellen für Pflegende Angehörige sein. Das Bay. Staatsministerium listet auf seiner Homepage alle Fachstellen auf:

<https://www.stmgp.bayern.de/service/ansprechpartner-und-fachstellen/#Fachstellen-fuer-pflegende-Angehoeerige>

### 8.2.7 Angehörigengruppen

In Bayern gibt es ein vielfältiges Angebot an Selbsthilfegruppen. Dies existiert zu unterschiedlichen Erkrankungen, die auch bei Pflegebedürftigen relevant sein können sowie auch speziell für pflegende Angehörige als eigenständiges Thema. Diese Selbsthilfegruppen können Betroffene durch den Austausch mit anderen Betroffenen bei der Bewältigung der Pflege unterstützen.

Einen Überblick über die Situation vor Ort gibt beispielsweise die Selbsthilfe Koordination Bayern (SEKO), aber auch die Fachstellen für pflegende Angehörige (siehe oben) können weiterhelfen.

Weiterführende Informationen:

[http://www.seko-bayern.de/index.php?article\\_id=22](http://www.seko-bayern.de/index.php?article_id=22)

### 8.2.8 Geriatrische Versorgung

Geriatrie ist eine medizinische Fachdisziplin die sich speziell mit Erkrankungen des Alters beschäftigt. Ältere Menschen haben besondere Bedürfnisse, die in der geriatrischen Versorgung berücksichtigt werden. Im Zusammenwirken von Pflegebedürftigkeit und Geriatrie können sich auch Chancen ergeben, welche sich positiv auf die Pflegesituation auswirken können

#### Akutgeriatrie

Bei der Akutgeriatrie handelt es sich um Behandlungsformen in einem dafür spezialisierten Krankenhaus. In diesen Kliniken werden Patienten und Patientinnen mit einem umfassenden Behandlungsansatz versorgt, bei dem auch die Angehörigen stark miteinbezogen werden.

#### Geriatrische Rehabilitation

Bei der geriatrischen Rehabilitation erhalten Patienten und Patientinnen nach einer medizinischen Akutbehandlung eine auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnittene altersmedizinische Rehabilitation. Ziel ist es, den Patienten oder die Patientin so zu unterstützen, dass eine mögliche Pflegebedürftigkeit weiter hinausgezögert und im Idealfall verhindert werden kann. Sie folgt dem sozialpolitischen Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“.

### Mobile geriatrische Rehabilitation

Bei der mobilen geriatrischen Rehabilitation werden Patienten und Patientinnen zuhause oder im Seniorenheim von speziell geschulten Fachleuten betreut. Diese Rehabilitationsform richtet sich an Patienten und Patientinnen mit vielen unterschiedlichen Erkrankungen, wodurch deren Hilfebedarf sehr komplex ist. Beispielsweise sind Patienten und Patientinnen mit Demenz zu nennen.

Weiterführende Informationen mit Adressen entsprechender Einrichtungen:

<https://www.stmgp.bayern.de/gesundheitsversorgung/krankenhaeuser/altersmedizin/>

### 8.2.9 Angebote der Palliativversorgung und Hospize

Am Ende des Lebens ist der Pflege- und Betreuungsbedarf oft am höchsten und schwierigsten. Spezielle Angebote der Palliativversorgung können das Leiden am Lebensende lindern und ein würdevolles Sterben ermöglichen. Grundsätzlich kann zwischen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung unterschieden werden. Entscheidend für die Auswahl der entsprechenden Versorgungsform ist die Art und der Umfang der Symptome.

Ergänzt wird dieses ambulante Versorgungsangebot durch die stationäre Versorgung in Palliativstationen von Krankenhäusern.

Weiterführende Informationen und Adressen:

<https://www.stmgp.bayern.de/gesundheitsversorgung/sterbebegleitung/palliativversorgung/>

Eine weitere Versorgungsform am Lebensende sind Hospize. Eine Hospizversorgung kann ebenfalls ambulant wie auch stationär erfolgen. Ziel ist es auch hier, schwerstkranke Menschen bis zuletzt zu begleiten und einen würdevollen Abschied zu ermöglichen.

Weiterführende Angebote und Adressen:

<https://www.stmgp.bayern.de/gesundheitsversorgung/sterbebegleitung/hospiz/>

## Didaktik LE 2/5

<b><u>1. Ziele</u></b>	
TN kennen Herausforderungen des Alterns für Senioren und ihre Angehörigen TN können Perspektive betroffener älterer Menschen und ihrer Angehörigen einnehmen TN können Anzeichen von Belastung erkennen und einordnen TN kennen Hilfsangebote und Anlaufstellen für Betroffene und Angehörige	
<b><u>2. Inhalte</u></b>	
Weiterführende Hilfsangebote Umgang mit Krisen - Hilfe für Betroffene Hilfe für pflegende Angehörige	
<b><u>3. Methoden</u></b>	
Kurzgeschichte Fokusrunde Rollenspiel	
<b><u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u></b>	
Moderationskoffer Flipchart/ Papier/ Stifte Beamer/ Notebook/ Internetzugang	
<b><u>5. Auflockerung</u></b>	
Selbstreflexionsübung Kraftquellen und Krafträuber - Was gibt mir im Zusammensein mit anderen Kraft? Was strengt mich an?  Rollenspiel	
<b><u>6. Vorbereitung</u></b>	
Lokale Angebote von Angehörigenberatungen Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege <a href="http://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-pflegende-angehoerige/">www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-pflegende-angehoerige/</a>  Netzwerk pflegeBegleitung - Begleitung für Pflegende Angehörige <a href="http://www.pflegebegleiter.de">www.pflegebegleiter.de</a>	
<b><u>7. Zeitplan</u></b>	
45 Min.	

## 9 Weiterführende Hilfsangebote

Die Lebensphase Alter beschreiben viele der Älteren als Umbruchphase - sowohl für sie selbst als auch für ihre Mitmenschen. Mit der Beendigung des Berufslebens gehen altvertraute Rollen und Routinen verloren - neue müssen gefunden werden. Hier liegen die Chancen zu neuen Perspektiven, die sich während des Berufslebens nicht verwirklichen ließen. Diese Phase bringt aber auch die Gefahr mit sich, das Vergangene als Verlust zu empfinden und das Sich-neu-Einfinden als Druck oder Belastung zu empfinden. Unterstützen sich Familienmitglieder gegenseitig, kann das eine neue Beziehungsqualität mit sich bringen. Es kann aber auch zu Spannungen kommen. In beiden Fällen sollten die Älteren wie auch ihre Begleiter auf sich selbst achten, mit den anderen in einem engen und offenen Austausch bleiben und sich gegebenenfalls selbst Hilfe und Unterstützung holen.

### 9.1 Umgang mit Krisen

Für ältere Menschen ist mit dem Ausscheiden aus dem aktiven Erwerbsleben meist ein großer Einschnitt markiert. Manche genießen die neue Freiheit, haben Pläne und auch die Möglichkeit, sie umzusetzen. Anderen fehlt plötzlich die Basis im Alltag und sie finden sich in der neuen Situation nur schwer zurecht. Darin können bereits lange vor einer etwaigen Pflegebedürftigkeit Chancen und Herausforderungen liegen. Hier benötigen ältere Menschen eventuell noch keine Unterstützung, aber ein Eingebundensein in ein familiäres und soziales Umfeld kann Senioren für die Herausforderungen des Alterns stärken und Mut machen. Damit können sie diese Lebensphase bewusst und aktiv gestalten, auch wenn sich womöglich Einschränkungen durch das Alter oder durch Krankheiten ergeben.

Benötigen ältere Menschen umfassend Unterstützung im Alltag, die auch pflegerische Hilfestellung beinhaltet, sollte diese auf mehrere Schultern verteilt sein, da Partner oder andere pflegende Angehörige sonst schnell in eine Situation geraten können, die sie an ihre eigenen Grenzen bringt. Beispielfhaft zu nennen sind:

#### 9.1.1 Körperliche Grenzen der Pflegenden

Körperliche Belastung der Pflegenden entsteht vor allem, wenn die Pflegebedürftigen Hilfe beim Aufstehen, Laufen, Hinlegen oder bei Bewegungen im Bett oder beim Waschen und An- und Ausziehen benötigen.

Alarmzeichen: Rückenschmerzen, Verspannungen, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Herz-Kreislaufstörungen, Übelkeit, Schlafstörungen

### 9.1.2 Seelische Grenzen der Pflegenden

Psychisch belastend ist es für die pflegenden Angehörigen,

- wenn die Pflegebeziehung nicht geklärt ist, beispielsweise wenn ein Partner/ Kind sich verpflichtet fühlt, obwohl es die Unterstützung eigentlich nicht erbringen kann/ möchte
- wenn Pflegebedürftige sehr fordernd sind oder sich im Wesen oder im Wach-/ Schlafverhalten verändern, beispielsweise durch eine Demenz
- wenn Pflegebedürftige oder pflegende Angehörige kein Wissen über die Einschränkungen oder Krankheit haben oder diese nicht wahrhaben können
- wenn bei pflegenden Kindern durch die Pflege eines Angehörigen die eigene Familie zu kurz kommt

Alarmzeichen: Gefühl von Überforderung, Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Scham und Fremdscham

### 9.1.3 Soziale Grenzen bei den Pflegenden

Auch die sozialen Beziehungen der Pflegenden können leiden, wenn Freundschaften und soziale Kontakte nicht mehr gepflegt werden können. Gründe hierfür sind beispielsweise, dass Pflegebedürftige rund um die Uhr Betreuung brauchen, aber sie sich selbst oder die Angehörigen sich für die Situation schämen. Ebenso kann die Ursache darin liegen, dass der Alltag von der Pflegebedürftigkeit bestimmt wird.

Alarmzeichen: Zunehmend weniger oder keine Treffen mit Freunden, vor allem auch außer Haus; abnehmende Kontaktpflege, beispielsweise weniger Telefonate, Nachrichten, Austausch allgemein; Rückzug, wenn zum Beispiel das Haus nicht mehr oder nur mit dem oder wegen des Pflegebedürftigen verlassen wird; weniger Teilhabe an gesellschaftlichen Alltagsgeschehen, wenn beispielsweise nicht mehr wahrgenommen wird, was gerade im Ort oder auf der Welt passiert.

### 9.1.4 Finanzielle Grenzen bei den Pflegenden

Finanzielle Belastungen entstehen:

- wenn nötige Umbauten oder Pflegehilfsmittel, beispielsweise ein Umbau des Bads, ein Treppenlift oder eine Aufstieghilfe bei stark bewegungseingeschränkten Pflegebedürftigen, nicht oder nicht ausreichend bezuschusst werden,
- wenn mehr Unterstützung erforderlich ist, als über die Pflegekasse auf der Basis des Pflegegrads finanziert wird,
- wenn ein pflegender Angehöriger seine Arbeit zugunsten der häuslichen Pflege stark reduzieren oder ganz aufgeben muss.

Für pflegende Partner oder Partnerinnen und Angehörige empfiehlt es sich in jedem Fall, sich rechtzeitig Informationen, Beratung und Unterstützung zu holen, um einer Überlastung und Krisensituation vorzubeugen. Auf kurzem Wege bietet hier das ‚Pflegetelefon‘ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen, Jugend (BMFSFJ) telefonische Beratung und schnelle Hilfe für Angehörige. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Angebote für pflegende Angehörige, die zum Teil auf Beratung, Vernetzung, praktischer Hilfe, zum Teil auf Wissensvermittlung, Information und Austausch basieren. Letztere Angebote finden sich häufig auch im Internet (siehe Kapitel 8.2).

#### 9.1.5 Weiterführende Links

Bundesministerium Familie, Senioren, Frauen, Jugend – Pflegetelefon

<https://www.wege-zur-pflege.de/startseite.html>

Pflegen und Leben.de - Angehörige stärken

<http://www.pflegen-und-leben.de>

Notfallkoffer

<http://www.pflegen-und-leben.de/index.php/notfallkoffer>

Krisentelefone und Pflegebeschwerdestellen (nach Bundesländern)

<http://www.pflegen-und-leben.de/index.php/informationen/krisentelefone-und-beschwerdestellen>

Netzwerk pflegeBegleitung - Begleitung für Pflegenden Angehörige

<http://www.pflegebegleiter.de>

<https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-pflegende-angehoerige/>

<https://www.verbraucherzentrale.de/Hilfe-fuer-pflegende-Angehoeerige>

## Didaktik LE 2/6

<b><u>1. Ziele</u></b>	
TN kennen den Begriff ‚Palliative Versorgung‘ und ‚Hospizliche Begleitung‘ TN kennen regionale Angebote und Anlaufstellen TN können Sie in die Situation von Betroffenen und ihren Angehörigen einfühlen TN können Palliative und Hospizliche Begleitung ins Netzwerk der Helfer einordnen	
<b><u>2. Inhalte</u></b>	
Palliative Care Spezielle Ambulante Palliativversorgung (SAPV) Hospize	
<b><u>3. Methoden</u></b>	
Blitzlicht Impulsvortrag Fokusgespräch Achtsamkeitsübung Plenumsgespräch	
<b><u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u></b>	
Moderationskoffer Flipchart/ Papier/ Stifte Beamer/ PC/ Internetzugang	
<b><u>5. Auflockerung</u></b>	
Infomaterial Achtsamkeitsübung	
<b><u>6. Vorbereitung</u></b>	
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin <a href="http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html">www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html</a> Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. <a href="http://www.dhpv.de">www.dhpv.de</a>	
<b><u>7. Zeitplan</u></b>	
45 Min.	

## 9.2 Palliative Care und Hospize

Bei Menschen mit schweren, unheilbaren Erkrankungen stehen die Linderung der Symptome sowie die Lebensqualität und Begleitung in der letzten Lebensphase im Vordergrund. Dies ist der Ansatz von Palliative Care. Umgesetzt wird er ambulant zuhause, in stationären Einrichtungen sowie in ambulanten oder stationären Hospizen.

### *Palliative Care*

Die beiden Definitionen der Weltgesundheitsorganisation verdeutlichen den Palliative Care Gedanken und zeigen, wie er im Laufe der Jahre erweitert wurde:

#### *WHO 1990*

*Palliative Care ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.*

#### *WHO 2002*

*Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung des Leidens mittels frühzeitiger Erkennung und korrekter Beurteilung der Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychologischer und spiritueller Art.*

Quelle: Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.

### 9.2.1 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Durch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll es schwerstkranken und sterbenden Menschen ermöglicht werden, solange wie möglich selbstbestimmt zu leben und in ihrem gewohnten Umfeld, zu Hause, in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einem Hospiz umsorgt und professionell begleitet zu versterben. In enger Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams, werden sterbende Menschen ambulant rundum betreut. Ein solches Team kann sich zusammensetzen z.B. aus dem Hausarzt oder der Hausärztin, einem Palliativmediziner oder einer Palliativmedizinerin, spe-

ziell palliativ Pflegenden, einem hospizlichen Dienst und eventuell auch Therapeuten und Therapeutinnen oder Seelsorgenden. Diese palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung benötigt der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zufolge allerdings nur ein Teil der Sterbenden.

### 9.2.2 Hospize

Seit den 1980er Jahren hat sich die Hospizarbeit in Deutschland, vor allem durch den Dienst von Ehrenamtlichen entwickelt. Mit ihrer Hilfe können schwerstkranke und sterbende Menschen am Lebensende psychosoziale Unterstützung und Begleitung erfahren. Die Hospizarbeit ist eng mit der palliativen Versorgung verbunden. Für Betroffene stehen eine ambulante hospizliche Begleitung, zum Teil Tageshospize sowie stationäre Hospize zur Verfügung.

#### 9.2.2.1 Ambulanter Hospizdienst

Ein ambulant arbeitender Hospizdienst besucht und unterstützt schwerstkranke und sterbende Menschen vor Ort in ihrem gewohnten Umfeld, beispielsweise zuhause oder in einem stationären Altenpflegeheim. Ehrenamtliche Hospizmitarbeitende begleiten die Betroffenen sowie die ihnen Nahestehenden psychosozial, das heißt, sie sind Ansprechpartner und -partnerinnen, Wegbegleiter und -begleiterinnen und oft soweit möglich auch Seelentröster und Seelentrösterinnen.

#### 9.2.2.2 Teilstationäre Angebote: Tageshospize

Stationäre Hospize bieten teilweise an, die Einrichtung tageweise zu besuchen, was Betroffenen neben der professionellen Versorgung die Möglichkeit zu Austausch und Teilhabe am verbleibenden Leben ermöglicht, ohne dass sie ihr gewohntes Umfeld aufgeben müssen.

#### 9.2.2.3 Stationäre Hospize

Dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V. zufolge sind „Stationäre Hospize [...] baulich, organisatorisch und wirtschaftlich eigenständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Sie verfügen mindestens über acht und in der Regel höchstens über 16 Betten.“ (DHPV, o.J.) Sie bieten eine umfassende palliative Versorgung für schwerstkranke und sterbende Menschen an. Einen fundierten Überblick über die hospizliche und palliative Versorgung in Deutschland bietet der ‚Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland‘ (s.u.).

### 9.2.3 Weiterführende Links

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

<https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html>

Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland

<http://www.wegweiser-hospiz-und-palliativmedizin.de>

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.

<http://www.dhpv.de/index.html>

[http://www.dhpv.de/themen\\_hospizbewegung.html](http://www.dhpv.de/themen_hospizbewegung.html)

### 9.3 Individuellen Hilfebedarf erkennen und Unterstützungsangebote finden

Die in dieser Einheit dargestellten weiterführenden Hilfsangebote unterscheiden sich in ihrer Art sehr deutlich. Welches Hilfsangebot für wen infrage kommt, hängt maßgeblich von der individuellen Situation und den entsprechenden persönlichen Bedürfnissen ab. Zuallererst ist es hilfreich, sich klar zu machen, wem das Angebot dienen soll:

Geht es zum Beispiel um ältere Menschen, die noch rüstig sind und sich auf das Wohnen im Alter und eventuelle Pflegebedürftigkeit vorbereiten möchten, dann kommen Angebote wie Wohnungsanpassung und Pflegeberatung in Betracht.

Möchten Angehörige sich vorab über Möglichkeiten von Pflege zuhause informieren oder sind sie durch das Akutereignis von Angehörigen, zum Beispiel wegen eines Schlaganfalls, in eine plötzliche Entscheidungssituation geraten, finden sie bei unterschiedlichen Stellen Beratung, wie beispielsweise beim Pflegetelefon, in Pflegestützpunkten sowie bei Beratungsstellen für pflegende Angehörige.

Jedes dieser Angebote sollte individuell geprüft und sofern möglich auch mit anderen verglichen werden, um eine möglichst adäquate Lösung für alle Beteiligten finden zu können.

### 9.4 Literatur- und Quellenverzeichnis

DHPV (o.J.): Themen. Hospize: ambulant u. stationär

[http://www.dhpv.de/themen\\_hospize.html](http://www.dhpv.de/themen_hospize.html)

## Didaktik 2/7-8

<b><u>1. Ziele</u></b>	
TN kennen Möglichkeiten der rechtlichen Vorsorge TN kennen die Grundzüge der gesetzlichen Betreuung TN kennen die Grundzüge einer Patientenverfügung TN kennen die Bedeutung der Vorsorgevollmacht TN kennen die Grundzüge der Betreuungsverfügung TN wissen wo tieferegehende Informationen zu finden sind	
<b><u>2. Inhalte</u></b>	
Gesetzliche Betreuung Patientenverfügung Vorsorgevollmacht Betreuungsverfügung Weiterführende Informationen	
<b><u>3. Methoden</u></b>	
Vortrag Fallbesprechungen Blitzlicht zu eigenen Wertvorstellungen in Bezug auf rechtliche Vorsorge	
<b><u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u></b>	
Broschüre des Bay. Staatsministerium der Justiz: Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung	
<b><u>5. Auflockerung</u></b>	
Gruppendiskussion zur Frage: Wer hat schon eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht für sich selbst? Was waren die Beweggründe, diese zu erstellen?	
<b><u>6. Vorbereitung</u></b>	
Beispiele für Patientenverfügungsvordrucke besorgen	
<b><u>7. Zeitplan</u></b>	
90 Minuten, davon - 45 Minuten für Gesetzliche Betreuung und Patientenverfügung - 45 Minuten für Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung	

## 10 Rechtliche Vorsorge

Im Falle von Krankheit, Unfällen und Alter empfiehlt es sich auch, eine rechtliche Vorsorge zu treffen.

Als Möglichkeiten für diese rechtliche Vorsorge können die

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung und
- Patientenverfügung

herangezogen werden. Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung sind drei voneinander unabhängige Verfügungen, die auch jeweils einzeln getroffen werden können. Alle Betroffenen können also individuell entscheiden, welche der genannten Möglichkeiten genutzt werden sollen.

Die Vollmacht und die Verfügungen dienen hierbei auch im rechtlichen Sinne immer einem bestimmten Zweck. Die möglichen Einsatzzwecke werden nun im Folgenden aufgezeigt:

### 10.1 Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht befähigt die Bevollmächtigten dazu, die Vollmachtgebenden in ausgewählten Bereichen vollumfänglich zu vertreten und an deren Stelle zu handeln. Werden Vollmachtgebende geschäfts- oder handlungsunfähig, können die ausgewählten Vertrauenspersonen in deren Namen handeln und tätig werden.

Der Umfang der Bevollmächtigung kann individuell bestimmt, ausgeweitet und beschränkt werden. Häufige Bereiche der Bevollmächtigung betreffen gesundheitliche Fragen, finanzielle Fragen, Wohnungsangelegenheiten, Behörden, etc. . Die Vorsorgevollmacht hat ihre Gültigkeit ab Ausstellung der Vollmacht, unabhängig vom aktuellen Gesundheitszustand oder Alter. Es ist möglich, die Vollmacht für mehrere Personen unabhängig voneinander auszustellen. Werden mehrere Vertreter oder Vertreterinnen benannt, kann es jedoch zu Abstimmungsproblemen kommen. Grundsätzlich kann jeder und jede geschäftsfähige Volljährige eine Vollmacht erteilen und Bevollmächtigter oder Bevollmächtigte werden. Verwandtschaft oder Befähigung spielen dabei keine Rolle. Eine umfassende Vollmacht kann daher auch im Falle des Missbrauchs der Vollmacht Risiken bergen und sollte daher gut überlegt werden. Eine externe Kontrolle des oder der Bevollmächtigten findet im Gegensatz zur gerichtlich angeordneten Betreuung nicht statt.

Trotz entgegenstehender rechtlicher Lage akzeptieren Banken meist nur Vollmachten auf eigenen Bankformularen. Zur Vermeidung von Problemen sollten daher zusätzlich Bankvollmachten erteilt

werden, soweit gewünscht. Eine existierende Vorsorgevollmacht macht die Anordnung einer gerichtlichen Betreuung in den meisten Fällen entbehrlich. Durch öffentliche Beglaubigung der Betreuungsstelle, kann die Vorsorgevollmacht sogar für Immobilienangelegenheiten verwendet werden (Kosten: EUR 10,-).

## 10.2 Betreuungsverfügung

Bei der Betreuungsverfügung handelt es sich um einen Vorschlag an das Betreuungsgericht, wer zum eigenen Betreuer bestellt werden soll, falls dies erforderlich ist.

Liegt eine umfassende Vorsorgevollmacht vor, ist eine Betreuung in den meisten Fällen nicht erforderlich, so dass auch eine Betreuungsverfügung nicht nötig ist. Es ist auch eine negative Mitteilung an das Gericht möglich, wer *nicht* zum Betreuer bestellt werden soll. Damit die ausgewählte Person auch zum Betreuer bestellt wird, muss diese zustimmen. Eine rechtliche Bindung des Gerichts an die Betreuungsverfügung besteht nicht. Ungeeignete Betreuer müssen und dürfen nicht durch das Gericht bestellt werden.

## 10.3 Patientenverfügung

Die Patientenverfügung enthält Regelungen für medizinische Behandlungen im Falle einer Krankheit und des nahenden Todes.

Die Patientenverfügung ist nur wirksam im Falle, dass eigene Entscheidungen infolge physischer oder psychischer Erkrankung nicht mehr selbst getroffen werden können. Patientenverfügungen werden meist mit entsprechenden Vordrucken erstellt und enthalten häufig einen umfangreichen Katalog möglicher medizinischer und pflegerischer Maßnahmen. Eine Anpassung der Patientenverfügung im Falle einer tatsächlich eintretenden schweren Krankheit ist häufig sinnvoll, soweit es dann noch möglich ist. Wenn eine konkrete Krankheit eingetreten ist und die Diagnose, Prognose und der Behandlungsverlauf klarer sind, können Wünsche und Anweisungen klarer und situationsbezogen formuliert werden. In der Patientenverfügung ist eine Darlegung eigener ethischer und religiöser Motive möglich, um es den Entscheidenden bei nicht vorhergesehenen Situationen zu ermöglichen, sich eine Vorstellung davon zu machen, wie Erkrankte selbst entscheiden würden. Entscheidungen gegen den geäußerten Willen von psychisch und physisch Erkrankten sind in der Regel nur nach gerichtlicher Genehmigung und ärztlichen Gutachten möglich.

## 10.4 Weiterführende Informationen

Unter den genannten Internetadressen sind auch Mustervorlagen zu finden.

#### 10.4.1 Bayerisches Staatsministerium der Justiz:

Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung

[https://www.bestellen.bayern.de/application/applstarter?APPL=eshop&DIR=eshop&ACTIONxSETVAL\(artdtl.htm,APGxNODENR:283773,AARTxNR:04004713,AARTxNODENR:333708,USERxBODYURL:artdtl.htm,KATALOG:StMJV,AKATxNAME:StMJV,ALLE:x\)=X](https://www.bestellen.bayern.de/application/applstarter?APPL=eshop&DIR=eshop&ACTIONxSETVAL(artdtl.htm,APGxNODENR:283773,AARTxNR:04004713,AARTxNODENR:333708,USERxBODYURL:artdtl.htm,KATALOG:StMJV,AKATxNAME:StMJV,ALLE:x)=X)

#### 10.4.2 Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

Patientenverfügung Leiden - Krankheit - Sterben

Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin?

[http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht\\_node.html](http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html)

#### 10.4.3 Landeshauptstadt München Sozialreferat

Vorsorge durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung

Formularsatz der Münchner Betreuungsstelle

<https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/Betreuungsstelle/dokumente.html>

#### 10.4.4 Deutsche Bischofskonferenz, Rat der Evangelischen Kirche

Christliche Patientenvorsorge durch Versorgungsvollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung

Handreichung und Formular unter:

<https://www.ekd.de/patientenvorsorge/>

## Didaktik LE 3/1-2

<b><u>1. Ziele</u></b>	
TN kennen Grundzüge verschiedener Kommunikationstheorien TN lernen Ursachen von Kommunikationsstörungen kennen TN kennen Grundlagen zu gelingender Kommunikation TN kennen Ablauf eines Beratungsgesprächs	
<b><u>2. Inhalte</u></b>	
Gesprächsführung und Kommunikation Kommunikationsmodelle (Auswahl: Watzlawick, Schulz von Thun) Kommunikationsstörungen Gelingende Kommunikation nach Rogers Bedeutung der Kommunikationsgrundlagen für die Beratung  Grundzüge der Beratung Phasen eines Beratungsgesprächs	
<b><u>3. Methoden</u></b>	
Impulsvorträge Brainstorming Gruppenarbeit	
<b><u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u></b>	
PC/Beamer/Internet Flipchart/Stifte	
<b><u>5. Auflockerung</u></b>	
Lustige Beispiele zur Kommunikation, z.B. bei Lorient (Das Frühstücksei). Dieses könnte von TN in unterschiedlichen Rollen vorgetragen werden oder auch als Video (You Tube) vorgespielt werden. Beispiel für Konstruktivismus : Watzlawick, P. (2009): Anleitung zum Unglücklichsein. München: Piper	
<b><u>6. Vorbereitung</u></b>	
Elemente der 4 Seiten einer Nachricht auf Karten/Zetteln vorzeichnen Beispiele für Kommunikation auswählen	
<b><u>7. Zeitplan</u></b>	
90 min	

## 11 Kommunikation und Gesprächsführung

Kommunikationsmodelle bieten die Grundlage für die Gesprächsführung und Beratungsarbeit. Deswegen werden im Folgenden zwei verschiedene Modelle in Grundzügen dargestellt.

### 11.1 Watzlawicks 5 Axiome der Kommunikation

(Vgl. Watzlawick, Beavin & Jackson, 2017)

#### 1. **Man kann nicht nicht kommunizieren**

Kommunikation ist mehr als nur miteinander reden (s. auch Axiom 4). Selbst die scheinbare Verweigerung von Kommunikation ist Kommunikation (z.B. jemand sitzt im Bus und hört Musik mit Kopfhörer). Es gibt auch hier eine Person, die sendet und (mindestens) eine Person, die empfängt. Von der empfangenden Person ist eine Interpretation des Geschehenen erforderlich.

#### 2. **Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und Beziehungsaspekt**

Der Inhalt besagt, was in einer Botschaft mitgeteilt wird. Der Beziehungsaspekt „färbt“ den Sachteil durch die Art, *wie* etwas gesagt wird (verbal, nonverbal<sup>2</sup> oder paraverbal<sup>3</sup>) ein.

☝ Es kann zu Störungen kommen, wenn beispielsweise das *Wie* und das *Was* widersprüchlich sind (z.B. Ironie) oder wenn Beziehungsprobleme auf der Sachebene ausgetragen werden.

#### 3. **Die Beschaffenheit einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe bedingt**



#### **Kommunikationsabläufe werden unterschiedlich strukturiert**

Kommunikation findet zirkulär statt, d.h. dass beispielsweise die Suche nach dem Anfangspunkt schwierig ist (z.B. die Frage nach dem Anfang oder Verursacher eines Streits). Kommunikation ist ein ständiger Austausch ohne Anfang und Schlusspunkt. Die Kommunikationspartner/-innen interpretieren aber ihre Sicht der Dinge in die Kommunikation (s.u. Konstruktivismus).

<sup>2</sup> Körpersprache

<sup>3</sup> Stimme (z.B. laut – leise, schnell – langsam)

#### 4. Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Anteile

In der Kommunikation gibt es digitale Anteile (das eigentliche Sprechen) und analoge Anteile (Körpersprache, Sprechweise, Kontext – d.h. nonverbale, paraverbale und auch extra-verbale<sup>4</sup> Anteile). Es besteht ein enger Zusammenhang mit Axiom 2!

Problem: Bei den digitalen Anteilen fehlt das richtige „Vokabular“ zur Beziehungsklärung. Analoge Anteile sind nicht eindeutig (z.B. Lächeln kann Freundlichkeit oder Verachtung ausdrücken), d.h. sie müssen interpretiert werden. Andererseits sind analoge Aussagen wichtig zur Deutung der Gesamtaussage.

☞ Eine Diskrepanz zwischen analoger und digitaler Kommunikation kann zu Kommunikationsstörungen führen.

#### 5. Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär

Kommunikation ist symmetrisch oder komplementär, abhängig davon, ob die Beziehung zwischen den Gesprächspartnern/-innen auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht. Beispiele für komplementäre Beziehungen: Lehrkraft – Schüler/-in, Vorgesetzte/-r – Mitarbeiter/-in, Berater/-in – Ratsuchende/-r.

☞ Komplementäre Beziehungen sind situationsabhängig (z.B. kann eine im Arbeitskontext komplementäre Beziehung in der Freizeit (z.B. im Sportverein) zu einer symmetrischen Beziehung werden oder die Hierarchie könnte sich dort sogar umdrehen).

---

<sup>4</sup> Alles außerhalb des Sprechens (z.B. Kleidung, Aufteilung des Raumes – welchen Platz bekommen Gesprächspartner/-innen...) => Status

## Eisbergmodell

Die Komplexität von Kommunikationen lässt sich durch das Aufeinandertreffen zweier Eisberge darstellen. 20 % der „Kommunikationseisberge“ befinden sich oberhalb der Wasseroberfläche und sind somit sichtbar. 80 % befinden sich aber unter der Wasseroberfläche und sind unsichtbar. Die unsichtbaren Elemente spielen für das Verständnis eine große Rolle. Sie unterliegen allerdings der Interpretation der Kommunikationspartner/-innen. (Friedrich Ebert Stiftung, 2008.)



Abbildung  
Eisbergmodell.

1

Eigene Darstellung nach Friedrich Ebert Stiftung (2008)

## 11.2 Friedemann Schulz von Thun: Die 4 Seiten einer Nachricht

Schulz von Thun (2010) hat das bekannte Modell der „4 Seiten einer Nachricht“ entwickelt. Die 4 Seiten einer Nachricht treten sowohl auf der sendenden als auch auf der empfangenden Seite auf. Das heißt, dass Nachrichten mit 4 Schnäbeln gesprochen und mit 4 Ohren gehört werden.



Abbildung 2 4 Seiten einer Nachricht. Eigene Darstellung nach Schulz von Thun (2010)

**Beispiel: Ehepaar im Auto, Mann als Beifahrer sagt: „Du, die Ampel ist grün.“ Frau antwortet: „Fährst Du oder fahre ich.“<sup>5</sup>**

Sachinhalt:

Die Information einer Nachricht. Hier: Grüne Ampel

Selbstoffenbarung:

Sagt etwas über die sendende Person aus.

Hier: Z.B. Sender spricht deutsch, kann Farben erkennen, evtl. auch: Sender ist in Eile

Beziehung:

Sagt etwas darüber aus, was die sendende Person von der empfangenden Person hält oder wie beide zueinander stehen. Erkennbar an Formulierungen oder nonverbalen und paraverbalen Äußerungen.

Hier: Z.B. Mann traut Frau nicht zu, dass sie optimal fährt. Die ablehnende Antwort zeigt, dass sie sich bevormundet fühlt, dass also die Beziehung nicht gleichberechtigt ist. Die reine Sachinformation ist dagegen eindeutig.

Apell:

Durch den Apell will die sendende Person etwas bewirken, d.h. sie will Einfluss nehmen.

Hier: Evtl., dass die Frau schneller fahren soll, damit sie noch die Kreuzung überqueren können, bevor die Ampel auf rot umschaltet.

Dieser Aspekt ist in den Botschaften oft sehr versteckt. Er kann sogar manipulativ eingesetzt werden, wenn die anderen Nachrichtenteile zur Unterstützung der Apellseite genutzt werden. Z.B. können bestimmte Informationen nur einen Teilaspekt beinhalten, wesentliche Informationen werden ausgespart, um bei der empfangenden Person etwas Bestimmtes zu erreichen (z.B. Spendensammlung, Verkäufer). Apell- und Beziehungsseite müssen getrennt voneinander betrachtet werden, da der gleiche Apell verschiedene Aussagen zur Beziehung treffen kann.

### Konstruktivismus

Die Welt, wie wir sie wahrnehmen, ist von uns konstruiert, durch unsere eigenen Erfahrungen und deren Bewertungen. Dies und die vorgestellten Kommunikationsmodelle stellen eine wichtige Grundlage dar, um Störungen und Missverständnisse in der Kommunikation nachvollziehen zu können.

---

<sup>5</sup> Beispiel entnommen aus Schulz von Thun (2010), verkürzt dargestellt

### 11.3 Gelingende Gesprächsführung nach Rogers

Carl Rogers ist der Begründer der klienten- bzw. personenzentrierten Gesprächsführung. Seine Erkenntnisse bieten eine besonders gute Grundlage für die Beratungsarbeit.

#### 1. Einführendes Verstehen (= Empathie)

Ein positives Verhältnis zwischen Beratenden und Ratsuchenden stützt den gesamten Beratungsprozess. Die „gute Beziehung“ zwischen den beiden Personen wird oftmals als wichtiger eingeschätzt als beispielsweise ein bestimmter Beratungsansatz. Empathisches Verhalten ist sowohl für das Schaffen einer angenehmen und guten Atmosphäre als auch für das Verstehen oder das „Hineinversetzenkönnen“ in andere Personen wichtig.

#### 2. Echtheit

Ratsuchende spüren sehr genau, ob sie von ihrem Gegenüber ernst genommen werden oder nicht. Das Verhalten der Beratenden soll echt und nicht aufgesetzt sein. Beratende nach Rogers müssen die Grundregeln leben und verinnerlicht haben.

#### 3. Positive emotionale Wertschätzung

Ratsuchende werden so angenommen, wie sie sind. Ihnen werden keine Vorwürfe gemacht, auch wenn in Erzählungen beispielsweise Widersprüche erkennbar sind. Beratende und Ratsuchende begegnen sich auf Augenhöhe. Beratende gehen davon aus, dass alle Ratsuchenden die Lösungen ihrer Probleme bereits in sich tragen und dass sie lediglich dabei unterstützt werden, diese zu finden oder erkennen.

(Röhner & Schütz, 2016)

### 11.4 Literatur- und Quellenverzeichnis

Friedrich Ebert Stiftung (2008): Wirkungsvolle Kommunikation. Ein Leitfaden für Gespräche, Verhandlungen und Konflikte. Ein Trainingsbuch. Akademie Management und Politik. Unter:

<http://library.fes.de/pdf-files/akademie/mup/06623.pdf>

Hargie, O. (2013): Die Kunst der Kommunikation. Forschung – Theorie – Praxis. Bern: Huber.

Röhner, J.; Schütz, A. (2016) Psychologie der Kommunikation. Wiesbaden: Springer.

Schulz von Thun, F. (2010): Miteinander Reden 1. Störungen und Klärungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Watzlawick, P.; Beavin, J.; Jackson, D. (2017): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Göttingen: Hogrefe.

## Didaktik LE 3/3-4

<b><u>1. Ziele</u></b>	
TN lernen Ablauf eines Beratungsgesprächs TN lernen Fragetechniken für Beratungsgespräche kennen TN kennen Modelle der Entscheidungsfindung TN können unterschiedliche Fragetechniken in Beratungssequenzen anwenden	
<b><u>2. Inhalte</u></b>	
Grundzüge der Beratung (Fortsetzung) Phasen eines Beratungsgesprächs (Fortsetzung) Fragetechniken Beratungssequenzen üben Entscheidungsmethoden	
<b><u>3. Methoden</u></b>	
Impulsvorträge Gruppenarbeit (Zweiergruppen bei Beratungssequenzen. Jede/r sollte Rolle als Berater/in und Ratsuchende/r übernehmen. Feedback, auch zur Anwendung einzelner Fragetechniken und wie es den Ratsuchenden dabei ergangen ist.) Plenum: Kurzer Erfahrungsaustausch zur Kleingruppenarbeit. Vorstellung der Entscheidungsfindungsmodelle und ggf. Ausprobieren	
<b><u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u></b>	
PC/Beamer Flipchart/Stifte Skript als Grundlage zum Einüben der Fragetechniken Beispiele für Modelle der Entscheidungsfindung	
<b><u>5. Auflockerung</u></b>	
Paradoxe Beratungssituation vorspielen (lassen) (Was muss man machen, damit alles schiefgeht?) Entscheidung mit Hilfe eines der vorgestellten Modelle finden (lassen)	
<b><u>6. Vorbereitung</u></b>	
Beispiele aus der Praxis, für das Einüben der Beratungssequenzen auswählen, falls TN selbst nichts einfällt. Entscheidungsmethoden grafisch auf Flipchart darstellen	
<b><u>7. Zeitplan</u></b>	
90 min	

## 12 Beratung

### 12.1 Was bedeuten die Kommunikationsgrundlagen für die Beratung?

Durch Beachtung der Kommunikationsgrundlagen werden Missverständnisse vermieden, durch

- Abklärung der Wirklichkeiten
- Erkennen der 4 Ebenen
- Klarheit über Inhalts- und Beziehungsebene
- Kontext der Gesprächssituation erfassen

Zudem lässt sich hiermit eine positive Beziehung sowie ein klares Kommunikationssetting herstellen.

### 12.2 Unterschied zwischen Ratschlag – Beratung – Information

Wenn Ratsuchende betriebliche Pflegelotsen aufsuchen, wollen sie oftmals am liebsten einen Rat-schlag hören, was sie in ihrer derzeitigen Situation tun sollten. Kämen betriebliche Pflegelotsen die- sem Ansinnen nach, würden sie Gefahr laufen, eine Entscheidung zu treffen, ohne die Gesamtsitua- tion vollumfänglich erfasst zu haben. Zudem ist es bei einer professionellen Beratung nicht zielfüh- rend, Ratschläge zu erteilen, da diese Form der Verantwortungsübertragung später zu Problemen führen kann und die Pflegelotsen dann für eventuell auftretende Probleme verantwortlich gemacht werden könnten, da sie diesen einen Rat gegeben haben. Im Sinne der gelingenden Gesprächsfüh- rung nach Rogers ist davon auszugehen, dass die Ratsuchenden selbst die Lösung für ihre Probleme in sich tragen, aber beispielsweise durch die belastende Situation derzeit keinen Zugriff darauf ha- ben. Im Beratungsgespräch soll deshalb deren eigene Problemlösekompetenz gestärkt werden.

**Ratschlag:** Einer anderen Person sagen, was sie machen soll. Hierarchie: Über- und Unterordnung

**Beratung;** Durch Fragen der ratsuchenden Person Hilfestellung geben, damit sie selbst die Lösung fin- det. Hierarchie: gleiche Ebene

**Information:** Experten-/innenwissen weitergeben. Hierarchie: Über- und Unterordnung, deswegen Informationen erst dann geben, wenn sie im Beratungsprozess notwendig sind.

Auf die Frage: „Was würden Sie denn an meiner Stelle machen?“ nicht antworten, was Sie denken. Erkennen Sie an, dass Sie beispielsweise sehen, dass die Person sehr unter Druck steht. -> Frage wert- schätzend zurückgeben und eine zirkuläre Frage stellen (s.u.).

### 12.3 Ablauf eines Beratungsgesprächs

(Vgl. Bamberger, 2010; Brüggemann et al, 2014)

1. **Phase:** Kontakt herstellen und Beziehung aufbauen
2. **Phase:** Konkretisierung des Anliegens, Auftragsklärung (und Kontrakt)
3. **Phase:** Ziele formulieren, Lösungsebene finden
4. **Phase:** Strategien entwickeln, Impulse geben
5. **Phase:** Gespräch abschließen

#### 1. Phase: Kontakt herstellen und Beziehung aufbauen

Brücke zum Ratsuchenden bauen. Small Talk. Im Gespräch: Beziehung aufbauen, miteinander „warm werden“. Tipp: Zu Beginn mehrmals ein „Ja“ im Gespräch einholen.

Diese Phase ist besonders wichtig, da eine gute Beziehung mitunter die wichtigste Grundlage für eine gelingende Beratung darstellt (s. Gelingende Gesprächsführung nach Rogers).

#### 2. Phase: Konkretisierung des Anliegens, Auftragsklärung (und Kontrakt)

Abklären, was Ratsuchende wollen. Sind sie an der richtigen Stelle? Worum soll es in der Beratung gehen? Kontrakt/Vereinbarung zur Zusammenarbeit schließen. Hierbei sollen auch alle wichtigen Informationen, z.B. zur Verschwiegenheit weitergegeben werden.

#### 3. Phase: Ziele formulieren, Lösungsebene finden

Bevor mögliche Lösungen gefunden werden können, müssen sich Ratsuchende erst einmal über ihre Ziele klarwerden. Hierbei begleiten Berater/-innen den Suchprozess.

Für die Entwicklung von Lösungsvisionen müssen Ziele entwickelt werden. Diese sollten SMART formuliert werden (nach Bamberger, 2010, S. 92):

**Spezifisch** (Konkrete, vorstellbare und positive Zielformulierung. Keine Vermeidungsziele)

**Machbar** (Ist das Ziel tatsächlich von den Ratsuchenden realisierbar?)

**Attraktiv** (Will der/die Ratsuchende das Ziel wirklich erreichen? Ist es emotional positiv besetzt?)

**Relevant** (Ist zwischen dem IST- und dem SOLL-Zustand ein Unterschied, der wahrnehmbar ist?)

**Tonisch** (Wenn die Ratsuchenden über das Ziel sprechen, sollen auch positive körperliche Reaktionen zu erkennen sein. Die energiegeladene Körperspannung (=Tonus) drückt eine Erwartungshaltung aus.)

#### 4. Phase: **Strategien entwickeln, Impulse geben**

Für die Erreichung des in der vorherigen Phase erarbeiteten Ziels ist es notwendig, dass die Ratsuchenden Lösungen und Strategien zur Zielerreichung entwickeln.

Den Ratsuchenden wird ggf. klar, dass sie zur Lösung ihres Problems ein anderes Verhalten zeigen müssen, da das bisherige offensichtlich nicht die gewünschte Wirkung und Lösung gebracht hat. Gegebenenfalls ist auch hilfreich, wenn die Ratsuchenden ihr Problem aus einer anderen Perspektive betrachten können (Reframing), damit sie Strategien entwickeln können.

#### 5. Phase: **Gespräch abschließen**

Am Ende eines Gesprächs soll der Berater/die Beraterin noch einmal das Wesentliche zusammenfassen und auch Rückmeldung von den Ratsuchenden einholen. Genau wie auf die Begrüßung zu Beginn, wird auch auf die Verabschiedung in einem wertschätzenden Umgang miteinander großen Wert gelegt.

*Wichtig: Lösungsorientierung anstreben!* Den Ratsuchenden nützt es am meisten, wenn sie im Gespräch (erste) Lösungen entwickeln können. Dies muss und kann in der Regel auch keine „Komplettlösung“ darstellen, da Sie als betrieblicher Pflegelotse keine psychosoziale Beratung oder eine Rechtsberatung anbieten können. Dennoch sind Lösungen im Beratungsgespräch möglich, sei es durch eine Orientierung bei rechtlichen Ansprüchen oder dass die ratsuchende Person nun weiß, dass sie sich zu Tagespflegeeinrichtungen informieren kann oder will. Manchmal hilft es den Ratsuchenden auch einfach, sich Dinge von der Seele zu reden und einmal aussprechen zu können.

## 12.4 Grundlagen für die Beratung – Zuhören und Fragen

### 12.4.1 Das Zuhören

Die wichtigsten Grundlagen für die Beratungsarbeit sind das Zuhören und das Fragen. Beim Zuhören ist es wichtig, das Wesentliche aus dem Gesagten des Gegenübers zu erkennen und auch immer wieder abzugleichen, ob der Gesprächspartner oder die Gesprächspartnerin auch wirklich das meint, was man selbst hört. Zudem müssen aus vielen Informationen, die für das Gesprächsthema bzw. Beratungsanliegen wichtigsten Aspekte herausgefiltert werden. „Auf diese Flut von Informationen reagieren Sie deshalb auf verschiedene Weise: Sie sortieren die Informationen und entscheiden auf welche Sie reagieren wollen; Sie bilden Hypothesen darüber, was die anderen sagen und was sie zu sagen vermeiden; Sie versuchen zusätzliche Klarheit über Aspekte zu gewinnen, die bisher unklar geblieben sind.“ (Culley, 2011, S. 69) Dies ist möglich durch das sogenannte „aktive Zuhören“.

Beim aktiven Zuhören geht es darum, dass die zuhörende Person auf die Inhalte der erzählenden Person in bestimmter Art und Weise reagiert. Dazu gehören auch körpersprachliche und mimische Elemente, so dass eine wertschätzende Atmosphäre entsteht, aber auch die sprachliche Reaktion auf das Gesagte.

Durch Methoden des Spiegelns und Paraphrasierens wird der erzählenden Person rückgemeldet, dass sie verstanden wird. Sie wird dadurch außerdem zum (Weiter-)Erzählen ermutigt. Während beim Spiegeln mehr oder weniger die gleichen Worte verwendet werden, wird die Beraterin oder der Berater beim Paraphrasieren das Gehörte in eigene Worte fassen und überprüfen, ob die Interpretation, die Aussage der ratsuchenden Person trifft.

#### 12.4.2 Das Fragen

Wozu dienen Fragen? Fragen dienen der Klärung, Fokussierung und dem Presensing (= zukünftige Szenarien ins Bewusstsein bringen, Verstärkung) (Vgl. Bamberger, 2010, S. 58) Durch das gezielte Fragen wird Hilfesuchenden ermöglicht, dass sie selbst die Lösung für ihr Problem entwickeln.

#### **Geschlossene/offene Fragen**

Beim Formulieren von Fragen sollten beratende Personen darauf achten, dass sie möglichst offene Fragen stellen, da bei den geschlossenen Fragen nur mit „ja“ oder „nein“ geantwortet werden kann. Zudem erfährt die beratende Person bei geschlossenen Fragen nur die Dinge, die abgefragt werden und nichts darüber hinaus. Statt beispielsweise „Ist die Situation im letzten Monat oft eingetreten?“ – „Wann ist die Situation im letzten Monat eingetreten?“ Bei offenen Fragen denken die Gefragten oft intensiver über ihre Antworten nach, als wenn sie nur mit „ja“ oder „nein“ antworten müssten. Damit können z.B. auch vorhandene Stärken herausgearbeitet werden (s. ressourcenorientierte Fragen).

#### 12.4.3 Fragetechniken mit Beispielen

##### 12.4.3.1 Lösungsorientierte Fragen

**Hintergrund:** Durch lösungsorientierte Fragen können Möglichkeiten oder ganz konkrete Handlungsoptionen herausgearbeitet werden. Die Ratsuchenden fühlen sich dadurch dem Problem auch weniger ausgeliefert.

Beispiele:

- (Zu Beginn der Beratung) Was wäre am Ende der Beratung eine gute Lösung für Sie?  
(Hierbei kann es natürlich passieren, dass die Ratsuchenden mit vollkommen überzogenen Erwartungen kommen, dass sich das Problem zum Beispiel in Luft aufgelöst haben soll. Berater/-innen müssen damit wertschätzend umgehen und Verständnis für die Situation äußern,

dass der ratsuchenden Person dieser Wunsch nicht zu verdenken sei. Pflegelotsen sollen behutsam darauf einwirken, dass es um erfüllbare Lösungswünsche geht, da es leider nicht in ihrer Macht steht, alle Wünsche zu erfüllen.)

- In welchen Situationen hat es sich für Sie besser angefühlt? Was war daran anders als sonst?

#### 12.4.3.2 Skalierungsfragen

**Hintergrund:** Hilfreich, um die Situation besser zu umfassen, auch für die Ratsuchenden, um ihre Situation besser einschätzen zu können.

**Beispiel:** Um die Situation besser einschätzen zu können, bitte ich Sie, dass Sie mir auf einer Skala von 1 – 10 sagen, wie Sie die Situation ganz aktuell einschätzen. Die Zahl 1 steht dafür, dass es absolut schwierig war, damit umzugehen, die Zahl 10 dafür, dass Sie alles sehr gut regeln konnten.

#### Konkrete Nachfragen zur Einschätzung der Lage:

- Wo würden Sie sich ganz aktuell einordnen? (Skalierung)
- Wie war es, als es am schlimmsten war? (Skalierung)
- Was müssten Sie tun/was müsste eintreffen, damit es einen halben Punkt/einen Punkt besser werden würde?

(Die letzte Frage dient der Lösungsorientierung, allerdings wird bewusst nicht danach gefragt, was getan werden müsste, damit alles wieder sehr gut ist, sondern nur nach kleinen Verbesserungen. Dies verhindert Überforderungen und ermöglicht auch verzweifelten Ratsuchenden kleine „Lichtblicke“.)

#### 12.4.3.3 Ausnahmefragen

**Hintergrund:** Ratsuchenden neigen in ihrer Verzweiflung oftmals dazu, Dinge zu verallgemeinern. Bei der Frage nach Ausnahmen können sie dann erkennen, dass die Lage nicht „immer“ so war.

#### Beispiel:

Kann z.B. nach Skalierungsfragen eingesetzt werden:

- Stellen Sie sich eine Skala von 1 - 10 vor. 1 bedeutet absolut kraftlos und überhaupt keine Konzentrationsfähigkeit bei der Arbeit. 10 bedeutet, dass Sie gar keine Einschränkungen haben. (*Weiterführend:* Wo würden Sie sich im Moment einordnen? Worin liegen die Einschränkungen genau? Wie stellen sie sich dar?)
- Sie erzählen, dass die Situation neben der Belastung durch die Pflege Ihrer Mutter auch etwas Gutes sei, was ist das genau?

(Neben der Belastung durch die Pflegesituation berichten Pflegende oft auch, dass sie

dadurch ihren Angehörigen – wieder – näherkommen konnten, was bei genauem Nachdenken als Gewinn angesehen werden und somit die gefühlte Belastung geringer werden lassen kann.)

#### 12.4.3.4 Ressourcenorientierte Fragen

**Hintergrund:** Hier können die Ratsuchenden dabei unterstützt werden, dass sie erkennen, was sie in der Vergangenheit bereits geleistet haben.

Beispiele:

- Wo liegen ganz allgemein betrachtet Ihre Stärken? Wie könnten Sie diese in der momentanen Situation einbringen?
- Welches vergleichbare Problem gab es bei Ihnen in der Vergangenheit bereits und welche Lösung hatten Sie dafür? Wie könnte man diese auf die derzeitige Situation übertragen?

(Wichtig ist auch hier die Wahl der offenen Fragen zu Beginn, da bei einer geschlossenen Frage weniger Zeit darauf verwendet wird zu überlegen, ob es wirklich etwas Vergleichbares schon einmal gab.)

#### 12.4.3.5 Zirkuläre Fragen

**Hintergrund:** Mit Hilfe von zirkulären Fragen, können andere Perspektiven mit in das Gespräch aufgenommen werden. Dadurch können scheinbar unlösbare Probleme vereinfacht werden.

**Beispiel:**

- Was würde Ihr Bruder (Person X) dazu sagen, dass ....?
- Wie schätzt Ihre Frau/Ihr Mann/Person X die derzeitige Situation ein?
- Woran würde eine andere Person merken, dass Sie wieder entspannter sind/dass das Problem gelöst ist/dass Sie in der Skala um einen oder zwei Punkte gestiegen sind?

Zirkuläre Fragen können auch dann angewendet werden, wenn die Ratsuchenden einen Ratschlag haben wollen. Den Ratsuchenden könnte wertschätzend entgegnet werden, dass ihr Ansinnen, einen Rat haben zu wollen, sehr verständlich sei. Da aber der Pflegelotse nur Teile des Problems kenne, könne er hier keine guten Ratschläge geben. Als zirkuläre Frage wäre denkbar: „Was würden Sie mir denn empfehlen, wenn ich in Ihrer Lage wäre?“

#### 12.4.3.6 Hypothetische Fragen/Was wäre wenn-Fragen

**Hintergrund:** Möglichkeiten werden in Betracht gezogen bzw. entwickelt.

**Beispiel:**

- Angenommen die Beratung hätte ein klein wenig geholfen. Woran würden Sie das merken? Woran würden andere das merken? (Zirkuläre Frage)

- Was wäre, wenn Sie beispielsweise einen Pflegedienst engagieren würden, worüber Sie vorhin kurz gesprochen haben?

*Zu Fragetechniken siehe auch Bamberger (2010), Brüggemann et al (2014), Stangl (2015).*

#### 12.4.4 Lösungsorientierte Dreierschritte

Diese Vorgehensweise ist im Beratungsprozess sehr hilfreich. Es handelt sich um Gesprächsschleifen, die auch festgefahrene Gespräche wieder lösen können.

1. Was ist Ihr nächster Schritt?
2. Wer kann Ihnen dabei helfen?
3. Wann ist der richtige Zeitpunkt dafür?

1. Wenn Sie an meiner Stelle wären, welchen Rat würden Sie sich selbst geben?
2. Wie könnten Sie das noch kleiner und einfacher für sich gestalten?
3. Was davon würden Sie befolgen und was nicht?

(Dies wäre auch eine mögliche Erwiderung bei einem Wunsch nach einem Ratschlag.)

1. Wer kennt Sie gut?
2. Was würde diese Person Ihnen raten?
3. Was davon könnten Sie annehmen?

(aus: Schmitz, 2011, S. 103)

#### 12.4.5 Methoden zur Entscheidungsfindung

- Zirkuläre Fragen (s.o.)
- Entscheidungstechniken mit Hilfe von Visualisierungen
  - Scheibchen-Methode
 

Ein großes Problem wird in mehrere kleinere Problemfelder unterteilt. Die einzelnen „Scheibchen“ können dann mit Priorisierungslisten weiter bearbeitet werden.
  - Benjamin-Franklin-Liste
 

Die verschiedenen Alternativen werden nebeneinander in eine Liste eingetragen. Anschließend werden bei jeder Alternative in einer senkrechten Spalte die Pluspunkte gesammelt (keine negativen Aspekte). Nach Fertigstellen der Liste werden alle Punkte benotet und für jede Alterna-

tive eine Durchschnittsnote gebildet. Für die Noten müssten separate Spalten eingeplant werden.

Nachteil dieser Liste ist, dass negative Aspekte gar nicht berücksichtigt werden.

- Entscheidungsmatrix

Hier werden wie bei der o.g. Liste waagrecht alle Optionen einer Entscheidung aufgelistet. Anschließend sammelt man senkrecht alle Kriterien. Diese werden wieder benotet und in der letzten Zeile die Durchschnittsnote gebildet. Kriterien können beispielsweise die finanziellen Folgen einer Entscheidung sein, Besuchshäufigkeit, Sicherheit ....

- Mindmap

Ein DIN A 4 oder DIN A 3 Blatt wird im Querformat genommen und in die Mitte geschrieben, um was es geht. Anschließend werden Zweige nach außen geführt und zu einer Option beschriftet. Hier können dann bei jeder Alternative Pros und Contras gesammelt werden. Durch Farben oder kleine Bilder können einzelne Zweige gekennzeichnet werden.

(Aus: Mai, 2016)

## 12.5 Literatur- und Quellenverzeichnis

Bamberger, G. (2010): Lösungsorientierte Beratung. Weinheim: Beltz.

Brüggemann, H.; Ehret-Ivankovic, K.; Klütmann, C. (2014): Systemische Beratung in fünf Gängen. Ein Leitfaden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Culley, S. (2011): Beratung als Prozess. Lehrbuch kommunikativer Fähigkeiten. Weinheim: Beltz.

Hargie, O. (2013): Die Kunst der Kommunikation. Forschung – Theorie – Praxis. Bern: Huber.

Mai, J. (2016): Warum ich losging um Milch zu kaufen, und mit einem Fahrrad nach Hause kam. München: dtv Verlagsgesellschaft.

Schmitz, L. (2011): Lösungsorientierte Gesprächsführung. Übungen und Bausteine für Hochschule, Ausbildung & kollegiale Lerngruppen. Dortmund: Borgmann.

Stangl, W. (2015): Psychotherapie. Systemisches Fragen. [werner stangl]s arbeitsblätter.

<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/PSYCHOTHERAPIE/Systemisches-Fragen.shtml> (21.04.2015)

## Didaktik LE 3/5 – 6

<b><u>1. Ziele</u></b>	<b>Besonderheit: Führungskräfte werden eingeladen</b>
TN kennen Hintergründe zum Nutzen von betrieblichen Pflegelotsen TN kennen Stufenmodell zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege TN kennen weitere Unterstützungsangebote zum Thema Gesundheit, Pflege und Beruf	
<b><u>2. Inhalte</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundlagen zur Organisation bzw. Implementierung von betrieblichen Pflegelotsen.</li> <li>• Stufenmodell zur Vereinbarkeit Beruf und Pflege</li> <li>• Entwicklung und Klärung von Fragen bezogen auf die konkreten Unternehmen</li> </ul>	
<b><u>3. Methoden</u></b>	
Vorstellung (Führungskräfte kommen hinzu) Impulsvorträge Diskussion	
<b><u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u></b>	
PC/Beamer Flipchart/Stifte	
<b><u>5. Auflockerung</u></b>	
Gruppenarbeit zu Stufenmodell zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege (Brainstorming: Was bedeutet das für unser Unternehmen?)	
<b><u>6. Vorbereitung</u></b>	
Führungskräfte einladen Informationen zu Führungskräften einholen (Unternehmen, Abteilung...)	
<b><u>7. Zeitplan</u></b>	
90 min	

## 13 Organisation von Pflegelosten im Unternehmen

Warum sollten sich Unternehmen zum Thema „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“ überhaupt Gedanken machen?

Mehrere internationale Studien belegen, dass Erwerbstätige, die Angehörige pflegen, höhere Fehlzeiten aufweisen und zusätzlich durch die Mehrfachbelastung von ihren betrieblichen Aufgaben abgelenkt sind und/oder selbst Krankheiten entwickeln. Die Leistungsfähigkeit wird vermindert, soziale Kontakte gehen verloren, obwohl gerade sie wichtig wären für die Regeneration aus den Belastungssituationen. Die Pflege beispielsweise der eigenen Eltern wird zudem als belastender empfunden als die Sorge um die eigenen Kinder. Bei einigen der betroffenen Erwerbstätigen kommt es sogar zu einer Dreifachbelastung, da sie die Betreuung ihrer Kinder und die Pflege von Angehörigen zusammen mit ihrer Erwerbstätigkeit organisieren müssen. Wenn die Belastung zu groß wird und/oder die Beschäftigten selbst krank werden, kündigen sie nicht selten ihren Arbeitsplatz. Dies bedeutet für die Unternehmen einen Verlust von Arbeitskräften und Wissen. Aber auch schon alleine die verminderte Leistungsfähigkeit und Ablenkungen von der Arbeit stellen einen nicht zu unterschätzenden Kostenfaktor dar. Arbeitgeber haben aber die Chance, durch ein gezieltes Unterstützungsprogramm ihren Mitarbeitenden zu helfen und sie auch weiterhin im Unternehmen zu halten. Zudem ist der Erhalt des Arbeitsplatzes auch eine Unterstützung für die betroffenen Mitarbeitenden selbst, da die Arbeit für sie auch ein Stück Normalität darstellt und nicht zuletzt eine Ablenkung von der belastenden Situation ist. Auch kann durch die Arbeit ein vollständiger Verlust sozialer Beziehungen vermieden werden. Unterstützende Angebote nützen damit sowohl den Mitarbeitenden als auch den Unternehmen.

Für Unternehmen besteht zudem die Möglichkeit, dass sie sich durch die Schaffung von Stellen für betriebliche Pflegelotsen am Arbeitsmarkt gegenüber Wettbewerbern positiv positionieren können und das Unterstützungsangebot für die Mitarbeitenden als Alleinstellungsmerkmal herausstellen.

### 13.1 Wie können betriebliche Pflegelotsen helfen?

Kaum jemand beschäftigt sich mit der Frage, wie die Pflege von Angehörigen ablaufen könnte und welche Betreuungsangebote es beispielsweise gibt, bevor es so weit ist. Und wenn der Fall eingetreten ist, ist in manchen Fällen schnelles Handeln erforderlich. In anderen Fällen kann es aber auch „nur“ um ein Verständnis über das veränderte Verhalten der Angehörigen, z.B. bei Demenz gehen oder darum, wie Pflegestufen festgelegt werden und welche Stufen es überhaupt gibt. Betriebliche Pflegelotsen stellen somit eine leicht erreichbare „Erstanlaufstelle“ dar, die erste Informationen weitergeben kann. Sie kommen auch ihrer Lotsenfunktion nach, indem sie an Fachstellen weiterverwei-

sen. Hierfür entwickeln sie ein Netzwerk mit professionellen Beratungs- und Dienstleistungsanbietern.

## 13.2 Weitere Unterstützungsangebote können sein

### 13.2.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege können auch ein Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements sein. Ein Aspekt von gesundheitsfördernden Arbeitsbedingungen ist beispielsweise, dass Möglichkeiten der sozialen Interaktion geboten werden, damit das Gefühl entsteht „Schwierigkeiten können gemeinsam bewältigt werden [und] gegenseitige Unterstützung hilft, Belastungen besser zu ertragen“ (Ulich, 2016, S. 21). Somit wäre der Einsatz von betrieblichen Pflegelotsen ebenso eine Maßnahme zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit (work ability). Außerdem könnten im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements Angebote zur Stressreduzierung angeboten werden, die sowohl für Mitarbeitende, die Angehörige pflegen, aber auch für alle anderen belasteten Mitarbeitenden zur Verfügung stehen würden.

### 13.2.2 Vorträge/Workshops/Thementage für alle Mitarbeitenden

Für Interessierte oder Betroffene könnten unternehmensinterne Fortbildungen bzw. Vorträge zu Themen rund um Pflege oder Umgang mit Krankheiten des Alters, wie z.B. Demenz angeboten werden. Allerdings wird von Unternehmen, die solche Angebote unterbreiten, beschrieben, dass diese anfangs nur zögerlich angenommen wurden. Eine gute und umfassende Informationspolitik und die Wiederholung der Angebote führten aber zu einer besseren Annahme seitens der Beschäftigten. Auch Vorträge über Vorsorgevollmacht oder Patienten- und Betreuungsverfügung können an das Thema heranführen und sensibilisieren.

Möglich wären auch Gesundheitstage oder Aktionen rund um das Thema Alter und Pflegebedürftigkeit, um auf die o.g. Themen aufmerksam zu machen. Bei diesen Aktionen wäre beispielsweise der Einsatz von Alterssimulationsanzügen denkbar, so dass Interessierte einmal in die Haut eines älteren Menschen „schlüpfen“ können.

### 13.2.3 Pflegesensibilität der Führungskräfte

Führungskräfte sind neben Kolleginnen und Kollegen oft die ersten Personen in einem Unternehmen, die merken, dass mit Mitarbeitenden etwas „nicht stimmt“. Auch in Mitarbeiterjahresgesprächen kann die belastende Pflegesituation zur Sprache kommen. Haben die Führungskräfte selbst keine Erfahrung mit zu pflegenden Angehörigen, ist es für sie oft nur schwer nachvollziehbar, was die Mitar-

beitenden „stemmen“. Wenn Führungskräfte für das Thema sensibilisiert sind, können sie die Mitarbeitenden selbst beispielsweise in Mitarbeiterjahresgesprächen oder anderen Kontakten darauf ansprechen. Ebenso sind die Kenntnisse hilfreich für die Personalentwicklung, so dass passende Arbeitsmodelle oder Programme zum Kontakthalten oder Wiedereinstieg entwickelt werden können.

### 13.3 Stufenmodell zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Das folgende Stufenmodell zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, auf der Grundlage des Stufenplans Beruf und Pflege (Beruf und Familie, 2012) zeigt in besonderem Maße, welche Möglichkeiten es für Unternehmen gibt, die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu verbessern und eine pflegesensible Personalpolitik zu praktizieren.

Tabelle 5: Stufenmodell zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

<b>Stufenmodell zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege</b>				
	<b>1</b> <i>Aufklären, thematisieren und enttabuisieren</i>	<b>2</b> <i>Erste Hilfestellungen</i>	<b>3</b> <i>Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden erhalten</i>	<b>4</b> <i>Pflegesensible Unternehmenskultur entwickeln und leben</i>
<i>Ermittlung des potentiellen Bedarfs im Unternehmen</i>	Analyse der Altersstruktur der Mitarbeitenden und deren Angehörigen		Mitarbeiterbefragung	Fehlzeitenanalyse
<i>Information und Kommunikation</i>	Bedeutung von pflegesensibler Unternehmenspolitik herausstellen  Infoveranstaltungen zum Thema Pflegebedürftigkeit im Unternehmen	Über gesetzliche Rahmenbedingungen zur Pflege informieren  Auf Möglichkeiten der Familienpflegezeit und Pflegezeit hinweisen  Am Thema dran bleiben und wiederholt kommunizieren	Vernetzung von pflegenden Angehörigen im Unternehmen (z.B. Stammtische)  Pflegelotsen im Unternehmen benennen	Unternehmensleitung tritt aktiv für das Thema ein  Führungskräfte für das Thema Pflege von Angehörigen sensibilisieren  Führungskräfte als Multiplikatoren einsetzen
<i>Beratung für Pflegende</i>		Ansprechpartner im Unternehmen kommunizieren und Beratung anbieten, z.B. durch Pflegelotsen, externe Beratungsanbieter	Notfallpläne im Unternehmen  Beratungsangebote bei Antragsverfahren	Mentoren- oder Coachingmodelle im Unternehmen „Kollegen helfen Kollegen“ (z.B. auf der gleichen Hierarchieebene)
<i>Arbeitszeitflexibilisierung</i>		Kurzfristige Freistellung oder Beurlaubung, Sonderurlaub Arbeitszeitkonten Gleitzeit Vereinfachter Wiedereinstieg nach Freistellung	Sabbatical-Möglichkeiten schaffen Teilzeitmodelle entwickeln Dienstplanung an Bedürfnisse pflegender Angehöriger anpassen	Lebensphasenorientierte Arbeitsmodelle  Flexible Arbeitszeitmodelle
<i>Arbeitsort</i>		Home Office	Wechsel von Anwesenheit im Unternehmen und Home Office	Wechsel von Anwesenheit im Unternehmen und Home Office
<i>Arbeitsorganisation</i>		Familiengerechte Terminorganisation  Rücksicht bei Überstunden oder Mehrarbeit auf die Bedürfnisse Pflegenden	Vertretungsregelungen	Dienst- bzw. Betriebsvereinbarung „Pflege“

<i>Gesundheitsförderung</i>		Gesundheitsförderung und Prävention, um Belastungen besser begegnen zu können	Spezielle Programme zur Stressreduzierung	Psychosoziale Beratung
<i>Pflegesensible Führung</i>	Führungskräfte sensibilisieren und gewinnen	Handreichung für Führungskräfte zu gesetzlichen Regelungen und betrieblichen Angeboten	Arbeitshilfen für Führende  Enge Zusammenarbeit mit Personalabteilungen	Pflege auch im Leitbild  Maßnahmencontrolling und Zielkriterien zu pflegesensibler Führung
<i>Personalentwicklung</i>		Pflege in Mitarbeitergesprächen aufgreifen  Thema in der Fort- und Weiterbildung berücksichtigen	Kontakte von Unternehmen zu pflegenden Angehörigen fördern  Wiedereinstiegsprogramme, Unterstützungsangebote bspw. durch Kollegen im Unternehmen fördern	Konzepte zur Aufrechterhaltung der Employability
<i>Qualifizierung „Fit für Pflege“</i>		Seminarangebote bspw. Pflege von Angehörigen oder technischen Unterstützungsmöglichkeiten	Seminare zum Erkennen von physischen und psychischen Grenzen bei Pflege, Bewältigungsstrategien, Zeitmanagement	Trainings für Pflegenden zum Verhalten in schwierigen emotionalen Situationen
<i>Finanzielle Unterstützung</i>		Gehaltsvorschuss  Gehaltsumwandlungen  Vermittlungskosten von Dienstleistern übernehmen	Sonderzahlungen, Zuschüsse für hausnahe Dienstleistungen  Darlehen  Belegschaftshilfen fördern	Betreuungskosten mitfinanzieren  Versicherungsbeiträge während der Auszeit übernehmen  Hinterbliebenenrente  Social Sponsoring
<i>Services</i>		Dienstleister für Senioren-Services anbieten	Vernetzung mit anderen Arbeitgebern, um Infrastrukturen besser zur Verfügung stellen zu können, z.B. Senioren-Services, Beratungsanbieter	Kooperationen mit Pflegediensten, Kurzzeitpflegeeinrichtungen;  betriebliche Tagespflege anbieten ggf. in Kooperation mit anderen Arbeitgebern

(Beruf und Familie, 2012, eigene Darstellung auf Grundlage des Stufenplans Beruf und Pflege)

### 13.4 Literatur- und Quellenverzeichnis

Beruf und Familie (2012) Stufenplan Beruf und Pflege. Empfehlungen zur systematischen Entwicklung einer pflegesensiblen Personalpolitik, unter:

[http://berufundfamilie.de/images/dokumente/Stufenplan\\_Beruf\\_und\\_Pflege.pdf](http://berufundfamilie.de/images/dokumente/Stufenplan_Beruf_und_Pflege.pdf)

Bold, S.; Deußen, M. (2013): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. München und Mering: Rainer Hampp Verlag.

Pfannstiel, M.; Mehlich, H. (Hrsg.) (2016): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Konzepte, Maßnahmen, Evaluation. Wiesbaden: Springer Gabler.

Preuß, M. (2013): Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. Wiesbaden: Springer.

Rössler, W. et al. (Hrsg.) (2016): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Herausforderung und Chance. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Ulich, E. (2016): Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine Chance für Unternehmen, in: Rössler et al 2016, S. 20 – 32.

## Didaktik LE 3/7 – 8

<u>1. Ziele</u>	<b>Besonderheit: Führungskräfte werden eingeladen</b>
TN lernen Grundlagen zur Implementierung von betrieblichen Pflegelotsen TN können weitere Fragen zur Umsetzung in ihrem Unternehmen entwickeln TN vernetzen sich untereinander	
<u>2. Inhalte</u>	
Organisation von Pflegelotsen im Unternehmen Voraussetzungen für die Implementierung Klärung von unternehmensspezifischen Fragen Lehrgangsabschluss Vernetzung der TN anregen (Kollegiale Beratung ermöglichen) Termin für den 4. Tag der Schulung vereinbaren (Wenn der Termin nicht vorher festgelegt wird, kann auf individuelle Wünsche und die Eindrücke während der Schulung eingegangen werden.)	
<u>3. Methoden</u>	
Impulsvorträge Gruppenarbeit (Unternehmensspezifische Fragen und Regelungen einzeln auf Flipchart schreiben, Flipchart für weitere, noch nicht genannte Fragen vorbereiten. TN suchen in – wechselnden – Kleingruppen die einzelnen Flipcharts auf und diskutieren miteinander und tragen ihre möglichen Antworten auf die Fragen ein.) Hauptfokus liegt bei dieser Lehreinheit bei Moderation Plenum (Eingehen auf die Antworten und weiteren offenen Fragen, Diskussion)	
<u>4. Lehr-/Lernmaterialien, Medien</u>	
Flipcharts mit den einzelnen unternehmensspezifischen Fragen und für weitere, nicht genannte Fragen vorbereiten Evtl. weitere Räumlichkeiten bzw. Flipcharts auf Tische legen. Stifte in ausreichender Anzahl zum Beantworten der Fragen	
<u>5. Auflockerung</u>	
<u>6. Vorbereitung</u>	
Flipcharts vorbereiten (Fragen notieren) Raum groß genug für Gruppenarbeit? Tische zum Beschreiben einzelnen Flipcharts vorhanden? Stifte für alle TN zum Beschreiben der Flipcharts TN darauf hinweisen, dass sie für die Vereinbarung des 4. Termins Kalender mitbringen	
<u>7. Zeitplan</u>	
90 min	

## 13.5 Implementierung betrieblicher Pflegelotsen

Zur Organisation von betrieblichen Pflegelotsen kann es keine allgemeingültigen Regeln geben, da schon allein aufgrund der unterschiedlichen Unternehmensgrößen oder Hierarchieebenen unterschiedliche Grundvoraussetzungen bestehen. Zunächst müssen grundlegende Fragen geklärt werden, wie das Thema „Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Pflege“ im Unternehmen angesehen wird. Passt es überhaupt in die Unternehmenskultur und das Leitbild? Diese beiden Fragen zeigen bereits, dass die Entscheidung für betriebliche Pflegelotsen von der Unternehmensleitung kommen und in einem Top Down-Prozess über Führungskräfte weitergegeben werden muss. Nur wenn die Unternehmensleitung hinter dieser Entscheidung steht, kann die Implementierung gelingen.

### 13.5.1 Organisatorische Anbindung

Wenn die grundlegende Frage zur Implementierung betrieblicher Pflegelotsen geklärt ist, ist die Frage der Anbindung der Pflegelotsen im Unternehmen zu beantworten, d.h. es ist zu überprüfen, ob es bereits Strukturen gibt, an die betriebliche Pflegelotsen „angedockt“ werden können. Entsprechende Möglichkeiten ergeben sich häufig in Personalabteilungen, bei Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung, bei zuständigen Mitarbeitenden des betrieblichen Gesundheitsmanagements (zum Teil auch als Stabsstelle), in betrieblichen Sozialberatungen oder beim betriebsärztlichen Dienst. Gerade die Anbindung an Personalabteilungen wird in der Praxis häufig gewählt, da Mitarbeitende, die beispielsweise von den gesetzlichen Möglichkeiten der Freistellung Gebrauch machen möchten, sich am Ende immer an die Personalabteilung wenden müssen. Auch eine Anbindung an eine Gleichstellungsstelle ist denkbar, da die Sorge um pflegebedürftige Angehörige meist noch ein „Frauenthema“ ist und somit Frauen, die Pflegeaufgaben übernehmen, potentiellen Diskriminierungen (Zwang zu Teilzeittätigkeit, Doppel- und Dreifachbelastungen, Kündigungen) ausgesetzt sein können.

Die organisatorische Einbindung sollte in einem Organigramm des Unternehmens erkennbar sein.

### 13.5.2 Personalauswahl

Aus der organisatorischen Anbindung der betrieblichen Pflegelotsen ergibt sich oftmals bereits, welcher Kreis von Mitarbeitenden für die Tätigkeit in Frage kommt. In jedem Fall ist es erforderlich, dass sich die zukünftigen Pflegelotsen freiwillig zur Verfügung stellen. Allerdings scheint es auch wenig zielführend, wenn „irgendwer“ den Posten übernimmt, ohne dass eine Anbindung an eine der im vorherigen Punkt benannten Stellen im Unternehmen besteht. Sollten Bedenken bestehen, dass jemand, der beispielsweise am Fließband arbeitet, eine Person aus der Managementebene nicht als Pflegelotse akzeptieren könnte, sollte auf dieser Arbeitsebene eine geeignete Person als erster Ansprechpartner gefunden werden. Bei der konkreten Auswahl bestimmter Mitarbeitender ist darauf zu achten, dass diese die Kompetenzen, wie sie im ersten Kapitel beschrieben wurden, mitbringen.

### 13.5.3 Aufgabenbeschreibung

Der Arbeitgeber muss mit den betrieblichen Pflegelotsen die Aufgabenbereiche und den Umfang, der Tätigkeit als Pflegelotse regeln. Gerade wenn Mitarbeitende, die nicht in Abteilungen angesiedelt sind, in denen Beratungsaufgaben zum Arbeitsalltag zählen (o.g. Beispiele zur organisatorischen Anbindung), würde die Übernahme einer Tätigkeit als Pflegelotse sich nur schwer mit dem eigentlichen Arbeitsfeld vereinbaren lassen. Im optimalen Fall wird durch eine Stellenbeschreibung ein Anteil an Arbeitszeit für die Tätigkeit als betrieblicher Pflegelotse ausgewiesen. Durch regelmäßige Überprüfung des tatsächlichen Beratungsbedarfs kann diese Zeit angepasst werden.

### 13.5.4 Arbeitsplatz

Den betrieblichen Pflegelotsen muss im Unternehmen ein Raum zur Verfügung gestellt werden, in dem ungestört und von anderen Personen uneinsehbar Gespräche geführt werden können. In der Praxis wird nicht immer ein eigener Beratungsraum vorhanden sein, allerdings muss die Möglichkeit bestehen, dass ungestörte Gespräche geführt werden können. Sollte es bei einem Unternehmen mehrere Zweigstellen oder Außenstellen geben, so ist es empfehlenswert, dass die betrieblichen Pflegelotsen an den unterschiedlichen Orten einen Raum zur Verfügung gestellt bekommen können, damit nicht die Ratsuchenden den Weg auf sich nehmen müssen.

### 13.5.5 Regelungen zur Sicherheit für die Ratsuchenden

Für die Ratsuchenden muss die Gewissheit bestehen, dass ihr Anliegen vertraulich behandelt wird und die Inhalte nur dann weitergegeben werden (beispielsweise an Vorgesetzte), wenn sie dies auch ausdrücklich wünschen. Empfehlenswert ist, dass dies die betroffenen Mitarbeitenden dann auch selbst übernehmen. Um das Vertrauensverhältnis zu sichern ist eine Betriebsvereinbarung für die Tätigkeit der betrieblichen Pflegelotsen empfehlenswert. Darin sollen auch Regelungen zur Verschwiegenheit getroffen werden. Diese soll alle Belange betreffen, die die Ratsuchenden ansprechen. Ratsuchende sollen zudem während ihrer Arbeitszeit betriebliche Pflegelotsen aufsuchen können.

### 13.5.6 Kommunikation des Angebots

Betroffene Mitarbeitende müssen von dem Angebot der betrieblichen Pflegelotsen erfahren, damit sie wissen, dass das Unternehmen in diesem Bereich eine Unterstützung anbietet.

Mögliche Kommunikationsmöglichkeiten sind:

- Führungskräfte
- Intranet/Aushang schwarzes Brett
- Infoblatt der Gehaltsabrechnung beilegen
- Informationen in Betriebs-/Mitarbeiter-/Personalversammlungen
- Im Rahmen von Infoveranstaltungen zu Pflege Themen
- Teamsitzungen

- Betriebs-/Firmenzeitung
- Newsletter
- Homepage
- Tagespresse

Für die Information ist die Erstellung eines Informationsblattes oder Flyers erforderlich.

### 13.6 Unternehmensspezifische Fragen und Regelungen

Wie oben bereits erwähnt, muss die Entscheidung für die Schaffung von Stellen für betriebliche Pflegelotsen von der Führungsebene kommen. Deswegen ist es wichtig, dass Führungskräfte und potentielle Pflegelotsen gemeinsam an Fragen arbeiten, die den Weg für eine gelingende Implementierung ebnen.

Fragen, die sich jedes Unternehmen bei der Implementierung von betrieblichen Pflegelotsen stellen muss:

- Wie wichtig ist das Thema Vereinbarung von Beruf und Pflege (Familie) im Unternehmen?
- Passt das Thema zur Unternehmenskultur/zum Leitbild? Wie fügt es sich ein?
- Welche Vorteile verspricht sich das Unternehmen von betrieblichen Pflegelotsen?
- Wie können Führungskräfte dafür gewonnen werden?
- Wie können die Betroffenen, die Angehörige pflegen, davon erfahren?
- Welche Mitarbeitenden können dafür gewonnen werden? Welcher Abteilung sind sie zugeordnet?
- Welche Tätigkeiten und welcher zeitliche Umfang umfasst die Aufgabe von betrieblichen Pflegelotsen (Stellenbeschreibung)?
- Wie können Fortbildungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden?
- Welche Unterstützungsmöglichkeiten können den betrieblichen Pflegelotsen zur Verfügung gestellt werden, wenn sie beispielsweise mit belastenden Ereignissen konfrontiert werden oder ihre Arbeit reflektieren möchten? In welchem Umfang?
- Welche Räumlichkeiten stehen zur Verfügung?
- Welche Vernetzungen und zusätzliche Dienstleistungen für pflegende Angehörige ist das Unternehmen bereit einzugehen?
- Welche Schwierigkeiten könnten auftreten? (Hier evtl. Differenzierung innerhalb verschiedener Ebenen im Unternehmen und Schwierigkeiten im Bereich der Arbeitsorganisation etc.)

### 13.7 Literatur- und Quellenverzeichnis

Bold, S.; Deußen, M. (2013): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. München und Mering: Rainer Hampp Verlag.

Preuß, M. (2013): Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. Wiesbaden: Springer.

## 14 Anhang

### Checkliste Beratungsgespräch Pflegelotse

#### Situation des Ratsuchenden:

---

- Art des Anliegens:
  - Frage zu praktischen Vereinbarkeit von Pflege und Beruf?
  - Unterstützung zur persönlichen Bewältigung familiärer Pflege und Beruf?
  - Frage zu Leistungen der Pflegeversicherung/ Krankenkasse?
  - Fragen zur praktischen Organisation von Pflege?
  - ...
  
- Persönliche Situation:
  - alleine/ Partner/ Kinder?
  - Verantwortung? (rechtliche Betreuung/ Hauptpflegeperson/ Ansprechpartner/ Unterstützer für Pflegebedürftige Person vor Ort)
  - Wissensstand in Bezug auf Anliegen des Gesprächs
  - eigene Gesundheit? (Einschränkungen? Befürchtungen?)

#### Situation des pflegebedürftigen Familienmitglieds:

---

- Lebenssituation:
  - allein/ Partner/in / verwitwet (seit wann?)
  - Wohnsituation:
    - Wohnung/ Haus? (Barrierefreiheit/ Größe)
    - Lage und Infrastruktur? (Stadt/ Land? Einkaufsmöglichkeiten/ Ärzte/ Apotheke/ Bank/ Post; öffentliche Verkehrsmittel?)
  - soziale Kontakte? (Telefon/ Besuche/ außerhäusliche Treffen?)
  
- Art des Unterstützungsbedarfs:
  - Begleitung zum Arzt
  - Hilfe bei Behördengängen oder Kommunikation mit Behörden
  - Hilfe bei Bankgeschäften
  - Unterstützung im Haushalt:
    - Fensterputzen/ Rasenmähen/ Gartenpflege/ Schneeräumen
    - Einkäufe (begleiten/ erledigen)
    - Reinigung
    - Wäsche
  - Mahlzeitservice
  - Betreuung (z.B. nicht allein sein können bei Demenz)
  - Pflegerische Unterstützung (z.B. Baden/ Duschen; bei der täglichen Grundpflege > sich Waschen, Kleiden, Gang zur Toilette)

- Wunsch nach/ Akzeptanz der Unterstützung durch die pflegebedürftige Person:
  - Erkennen des Hilfebedarfs?
  - Annehmen von Hilfe? Auch fremder Hilfe?
  - Erwartungen gegenüber Familie?
  - Wunsch, im eigenen Zuhause zu bleiben?
    - Hausnotruf?
    - Essen auf Rädern?
    - Hilfsmittel? (z.B. Rollator, Badewannenaufsteiger)
    - Umbauten? (z.B. Dusche statt Badewanne, Beseitigung von Bodenschwellen, glatter, rutschfester Bodenbelag)
    - Hilfe im Haushalt?
  - Tagespflege?
  - Umzug? (Betreutes Wohnen/ Pflegeheim?)

## Checkliste Rechtsansprüche nach dem Familienpflegezeitgesetz und Pflegezeitgesetz:

Was:	Pflegeunterstützungsgeld	Pflegezeit	Familienpflegezeit
Gesetzesgrundlage	§ 2 PflegeZG §44a SGB XI	§3 PflegeZG	§§2 und 3 FPfZG
Wofür:	<b>...wenn ein akuter Pflegefall eintritt</b>	<b>...wenn Sie eine Zeit lang teilweise oder ganz aus der Berufstätigkeit pausieren wollen</b>	<b>...wenn die 6 Monate Pflegezeit nicht ausreicht</b>
Dauer:	bis zu 10 Arbeitstage	Bis zu 6 Monate Pflegezeit (ganztags oder Teilzeit)  Bis zu 3 Monate für Begleitung Sterbender	Bis zu 24 Monate Familienpflegezeit (teilweise Freistellung) für die häusliche Pflege
Zusätzlich	Pflegeunterstützungsgeld (Lohnersatzleistung für den pflegenden Angehörigen; Auszahlung durch Pflegekasse der pflegebedürftigen Person)	Zinsloses Darlehen	Zinsloses Darlehen
Ankündigungsfrist	Keine	Zehn Tage	Acht Wochen
Betriebsgröße	Unabhängig von der Betriebsgröße	Min. 16 Arbeitnehmer im Betrieb (i.d.R.)	Min. 26 Arbeitnehmer (ohne Azubis) im Betrieb (i.d.R.)
	Kündigungsschutz		

Rechtsansprüche nach PflegeZG und FPfZG, eigene Darstellung in Anlehnung an (BMFSFJ, [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de), 2015)

## Checkliste rechtliche Vorsorge: Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung

### Vorsorgevollmacht

- Vollumfängliche Vertretung des Vollmachtgebenden bei dessen/deren Geschäfts- oder Handlungsunfähigkeit
- Umfang der Vollmacht einschränkbar (z.B. gesundheitliche oder finanzielle Fragen, Wohnungsangelegenheiten, Behörden)
- Vorsorgevollmacht gilt ab Ausstellung (unabhängig vom Gesundheitszustand oder Alter)
- Bevollmächtigte müssen nicht verwandt sein
- Aufteilung auf mehrere Personen möglich (aber: Gefahr der Unstimmigkeit)
- Missbrauch möglich, keine externe Kontrolle wie z.B. bei gesetzlichen Betreuern/innen
- Gesetzliche Betreuungen können ggf. durch vorhandene Vorsorgevollmachten entbehrlich sein
- Banken fordern oftmals Vollmachten, die auf deren eigenen Formularen ausgestellt wurden
- Durch öffentliche Beglaubigung der Betreuungsstelle, Möglichkeit der Verwendung einer Vorsorgevollmacht für Immobilienangelegenheiten (Kosten: EUR 10,-)

### Betreuungsverfügung

- Vorschlag an das Betreuungsgericht, wer zum eigenen Betreuer bestellt werden soll, falls dies erforderlich ist.
- Vorsorgevollmacht kann Betreuungsverfügung entbehrlich machen
- Negativ-Nennung, wer nicht zum Betreuer/zur Betreuerin bestellt werden soll ist möglich
- Gericht ist nicht an den Vorschlag gebunden (Eignung wird überprüft)

### Patientenverfügung

- Enthält Regelungen für medizinische Behandlungen im Falle einer Krankheit und des nahenden Todes.
- Nur dann wirksam, wenn eigene Entscheidungen (z.B. durch physische oder psychische Erkrankung) nicht mehr möglich sind.
- Anpassung der Patientenverfügung bei tatsächlichem Eintreten einer schweren Krankheit ist sinnvoll
- Entscheidungen gegen den geäußerten Willen von psychisch und physisch Erkrankten sind in der Regel nur nach gerichtlicher Genehmigung und ärztlichen Gutachten möglich.
- Notarielle Beglaubigung möglich (wird in Krankenhäusern oftmals bevorzugt).

## Vorschläge für die Bestellung von Infomaterial für die Pflegelotsenschulungen

### **Bundesministerium für Gesundheit**

Die Pflegestärkungsgesetze - Alle Leistungen zum Nachschlagen

[http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Broschueren/PSG\\_Aller\\_Leistungen.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/PSG_Aller_Leistungen.pdf)

Die Pflegestärkungsgesetze - Das Wichtigste im Überblick

[http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Broschueren/PSG\\_Das\\_Wichtigste\\_im\\_Ueberblick.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/PSG_Das_Wichtigste_im_Ueberblick.pdf)

Die Pflegestärkungsgesetze - Informationen für die häusliche Pflege

[http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Broschueren/PSG\\_Info\\_Haesusliche\\_Pflege.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/PSG_Info_Haesusliche_Pflege.pdf)

Ratgeber Demenz - Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz

[http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Broschueren/Ratgeber\\_Demenz.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/Ratgeber_Demenz.pdf)

### **Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege**

Hilfen für häuslich Pflegende

<https://stmgp.cloud.bayern.de/public.php?service=files&t=a8478828b493eabb6cb45f5150996019>

### **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

Ältere Menschen in Deutschland und der EU

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/aeltere-menschen-in-deutschland-und-der-eu/77944>

Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

<https://www.bmfsfj.de/blob/93364/6092c3feafd08f8a90e98f39e477c63c/bessere-vereinbarkeit-von-famiie-pflege-und-beruf-broschuere-data.pdf>

Serviceportal Wegweiser Demenz

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/serviceportal-wegweiser-demenz/77936>

Material zum E-Learning-Kurs:

Lern-Kurs für Personen, die einen an Demenz erkrankten Menschen betreuen und am Anfang der Pflege stehen. Angehörige und Interessierte erhalten einen Überblick über die wichtigsten Informationen.

[http://www.wegweiser-demenz.de/fileadmin/de.wegweiser-demenz/content.de/images/downloadservice/Flyer/BMFSFJ\\_Broschuere\\_Wegweiser\\_Demenz\\_A4\\_RZ2.pdf](http://www.wegweiser-demenz.de/fileadmin/de.wegweiser-demenz/content.de/images/downloadservice/Flyer/BMFSFJ_Broschuere_Wegweiser_Demenz_A4_RZ2.pdf)

Länger zuhause leben - Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/laenger-zuhause-leben/77502>

Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/lokale-allianzen-fuer-menschen-mit-demenz/96072>

Was ist eine Demenz?

Ein Heft über Demenz in Leichter Sprache - Für Erwachsene mit Lern-Schwierigkeiten

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/was-ist-eine-demenz-/96074>

### **Deutsche Alzheimergesellschaft e.V.**

<https://shop.deutsche-alzheimer.de/broschueren/>

Demenz. Das Wichtigste

Mit Demenz im Krankenhaus

Was kann ich tun?

## Textbausteine für betriebliches Informationsmaterial

*"Es gibt immer mehr Menschen in Bayern, die Angehörige pflegen und gleichzeitig mitten im Beruf stehen. Das ist eine große Herausforderung! Helfen können dabei betriebliche 'Pflegelotsen'." (Melanie Huml, MdL, Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, 2016)*

*In einer alternden Gesellschaft ist Pflegebedürftigkeit ein Thema, das viele betrifft. Pflegebedürftige und deren Angehörige stehen dann vor vielen Herausforderungen. Guter Rat kann helfen, geeignete Versorgungsformen zu finden und eine Entlastung herbei zu führen. Hier können Unternehmen unterstützen, indem sie im Betrieb geeignete Beratungsmöglichkeiten für ihre Beschäftigten bieten, wenn diese pflegebedürftige Angehörige haben. Diese Beratungsmöglichkeiten bieten betriebliche Pflegelotsen. Sie unterstützen Kolleginnen und Kollegen mit pflegebedürftigen Angehörigen und fungieren als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in Fragen rund um Pflege, Betreuung und die Vereinbarkeit der familiären Verantwortung mit dem Beruf.*

### Warum beschäftigt das Unternehmen betriebliche Pflegelotsen

Als Arbeitgeber werden wir unserer gesellschaftlichen Verantwortung um die Fürsorge unserer Mitarbeitenden und deren Angehörigen gerecht. Durch das unterstützende Beratungsangebot können Sie als unsere Mitarbeitenden entlastet werden. Sie haben im eigenen Unternehmen mit den betrieblichen Pflegelotsen kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, so dass die ansonsten oft sehr aufwändige Suche nach Hilfsmöglichkeiten verkürzt wird. Durch unsere Unterstützung kann es Ihnen dann hoffentlich besser gelingen, dass Sie sich gleichzeitig um Ihre Angehörigen kümmern und ihrer Berufstätigkeit nachkommen. Wir hoffen, dass wir Ihnen etwas von der Last und der Sorge um Ihre pflegebedürftigen Angehörigen abnehmen können.

### Wie können Ihnen die betrieblichen Pflegelotsen weiterhelfen:

- Erste Orientierung, gerade wenn die Pflegebedürftigkeit eines oder einer Angehörigen gerade erst aufgetreten ist
- Beratung zu Möglichkeiten der Vereinbarung von Pflege und Beruf
- Entwicklung von Lösungsstrategien
- Hilfe bei Informationsbeschaffungen
- Erste Informationen über gesetzliche Rahmenbedingungen
- Netzwerkpartner für Pflegedienstleistungen vor Ort
- Entlastungsmöglichkeiten entwickeln
- Ein offenes Ohr für Ihre Sorgen und Nöte

### Wichtig:

- Keine Rechtsberatung!
- Lotsenfunktion
- Keine Pflegefachberatung