



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg  
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management  
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

**VERSORGUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR  
DEMENZIELL ERKRANKTE IM BEREICH DES  
SGB XI AM BEISPIEL DES LANDKREISES  
MECKLENBURGISCHE SEENPLATTE**

**B a c h e l o r a r b e i t**

zur

**Erlangung des akademischen Grades**

**Bachelor of Science (B.Sc.)**

Vorgelegt von: Lisa Cziborra  
URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2012-0453-9

Betreuer: Prof. Dr. Reza Fakhr Shafaei  
Frau Daniela Oertel

Tag der Einreichung: 08.06.2012

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Zielstellung und Vorgehensweise	1
2. Krankheitsbild Demenz	3
2.1 Definition	3
2.2 Stadien und Symptome	4
2.3 Formen der Demenz	7
2.3.1 Alzheimer – Demenz	7
2.3.2 Vaskuläre Demenz	9
2.3.3 Mischformen und andere Demenzen	10
3. Versorgungsmöglichkeiten für demenziell Erkrankte im Bereich des SGB XI	11
3.1 Leistungsansprüche	11
3.2 Versorgungsangebote im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	21
3.2.1 Laienpflege, Urlaubs- und Verhinderungspflege	21
3.2.2 Ambulante Pflege	27
3.2.3 Tagespflege	30
3.2.4 Ambulant betreute Wohngemeinschaften	32
3.2.5 Pflegeheim	34
3.3 Weitere mögliche Versorgungsformen im Bereich des SGB XI	37
4. Zusammenfassung	38
5. Anhang	
6. Literaturverzeichnis	
7. Eidesstattliche Erklärung	

## **1. Einleitung**

Allein in Deutschland beträgt die Zahl der demenzkranken Menschen ca. 1 Million. Durch diese hohe Zahl geraten sowohl die Krankheit selbst, als auch deren Versorgungs- und Betreuungsmöglichkeiten, welche die Pflege bieten kann, immer mehr in den Mittelpunkt der öffentlichen Wahrnehmung. Gemäß einer Studie sollen sich die Fallzahlen in den nächsten 30 Jahren verdoppeln.<sup>1</sup> Bezogen auf die demografische Entwicklung der Bundesrepublik und beruhend auf die studienbezogene Tatsache der statistisch unabdingbaren Erhöhung der Demenzfallzahlen, bedarf es adäquater Überlegungen, wie sowohl heute, als auch in Zukunft, ein Ansatz geschaffen werden kann, um menschenwürdige Verhältnisse für die Patienten zu schaffen.

Für die Pflege, als immanenten Bestandteil des deutschen Sozialstaatsgedankens, ergibt sich die naheliegende ethische – normative Notwendigkeit konkrete, für die humanen Bedürfnisse der Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz angepasste Versorgungs- und Betreuungsmöglichkeiten auszubauen, aber auch weiterzuentwickeln.

### **1. 1 Zielstellung und Vorgehensweise**

Durch die vorliegende Arbeit soll zunächst das Krankheitsbild der Demenz mit ihren Formen dargelegt, sowie die jeweilige Verbreitung kurz dargestellt werden. Im Weiteren werden die finanziellen Versorgungsoptionen, die das elfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) bietet, vorgestellt, wobei die rechtlichen Voraussetzungen und die entsprechende Unterscheidung sich hierin inkludieren. Darauf aufbauend erfolgt am Beispiel des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte die Betrachtung der praktischen Umsetzung mit

---

<sup>1</sup> Skawran, M. 2009nach Bickel 2008, S. 11

den jeweiligen Vor- und Nachteilen, sowohl für den Patienten, dessen Angehörigen und den Pflegekräften. Entsprechend der besseren Vergleichbarkeit soll anschließend eine kurze Skizzierung ausländischer Vorgehensweise vorgestellt werden, um mit einer Zusammenfassung sowie einem Ausblick diese Expertise zu beenden.

Zur Bearbeitung des Themas habe ich mich zuerst einmal mit den elektronischen Datenbanken der Hochschule Neubrandenburg auseinandergesetzt. Hierbei waren „CareLit“, „Medline“ und „beck – online“ von großem Nutzen. Die Bibliothekskataloge der Hochschule Neubrandenburg und der Ernst – Moritz – Arndt Universität Greifswald ermöglichten es mir durch Sammelwerke, Nachschlagewerke und weitere Veröffentlichungen ein umfangreiches Wissen zu dem zu behandelnden Thema zu erlangen. Ein wichtiger Recherchepartner war die AOK Nordost mit Sitz in Neubrandenburg. Sie gab mir die Möglichkeit mich ausführlich mit den Versorgungsangeboten im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte zu befassen. Auch von den Mitarbeitern des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte erfuhr ich eine große Hilfsbereitschaft, jedoch blieb der gewünschte Erfolg aus, aufgrund nicht vorhandener Statistiken. Weiterhin setzte ich mich mit Organisation, wie zum Beispiel der Deutschen Alzheimer Gesellschaft auseinander. Dies konnte jedoch nur auf internetbasiertem Wege stattfinden.

## 2. Krankheitsbild Demenz

### 2.1 Definition

Der Begriff „Demenz“ stammt aus dem Lateinischen „dementia“. Das Wort besteht aus den Teilen „de“ (weg/abnehmend/ohne) und „mens“ (Verstand/Geist). Es meint abnehmender Verstand oder chronisch fortschreitender Hirnabbau, der zu einem Verlust früherer Denkfähigkeiten führt.

<sup>2</sup>

Laut ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) wird Demenz durch die „Beeinträchtigung höherer kortikaler Fähigkeiten definiert.“ Beeinträchtigungen die z.B. das Rechnen, die Lernfähigkeit, die Orientierung und das Urteilsvermögen betreffen, müssen auch per Definition die Alltagsfähigkeiten stören. <sup>3</sup> Eine weitere Definition wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgestellt. Es wird erklärt, Demenz sei „eine erworbene globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktion einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, sensomotorischer und sozialer Fertigkeiten der Sprache und Kommunikation, sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen, ohne Bewusstseinsstörungen. Meist ist der Verlauf progredient (fortschreitend), nicht notwendigerweise irreversibel.“ <sup>4</sup>

Somit kann eine Demenz erkannt werden, wenn sich die kognitiven Leistungen im Gegensatz zu einem früheren Niveau negativ verändert haben. Die Erkrankung kann somit bereits vorliegen, wenn das Gedächtnis nachlässt und mindestens eine kognitive Funktion, wie das Verstehen oder das Urteilsvermögen beeinträchtigt wird. <sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> Messer, B. 2007, S. 14

<sup>3</sup> Zeyfang, A., et. al. 2008, S. 142

<sup>4</sup> a.a.O. S. 59

<sup>5</sup> Kitwood, T. 2005, S. 42

## 2.2 Stadien und Symptome

Der Verlauf der Demenz kann in verschiedene Phasen eingeteilt werden. Reisberg untergliederte die Demenz 1986 in sieben Phasen. Auch wenn die Krankheitsverläufe unterschiedlich und je nach Patient differenziert verlaufen, werden die folgenden Ausführungen an drei allgemeinen Stadien orientiert. Man bezeichnet die Stadien auch als leichte, mittlere und schwere Demenz. Diese Einteilung wird hauptsächlich bei primären Demenzen verwendet.<sup>6</sup> Primäre Demenzen sind zum Beispiel die Alzheimer – Demenz und die vaskuläre Demenz, welche in den Punkten 2.3.1 und 2.3.2 genauer erläutert werden.

In der ersten Phase bemerken die Patienten zuerst einmal die Vergesslichkeit. Insbesondere werden kurz zurückliegende Ereignisse vergessen. An Unterhaltungen mit dem Erkrankten lassen sich weitere Symptome erkennen; der Erkrankte erinnert sich oftmals nicht mehr an Namen von Personen, die er kürzlich kennen gelernt hat. Kurz vorher geführte Gespräche und Gedanken, die gerade erst im Gedächtnis waren, entschwenden. Da älteren Menschen oft nachgesagt wird, dass sie unter Gedächtnislücken leiden und ihre Handlungsabläufe langsamer werden, besteht die Gefahr des Nichterkennens der Erkrankung. Neben der Vergesslichkeit werden auch Schwierigkeiten bei der zeitlichen und örtlichen Orientierung festgestellt. Im ersten Stadium fällt es den Erkrankten schwer sich in fremden Umgebungen zurecht zu finden. Es werden für die Jahreszeit unpassende Kleidungsstücke angezogen oder Dinge werden weggelegt und später nicht wieder aufgefunden. Weiterhin fällt es für ihnen merklich schwer komplexe Aufgaben zu erledigen. So bereiten ihnen Zeitungen, Bücher o. ä. inhaltlich zu verfolgen große Probleme.<sup>7</sup> Eine „generelle Verlangsamung, Antriebsminderung, erhöhte Reizbarkeit, gesteigerte emotionale Labilität, affektive Einengung und depressive Verstimmung“<sup>8</sup> sind weitere Symptome im ersten Stadium der Demenz.

---

<sup>6</sup> Riemarzik, C. 2004, S. 9

<sup>7</sup> Falk, J. 2004, S. 52

<sup>8</sup> Neubert, N. 2004, S. 13

Bei der mittleren Demenz sind Unterstützungsmöglichkeiten zur alltäglichen Bewältigung des Erkrankten notwendig. Die Unterstützung erfolgt im Rahmen der zeitlichen, örtlichen und räumlichen Orientierung.<sup>9</sup> Die eingeschränkten Alltagsfähigkeiten sind ein Ergebnis der nachlassenden intellektuellen Fähigkeiten. Selbst alltägliche Erledigungen wie das Waschen oder Anziehen werden zunehmend schwieriger, da Demenzkranke die richtige Reihenfolge von Abläufen nicht mehr zuordnen können oder Aufgaben unvollständig erledigen. Die Handlungen können aufgrund des Verlustes der Gedankenfolge nicht mehr beendet werden. An Demenz erkrankte Menschen werden in diesem Stadium von Angstreaktionen geplagt, da die Zusammenhänge im Alltag nicht mehr klar erfasst werden. Weiterhin ist die Urteilsfähigkeit eingeschränkt. Das führt dazu, dass der Erkrankte eine freundliche und heitere oder eine stumpfe, apathische Grundstimmung aufweist. Soziale Umgangsformen und Merkmale der Persönlichkeit wie Höflichkeit und Taktgefühl bleiben weitestgehend erhalten, jedoch sind eine gewisse Anhänglichkeit und das Folgen bekannter und geliebter Personen zu erkennen. Die Persönlichkeit des Demenzkranken kann sich jedoch auch ändern. Bestimmte Charakterzüge treten übertrieben auf oder es kann zu einer Zuspitzung kommen. Eine Person, die beispielsweise vor der Erkrankung sehr sparsam war, kann aus dieser Sparsamkeit im fortgeschrittenen Stadium einen regelrechten Geiz entwickeln. In der zweiten Phase der Demenz kann es zu Wahnvorstellungen oder Halluzinationen kommen. Diese können durch Verlustangst oder vermeintliche Bedrohungen von außen hervorgerufen werden. Demenzkranke beschuldigen beispielsweise Bekannte oder Verwandte des Diebstahls, wenn sie Geld oder andere für sie wertvolle Gegenstände nicht wieder auffinden können. Die örtliche Orientierung geht in der Folge immer mehr verloren. Erkrankten der mittleren Demenz fällt es schwer ihre Umgebung richtig wahrzunehmen. Sie wissen nicht wo sie sind und finden sich auch nicht mehr in vertrauten Umgebungen zurecht, ebenso können sie Datum und Tageszeit nicht mehr richtig bestimmen. Die Intelligenz geht immer mehr verloren und führt zur Beeinträchtigung alter Gedächtnisleistungen. Es kommt zu Fehlorientierungen und dadurch werden

---

<sup>9</sup> Kingler, C. 2007, S. 16

aktuelle Situationen in die Vergangenheit verlagert. Dementsprechend verhalten sich die Erkrankten wie Kinder, Jugendliche oder wie junge Erwachsene. Die persönliche Orientierung ist ein weiterer Bereich, der durch die Krankheit angegriffen wird. Angehörige werden nicht mehr erkannt und das Wissen über seine eigene biographische Geschichte geht verloren. Die Bewegung und die Sprache verändern sich ebenfalls zunehmend. Der Demenzkranke ist kaum mehr in der Lage sich richtig zu koordinieren und seine Sprache wird inhaltsleer. Des Weiteren kommt es zu einem sinnlosen Bewegungsdrang. Erkrankte laufen ziellos durch die Gegend oder räumen Schränke ständig aus oder ein. Dabei sind sie oft auf der Suche nach Sicherheit durch Routine.<sup>10</sup>

Zusammenfassend ist zu sagen, dass sich Symptome im mittleren Stadium der Demenz nach Neubert wie folgt äußern: „eine schwindende Problemlösungsfähigkeit, Handfertigkeitenstörungen im Haushalt oder beim Ankleiden, Erkennungsstörungen, steigende Vergesslichkeit und Desorientierung bis hin zu Wahnvorstellungen (Schuld-, Eifersuchts-, Bestehlungswahn).“<sup>11</sup>

In der dritten Phase der Krankheit ist die Selbstständigkeit schwer beeinträchtigt. Eine ständige Betreuung ist nun notwendig. Die Erkrankten können nicht mehr alleine gelassen werden und sind nicht in der Lage alltägliche Situationen alleine zu meistern. Zudem ist die Sprachfähigkeit, bis auf gelegentliches Schreien oder nonverbale Äußerungen, verloren gegangen und auch das von anderen Gesprochene zu verstehen ist nicht mehr möglich. Es kommt zur Hilflosigkeit der Demenzerkrankten. Sie können sich und ihre Umgebung nicht mehr wahrnehmen. Selbst die nächsten Angehörigen werden als Fremde gesehen. Im dritten Stadium verlieren die Betroffenen die Fähigkeit sich zu bewegen. Gehen, Stehen oder Hinsetzen sind somit unmöglich und führen zur Bettlägerigkeit.<sup>12</sup> Sie können den Stuhlgang und die Urinabgabe nicht mehr kontrollieren. Die Gehirnfähigkeit ist ernsthaft eingeschränkt, dadurch werden viele Patienten anfällig für weitere physiologische

---

<sup>10</sup> Vgl. Falk, J. 2004, S. 53 f.

<sup>11</sup> Neubert, N. 2004, S. 13

<sup>12</sup> Vgl. Cirlea, M. 2009, S. 7



Erkrankungen, wie z.B. Schlaganfälle, Atemstörungen, Lungenentzündungen und vieles mehr. Oftmals versuchen die Betroffenen zu flüchten, weil sie sich nicht an vertraute Menschen oder an vertraute Personen erinnern können. Die Folge können impulsive Handlungen, wie Kofferpacken, Weglaufen, Halluzinationen oder Misstrauen sein. Demenzkranke sind ohne Hilfe nicht mehr in der Lage Essen oder Trinken zu sich zu nehmen. Hinzu kommt, dass der Schluckreflex ausbleibt. Es kann zur Verweigerung der Nahrungsaufnahme führen und als Ergebnis eine Schwächung des Immunsystems eintreten. Unklar ist man sich jedoch darüber, ob die Erkrankung selbst zum Tode führen kann oder ob sekundäre Begleiterscheinungen, welche mit der Krankheit einhergehen, die Ursache für das Sterben sind.<sup>13</sup>

## **2.3 Formen der Demenz**

### **2.3.1 Alzheimer Demenz**

Die Alzheimer–Demenz ist die am häufigsten vorkommende Demenzerkrankung. Der deutsche Psychiater und Neuropathologe Alois Alzheimer (1864 – 1915) entdeckte die Krankheit bereits 1906, als er eine erkrankte, 51 – jährige Frau interviewte und nach ihrem Tod ihr Gehirn untersuchte. Im Jahre 1910 wurde die Erkrankung dann nach dem Entdecker als Alzheimer–Demenz bezeichnet.<sup>14</sup>

Es ist erwiesen, dass 50 bis 60 Prozent der Betroffenen, die einen Arzt zum ersten Mal aufsuchen die Diagnose Alzheimer–Demenz erhalten.<sup>15</sup> Diese häufigste Demenzform führt zu einem langsamen Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit. Sie ist degenerativer Natur, das heißt es kommt aufgrund eines substantiellen Verschleißes des Hirngewebes zu dieser

---

<sup>13</sup> Vgl. Beyer, M. 2002, S. 13

<sup>14</sup> Vgl. Krämer, G.; Förstl, H. 2008, S. 15

<sup>15</sup> Buijssen, H. 2008, S. 22

Demenzerscheinung. Der Betroffene kann dadurch sein eigenes Handeln nicht mehr steuern. Im weiteren Verlauf der Krankheit ist der Geschädigte nicht mehr in der Lage sich zu bewegen und weist eine Stuhl- und Harninkontinenz auf. Der Ablauf der neuropsychologischen Störungen lautet wie folgt:

- Gedächtnis
- Problemlösen, Konzeptbildung, logisches Denken,
- komplexe Aufmerksamkeitsleistungen,
- Sprachfähigkeiten,
- visuell – räumliche Fähigkeiten,
- einfache Aufmerksamkeitsleistungen.<sup>16</sup>

Eine Demenz vom Alzheimer – Typ wird zwischen einer präsenilen und einer senilen Form unterschieden. Die präsenile Form zeigt eine schnelle Verschlechterung des Allgemeinzustandes und tritt unter dem 65. Lebensjahr auf. Jedoch kommt diese Form eher selten vor. Sie macht nur 5 Prozent der Alzheimer-Erkrankten aus. Die senile Form ist jedoch viel häufiger vertreten und erreicht mithin 95 Prozent der Fälle. Hierbei kann es wie bei der präsenilen Demenz zu einer rasanten Verschlechterung des Allgemeinzustandes kommen, jedoch ist es oftmals so, dass eine langsame oder mildere Verschlechterung auftritt. Die Krankheitsdauer beträgt durchschnittlich 4,7 bis 8,1 Jahre.<sup>17</sup> Derzeit gibt es etwa 1 Million Demenzkranke in Deutschland. Die Prävalenz liegt bei über einem Prozent bei den 60- bis 64-Jährigen, während die Neuerkrankungsrate bei 3,6 pro 1.000 Einwohner und Jahr liegt. Bei den über 90-Jährigen steigt die Prävalenz auf 35 Prozent und die Neuerkrankungsrate auf 66,1 pro 1.000 Einwohner und Jahr. Ergo steigt die Wahrscheinlichkeit einer Alzheimererkrankung mit zunehmendem Alter.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Hartje, W.; Poeck, K. 2006, S. 425 nach Zec 1993, S. 3 – 80

<sup>17</sup> Vgl. Zimmermann, J. 2009, S. 13

<sup>18</sup> Stoppe, G. 2007, S. 13

### 2.3.2 Vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz ist nach der Alzheimer – Demenz die am zweithäufigsten auftretende Erkrankungsform. Sie macht derzeit etwa 10 bis 15 Prozent aller Demenzerkrankungen aus.<sup>19</sup> Die Ursache der Erkrankung ist eine Durchblutungsstörung des Gehirns. Jedoch können die Durchblutungsstörungen mehrere Gründe haben und entsprechend gibt es mehrere Formen der vaskulären Demenz. Die durchaus bekannteste Form ist die Multi – Farkt – Demenz. Hierbei kommt es zu mehreren kleinen Infarkten oder größeren Hirnschlägen, welche Stellen des Gehirngewebes absterben lassen. Hirninfarkte sind derzeit die sechshäufigste Erkrankung und laut der WHO werden diese im Jahr 2020 bereits an vierter Stelle stehen. In Deutschland leiden derzeit etwa 500.000 Menschen an den Folgen eines Schlaganfalls, wobei jedoch jährlich 150.000 neue Fälle diagnostiziert werden.<sup>20</sup>

Risikofaktoren können hierbei sekundäre Erkrankungen, wie Bluthochdruck, Diabetes Mellitus und ein erhöhter Cholesterinspiegel sein. Die bereits genannten Durchblutungsstörungen bewirken kognitive Veränderungen beim Erkrankten. Somit beginnt die Demenzform plötzlich kommen und der Verlauf ist durch eine stufenweise Verschlechterung gekennzeichnet. Der Zustand kann sich aber oft stabilisieren oder sich sogar verbessern. Die Krankheitsdauer liegt zwischen 3,7 und 7,1 Jahren.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Enßle, J. 2010, S. 17

<sup>20</sup> ebenda, S. 14 nach Knecht, S.; Berger, K. 2004, A2185 - 2189

<sup>21</sup> Vgl. Zimmermann, J. 2009, S. 13 f.

### 2.3.3 Mischformen und andere Demenzen

Mischformen aus der Alzheimer–Demenz und vaskulären Demenz machen 15 Prozent der Demenzerkrankungen aus. Die Mischformen gehören, wie auch die vorher benannten, in die Gruppe der primären Demenzen. Bei vielen Betroffenen konnte untersucht werden, dass sie zum einen an einem degenerativen Abbau des Gehirns leiden, wie es bei der Alzheimer – Demenz der Fall ist. Zum anderen wurden auch Hirninfarkte diagnostiziert, wie sie bei der vaskulären Demenz typisch ist. Weiterhin wurde bekannt, dass die Mischform mit zunehmendem Alter häufiger auftritt. Die verbliebenen Prozentpunkte der primären Demenzerkrankungen verteilen sich auf seltenere Erscheinungsformen, wie Morbus Pick, Chorea Huntington und das Korsakoffsyndrom.<sup>22</sup>

Neben den primären Demenzen gibt es auch sekundäre Demenzen, sie machen jedoch nur 10 Prozent aller Demenzerkrankungen aus. Sekundäre Demenzen „sind Folgedemenzen, hervorgerufen durch andere Erkrankungen, etwa einer Vergiftung durch Alkoholmissbrauch oder einer Infektion des Gehirns mit Krankheitserregern.“<sup>23</sup> Weitere Ursachen können Tumore, Multiple Sklerose, Epilepsie und viele mehr sein. Die Behandlung der ursächlichen Erkrankung steht hierbei jedoch im Vordergrund. Es kann dazu führen, dass die Beschwerden nachlassen, deswegen bezeichnet man sekundäre Demenzen auch als rückbildungsfähige Demenzerkrankungen. Jedoch gibt es auch hier irreversible Verläufe.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Vgl. Enßle, J. 2010, S. 19 nach Lind (2000)

<sup>23</sup> Falk, J. 2004, S. 46

<sup>24</sup> Vgl. ebenda S. 49

### **3. Versorgungsmöglichkeiten für demenziell Erkrankte im Bereich des SGB XI**

#### **3.1 Leistungsansprüche**

Die bereits in der Arbeit aufgezeigten Zahlen und die Tatsache, dass bis zum Jahr 2050 bis zu fünf Millionen Demenzerkrankungen prognostiziert werden <sup>25</sup>, lassen erahnen, dass das Gesundheitssystem vor einer epidemiologischen Herausforderung steht, auf die man sich rasch einstellen muss.

Wer Leistungen der Pflegeversicherung beziehen will, muss pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sein. Im § 14 Absatz 1 SGB XI ist festgeschrieben, dass Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtung im Ablauf des alltäglichen Lebens in erheblichem oder höherem Maße für mindestens sechs Monate der Hilfe bedürfen, pflegebedürftig sind.

Als Krankheit oder Behinderung gelten:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen. <sup>26</sup>

Der Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sollte bei der Kranken- oder Pflegekasse gestellt werden. Die Pflegekasse beauftragt daraufhin den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), um eine Begutachtung des Versicherten durchzuführen. Der Medizinische Dienst führt die Begutachtung auf Grundlage der Begutachtungs – Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen durch. Die Gutachter des Medizinischen Dienstes müssen nun die Pflege begründende Diagnose anhand der Klassifikationen der WHO und

---

<sup>25</sup> Priester, K. 2005, S. 166 ff.

<sup>26</sup> Vgl. § 14 Absatz 3 SGB XI, Sozialgesetzbuch 2009, S. 1374

ICD – 10 dokumentieren. Im dritten Absatz des § 14 SGB XI<sup>27</sup> sind die Formen der Hilfeleistungen mit den Kriterien Anleitung und Beaufsichtigung, Unterstützung, teilweise und vollständige Übernahmen von Verrichtungen des täglichen Lebens, für alle Pflegebedürftigen gleichermaßen geregelt. Die Hilfeformen müssen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche vorliegen:

- „im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung;
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung;
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu – Bett – Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung;
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.“<sup>28</sup>

Nachdem ein Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen die häusliche Begutachtung vollzogen hat, teilt er der Auftrag gebenden Pflegekasse das Ergebnis mit und die Pflegekasse unterrichtet den Antragssteller über das (Nicht-) Vorliegen einer Pflegestufe in Form eines Ablehnungs- oder Leistungsbescheids.<sup>29</sup>

Welche Pflegestufen und welche dazugehörigen Hilfebedarfe es gibt, wird im § 15 SGB XI geregelt.

In die Pflegestufe I sind erheblich pflegebedürftige Personen einzustufen (§ 15 Absatz 1 Nr. 1 SGB XI). Der Hilfebedarf bezieht sich auf die Bereiche Körperpflege, Ernährung oder Mobilität. Wenigstens einmal täglich wird für mindestens zwei dieser Bereiche Hilfe benötigt. Weiterhin bedarf es mehrmals in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der zeitliche Aufwand liegt bei dieser Pflegestufe nach § 15 Absatz 3 Nr. 1 SGB XI bei etwa

---

<sup>27</sup> Der ausführliche Gesetzestext befindet sich im Anhang.

<sup>28</sup> Vgl. § 14 Absatz 4 SGB XI, Sozialgesetzbuch 2009, S. 1374 f.

<sup>29</sup> Brucker, U. 2007, S. 47

1,5 Stunden täglich, wovon mindestens 45 Minuten für die Grundpflege beansprucht werden.

In der Pflegestufe II sind schwerpflegebedürftige Menschen einzuordnen (§ 15 Absatz 1 Nr. 2 SGB XI), welche auf Hilfe in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität angewiesen sind. Mindestens dreimal täglich wird die Unterstützung geleistet und mehrmals in der Woche werden Hilfestellungen in der hauswirtschaftlichen Versorgung gewährleistet. Der zeitliche Aufwand wird nach § 15 Absatz 3 Nr. 2 SGB XI mit drei Stunden bemessen. Hierbei sind zwei Stunden der Grundpflege vorbehalten. Bei der Pflegestufe III benötigen die schwerstpflegebedürftigen Personen (§ 15 Absatz 1 Nr. 2 SGB XI) 24 Stunden täglich Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität. Jedoch wird hier auch eine Unterstützung in der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Nach § 15 Absatz 3 Nr. 3 SGB XI nimmt die Pflege täglich mindestens fünf Stunden in Anspruch, wobei vier Stunden für die Grundpflege festgelegt werden. Besonders ist hierbei der nächtliche Hilfebedarf. Dieser muss in der Zeit von 22 Uhr und 6 Uhr regelmäßig vorliegen.<sup>30</sup> Neben den drei genannten Pflegestufen gibt es eine Sonderform, die Härtefallregelung. Personen die bereits die Pflegestufe I haben, können als Härtefall anerkannt werden. Der Pflegebedürftige benötigt hierbei Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität für sechs Stunden täglich, mindestens dreimal in der Nacht. Nachts kann die Pflege nur von mehreren Pflegekräften erbracht werden. Erforderlich ist hierbei neben einer professionellen Pflegekraft eine weitere Person, wie zum Beispiel ein Angehöriger. Als Härtefall hat man einen Anspruch auf höhere Sachleistungen in der häuslichen Pflege (§ 36 SGB XI<sup>31</sup>) und in der stationären Pflege (§ 43 SGB XI).<sup>32</sup> Eine weitere Sonderform, jedoch nicht im Gesetz festgeschrieben ist die Pflegestufe 0. Der Begriff stammt aus dem Sozialhilfereich. Wenn der Medizinische Dienst keine Pflegestufe feststellt, aber ein Pflegebedarf besteht, können beim Sozialhilfeträger Leistungen beantragt werden. Bei Demenzerkrankten kommt es oft vor, dass keine Pflegestufe festgestellt wird, trotzdem besteht aufgrund der erheblich

---

<sup>30</sup> Vgl. Heiber, A. 2008, S. 37 f.

<sup>31</sup> Der ausführliche Gesetzestext befindet sich im Anhang.

<sup>32</sup> ebenda, S. 38 f.

eingeschränkten Alltagskompetenz ein Hilfebedarf. Hierbei spricht man ebenfalls von der Pflegestufe 0.<sup>33</sup>

Im § 28 des Sozialgesetzbuches XI ist geregelt, welche Leistungen die Pflegeversicherung gewährt. Unter den folgenden kann der Pflegebedürftige frei wählen, welche er verwenden möchte:

1. „Pflegesachleistung (§ 36),
2. Pflegesachgeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),
3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),
4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
5. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
7. Kurzzeitpflege (§ 42),
8. vollstationäre Pflege (§ 43),
9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43 a),
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit (§ 44 a),
12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
13. zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45 b),
14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches.“<sup>34</sup>

Die entsprechenden Gesetzestexte zu den genannten Leistungen befinden sich im Anhang.

Im Jahr 2008 bezogen ca. 2,16 Millionen Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung. 1,45 Millionen erhielten ambulante Leistungen und 710.000 stationäre. 75.000 Menschen bezogen aus der privaten Pflegepflichtversicherung ambulante und stationäre Leistungen. Bis 2020 rechnet man mit circa 2,64 Millionen von Leistungen, das bedeutet, dass es zu einer Zunahme von 540.000 Pflegebedürftigen kommt.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> Kliem, T.; Pfennig, L. 2012, S. 35

<sup>34</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S. 1385 f.

<sup>35</sup> Beul, U. 2009, S. 12



Angehörige, Betroffene und Interessensvertretungen wie die Alzheimer Gesellschaft kritisierten das Verfahren des Medizinischen Dienstes. Menschen im Anfangsstadium der Demenz sind durchaus in der Lage die im § 14 Absatz 4 SGB XI<sup>36</sup> aufgelisteten Verrichtungen selbstständig oder mithilfe von Motivation und Anleitung durchzuführen. Daraus resultiert, dass Demenzkranke nach den Richtlinien keinen Hilfebedarf aufweisen. Psychosoziale und kognitive Beeinträchtigungen, wie sie bei Demenzkranken auftreten, wurden bei der Pflegestufenbestimmung nicht berücksichtigt.<sup>37</sup>

Die Möglichkeiten der Demenzbetreuung haben sich im Zuge des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes (PfLEG), welches 2002 eingeführt wurde und dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008. Es wurden u. a. neue Regelungen für die Begutachtung von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführt. Im Bereich erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz des Gutachtens vom Medizinischen Dienst soll zuerst einmal der körperliche Allgemeinzustand, die vorhandenen Schädigungen und Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Aktivitäten des alltäglichen Lebens beschrieben werden. Die pflegerischen Diagnosen sind weiterhin festzustellen. Diese haben jedoch eine doppelte Bedeutung, sie sollen sich auf Demenzen, geistige Behinderungen oder psychische Störungen beziehen. In weiteren zwei Schritten soll die geklärt werden, wie die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festzustellen ist. Im sogenannten „Screening“, also dem „Aussieben“, soll nach Auffälligkeiten in den folgenden Bereichen gesucht werden:

- Orientierung
- Antrieb/Beschäftigung
- Stimmung
- Gedächtnis
- Tag – Nacht – Rhythmus
- Wahrnehmung und Denken
- Kommunikation/Sprache

---

<sup>36</sup> Der ausführliche Gesetzestext befindet sich im Anhang.

<sup>37</sup> Brucker, U. 2007, S. 50 f.

- Situatives Anpassen
- Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen

Wenn mindestens eine der genannten Auffälligkeiten, aufgrund einer demenzbedingten Fähigkeitsstörung, einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Erkrankung, welche regelmäßig und dauerhaft, das heißt mindestens 6 Monate lang auftreten, zu einem Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf führen, wird ein Assessment durchgeführt. Im Rahmen des Assessments gibt es im Gesetzestext des § 45 a SGB XI eine Liste von 13 Schädigungen und Funktionsstörungen, welche bei der Beurteilung berücksichtigt werden müssen.

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

13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.“

38

In den „Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ wird anhand von praktischen Beispielen erklärt, wie die Bewertung der Punkte zu verstehen ist.

Im ersten Punkt Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs (Weglauftendenz) wird folgendes Beispiel veranschaulicht:

„Ein ‚Ja‘ ist zu dokumentieren, wenn der Antragssteller z. B.:

- durch Eingriffe in den Straßenverkehr, wie unkontrolliertes Laufen auf der Straße, Anhalten von Autos oder Radfahrern sich selbst oder andere gefährdet,
- die Wohnung in unangemessener Kleidung verlässt und sich dadurch selbst gefährdet (Unterkühlung).“<sup>39</sup>

Für jede Funktionsstörung muss nun ermittelt werden, ob ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf auf Dauer (für die nächsten 6 Monate) und regelmäßig besteht. Weiterhin werden zwei Kategorien eingeteilt, nach denen sich auch die finanziellen Betreuungsleistungen regeln. Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes eine dauerhafte und regelmäßige Schädigung oder Fähigkeitsstörung wenigstens bei zwei der genannten Funktionsstörungen, davon mindestens einmal aus den Bereichen 1 bis 9, feststellt. Der Pflegebedürftige ist dann berechtigt, den Grundbetrag von höchstens 100 Euro monatlich in Anspruch zu nehmen. Die Berichtigung vom Leistungsbezug des erhöhten Betrags von höchstens 200 Euro monatlich ist gewährleistet, wenn der Pflegebedürftige eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz aufweist und zusätzlich eine weitere

---

<sup>38</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S. 1401

<sup>39</sup> Richtlinien zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz 2008, S. 4

Schädigung aus den Bereichen 1, 2, 3, 4, 5, 9 und 11 vorliegt.<sup>40</sup> Die genannten Betreuungsleistungen sind im § 45 b SGB XI geregelt.

Weiterhin wird in diesem Gesetzestext angegeben, dass diese Leistungen als Erstattung von Aufwendungen, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der folgend aufgelisteten Leistungen:

1. „der Tages- oder Nachtpflege,
2. der Kurzzeitpflege,
3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45 c gefördert oder förderungsfähig sind.“<sup>41</sup>

Im § 45 c Absatz 3 SGB XI steht geschrieben:

„Niedrigschwellige Angebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen.“<sup>42</sup> In diesem Gesetzestext wird erläutert, wie die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige geregelt werden soll. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert mithilfe von 25 Millionen pro Kalenderjahr aus dem Ausgleichsfonds und der finanziellen Unterstützung der privaten Versicherungsunternehmen, den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. Weiterhin werden für Demenzkranke Modellvorhaben zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und –strukturen unterstützt.<sup>43</sup> Im

---

<sup>40</sup> Heiber, A. 2008, S. 46 f.

<sup>41</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S. 1402

<sup>42</sup> ebenda, S. 1403

<sup>43</sup> Vgl. ebenda § 45 c Absatz 1 SGB XI

zweiten Absatz wird vorausgesetzt, dass neben den beiden genannten Förderkomponenten auch Länder und Kommunen sich beteiligen und dadurch ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro erreicht wird. Die genannte Förderung wird als Projektförderung bezeichnet und dient dazu, Aufwandentschädigungen für ehrenamtliche Betreuer zu finanzieren, notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation von Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte. Um ein Betreuungsangebot zu etablieren, muss ein Antrag zur Förderung gestellt werden und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beigefügt werden. Aus diesem Konzept muss hervorgehen, dass Schulungen und Fortbildungen der Helfenden, sowie eine fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden gewährleistet werden. Niedrigschwellige Angebote sind zum Beispiel:

- Betreuungsgruppen für demente Pflegebedürftige,
- Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger,
- Tagesbetreuung in kleineren Gruppen,
- Betreuung am Tage durch anerkannte Helfer und
- familienentlastende Dienste.<sup>44</sup>

Niedrigschwellige Angebote werden hauptsächlich im ambulanten Pflegebereich genutzt. Die Pflegekasse und die private Pflegepflichtversicherung zielen auch auf eine Verbesserung der Demenzbetreuung im stationären Bereich. Um dies zu erreichen, werden Vergütungszuschläge für die Betreuung Dementer in Pflegeheimen gezahlt. Für 25 demente Bewohner wird eine Betreuungskraft voll finanziert. Gemäß § 87 b SGB XI<sup>45</sup> haben vollstationäre Einrichtung und auch die Kurzzeitpflege, einen Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Bewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung. Der

---

<sup>44</sup> Vgl. ebenda § 45 c Absatz 3 SGB XI

<sup>45</sup> Der ausführliche Gesetzestext befindet sich im Anhang.

betreffende Personenkreis wird im § 45 a Absatz 1 SGB XI definiert. Hierbei handelt es sich um pflegebedürftige Menschen, die einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung, aber nicht zwingend die Pflegestufe I und höher haben. Nach den Vorschriften über die Vergütung der stationären Pflegeeinrichtungen<sup>46</sup> richten sich Verfahren, Berechnung und Zahlung des Zuschlags. Die Zahl des zusätzlichen Personals wird auf vorausschauende Weise ermittelt. Die Vereinbarung über die Vergütungszuschläge setzt voraus, dass

1. die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden;
2. das Pflegeheim für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI<sup>47</sup>) berücksichtigt werden;
3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der fünfundzwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird, (Für je rund 25 demenziell erkrankte Heimbewohner sollen die Vertragsparteien eine Betreuungskraft vorsehen. Dieses Verhältnis ist lediglich eine Orientierungsgröße. Die Vertragsparteien haben für die betreffende Pflegeeinrichtung individuell sachgerechte Lösungen zu vereinbaren und können zum Beispiel auch anteilige Stellen vorsehen. Dabei haben die Vertragsparteien sicherzustellen, dass Mitnahmeeffekte ausgeschlossen werden. Die vereinbarte Zahl gilt für die Laufzeit der Pflegesatzvereinbarung) und

---

<sup>46</sup> Vgl. §§ 85, 87 a SGB XI, Sozialgesetzbuch 2009, S. 1433 ff.

<sup>47</sup> Der ausführliche Gesetzestext befindet sich im Anhang.

4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner nicht erbracht wird.“<sup>48</sup>

Die Anforderungen, Qualifikationen und Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskraft sind in den „Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen“<sup>49</sup> geregelt.

## **3.2 Versorgungsangebote im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte**

### **3.2.1 Laienpflege**

Die Laienpflege ist die „Übernahme von Tätigkeiten, die der Pflegebedürftige allein nicht mehr ausüben kann, und die durch direkte Bezugspersonen ohne pflegerische Ausbildung, z. B. Angehörige geleistet werden.“<sup>50</sup>

Im Jahr 2005 ging man davon aus, dass 10.271 Menschen in Mecklenburg – Vorpommern von einer Demenz betroffen waren. Wobei es bis zum Jahr 2020 zu einem Anstieg von 91,1 % kommen soll, das heißt es ist mit einer Zahl von 36.826 Menschen mit dieser Erkrankung zu rechnen.<sup>51</sup> Daten zu dem Landkreis Mecklenburgische Seenplatte sind nicht vorhanden. Jedoch ist bekannt, dass es im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte im Jahr 2005 9.637 Leistungsempfänger gab. Von den genannten Pflegebedürftigen wurden 4.841 zu Hause durch Angehörige umsorgt.<sup>52</sup>

Die überwiegende Zahl der Demenzkranken wird in der Häuslichkeit gepflegt. In der Literatur findet man hierzu Studien, die belegen, dass zwischen 60 und 75%

---

<sup>48</sup> Münsterische Sozialrechtsvereinigung e. V. 2009, S. 26 f.

<sup>49</sup> Die Richtlinien nach den § 87 b Absatz 3 befinden sich im Anhang.

<sup>50</sup> Menche, N. 2006, S. 10

<sup>51</sup> Siewert, U.; Fendrich, K.; Doblhammer – Reiter, G.; Scholz, R. D.; Schuff – Werner, P.; Hoffmann 2010, S. 331

<sup>52</sup> Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2008, S. 55

zu Hause betreut werden.<sup>53</sup> Die Pflegeperson kann als eine Person angesehen werden, die die Versorgung eines Demenzen aus der direkten Umgebung übernimmt, aufgrund von Selbstverständlichkeit und gegenseitiger Bereitschaft. Zwischen der Pflegeperson und dem Pflegebedürftigen herrscht nicht nur eine pflegerische, sondern auch eine familiäre, freundschaftliche oder nachbarschaftliche Beziehung und der freiwillige Betreuer ist nicht mit der professionellen Hilfe verbunden. Bei den Angehörigen handelt es sich um die größte Gruppe der freiwilligen Pflegepersonen. Jedoch muss die Laienpflege vom familiären Miteinander getrennt werden. Diese Form beschreibt die Pflege einer Person, deren psychischen und sozialen Funktionen so sehr eingeschränkt sind, dass alltägliche Aufgaben erschwert werden oder gar nicht mehr auszuführen sind. Hierarchisch gesehen kommen Partner eher in Frage, die Laienpflege zu übernehmen. Anschließend folgen Verwandte, die den größten Teil ihres Lebens mit dem Pflegebedürftigen zusammen gelebt haben, wie zum Beispiel die Tochter oder der Sohn. Fast ausgeschlossen von diesem Pflegeprozess sind Verwandte, die in der Nähe wohnen und Personen, die nicht zur Familie gehören. Hilfestellungen von Nachbarn, Freunden, Bekannten oder Freiwilligen erweisen sich als eher begrenzt. Die zentrale Pflegekraft in der Laienpflege ist weiblich. Männer übernehmen meist nur die Fürsorge hilfebedürftiger Partner, wobei Frauen die Unterstützung von den Eltern und dem Partner annehmen.<sup>54</sup> Die folgenden Ausführungen beziehen sich hauptsächlich auf die Angehörigen, da diese hauptsächlich in der genannten Versorgungsform tätig sind.

Für die Übernahme der Pflege gibt es verschiedene Motive. Das häufigste ist die Selbstverständlichkeit. Weiterhin gibt es den Grund, dem Pflegebedürftigen etwas zurückgeben zu können, als Wiedergutmachung oder als Ausdruck der Dankbarkeit und Zuneigung. Besonders unter Familienmitgliedern gibt es ein unsichtbares Band, aufgrund der jahrelangen Lebensgeschichte und den gemeinsamen Erfahrungen. Die Verpflichtung kann als weiteres Motiv

---

<sup>53</sup> Vgl. Reggentin, H.; Dettbarn – Reggentin, J. 2006, S. 31 / Vgl. Milisen, K. et. al. 2004, S. 239

<sup>54</sup> Milisen, K. et. al. 2004, S. 239



angesehen werden.<sup>55</sup> Für Angehörige kann die Versorgung eines Familienmitglieds bereichernd im Leben sein. Die Pflegebeziehung untereinander prägt das zwischenmenschliche Zusammenleben. Positive Erinnerungen können erhalten bleiben, aufgrund der neuen Intensität der emotionalen Bindung. Die Übernahme der Versorgung und Betreuung eines Familienmitgliedes kann dem Leben einen neuen Sinn geben. Durch die Verantwortung und die Aufgabe, die man erhalten hat, kann der normale Alltag herausfordernd und bereichernd werden. Die Aufgaben, die bei der Pflege gemeistert werden, und die gemeinsamen Erfahrungen können das weitere Leben des Pflegenden prägen und eventuell auch das Selbstwertgefühl steigern. Weiterhin führen die gebrauchten Fähigkeiten und die Hilfestellungen, auf die der Pflegebedürftige nicht verzichten kann, zu einem Entgegenwirken einer bestehenden Einsamkeit. Auch die Betreuung in einer späteren Phase der Erkrankung, zum Beispiel in der Sterbephase, erleichtert die Verarbeitung des Abschieds und der späteren Trauer. Die Auseinandersetzung mit dem Tod, dem Alter und der Krankheit entwickelt eine wichtige Lebenserfahrung für die Pflegenden der Familien.<sup>56</sup>

Die Betreuung durch Angehörige birgt nicht nur positive Ereignisse, sie kann auch eine enorme Belastung werden. Die Hauptprobleme finden sich im psychischen und sozialen Bereich. Angehörige beschäftigen sich hauptsächlich nur noch mit ihrem Privatleben und vernachlässigen soziale Kontakte. Daher gehen diese verloren und führen dazu, dass der persönliche Ausgleich nicht stattfinden kann. Auch die zunehmende Nähe und Zuwendung, die der zu Betreuende benötigt, und der Wegfall als Gesprächspartner, aufgrund des geistigen Nachlassens, können die soziale Isolation beeinträchtigen.<sup>57</sup> Berufstätige Pflegende stehen vor der Frage, ob sie weiterhin ihren Beruf ausführen können oder ihn reduzieren, da die Betreuung des Demenzkranken zu viel Zeit in Anspruch nimmt. Jedoch folgt auf diese Entscheidung eine Verringerung des Einkommens und der Altersrente. Auch der Verlust sozialer Kontakte kann erfolgen. Bei vielen Angehörigen herrscht die Angst selbst zu

---

<sup>55</sup> Buijssen, H. 1994, S. 129

<sup>56</sup> Klie, T. 2002, S. 94

<sup>57</sup> Vgl. ebenda, 94 f.

erkranken oder der Sache nicht mehr gewachsen zu sein. Die eigene Familie fühlt sich vernachlässigt und auch unter den Verwandten kann es zu Auseinandersetzungen kommen, wenn es um die Betreuung des erkrankten Angehörigen geht. Ein Streitpunkt ist dabei der Ärger über Verwandte, die nicht helfen wollen oder können, wodurch sich die pflegenden Familienmitglieder missverstanden und im Stich gelassen fühlen. Wenn der Demenzkranke noch allein in einer Wohnung lebt, ist es schwer für den Pflegenden sich auf seinen Alltag und seine Familie zu konzentrieren, da er sich ständig sorgt. Auch das Gefühl gebunden zu sein ist sehr belastend. Folglich werden die eigenen Wünsche und Pläne vernachlässigt. Ein Abschalten von den Problemen ist nicht mehr möglich, dies führt meist zu einer Überbeanspruchung und kann bei einer Depression oder einem Burnout enden. Demente Menschen können aufgrund ihrer Krankheit oft aggressiv, traurig und frustriert sein und sich dadurch undankbar dem pflegenden Angehörigen gegenüber verhalten. Keine Dankbarkeit oder Anerkennung für die Bemühungen zu erfahren, kann eine große Belastung sein. Eine weitere psychische Beanspruchung ist die neue Verantwortung, die man tragen muss. Alle Entscheidungen sind nun von einer einzelnen Person zu treffen, was vor allem Ehepartnern schwer fällt, die es vorher gewohnt waren, Entscheidungen gemeinsam zu fällen. Die Pflege kann sehr intim werden und dadurch treten vermehrt Ekel und Berührungsängste bei den Pflegenden, aber auch bei dem zu Pflegenden auf. Nicht jeder ist mit den pflegerischen Tätigkeiten vertraut und ist es auch nicht gewohnt, diese bei einem älteren Menschen durchzuführen. Die tägliche Konfrontation mit dem Tod und dem Sterben wird sich belastend auf den Betreuer aus. Dies führt zu enormem Stress und Angstgefühlen. Angehörige haben aufgrund der Pflege oft auch finanzielle Probleme. Das Geld der Pflegeversicherung reicht oft nicht aus und dann müssen die Angehörigen zusätzliche Kosten übernehmen und sich dadurch in einigen Bereichen einschränken.<sup>58</sup>

Auch in Mecklenburg – Vorpommern wird die Pflege Demenzkranker hauptsächlich von Angehörigen übernommen. 2007 wurde eine Studie im Rahmen eines Modellvorhabens zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte

---

<sup>58</sup> Vgl. Falk, J. 2004, S. 154 f. / Vgl. Waack, K. 2003, S. 3 ff.

und Versorgungsstrukturen nach § 45 c SGB XI in Zusammenarbeit mit der Hochschule Neubrandenburg und dem „Zentrum Demenz“ des Augustenstifts zu Schwerin durchgeführt, welche die Lage der pflegenden Angehörigen verdeutlichen soll. Vor der Übernahme der Pflege eines Demenzkranken schätzten 20% der 66 befragten pflegenden Angehörigen ihr Gesundheitszustand als sehr gut ein. Nach einem Jahr Pflege behaupten dies nur noch 7% und nach weiterführender Pflege beurteilten nur noch 1,7% ihren Gesundheitszustand als sehr gut ein.<sup>59</sup>

65,6% der Befragten äußern weiterhin, dass Freizeitaktivitäten aufgrund unvorhersehbarer Ereignisse nicht geplant werden können. Eine geringe Mehrheit von 54,1% teilte mit, dass sie genug Zeit für ihre eigenen Bedürfnisse haben.<sup>60</sup>

Wie bereits im Punkt 3.1 aufgeführt, hat der Demenzerkrankte ein Recht auf Leistungen der Pflegeversicherung, wenn eine Pflegestufe festgestellt wird. Fürsorgende Angehörige haben somit einen Anspruch auf Pflegegeld. Bei der ersten Pflegestufe beträgt das Pflegegeld 235 Euro pro Monat, bei der zweiten 440 Euro und der dritten 700 Euro. Für die Betreuenden gibt es jedoch auch Unterstützungsmöglichkeiten, wie die Urlaubs- und Verhinderungspflege, aber auch die Kurzzeitpflege. Die Verhinderungs- und die Urlaubspflege darf nach 6 Monaten erstmalig in Anspruch genommen werden und dies höchstens für 4 Wochen. Die Pflegekasse übernimmt dafür die Kosten und stellt Leistungen in Höhe von 1.550 Euro pro Kalenderjahr zur Verfügung. Die aufgeführten Anmerkungen sind im § 39 SGB XI<sup>61</sup> festgehalten. Die Regelungen für die Kurzzeitpflege sind im § 42 SGB XI<sup>62</sup> festgeschrieben. Auch die Kurzzeitpflege darf höchstens 4 Wochen in Anspruch genommen werden und die Leistungen betragen ebenso 1.550 Euro pro Kalenderjahr. Die Kurzzeitpflege wird von einer vollstationären Einrichtung übernommen, wobei die Verhinderungs- und Urlaubspflege auch von einem Pflegedienst oder einer nahe stehenden Person

---

<sup>59</sup> Bethke, B. et. al. 2010, S. 1 f. nach Kuhlmeier/Brede 2007 S. 78 ff.

<sup>60</sup> Bethke, B. et. al. 2010 S. 2 nach Kuhlmeier/Brede 2007 S. 151

<sup>61</sup> Der ausführliche Gesetzestext befindet sich im Anhang.

<sup>62</sup> Der ausführliche Gesetzestext befindet sich im Anhang.

in der Häuslichkeit ausgeführt werden kann. Es gibt verschiedene Gründe, warum die genannten Entlastungsangebote in Anspruch genommen werden. Im Folgenden werden einige dargestellt:

- Es ist kurzfristig keine Pflegeperson verfügbar und dadurch ist die Versorgung und Pflege des demenziell Erkrankten nicht gesichert.
- Pflegende Angehörige erkranken, beanspruchen Urlaub oder möchten eine Auszeit von der Pflege, um neue Kräfte zu sammeln.
- Demente Personen können eine Kurzzeitpflegeeinrichtung als Probe nutzen, um diese Einrichtung kennenzulernen, weil sie später eventuell in eine stationäre Einrichtung wechseln.

Am wichtigsten ist jedoch, dass die pflegenden Angehörigen für einen kurzen Zeitraum entlastet werden können.<sup>63</sup> Der negative Aspekt ist, dass die vorübergehende ungewohnte Umgebung und Bezugsperson für den Demenzkranken ungünstig ist.<sup>64</sup>

Weiterhin hat der Arbeitnehmer einen Anspruch auf eine Pflegezeit. Beschäftigte, die in einem Unternehmen mit mehr als 15 Angestellten arbeiten, können sich teilweise aber auch vollständig von der Arbeitsleistung freistellen lassen, wenn sie einen nahen Angehörigen in der Häuslichkeit pflegen. Die Freistellung erfolgt bis zu sechs Monate. Diese Möglichkeit hat der pflegende Angehörige auch schon bei der Feststellung der Pflegestufe I. Der Arbeitgeber muss die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachweisen. Alle wichtigen Belange der Pflegezeit sind im Pflegezeitgesetz (PflegeZG) festgeschrieben.<sup>65</sup> Um eine adäquate Pflege kurzfristig zu organisieren, hat der Arbeitnehmer auch das Recht, sich für 10 Tage kurzzeitig von der Arbeit freistellen zu lassen. Nicht nur Arbeitnehmer, auch arbeitnehmerähnliche Personen, in Heimarbeit Beschäftigte und Auszubildende können diese Möglichkeiten in Anspruch nehmen.<sup>66</sup>

---

<sup>63</sup> Vgl. Köther, I. 2007, S. 700 / Vgl. Linke, B.; Linke, T. 2008, S. 54 f.

<sup>64</sup> Jansen, S. 2002, In: Hallauer, J. F.; Kurz, A., S. 76

<sup>65</sup> ebenda, S. 96 ff.

<sup>66</sup> Vgl. Magg, B.; Möhle, A. 2009, In: SoWiSo Verein für Sozialwirtschaft e.V., S. 53

### 3.2.2 Ambulante Pflege

Eine weitere Versorgungsform für demenziell Erkrankte ist die ambulante Pflege. Diese findet in der Häuslichkeit statt und entlastet die pflegenden Angehörigen. Neben den ambulanten Pflegediensten sind auch Sozialstationen von großer Bedeutung. Beim Konzept dieser werden sozial- und gesundheitspflegerische Fachkräfte mit der Kranken-, Haus-, Familien- und Altenpflege zusammengelegt. Sozialstationen sind somit allgemein gesehen die „Bündelung ambulanter sozial – pflegerischer Dienste über eine gemeinsame Anlauf- und Vermittlungsstelle“. <sup>67</sup> Von den 9.637 Pflegebedürftigen im Jahr 2005 wurden 2.223 Menschen von ambulanten Pflegediensten betreut. <sup>68</sup>

Die ambulante Pflege ermöglicht es dementen Menschen weiterhin zu Hause leben zu können. Mitarbeiter einer Sozialstation oder eines ambulanten Pflegedienstes können im Haushalt helfen oder auch bei der Grundpflege, zum Beispiel bei der Körperpflege oder dem Zubereiten und Reichen von Essen. <sup>69</sup> Bei der ambulanten Pflege unterscheidet man die häusliche Krankenpflege und die Hauspflege. Die häusliche Krankenpflege kann als Behandlungspflege verstanden werden. Sie wird von examinierten Pflegekräften durchgeführt, auf Grundlage einer ärztlichen Verfügung. Die Kosten werden von der Krankenkasse übernommen und gegebenenfalls ist eine Zuzahlung notwendig. In der häuslichen Pflege umfassen die Tätigkeiten das Verabreichen von Medikamenten und Injektionen und die Wundversorgung. Die Hauspflege wiederum beinhaltet die Haushaltshilfe und die Grundpflege, zu der die Körperpflege und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme gehören. Kosten werden hauptsächlich von der Pflegeversicherung übernommen. Der Demenzkranke hat weiterhin einen Anspruch auf eine hauswirtschaftliche Versorgung im Bereich der Pflegeversicherung.

---

<sup>67</sup> Hasseler, M.; Meyer, M. 2006, S. 21

<sup>68</sup> Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2008, S. 55

<sup>69</sup> Haberstroh, J.; Pantel, J.; Neumeyer, K. 2011, S. 18

Sofern noch Fähigkeiten verblieben sind, kann der Demenzkranke in den folgenden Bereichen miteinbezogen werden:

- Einkaufen/Besorgungen
- Zubereiten von Mahlzeiten/Kochen
- Spülen
- Reinigen der Wohnung
- Wechseln und Waschen der Wäsche
- Beheizen <sup>70</sup>

Im ambulanten Bereich ist das Darbieten von niedrigschwelligen Angeboten im Mittelpunkt, wenn es um die Betreuung von dementen Klienten geht. Die Hauspflege wird hierbei hauptsächlich von Helferinnen und Helfern erledigt, welche die Beaufsichtigung und Betreuung im häuslichen Bereich übernehmen. Ein weiteres niedrigschwelliges ambulantes Angebot zur Entlastung pflegender Angehöriger sind Betreuungsgruppen, die zum Beispiel die Deutsche Alzheimergesellschaft oder unterschiedliche Wohlfahrtverbände anbieten. Die Betroffenen werden 1 bis 2 Tage in der Woche in einer Gruppe betreut und beschäftigt. Um die Bedürfnisse der Erkrankten zu befriedigen, werden verschiedene Aktivierungsangebote durchgeführt. <sup>71</sup>

Auch wenn die ambulante Pflege Angehörige entlastet und sich aufgrund von mehr Fachwissen auf die Erkrankten einstellen kann, gibt es auch negative Aspekte. Diese betreffen insbesondere das Personal. Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen müssen einige Fähigkeiten und Fertigkeiten mitbringen, um mit einem Demenzkranken umgehen zu können. Zum einen müssen sie sich fachlich mit dem Krankheitsbild auseinandergesetzt haben, um sich auf den Klienten einstellen zu können. Es ist wichtig, eine ruhige und entspannte Atmosphäre zu schaffen, um eine Vertrauensbasis aufbauen zu können. Um Aktivierungsangebote anbieten zu können, müssen Hilfskräfte auch über ein methodisches Wissen zu den einzelnen Angeboten verfügen. Wichtige Merkmale der Persönlichkeit sind die

---

<sup>70</sup> Schmidt, S; Döbele, M. 2010, S. 135

<sup>71</sup> Vgl. Schaade, G.; Kubny – Lüke, B. 2005, S. 31

Teamfähigkeit, Geduld, Sinn für Humor Kreativität und Wissbegierde.<sup>72</sup> Das Aneignen der grundlegenden Kenntnisse ist oft mit Stress verbunden. Wie bei den pflegenden Angehörigen gibt es auch bei den Hilfskräften und Pflegekräften Belastungen. Diese Berufsgruppe leidet folglich oft an physischen und psychischen Erkrankungen. Im ambulanten Bereich sind Pflegende ständig körperlichen Belastungen ausgesetzt. Sie müssen die Patienten zu Hause versorgen und dadurch herrschen unzureichende bauliche Voraussetzungen. Anstrengend ist weiterhin die Patientenversorgung in den oberen Stockwerken ohne Aufzug. Die Situationen ändern sich ständig und das Wechseln der Versorgungsorte ist meist mit Stress verbunden. Pflegende im ambulanten Bereich sind auf sich allein gestellt und können selten ihre psychischen Anforderungen abgeben. Der Mitarbeiter ist für den zu Pflegenden meist einer der wenigen Gesprächspartner am Tag und oft bleibt keine Zeit um Unterhaltungen zu führen. Zwischen dem Betroffenen und der Pflegekraft entwickelt sich eine intensive Bindung. Die Sorge und die Angst, eine Verschlechterung der Krankheit oder der Tod sind somit psychisch sehr belastend.<sup>73</sup>

Demenzkranke im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte haben je nach Region die Möglichkeit 76 Ambulante Pflegedienste, Sozialstationen und Beratungsstellen, welche Betreuungsangebote § 45b und 45c SGB XI anbieten, aufzusuchen.<sup>74</sup> Die Kreisstadt Neubrandenburg hat mit 11 Pflegediensten, Sozialstationen und Beratungsstellen das größte Betreuungsangebot für Menschen mit Demenz. Allgemein ist zu sagen, dass die Grund- und Behandlungspflege, sowie die hauswirtschaftliche Versorgung abgedeckt sind. Zudem findet oft teilweise eine Beratung statt und ergänzende Dienste, wie zum Beispiel „Essen auf Rädern“ können vermittelt werden. Der allgemeine Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf wird nicht gedeckt und der häufige Wechsel der Pflegeperson eignet sich nicht für Demenzkranke.<sup>75</sup>

---

<sup>72</sup> Eichenseer, B.; Gräßel, E. 2011, S. 14 f.

<sup>73</sup> Löser, A. P. 2000, S. 374

<sup>74</sup> Die genannten Einrichtungen sind im Anhang aufgelistet.

<sup>75</sup> Jansen 2002, In: Hallauer, J. F.; Kurz, A., S. 76

### 3.2.3 Tagespflege

Im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte haben Angehörige die Möglichkeit ein weiteres Entlastungsangebot in Anspruch zu nehmen. 24 Tageskliniken bietet der Landkreis an, welche ein Betreuungsangebot gemäß § 45 b und 45 c SGB XI anbieten. Die Kreisstadt Neubrandenburg macht genau wie in der ambulanten Pflege den größten Anteil der Angebote aus.

Wenn körperlich und geistig eingeschränkte ältere Menschen tagsüber nicht von ihren Angehörigen versorgt werden können, haben sie die Möglichkeit in eine Tagespflege gehen zu können. Abends und an den Wochenenden kehren sie aber wieder in ihre Familien zurück. In der Regel werden Beschäftigung, körperliche Aktivierung und Förderung der sozialen Kontaktfähigkeit angeboten. Für manche Patienten bedeutet der tägliche Wechsel der Umgebung eine Überforderung. Tagespflegeeinrichtungen bewähren sich besonders für Menschen mit Demenz, da sie eine enorme Entlastung für die Angehörigen bedeutet. Die Versorgung kann tageweise oder eine ganze Woche in Anspruch genommen werden. Im Gegensatz zur häuslichen Umgebung bieten diese Einrichtungen ein therapeutisches und rehabilitatives Klima, welche die verlorenen Fähigkeiten der Kranken aktivieren können. Im Allgemeinen bleiben die Patienten von morgens bis nachmittags in der Einrichtung und werden von einem Fahrdienst sowohl abgeholt und als auch wieder nach Hause gebracht. Die Dauer wird von den Angehörigen und dem erkrankten Menschen selbst entschieden. Mindestens zwei Tage die Woche werden jedoch empfohlen, um eine Eingewöhnung zu garantieren.<sup>76</sup>

Tagespflegeeinrichtungen offerieren verschiedene Leistungen. Es werden tagesstrukturierende Maßnahmen angeboten, um psychisch kranke ältere Menschen eine zeitliche und örtliche Orientierung zu vermitteln und um vorhandene Fähigkeiten zu fördern oder zu erhalten. Handwerkliche Tätigkeiten sollen kreative und gestalterische Fähigkeiten fördern, wobei das Selbstwertgefühl gesteigert werden soll. In der Gruppe werden therapeutische

---

<sup>76</sup> Vgl. Haberstroh, J.; Pantel, J.; Neumeyer, K. 2011, S. 21 / Vgl. Klie, T. 2002, S. 76 f.



Aktivitäten dazu genutzt, grob- und feinmotorische Fähigkeiten und die Koordination von Bewegungsabläufen zu verbessern. Besonders für ältere Frauen ist es wichtig, dass hauswirtschaftliche Arbeiten angeboten werden, um einen Bezug zu früheren Tätigkeiten herzustellen. Um in der neuen Umgebung Sicherheit und Vertrauen und die Integration im sozialen Umfeld zu gewährleisten, ist die psychosoziale Betreuung von großer Bedeutung. Auch pflegerische Tätigkeiten, wie die Hilfen bei der Körperpflege, der Mobilität und der Ernährung, werden angeboten.<sup>77</sup>

Auch, wenn die Tagespflege eine Entlastung für die Angehörigen ist, da sie Zeit für Aufgaben, Kontakte und eigene Bedürfnisse haben, kann sie jedoch auch negative Aspekte mit sich bringen. Zum einen wird der Demenzkranke aufgrund des täglichen Wechsels der Umgebung noch verwirrter und zum anderen finden pflegende Angehörige oftmals keine innere Freiheit. Neben der Sorge wegen der fortschreitenden Krankheit gibt es für Angehörige weitere Ängste:

- Es besteht die Angst getadelt zu werden, weil sie etwas falsch gemacht oder versagt haben.
- Eine Entfremdung von der Person, die an Demenz erkrankt ist, ist eine weitere Sorge.
- Angehörige möchten meist die Aufgaben und die Selbstbestätigung nicht verlieren.
- Weiterhin bleibt die finanzielle Sorge, die zusätzlichen Kosten nicht tragen zu können.
- Aufgrund der Aktivierung des Patienten kann der Medizinische Dienst die Pflegebedürftigkeit herabstufen.<sup>78</sup>

---

<sup>77</sup> Höwler, E. 2004, S. 330 ff.

<sup>78</sup> Vgl. Grond, E. 2005, S. 159

### 3.2.4 Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Das Konzept der ambulant betreuten Wohngemeinschaften oder auch der sogenannten „Demenz-WGs“ ist relativ jung. Das zeigt sich auch im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte. Lediglich eine einzige ambulant betreute Wohngemeinschaft gibt es in dieser Umgebung.<sup>79</sup>

Wohngruppen eignen sich besonders für Menschen, die einen gewissen Pflegebedarf haben, aber noch an einem gemeinschaftlichen Leben teilnehmen können. In den Wohngemeinschaften leben hilfe- und pflegebedürftige Menschen gemeinsam in kleinen Gruppen. Meistens wohnen sechs bis zwölf demente Personen zusammen. Sie teilen sich Sanitärräume und die Küche. Um ihre Privatsphäre zu gewährleisten, haben sie jedoch oft ein eigenes kleines Zimmer. Die Einrichtung kann von den Mieterinnen und Mietern, sowie deren Angehörigen selbst gestaltet werden, da sie ihre eigenen Möbelstücke mitbringen können. Gerade für Menschen mit Demenz, die körperlich aber noch rüstig sind, eignet sich diese Wohnform.<sup>80</sup>

Ambulant betreute Wohngruppen weisen einige Vorteile auf. Angehörige müssen nicht sofort loslassen, da sie weiterhin die Möglichkeit haben an der Pflege, Betreuung und Begleitung der Demenzkranken beteiligt zu sein. Sie können sich ihre Zeit und Kraft selbst einteilen und werden dadurch enorm entlastet. Weiterhin müssen sich die Angehörigen kein schlechtes Gewissen machen, da sie wissen, dass ihr Familienmitglied die bestmögliche Betreuung erhält. Demenzgerechte Wohngemeinschaften weisen familienähnliche Strukturen und eine individuelle Tagesgestaltung auf. Die dementen Personen werden individuell betreut, das heißt es gibt viel Zeit für emotionale Zuwendung, Beschäftigung und sinngebende Tagesgestaltung. Rund um die Uhr findet die Betreuung statt, hauptsächlich durch Altenpfleger oder andere im Umgang mit Demenz geschulte Betreuer, welche von einem ambulanten Pflegedienst sind. Mit Hilfe der Betreuungskraft kochen die Bewohner zusammen Mittagessen,

---

<sup>79</sup> Die genannte Einrichtung ist im Anhang aufgelistet.

<sup>80</sup> Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren – Organisation e.V. (Hrsg.); Steinke, G. 2011, S. 34

backen Kuchen für den Nachmittag, spülen das Geschirr, putzen und bügeln. Die Wäsche wird gemeinsam zusammengelegt, Knöpfe werden angenäht und es wird gesungen und gerätselt. Den Bewohnern wird es ermöglicht, sofern die Fähigkeiten noch vorhanden sind, sich an alltäglichen Aktivitäten zu beteiligen. Andere wiederum beobachten das Geschehen. Klassische Beschäftigungskonzepte können größtenteils außer Acht gelassen werden, da der normale Alltag genügend sinnvolle Tätigkeiten schafft. Die noch vorhandenen Kompetenzen sollen weitestgehend genutzt und erhalten bleiben.

81

Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind jedoch nicht angemessen für jeden Menschen. In einer Gemeinschaft zu leben, kann viel von einer Person abverlangen und nicht jeder fühlt sich unter diesen Umständen wohl. Eigeninitiative der Angehörigen und der Bewohner und eine gut strukturierte Organisation sind ein wichtiges Fundament. Außerdem können, neben der Unterstützung der Pflegeversicherung, wenn eine Pflegestufe festgestellt wurde, Eigenkosten entstehen. Im Allgemeinen ist jedoch festzustellen, dass dementen Menschen in Wohngemeinschaften mehr Lebensqualität erhalten bleibt. Verhaltensauffälligkeiten treten weniger auf als in einem Pflegeheim. Weiterhin zeigen Demenzkranke ein höheres Aktivitätsniveau und allgemein weniger Weglauftendenzen. Auf Seiten der Pflegekräfte ist eine höhere Arbeitszufriedenheit zu erkennen. Auffälligkeiten werden in Wohngruppen nicht als störend empfunden. Es ist egal, wann der Bewohner ins Bett geht oder wieder aufsteht, im Gegensatz zum geregelten Pflegeheimbetrieb.<sup>82</sup>

Es gibt verschiedenen Typen einer Demenzwohngemeinschaft: der integrierte stationäre Typus, der ausgegliederte stationäre Typus, der ambulante Typus mit einer zentralen Bezugsperson und der ambulante Typus mit ausschließlicher Versorgung durch ambulante Pflegedienste. Die Wohngemeinschaft im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte wird von einer freiberuflichen Krankenschwester betreut. Die Kosten können nur durchschnittlich angegeben werden, da die Betroffenen Mieter einer Wohnung sind und somit Ausgaben für die Wohnung, Energie, Telefon und

---

<sup>81</sup> Vgl. Reder, U. 2002, In: Hallauer, J. F.; Kurz, A., S. 78 / Vgl. Flemming, D. 2006, S. 182

<sup>82</sup> Vgl. Höß, A. 2006, In: RHW – Praxiswissen für die Aus- und Weiterbildung, S. 37 ff.

Wirtschaftsbedarf haben. Somit belaufen sich die Kosten auf 500 Euro, je nach Größe und Ausstattung der Wohnung. Die pflegerische Versorgung beansprucht weitere finanzielle Mittel. Je nach Pflegestufe haben die Erkrankten einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, welche sich wie bei der ambulanten Pflege nach dem Pflegebedarf des Einzelnen orientiert.

83

### 3.2.5 Pflegeheim

Alle vorher genannten Versorgungsangebote eignen sich hauptsächlich für die ersten beiden Stadien der Erkrankung. Doch mit dem Fortschreiten der Krankheit steigt die Wahrscheinlichkeit einer stationären Versorgung. Demenzkranke können bis zu ihrem Tod meist nicht zu Hause gepflegt werden. Das hängt mit dem hohen Pflegebedarf zusammen, der oftmals in der Nacht gewährleistet sein muss. Menschen mit Demenz machen den meisten Anteil der Bewohner eines Pflegeheimes aus, man geht von bis zu 70 % Betroffenen aus.<sup>84</sup> Auch die 38 Pflegeheime im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte<sup>85</sup> betreuen nach den §§ 45 b und 45 c SGB XI. Der Hauptgrund dafür ist der demographische Wandel. Besonders in den neuen Bundesländern wandern immer mehr junge Leute ab. Die Geburtenrate sinkt und es wird prognostiziert, dass das Alter der Bevölkerung wächst.<sup>86</sup>

Für den Pflegebedürftigen gibt es viele Vorteile einer stationären Versorgung. Im Pflegeheim ist man unter Gleichgesinnten und hat die Möglichkeit neue Freundschaften zu schließen. Ein Rückzugsort ist durch das eigene Zimmer gewährleistet, welches oft nach eigenen Wünschen und Vorstellungen

---

<sup>83</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004, S. 14 ff.

<sup>84</sup> Vgl. Kastner, U.; Löbach, R. 2007, S. 7

<sup>85</sup> Die genannten Einrichtungen sind im Anhang aufgelistet.

<sup>86</sup> Vgl. Brosius – Gersdorf, F. 2011, S. 28

eingerrichtet werden kann. Der Betroffene hat die Möglichkeit regelmäÙig Mahlzeiten zu sich zu nehmen und rund um die Uhr steht Hilfe zur Verfügung. Ein Besuch der Angehörigen oder Bekannten ist jederzeit möglich. Im Heim werden Aktivierungsangebote durchgeführt. Diese Angebote umfassen die Biografiearbeit, die 10 – Minuten – Aktivierung, Basale Stimulation usw.<sup>87</sup> Auch für die Angehörigen gibt es positive Eindrücke der vollstationären Pflege eines Familienmitgliedes. Sie werden entlastet und wissen, dass ihr Verwandter in einer sicheren Umgebung ist, sie müssen sich keine Sorgen machen. Für den Erkrankten selbst gibt es auch einige Nachteile. Die Intim- und Privatsphäre kann durch die Körperpflege oder durch einen Mitbewohner angegriffen werden. Heimbewohner fühlen sich meist abgeschoben, sie können nicht verstehen, warum die Kinder oder der Partner nicht mehr für einen sorgen können. Weiterhin besteht die Angst, dass er vergessen wird und keinen Besuch mehr bekommt. Der Betroffene muss sein Haus oder seine Wohnung aufgeben und realisiert, dass das Pflegeheim seine letzte Wohnstätte sein wird. Dadurch, dass der Bewohner nur ein Zimmer zur Verfügung hat, kann er nicht sein komplettes Mobiliar mitnehmen, er muss sich somit von Möbelstücken, sowie Andenken trennen und sich umstellen. Ein Aufenthalt im Pflegeheim lässt manche Zweifel aufkommen, weil man sich mit lauter fremden Menschen auseinandersetzen muss und Angst davor hat seinen Alltag nicht mehr selbst gestalten zu können.<sup>88</sup>

Erst in den letzten Jahren wurden Pflegeheime im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte demenzgerecht gestaltet. Typisch sind hierbei gemeinsame Speise- und Aufenthaltsräume, sowie in sich geschlossene Einheiten mit Gärten, die Mobilität ermöglichen, ein Verlaufen aber verhindern. Es ist wichtig, dass ein kognitiv beeinträchtigter Mensch nicht in älteren Heimen versorgt wird. Dort existieren Mehrbettzimmer, enge und dunkle Flure und meist keine Aufenthalts- oder Therapieräume. Für die vollstationäre Versorgung sollten hellere und weitläufigere Heime gewählt werden, sodass auch mobilere Personen

---

<sup>87</sup> Kasten, E. et. al. 2004, S. 50 ff.

<sup>88</sup> Flemming, D.; Kreter, C. 2008, S. 87 f.

Bewegungsfreiräume haben. Einzelzimmer oder Appartementbereiche bieten sich weiterhin an.<sup>89</sup>

Im Gegensatz zu „normalen“ Bewohnern im Pflegeheim haben Demenzkranke einen spezifischen Hilfebedarf. Dieser ist gekennzeichnet durch folgende Merkmale:

- weitgehende körperliche Mobilität
- Apathie/sozialer Rückzug
- Unruhe/Agitiertheit
- Angst
- Tag-/Nachtrhythmus
- Reizbarkeit
- Wanderungs- (Weglauf-) Tendenzen
- depressives Verhalten
- Wahn/Halluzinationen
- Euphorie
- emotionale Verflachung und Veränderung des sozialen Verhaltens
- Enthemmung, Apathie und Ruhelosigkeit
- abnehmende verbale Kommunikationsfähigkeit.<sup>90</sup>

Der Begriff der „Bezugspflegekraft“ wird im stationären Bereich immer populärer. Bedingt durch die genannten Merkmale ist es notwendig, dass an Demenz erkrankte Menschen von professionellen Pflegekräften versorgt werden. Diese werden dadurch zur wichtigsten Bezugsperson. Aber Probleme können sich speziell für Altenpflegekräfte ergeben. Sie gehören zur Risikogruppe für physische und psychische Erkrankungen, aufgrund von beruflicher Fehlbelastung. Diese Tätigkeit wird von vielen gewählt, weil sie Menschen helfen und Gutes tun möchten. Ständiger Zeitdruck, geringe gesellschaftliche Anerkennung, Unsicherheit und Unzufriedenheit, bedingt durch Personalmangel, lässt die genannten Motivationen schnell sinken. Die Pflege von Demenzkranken nimmt zudem noch mehr Zeit in Anspruch und

---

<sup>89</sup> Vgl. Lohse, J. 2002, S. 68

<sup>90</sup> Brucker, U. 2007, S. 42

steigert die Belastung. Größere Schwierigkeiten entstehen durch den Umgang mit den herausfordernden Verhaltensweisen eines kognitiv beeinträchtigten Menschen.<sup>91</sup>

Die Mehrzahl aller Heime bietet eine optimale Versorgung mit Hilfe umfangreicher Pflege und Sterbebegleitung. Aufgrund des demographischen Wandels werden Pflegeheime in Zukunft von großer Bedeutung sein und müssen sich dementsprechend entwickeln, um die Zahl der Pflegebedürftigen, insbesondere der Demenzkranken, zu decken.

### **3.3 Weitere Versorgungsmöglichkeiten**

Neben den aufgeführten Versorgungsformen gibt es weitere im Bereich des SGB XI. Jedoch werden diese im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte nicht angeboten. Es fehlen zum Beispiel Nachtpflegeeinrichtungen. Einige ambulante Pflegedienste bieten eine Betreuung in der Nacht an. In der Regel wird eine Spätschicht bis 22 Uhr, eine nächtliche Rufbereitschaft und die Frühschicht, welche ab um 6 Uhr beginnt, geboten.<sup>92</sup> Ähnlich wie bei der Tagespflege wird der Pflegebedürftige durch einen mobilen Fahrdienst zur Nachtpflegeeinrichtung gebracht. Nach einem Abendangebot, zum Beispiel das Zubereiten der Mahlzeit, wird der Betroffene nachts betreut und beaufsichtigt. Für den Angehörigen ist bereits die Betreuung am Tag sehr kräftezerrend und die Möglichkeit einer Nachtpflege führt zu einer enormen Entlastung.<sup>93</sup>

An dieser Stelle eignet sich in Blick ins Ausland. In Großbritannien hat sich das sogenannte Domus – Prinzip durchgesetzt. Gruppen stärker verhaltensauffälliger Demenzkranker leben gemeinsam in architektonisch spezifisch zugeschnittenen Einrichtungen. Das Ziel ist es, dass eine intensive

---

<sup>91</sup> Haberstroh, J.; Pantel, J. 2011, S. 87

<sup>92</sup> Vgl. Herold, E. E. 2002, S. 461

<sup>93</sup> Vgl. Drees, A.; Lüdemann, D. 2002, S. 29 f.

Kommunikation mit dem betreuenden Personal, aber auch untereinander, stattfindet. Der Schwerpunkt wird neben dem Erhalt der Selbstständigkeit und der Kommunikationsfähigkeit der Bewohner, auf die Fürsorge der Betreuenden gelegt. Das Personal wird durch den intensiven Kontakt und der Kommunikation besonders gefordert. Zudem wird die ständige Unterstützung der Pflegekräfte gewährleistet. Optimale Bedingungen sollen weiterhin durch flexible Arbeitszeiten und Arbeitsbereiche, sowie durch eine höhere Selbstständigkeit, vorausgesetzt werden.<sup>94</sup> Aufgrund des Personalmangels und den aufgeführten Belastungen der Pflegekräfte würde sich dieses Konzept in Deutschland eignen.

#### **4. Zusammenfassung**

Wie in dieser Arbeit bereits mehrmals erwähnt, kommt es zu einem rasanten Anstieg an Demenzkranken. Das hängt in einem Bundesland wie Mecklenburg – Vorpommern vor allem mit der starken Abwanderung von jungen Leuten, zusammen. Bis zum Jahr 2030 wird die Einwohnerzahl von 1.651.216 (Stand: 31.05.2009) um 12, 5% sinken.<sup>95</sup>

Der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte hat ein breitgefächertes Angebot an Versorgungsmöglichkeiten für demenziell Erkrankte. Es gibt die Möglichkeiten pflegende Angehörige durch Urlaubs-, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zu entlasten. Es gibt diverse Beratungsstellen für Betroffene und ihre Familienmitglieder. Neben ambulanten Pflegediensten haben sich auch Sozialstationen bewährt. In Zukunft werden Wohngruppen, die ambulant betreut werden immer mehr in den Mittelpunkt geraten. Besonders im Landkreis

---

<sup>94</sup> Vgl. Lohse, J. 2002, In: Hallauer, J. F.; Kurz, A., S. 69

<sup>95</sup> Streuer, S.; 2010

URL: <http://www.demographiekonkret.de/Mecklenburg-Vorpommern.126.0.html> (Stand: November 2010)



Mecklenburgische Seenplatte sollte diese Versorgungsform weiter ausgebaut werden. Neben den bereits vorhandenen Tagespflegeeinrichtungen sollten auch Nachtpflegeeinrichtungen angeboten werden, denn besonders nachts ist die Pflege eines demenzten Menschen eine große Belastung. Im Bereich der Pflegeheime ist zu erkennen, dass es viele Bemühungen gab, eine demenzgerechte Umgebung zu schaffen, jedoch sollte das in Zukunft weiter entwickelt werden, da Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen den größten Anteil an den Heimbewohnern ausmachen.

Meiner Meinung nach eignet sich das Konzept der ambulant betreuten Wohngemeinschaft am besten. Demenz Menschen haben ständig die Möglichkeit der Aktivierung. Es müssen nicht viele Angebote stattfinden, da der Alltag genügend Gelegenheiten bietet, vorhandene Fähigkeiten weitestgehend zu erhalten. Die Demenzkranken können sich ihr Zimmer, aber auch die restliche Wohnung, in Absprache mit anderen Bewohnern, nach ihren eigenen Wünschen und Vorstellungen gestalten. Auch wenn eine Betreuung stattfindet, haben die Erkrankten das Gefühl, immer noch ihre eigenen Entscheidungen treffen zu können und fühlen sich in der familiären Gemeinschaft wohl.

## 5. Anhangsverzeichnis

1. Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI)	1
§ 36 SGB XI – Pflegesachleistung	1
§ 37 SGB XI – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	3
§ 38 - Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)	6
§ 39 – Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	6
§ 40 – Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	7 10
§ 41 – Tagespflege und Nachtpflege	12
§ 42 – Kurzzeitpflege	13
§ 43 – Inhalt der Leistung	14
§ 43a – Inhalt der Leistung	15
§ 44 – Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	17
§ 44a – Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit	18
§ 45 – Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	19 19
§ 45a Absatz 1 – Berechtigter Personenkreis	19
§ 87b – Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	21
§ 88 – Zusatzleistungen	
2. Ambulante Pflegedienste, Sozialstationen und Beratungsstellen im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte mit Betreuungsangeboten gemäß § 45b und 45c SGB XI	23
3. Tagespflegeeinrichtungen mit Betreuungsangeboten gemäß § 45b und 45c SGB XI	27
4. Ambulant betreute Wohngemeinschaften mit Betreuungsangeboten gemäß § 45b und 45c SGB XI	29
5. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Betreuungsangeboten gemäß § 45b und 45c SGB XI	30

## **1. Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI)**

### **§ 36 SGB XI – Pflegesachleistung<sup>1</sup>**

(1) Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Leistungen der häuslichen Pflege sind auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie sind nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen. Der Anspruch auf Betreuungsleistungen als Sachleistung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Betreuungsleistungen als Sachleistungen nach Satz 5 dürfen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.

(2) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 14 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.

---

<sup>1</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S. 1390 f.

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von
  - a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von
  - a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 1.040 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 1.100 Euro ab 1. Januar 2012,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von
  - a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012.

(4) Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muß. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als 3 vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.

## **§ 37 SGB XI – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen <sup>2</sup>**

(1) Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I
  - a) 215 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 225 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 235 Euro ab 1. Januar 2012,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II
  - a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 430 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 440 Euro ab 1. Januar 2012,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
  - a) 675 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 685 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 700 Euro ab 1. Januar 2012.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. § 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.

(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegestufe I und II halbjährlich einmal,
2. bei Pflegestufe III vierteljährlich einmal

---

<sup>2</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S. 1391 ff.

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 21 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 31 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegestufen I und II nach Satz 4. In diesen Fällen kann die Beratung auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen wahrgenommen werden, ohne dass für die Anerkennung eine pflegfachliche Kompetenz nachgewiesen werden muss.

(4) Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem

privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.

(7) Die Landesverbände der Pflegekassen haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 und 4 anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegfachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen. Für die Durchführung von Beratungen nach Absatz 3 Satz 6

können die Landesverbände der Pflegekassen geeignete Beratungsstellen anerkennen, ohne dass ein Nachweis über die pflegefachliche Kompetenz erforderlich ist.

(8) Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin (§ 7a) kann die vorgeschriebenen Beratungseinsätze durchführen und diese bescheinigen.

### **§ 38 - Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung) <sup>3</sup>**

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Abs. 3 und 4 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

### **§ 39 – Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson <sup>4</sup>**

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr; § 34 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1.470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1.510 Euro ab 1. Januar 2010 und auf bis zu 1.550 Euro ab 1. Januar 2012 belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen

---

<sup>3</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S. 1393

<sup>4</sup> ebenda, S. 1393 f.



sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Satz 3 Anwendung. Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 4 und 5 dürfen zusammen den in Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen

#### **§ 40 – Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen <sup>5</sup>**

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.

---

<sup>5</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S. 1394 f.

(2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 31 Euro nicht übersteigen. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

(3) Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Abs. 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Abs. 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem

Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2 557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen.

(5) Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel. Zur Gewährleistung einer Absatz 1 Satz 1 entsprechenden Abgrenzung der Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden die Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der bei ihr errichteten Pflegekasse in einem bestimmten Verhältnis pauschal aufgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die erstmals bis zum 30. April 2012 zu beschließen sind, die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 1, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten zur Umsetzung der Pauschalierung. Er berücksichtigt dabei die bisherigen Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen und stellt sicher, dass bei der Aufteilung die Zielsetzung der Vorschriften des Fünften Buches und dieses Buches zur Hilfsmittelversorgung sowie die Belange der Versicherten gewahrt bleiben. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten am ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft; die Genehmigung kann mit Auflagen verbunden werden. Die Richtlinien sind für die Kranken- und Pflegekassen verbindlich. Für die nach Satz 3 bestimmten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel richtet sich die Zuzahlung nach den §§ 33, 61 und 62 des Fünften Buches; für die Prüfung des Leistungsanspruchs gilt § 275 Absatz 3 des Fünften Buches. Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für Ansprüche auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie von Pflegebedürftigen nach § 28 Absatz 2.

## **§ 41 – Tagespflege und Nachtpflege <sup>6</sup>**

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfaßt auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

(2) Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I einen Gesamtwert bis zu
  - a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
  
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II einen Gesamtwert bis zu
  - a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 1.040 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 1.100 Euro ab 1. Januar 2012,
  
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III einen Gesamtwert bis zu
  - a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012.

---

<sup>6</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S. 1395 f.

(3) Pflegebedürftige können nach näherer Bestimmung der Absätze 4 bis 6 die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege, Pflegegeld und Pflegesachleistung nach ihrer Wahl miteinander kombinieren.

(4) Wird die Leistung nach Absatz 2 nur zusammen mit Sachleistungen nach § 36 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Dabei mindert sich der Sachleistungsanspruch nach § 36 Abs. 3 und 4 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(5) Wird die Leistung nach Absatz 2 nur zusammen mit Pflegegeld nach § 37 in Anspruch genommen, erfolgt keine Minderung des Pflegegeldes, soweit die Aufwendungen für die Leistung nach Absatz 2 je Kalendermonat 50 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich der Pflegegeldanspruch nach § 37 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(6) Wird die Leistung nach Absatz 2 zusammen mit der Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38) in Anspruch genommen, bleibt die Leistung nach Absatz 2 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigt. Ansonsten findet § 38 Satz 2 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 vom Hundert auszugehen ist und der Restpflegegeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der Tagespflege ergeben würde.

## § 42 – Kurzzeitpflege <sup>7</sup>

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.470 Euro ab 1. Juli 2008, 1.510 Euro ab 1. Januar 2010 und 1.550 Euro ab 1. Januar 2012 im Kalenderjahr.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Abs. 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

---

<sup>7</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S. 1396 f.

## § 43 – Inhalt der Leistung <sup>8</sup>

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 1.023 Euro,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 1.279 Euro,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
  - a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012,
4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind,
  - a) 1.750 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 1.825 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 1.918 Euro ab 1. Januar 2012.

Der von der Pflegekasse einschließlich einer Dynamisierung nach § 30 zu übernehmende Betrag darf 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen.

(3) Die Pflegekassen können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pauschal in Höhe des nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 geltenden Betrages übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver

---

<sup>8</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S.1397 f.

Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als 5 vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.

(4) Wählen Pflegebedürftige vollstationäre Pflege, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuß in Höhe des in § 36 Abs. 3 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwertes.

(5) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 vorliegen.

### **§ 43a – Inhalt der Leistung<sup>9</sup>**

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 256 Euro nicht überschreiten. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

---

<sup>9</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S. 1398



## **§ 44 – Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen <sup>10</sup>**

(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Abs. 1 Nr. 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Näheres regeln die §§ 3, 137, 166 und 170 des Sechsten Buches. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung stellt im Einzelfall fest, ob und in welchem zeitlichen Umfang häusliche Pflege durch eine Pflegeperson erforderlich ist. Der Pflegebedürftige oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen glaubhaft zu machen, daß Pflegeleistungen in diesem zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Dies gilt insbesondere, wenn Pflegesachleistungen (§ 36) in Anspruch genommen werden. Während der pflegerischen Tätigkeit sind die Pflegepersonen nach Maßgabe der §§ 2, 4, 105, 106, 129, 185 des Siebten Buches in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Pflegepersonen, die nach der Pflegetätigkeit in das Erwerbsleben zurückkehren wollen, können bei beruflicher Weiterbildung nach Maßgabe des Dritten Buches bei Vorliegen der dort genannten Voraussetzungen gefördert werden.

(2) Für Pflegepersonen, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung auch in ihrer Pflegetätigkeit von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind oder befreit wären, wenn sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig wären und einen Befreiungsantrag gestellt hätten, werden die nach Absatz 1 Satz 1 und 2 zu entrichtenden Beiträge auf Antrag an die berufsständische Versorgungseinrichtung gezahlt.

(3) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben die in der Renten- und Unfallversicherung zu versichernde Pflegeperson den

---

<sup>10</sup> ebenda, S. 1398 f.

zuständigen Renten- und Unfallversicherungsträgern zu melden. Die Meldung für die Pflegeperson enthält:

1. ihre Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. ihren Familien- und Vornamen,
3. ihr Geburtsdatum,
4. ihre Staatsangehörigkeit,
5. ihre Anschrift,
6. Beginn und Ende der Pflege Tätigkeit,
7. die Pflegestufe des Pflegebedürftigen und
8. die unter Berücksichtigung des Umfangs der Pflege Tätigkeit nach § 166 des Sechsten Buches maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. können mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und mit den Trägern der Unfallversicherung Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.

(4) Der Inhalt der Meldung nach Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 6 und 8 ist der Pflegeperson, der Inhalt der Meldung nach Absatz 3 Satz 2 Nr. 7 dem Pflegebedürftigen schriftlich mitzuteilen.

(5) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson einen Pflegebedürftigen pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat und für die die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchstabe c des Sechsten Buches anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Leistungen der Pflegeversicherung von dem Pflegebedürftigen ab dem 1. Juni 2005 die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn unter Hinweis auf die beabsichtigte Weiterleitung der in Satz 2 genannten Angaben an diese Stelle zu erfragen. Der angegebenen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn sind bei Feststellung der Beitragspflicht die in Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 5 und 8 genannten Angaben sowie der Beginn der

Beitragspflicht mitzuteilen. Absatz 4 findet auf Satz 2 entsprechende Anwendung.

#### **§ 44a – Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit <sup>11</sup>**

(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen; dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünften Buches), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches)

---

<sup>11</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S. 1399 f.

zugrunde gelegt. Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 des Fünften Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(2) Pflegende Personen sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes nach Maßgabe des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.

#### **§ 45 – Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen <sup>12</sup>**

(1) Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pfl egetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

---

<sup>12</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S.1400

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse können die Landesverbände der Pflegekassen Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen schließen, die die Pflegekurse durchführen.

### **§ 45a Absatz 1 – Berechtigter Personenkreis**<sup>13</sup>

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,

mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

### **§ 87b – Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf**<sup>14</sup>

(1) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben abweichend von § 84 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung der §§ 45a, 85 und 87a für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und

---

<sup>13</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S. 1401 f.

<sup>14</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S. 1436 f.

Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass

1. die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,
2. das Pflegeheim für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der fünfundzwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner nicht erbracht wird.

Eine Vereinbarung darf darüber hinaus nur mit Pflegeheimen getroffen werden, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Heimvertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot, für das ein Vergütungszuschlag nach Absatz 1 gezahlt wird, besteht. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

(2) Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner im Sinne von Absatz 1 abgegolten. Die Heimbewohner und die Träger der

Sozialhilfe dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte auf der Grundlage des § 45c Abs. 3 bis zum 31. August 2008 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in der vollstationären Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschließen; er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die Pflegeheime erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.

## **§ 88 – Zusatzleistungen**<sup>15</sup>

(1) Neben den Pflegesätzen nach § 85 und den Entgelten nach § 87 darf das Pflegeheim mit den Pflegebedürftigen über die im Versorgungsvertrag vereinbarten notwendigen Leistungen hinaus (§ 72 Abs. 1 Satz 2) gesondert ausgewiesene Zuschläge für

1. besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie
2. zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen

vereinbaren (Zusatzleistungen). Der Inhalt der notwendigen Leistungen und deren Abgrenzung von den Zusatzleistungen werden in den Rahmenverträgen nach § 75 festgelegt.

(2) Die Gewährung und Berechnung von Zusatzleistungen ist nur zulässig, wenn:

---

<sup>15</sup> Sozialgesetzbuch 2009, S.1437 f.

1. dadurch die notwendigen stationären oder teilstationären Leistungen des Pflegeheimes (§ 84 Abs. 4 und § 87) nicht beeinträchtigt werden,
2. die angebotenen Zusatzleistungen nach Art, Umfang, Dauer und Zeitabfolge sowie die Höhe der Zuschläge und die Zahlungsbedingungen vorher schriftlich zwischen dem Pflegeheim und dem Pflegebedürftigen vereinbart worden sind,
3. das Leistungsangebot und die Leistungsbedingungen den Landesverbänden der Pflegekassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land vor Leistungsbeginn schriftlich mitgeteilt worden sind.



**2. Ambulante Pflegedienste, Sozialstationen und Beratungsstellen im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte mit Betreuungsangeboten gemäß § 45b und 45c SGB XI <sup>16</sup>**

<b>Name der Einrichtung</b>	<b>Ort</b>
Pflegeambulanz Pracht	Altentreptow
Volkssolidarität Kreisverband AL.DE.MA. e.V. – Sozialstation Altenbetreuung	Altentreptow
DRK – Sozialdienst Neubrandenburg gGmbH Pflegedienst Roggenhagen	Brunn
Ambulante Dienste des Stargarder Behindertenverbandes e.V.	Burg Stargard
Caritas – Sozialstation	Burg Stargard
Private Krankenpflege Angelika Priefer	Dargun OT Brudersdorf
Ambulanter Pflegedienst Dieter Söffky	Demmin
AWO – Sozialstation	Demmin
Diakonie Sozialstation	Demmin
DRK – Sozialstation	Demmin
Gertraudenpflege Demmin	Demmin
Kreiskirchliches Diakonisches Werk Demmin e.V. Familienentlastender Dienst	Demmin
Hauskrankenpflege „Daheim“ Inh. Yvonne Lindhorst Gesundheitswesen	Feldberger Seenlandschaft
Hauskrankenpflege Marianne Klose	Feldberger Seenlandschaft
Pflegedienst Zühlssdorff & Kreienbrink GbR	Feldberger Seenlandschaft
Caritas – Sozialstation	Friedland
Häusliche Krankenpflege	Groß Miltzow
Specht „Ihr Pflegedienst“ Häusliche Alten- und Krankenpflege	Jürgenstorf
Pflegedienst Pflegestern Inh. Jana Stern	Kargow

<sup>16</sup> AOK Nordost – Die Gesundheitskasse. Landesverband der Pflegekassen: „Angebotsliste zum qualitätsgesicherten Betreuungsangebot gemäß § 45b und 45 c SGB XI“. Stand: 01.01. 2012 S. 1 ff.

Ambulanter Pflegedienst Inh. Ines Hagen	Lansen – Schönau
„Die Wühlmäuse“ Private Kranken- und Altenpflege; Antje Martini/Thomas Frank GbR	Malchin
Diakonie Sozialstation Malchin	Malchin
Diakonie Sozialstation	Malchow
Häusliche Krankenpflege Hedwig Fibian	Mirow
JUH Sozialstation Mirow	Mirow
Sozialstation der AWO	Möllenhagen
Regionaler Pflegedienst GbR	Moltzow
Ambulanter Pflegedienst des Behindertenverbandes Neubrandenburg e.V.	Neubrandenburg
APD – Das Pflorgeteam GmbH	Neubrandenburg
AWO – Pflege- und Betreuungs gGmbH	Neubrandenburg
BLW GmbH – Ambulanter Pflegedienst	Neubrandenburg
Caritas – Sozialstation	Neubrandenburg
Diakonie Sozialstation	Neubrandenburg
DRK Sozialdienst Neubrandenburg gGmbH Gesundheitsdienst Neubrandenburg	Neubrandenburg
Gemeinwesenzentrum der Volkssolidarität Neubrandenburg	Neubrandenburg
Lebenshilfe für Behinderte Neubrandenburg e.V. Familienentlastender Dienst	Neubrandenburg
neu.pflege Neubrandenburger Pflegedienst Limited	Neubrandenburg
Re – Sie's häusliche Krankenpflege Regina Wicht & Sieglinde Schumacher	Neubrandenburg
Häusliche Krankenpflege Ute Braß	Neukalen
Ambulanter Pflegedienst Annette Göcks	Neustrelitz
AWO Mecklenburg – Strelitz gGmbH Ambulanter Pflegedienst	Neustrelitz
Caritas – Sozialstation	Neustrelitz

Diakonie Sozialstation	Neustrelitz
DRK KV Mecklenburger Seenplatte e.V. Gesundheitsdienst – Pflege daheim	Neustrelitz
Häusliche Krankenpflege Diana Beu	Neustrelitz
Häusliche Krankenpflege „Toni Wille“ Inhaberin: Anita Behm	Neustrelitz
Mobiler Pflegedienst Petra Stolz und Partner GbR	Neustrelitz
Pflegedienst Frau Elke Bünger	Neustrelitz
Sozialstation der Volkssolidarität Neustrelitz	Neustrelitz
Diakonie Sozialstation	Penzlin
Betreutes Wohnen & Häusliche Krankenpflege Karin Hildebrandt	Priepert
AVICENA Pflege GmbH	Röbel
Diakonie – Sozialstation Röbel	Röbel
DRK Gesundheitsdienst Röbel	Röbel
Pflegedienst Röbel Kerstin Tirgrath	Röbel
Ambulanter Pflegedienst Klaudia Skrzypczak	Schmarsow
Diakonie – Sozialstation Siedenbollentin	Siedenbollentin
Diakonie Sozialstation	Stavenhagen
Fritz Reuter Pflegedienst GmbH	Stavenhagen
PHILIA Pflegedienst Hartmut Nickel	Stavenhagen
Privater ambulanter Pflegedienst Brigitte Scharf & Careen Kegel GbR	Tutow
AWO Sozialstation	Vipperow
Allgemeiner Behindertenverband Deutschland Regionalverband „Müritz“	Waren (Müritz)
Renate Laars Pflegedienst	Waren (Müritz)
AWO Sozialstation	Waren (Müritz)

Böser & Briehn – Das ambulante Pflegeteam GbR	Waren (Müritz)
Caritas – Sozialstation	Waren (Müritz)
Pegasus Hauskrankenpflege Gundula Loitz	Waren (Müritz)
Rosa – Marie Larisch Privater Pflegedienst	Waren (Müritz)
Sozialstation der Volkssolidarität	Waren (Müritz)
Warener Pflegedienst Heiko Quiram	Waren (Müritz)
MaxiCare Krankenpflege GmbH	Wesenberg
DRK KV Mecklenburgische Seenplatte e.V. Gesundheitsdienst „Pflege daheim“	Woldegk
JUH Sozialstation	Woldegk
Privater Pflegedienst Angela Biederstaedt	Zepkow
Irene Murawski	Zettemin

### 3. Tagespflegeeinrichtungen mit Betreuungsangeboten gemäß § 45b und 45c SGB XI <sup>17</sup>

<b>Name der Einrichtung</b>	<b>Ort</b>
AWO – Tagespflegeeinrichtung	Demmin
Tagespflegeeinrichtung des Senioren – Wohnparks Friedland GmbH	Friedland
AWO Tagespflege Klink	Klink
Tagespflegeeinrichtung im DRK – Altenpflegeheim	Malchow
Tagespflege in Mirow	Mirow
AWO – Tagespflegeeinrichtung	Möllenhagen
Lebenshilfewerk Mölln – Hagenow Seniorentagesstätte	Mölln
AWO Pflege- und Betreuungs gGmbH Tagespflegestation	Neubrandenburg
AWO – Tagespflegeeinrichtung	Neubrandenburg
Diakonie Tagespflege Neubrandenburg	Neubrandenburg
DRK – Sozialdienst Neubrandenburg gGmbH Tagespflege	Neubrandenburg
Lebenshilfe für Behinderte Neubrandenburg e.V. Familienentlastender Dienst	Neubrandenburg
Lebensraum Seniorentagespflege	Neubrandenburg
Tagespflege Luisenhaus	Neubrandenburg
Tagespflegeeinrichtung der Volkssolidarität	Neubrandenburg
AWO Pflege- und Betreuungs gGmbH Tagespflege	Neustrelitz
Tagespflegeeinrichtung der Volkssolidarität	Neustrelitz
AWO Tagespflege Penzlin	Penzlin

<sup>17</sup> AOK Nordost – Die Gesundheitskasse. Landesverband der Pflegekassen: „Angebotsliste zum qualitätsgesicherten Betreuungsangebot gemäß § 45b und 45 c SGB XI“. Stand: 01.01. 2012, S. 5 ff.

AWO Müritz gGmbH „Tagespflege für Senioren“	Röbel
Diakonie – Tagespflege Röbel	Röbel
AWO – Tagespflegeeinrichtung	Waren (Müritz)
Böser & Briehn GbR Seniorentagespflege am Yachthafen	Waren (Müritz)
Immanuel – Miteinander Leben GmbH Tages- pflegeeinrichtung im Seniorenpflegeheim „Ecktannen“	Waren (Müritz)
MaxiCare Senioren Tagespflege	Wesenberg

#### 4. Ambulant betreute Wohngemeinschaften mit Betreuungsangeboten gemäß § 45b und 45c SGB XI<sup>18</sup>

<b>Name der Einrichtung</b>	<b>Ort</b>
Alten WG Pinnow Schwester Heidi Freiberufliche Krankenschwester	Groß – Helle

---

<sup>18</sup> AOK Nordost – Die Gesundheitskasse. Landesverband der Pflegekassen: „Angebotsliste zum qualitätsgesicherten Betreuungsangebot gemäß § 45b und 45 c SGB XI“. Stand: 01.01. 2012, S. 9

## 5. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Betreuungsangeboten gemäß § 45b und 45c SGB XI <sup>19</sup>

Name der Einrichtung	Ort
KMG Seniorenheim „Am Park“	Alt Schwerin
Altenpflegeheim „Haus Klosterberg“	Altentreptow
Ev. Altenpflegeheim „Johannishaus“	Burg Stargard
AWO Seniorenservicehaus Dargun	Dargun
Pflegeheim „Wichernhof“	Dehmen
AWO – Pflegeheim Demmin	Demmin
Pflegeheim „Gertraudenstift“	Demmin
Ev. Alten- und Pflegeheim „Marienhaus“	Feldberger Seenlandschaft
Senioren – Wohnpark Friedland GmbH	Friedland
DRK – Pflegeheim „Luise von Oertzen“	Galenbeck
Pflegeheim Ivenack	Ivenack
Diakonie – Pflegeheim Malchin	Malchin
KMG Psychiatrisches Pflegeheim	Malchow
Seniorenpflegeheim „Dr. Hans Heydemann“	Malchow
Diakonie Stargard gGmbH & Co. KG Mildnitz	Mildnitz
MGS Seniorenzentrum „Am Stadtpark“	Mirow
DRK – Sozialdienst Neubrandenburg gGmbH Pflegeheim	Neubrandenburg
Ev. Altenhilfezentrum auf dem Lindenberg	Neubrandenburg
Heilpädagogische Wohn- und Förderheime	Neubrandenburg

<sup>19</sup> AOK Nordost – Die Gesundheitskasse. Landesverband der Pflegekassen:  
„Preisvergleichsliste der  
vollstationären Pflegeeinrichtungen in Mecklenburg - Vorpommern“. Stand: 01.01. 2011, S. 1  
ff.



Kath. Alters- und Pflegeheim „Schwester Elisabeth Rivet“	Neubrandenburg
Städtisches Pflegeheim „Max Adrion“ Eigenbetrieb der Stadt Neubrandenburg	Neubrandenburg
Vitanas Senioren Centrum Am Kulturpark	Neubrandenburg
AWO Mecklenburg – Strelitz gGmbH Altenpflegeheim „Am Zierker See“	Neustrelitz
DRK Altenpflegeheim „Kiefernheide“	Neustrelitz
Ev. Alten- und Pflegeheim „Kurt Winkelmann“	Neustrelitz
AWO Altenpflegeheim Penzlin	Penzlin
DRK Altenpflegeheim	Rechlin
Diakonie – Pflegeheim Röbel	Röbel
Kursana Domizil Stavenhagen Haus Uns Hüsung	Stavenhagen
Ev. Alten- und Pflegeheim „Friedrich – Onnasch – Haus“	Tutow
Ansgar Wohnstift Waren	Waren (Müritz)
AWO Pflegeheim MPVZ Tiefwareensee	Waren (Müritz)
AWO Seniorenzentrum	Waren (Müritz)
DRK Seniorenpflegeheim „Am Sinnesgarten“	Waren (Müritz)
DRK Seniorenpflegeheim „Müritzblick“	Waren (Müritz)
Immanuel – Miteinander Leben GmbH Seniorenpflegeheim „Ecktannen“	Waren (Müritz)
Intensivpflegebereich des Medizinisch – Pflegerischen – Versorgungszentrums Tiefwareensee	Waren (Müritz)
Ev. Altenpflegeheim	Woldegk

## 6. Literaturverzeichnis

**AOK Nordost – Die Gesundheitskasse. Landesverband der Pflegekassen:**  
„Preisvergleichsliste der vollstationären Pflegeeinrichtungen in Mecklenburg -  
Vorpommern“. Stand: 01.01. 2011 unveröffentlichtes Manuskript

**AOK Nordost – Die Gesundheitskasse. Landesverband der Pflegekassen:**  
„Angebotsliste zum qualitätsgesicherten Betreuungsangebot gemäß § 45b und  
45 c SGB XI“. Stand: 01.01. 2012 unveröffentlichtes Manuskript

**Beck – Texte (Hrsg.)** (2009): „Sozialgesetzbuch“. München: Deutscher  
Taschenbuch Verlag.

**Bethke, B. et. al.** (2010): „Die Entwicklung der Selbsthilfe in Mecklenburg –  
Vorpommern für demenziell Erkrankte Menschen und deren Angehörige“.   
Schriftenreihe der Hochschule Neubrandenburg: Reihe G, Fachbereich  
Gesundheit, Pflege, Management; Bd. 11.

**Beul, U.** (2009): „Der einfache Weg zur Pflegestufe. Die Begutachtung im  
Rahmen der Pflegeversicherung – oder: Wie erreiche ich eine gerechte  
Pflegestufe?“ 5., aktualisierte Auflage Hannover: Schlütersche  
Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

**Beyer, M.** (2002): „Sozialarbeit und Demenz – Konzeptionelle  
Rahmenüberlegungen zur Schaffung eines Pflegezentrums für Demenzkranke“.   
Norderstedt: Grin Verlag.

**Brosius – Gersdorf, F.** (2011): „Demografischer Wandel und  
Familienförderung“. Tübingen: Mohr Siebeck Verlag.

**Brucker, U.** (2007): „Pflegebedürftig mit Demenz und das SGB XI“ In: Robert  
Bosch Stiftung (Hrsg.): „Ethik und Recht“. Bern: Verlag Hans Huber.

**Buijssen, H.** (1994): „Senile Demenz. Eine praktische Anleitung für den Umgang mit Alzheimer – Patienten“. Weinheim: Juventa Verlag.

**Buijssen, H.** (2008): „Demenz und Alzheimer verstehen. Erleben, Hilfe, Pflege: Ein praktischer Ratgeber“. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren – Organisation e.V.** (Hrsg.);  
Steinke, G. (2011): „Wohnen im Alter“. 2. Auflage. München: C. H. Beck Verlag.

**Cirlea, M.** (2009): „In sich selbst gefangen“ – Demenz: Psychische Situation und Kommunikationstipps“. Norderstedt: Grin Verlag.

**Danielzik, A.; Haenselt, R.; Waack, K.** (2003): „Handbuch für Leiterinnen von Pflege- und Betreuungskursen für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten“. Neustrelitz.

**Drees, A.; Lüdemann, D.** (2002): „Heimpflegeplatz – vom Angebot zum Vertrag. Ein Ratgeber für Angehörige, Bewohner und stationäre Einrichtungen“. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

**Eichenseer, B.; Gräßel, E.** (2011): „Aktivierungstherapie für Menschen mit Demenz“. München: Elsevier GmbH.

**Enßle, J.** (2010): „Demenz. Instrumentarien und Betreuungskonzepte zur Erfassung von Lebensqualität“. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.

**Falk, J.** (2004): „Basiswissen Demenz. Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität“. Weinheim/München: Juventa Verlag.

**Flemming, D.** (2006): „Keiner ist allein. Demenz und Alzheimer: Informationen und Hilfen für Angehörige“. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

**Flemming, D.; Kreter, C.** (2008): „Ja zum Alten- und Pflegeheim. Wie der Übergang gelingt“. Weinhheim/Basel: Beltz Verlag.

**Grond, E.** (2005): „Pflege Demenzkranker“. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

**Haberstroh, J.; Pantel, J.; Neumeyer, K.** (2011): „Kommunikation bei Demenz“. Berlin/Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

**Hallauer, J. F.; Kurz, A.** (Hrsg.) (2002): „Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland“. Hannover: Georg Thieme Verlag.

**Hartje, W.; Poeck, K.** (2006): „Klinische Neuropsychologie“. 6., unveränderte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

**Hasseler, M.; Meyer, M.** (2006): „Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und Beispiele“. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

**Heiber, A.** (2008): „Die neue Pflegeversicherung. Der Antrag, die Pflegestufen, die Leistungen: Ihre neuen Möglichkeiten und Chancen“. Wien: Linde Verlag.

**Herold, E. E.** (2002): „Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen“. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

**Höwler, E.** (2004): „Gerontopsychiatrische Pflege. Ein Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege“. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

**Höß, A.** (2006): „Demenz – WG als Alternative zum Altenheim“. In: RHW – Praxiswissen für die Aus- und Weiterbildung (Hrsg.): „Hauswirtschaft in der Altenhilfe“. München: Verlag Neuer Merkus GmbH.

**Jansen, S.** (2002): „Nicht – ärztliche Versorgungsformen“. In: Hallauer, J. F.; Kurz, A. (Hrsg.) „Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland“. Hannover: Georg Thieme Verlag.

**Kasten, E. et. al.** (2004): „Den Alltag demenzerkrankter Menschen neu gestalten. Neue Wege in der Betreuung und Pflege von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Verhaltensauffälligkeiten“. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

**Kastner, U.; Löbach, R.** (2007): „Handbuch Demenz“. München: Elsevier GmbH.

**Kingler, C.** (2007): „Lotsendienst im Hilfesystem. Systemisches Case Management für versorgende Angehörige von Demenzerkrankten“. Norderstedt: Grin Verlag.

**Kitwood, T.** (2005): „Demenz. Der personen-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen“. 4., unveränderte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

**Klie, T.** (2002): „Wohngruppen für Menschen mit Demenz“. Hannover: Vincentz Verlag.

**Kliem, T.; Pfennig, L.** (2012): „Wissenswertes zur Pflegeversicherung“. Norderstedt: Books on Demand GmbH.

**Knecht, S.; Berger, K.** (2004): „Einfluss vaskulärer Faktoren auf die Entwicklung einer Demenz“ Deutsches Ärzteblatt. 101.

**Krämer, G.; Förstl, H.** (2008): „Alzheimer und andere Demenzformen“. 5., überarbeitet Auflage. Stuttgart: Trias Verlag.

**Köther, I.** (2007): „Altenpflege professionell. Thiemes Altenpflege“. 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

**Linke, B.; Linke, T.** (2008): „Die Reform der Pflegeversicherung und die neue Pflegezeit“. München: Rudolf Haufe Verlag GmbH & Co. KG.

**Lohse, J.** (2002): „Stationäre Versorgung“. In: Hallauer, J. F.; Kurz, A. (Hrsg.) „Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland“. Hannover: Georg Thieme Verlag.

**Löser, A. P.** (2000): „Ambulante Pflege bei Tumorpatienten“ Hannover: Schlütersche GmbH & Co. KG.

**Magg, B.; Möhle, A.** (2009): „Demenz: Gesetzliche Regelungen und Neuerungen“. In: SoWiSo Verein für Sozialwirtschaft e.V. (Hrsg.): „Das schleichende Vergessen. Informationen rund ums Thema Demenz“. Norderstedt: Books on Demand GmbH.

**McKhann, G., et. al.** (1984): „Clinical diagnosis of Alzheimer' disease: report of the NINCDS – ADRA work group. Neurology, 34.

**Menche, N.** (Hrsg.) (2006): „Repetitorium Pflege heute“. 3. Auflage. München: Elsevier GmbH.

**Merz (Hrsg.)** (1996): „Leben mit Demenzkranken. Tipps für den Alltag“. Zukunftsforum Demenz. Frankfurt am Main: Merz.

**Messer, B.** (2007): „Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Was Sie schreiben können und wie Sie es schreiben sollten“. Nachdruck der 1. Auflage von 2004. Hannover: Schlütersche Verrlags-gesellschaft mbH &Co. KG.

**Milisen, K. et. al.** (2004): „Die Pflege älterer Menschen in speziellen Lebenssituationen“. Berlin: Springer Verlag.

**Münsterische Sozialrechtsvereinigung e. V.** (2009): „14. Münsterische Sozialrechtstagung. Die Reform der Pflegeversicherung. 5. Dezember 2008 in Münster“. Karlsruhe: Verlag Versicherungswirtschaft GmbH.

**Neubert, N.** (2004): „Dementia care mapping – Eine Herausforderung für das Management“. Norderstedt: Grin Verlag.

**Parks R.W.; Zec R.F.; Wilson R. S.** (1993): „Neuropsychology of Alzheimer's Disease and Other Dementias“. Oxford: Oxford University Press.

**Priester, K.** (2005): „Fünf Millionen demenziell Erkrankte in Deutschland bis 2050?“. In: Die BKK 4/2005.

**Reder, U.** (2002): „Wohngruppen“. In: Hallauer, J. F.; Kurz, A. (Hrsg.) „Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland“. Hannover: Georg Thieme Verlag.

**Reggentin, H.; Dettbarn – Reggentin, J.** (2006): „Demenzkranken in Wohngruppen betreuen und fördern. Ein Praxisleitfaden“. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

**RHW – Praxiswissen für die Aus- und Weiterbildung (Hrsg.)** (2006): „Hauswirtschaft in der Altenhilfe“. München: Verlag Neuer Merkus GmbH.

**Riemarzik, C.** (2004): „Krankheiten des Alters im Hinblick auf Demenz und unter besonderer Fokussierung der Alzheimer Krankheit“. Norderstedt: Grin Verlag.

**Robert Bosch Stiftung (Hrsg.)** (2007): „Ethik und Recht“. Bern: Verlag Hans Huber.

**Schaade, G.; Kubny – Lüke, B.** (2005): „Demenz Alzheimer – Erkrankung. Ein Ratgeber für Angehörige und alle, die an Demenz erkrankte Menschen betreuen“. Idstein: Schulz – Kirchner Verlag GmbH.

**Schmidt, S; Döbele, M.** (2010): „Demenzbegleiter. Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte“. Berlin/Heidelberg. Springer Verlag.

**Siewert, U.; Fendrich, K.; Doblhammer – Reiter, G.; Scholz, R. D.; Schuff – Werner, P.; Hoffmann, W.:** „Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demografischen Wandels in Mecklenburg – Vorpommern. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 18: 2010.

**Skawran, M.** (2009): „Betreuung von Demenzkranken in der stationären Altenpflege. Eine Utopie?“. Hamburg: Diplomica Verlag.

**SoWiSo Verein für Sozialwirtschaft e.V. (Hrsg.)** (2009): „Das schleichende Vergessen. Informationen rund ums Thema Demenz“. Norderstedt: Books on Demand GmbH.

**Stoppe, G.** (2007): „Demenz“. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co. KG.

**Vogler, R.** (2011): „Das Leben mit der allgegenwärtigen Krankheit Alzheimer“. Norderstedt: Grin Verlag.



**Waack, K.** (2003): „Belastungen pflegender Angehöriger von dementiell erkrankten Menschen“. In: Danielzik, A.; Haenselt, R.; Waack, K.: „Handbuch für Leiterinnen von Pflege- und Betreuungskursen für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten“. Neustrelitz.

**Wirsing, K.** (2007): „Psychologie für die Altenpflege. Lernfeldorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch“. 6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

**Zeyfang, A., et. al.** (2008): „Basiswissen Medizin des Alterns und des alten Menschen“. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

**Zimmermann, J.** (2009): „Leben mit Demenz. Spezielle Wohnformen für demenziell erkrankte Menschen“. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.

**Zec, R. F.** (1993): “Neuropsychological functioning in Alzheimer’s disease”. In: Parks R.W.; Zec R.F.; Wilson R. S.: “Neuropsychology of Alzheimer’s Disease and Other Dementias”. Oxford: Oxford University Press.

## Internetquellen

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004):**  
„Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen“.  
Osnabrück: KIWI GmbH.

URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-23994-Broschure-Ambulant-betreute...,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Stand: 28.05.2012)

**Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte (2008):**

„Gesund leben – Masterplan. Auf dem Weg zur ‚Gesunden Region‘  
Mecklenburgische Seenplatte.

URL: [http://www.region-mecklenburgische-seenplatte.de/media/Wir-ueberuns/Regionaler-Planungsverband/Gesundheitswirtschaft/Konzept\\_Gesundheitswirtschaft\\_Mecklenburgische\\_Seenplatte.pdf](http://www.region-mecklenburgische-seenplatte.de/media/Wir-ueberuns/Regionaler-Planungsverband/Gesundheitswirtschaft/Konzept_Gesundheitswirtschaft_Mecklenburgische_Seenplatte.pdf) (Stand: 25.05.2012)

**Spitzenverbände der Pflegekassen/Verband der privaten**

**Krankenversicherung.** Richtlinien zur Feststellung von Personen mit  
erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. 2008.

URL: [http://www.mds-ev.de/media/pdf/Richtlinie\\_PEA-Verfahren\\_Endfassung.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/Richtlinie_PEA-Verfahren_Endfassung.pdf) (Stand: 10.06.2008)

**Streuer, S.;** Mecklenburg-Vorpommern - Fach- und Führungskräfte für  
Mecklenburg-Vorpommern. 2010.

URL: <http://www.demographiekonkret.de/Mecklenburg-Vorpommern.126.0.html>  
(Stand: November 2010)