



Landkreis
Heidenheim



Pflegebedürftig, was nun?

**Die wichtigsten Informationen und Hinweise
zum Thema Pflegebedürftigkeit
sowie die gesetzlichen Grundlagen**

Impressum:

Herausgeber: Pflegestützpunkt Landkreis Heidenheim

Stand: August 2019

Alle Angaben erfolgten nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr.
Druckfehler oder Ungenauigkeiten bitten wir zu entschuldigen.

Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die
gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher
Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen
gelten für beide Geschlechter.

Inhalt:

Seite

1.	Allgemeine Informationen	2
2.	Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung	3
2.1	Begutachtung durch den Medizinischen Dienst	3
2.2	Anerkennung der Pflegebedürftigkeit	4
3.	Kriterien der Pflegebedürftigkeit	5
4.	Leistungen der Pflegeversicherung	10
4.1	Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege	10
4.1.1	Leistungen bei Pflegegrad 1	10
4.1.2	Pflegesachleistungen	10
4.1.3	Pflegegeld	11
5.	Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)	12
6.	Kombinationsleistungen der Pflegekasse	13
7.	Entlastungsleistungen	14
8.	Pflegehilfsmittel + technische Hilfen	15
9.	Verhinderungspflege	16
10.	Kurzzeitpflege	17
11.	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	18
12.	Stationäre Pflege	19
13.	Ambulant betreute Wohnformen	20
14.	Leistungen für Pflegende	20
14.1.	Rentenversicherung	20
14.2.	Arbeitslosenversicherung	20
14.3.	Zuschüsse zur Kranken-/ Pflegversicherung	21
14.4.	Pflegezeitgesetz	21

1. Allgemeine Informationen

Pflegebedürftigkeit stellt die Betroffenen und deren Angehörige oftmals vor eine große Herausforderung. Neben dem Bedarf an Informationen zur eigentlichen Pflegebedürftigkeit, ergeben sich häufig auch Fragen zu den möglichen Versorgungsformen und deren Finanzierung.

Diese Informationsbroschüre soll als kompakter Ratgeber über das Thema Pflegebedürftigkeit informieren. Pflege- und hilfsbedürftige Menschen und deren Angehörige sollen in ihrer Pflege- und Versorgungssituation mit den notwendigen Informationen und Hinweisen zu den gesetzlichen Grundlagen unterstützt werden.

2. Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Tritt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI ein, kann bei der zuständigen Pflegekasse ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt werden. Die zuständige Pflegekasse beauftragt dann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Hinweis:

Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung sind bei den zuständigen Kranken- und Pflegekassen erhältlich.

Privat Versicherte stellen den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bei ihrem Versicherungsunternehmen; die Begutachtung erfolgt dort durch die MEDICPROOF GmbH.

2.1. Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Nach dem Antrag auf Pflegeeinstufung wird die zuständige Pflegekasse einen Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) beauftragen, bei einem Hausbesuch die hilfsbedürftige Person zu untersuchen. Der Besuch des Gutachters des Medizinischen Dienstes erfolgt immer angemeldet und in der Regel in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen. Die Besuche des Medizinischen Dienstes können aber auch in einem Pflegeheim bzw. während eines Krankenhausaufenthalts stattfinden.

In Einzelfällen ist es möglich, dass die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit per Aktenlage durch den MDK durchgeführt wird. Dies ist bei einem erstmaligen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung allerdings die Ausnahme.

In Sondersituationen (Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einem Hospiz, ambulante palliative Versorgung, Beantragung von Pflegezeit) kann die Begutachtungsfrist verkürzt werden: Begutachtung innerhalb 1 - 2 Wochen nach Eingang des Antrages bei der zuständigen Pflegekasse= verkürzte Begutachtungsfrist.

Bevor der Gutachter des Medizinischen Dienstes zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit kommt, sollte genau festgehalten werden, wobei dem Pflegebedürftigen geholfen werden muss. Sie können sich dabei an den Kriterien der Pflegebedürftigkeit (ab Seite 5) orientieren.

Zudem können dem Gutachter des Medizinischen Dienstes auch mögliche ärztliche Befunde vorgelegt werden, aus denen u. a. die Art und der Umfang der Pflegebedürftigkeit bzw. mögliche pflegeverursachende Schädigungen und Beeinträchtigungen der täglichen Aktivitäten hervorgehen.

2.2 Anerkennung der Pflegebedürftigkeit

Sollte der Versicherte mit der Entscheidung der Pflegeversicherung nicht einverstanden sein, besteht die Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt des Bescheides Widerspruch bei der zuständigen Pflegekasse einzulegen.

3. Kriterien der Pflegebedürftigkeit

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde völlig neu definiert. Über die Leistungshöhe entscheidet, was jemand noch selbst kann und wo er Unterstützung braucht – unabhängig ob durch Demenz, psychische Erkrankung oder körperliche Einschränkung. Zeitorientierungswerte spielen keine Rolle mehr.

Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in den nachfolgenden sechs Bereichen (Module):

1. Mobilität - Hierzu gehören:

- der Positionswechsel im Bett,
- Halten einer stabilen Sitzposition,
- Umsetzen,
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs,
- Treppensteigen.

Bei der Begutachtung wird festgestellt, inwieweit der Pflegebedürftige diese Tätigkeiten selbstständig bzw. in welchem Umfang nur noch unselbstständig wahrnehmen kann.

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

In diesem Modul spielen folgende Kriterien eine Rolle:

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld,
- örtliche und zeitliche Orientierung,
- Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen,
- Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen,
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben,
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen,
- Erkennen von Risiken und Gefahren,

- Mitteilen von elementaren Bedürfnissen,
- Verstehen von Aufforderungen,
- Beteiligen an einem Gespräch.

Hier wird im Rahmen der Begutachtung festgestellt, in welchem Umfang diese Fähigkeiten noch unbeeinträchtigt vorhanden sind bzw. eben nicht mehr vorhanden sind.

3. Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen

In diesem Modul wird durch den Gutachter geprüft, wie oft folgende Verhaltensweisen vorkommen:

- motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten,
- nächtliche Unruhe,
- selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten,
- Beschädigen von Gegenständen,
- physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen,
- verbale Aggression,
- andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten,
- Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen,
- Wahnvorstellungen,
- Ängste,
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage,
- sozial inadäquate Verhaltensweisen
- sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

4. Selbstversorgung

Bei diesem Modul werden folgende Kriterien berücksichtigt:

- Waschen des vorderen Oberkörpers,
- Körperpflege im Bereich des Kopfes,
- Waschen des Intimbereichs,
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare,

- An- und Auskleiden des Oberkörpers,
- An- und Auskleiden des Unterkörpers,
- mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken,
- Essen,
- Trinken,
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls,
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma,
- Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma,
- Besonderheiten bei Sondenernährung,
- Besonderheiten bei parenteraler Ernährung.

Bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen, so wird hier eine gesonderte Bewertung vorgenommen.

5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Wichtig ist hier zu beachten, dass nur vom Arzt verordnete Maßnahmen berücksichtigt werden:

- in Bezug auf Medikamente, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmal-katheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung

- Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen,
- in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften.

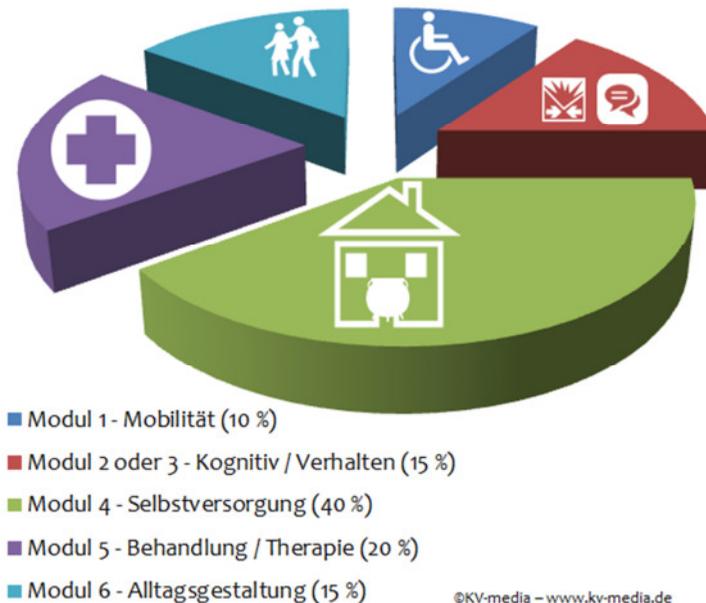
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

In diesem Modul werden folgende Kriterien bewertet:

- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen,
- Ruhen und Schlafen,
- sich beschäftigen,
- Vorhaben von in die Zukunft gerichteten Planungen,
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

In diesem Modul ist wiederum relevant, ob das entsprechende Kriterium selbstständig bzw. in welchem Maße nur noch unselbstständig durchgeführt werden kann.

Bei der Festlegung des Pflegegrades fließen die zuvor genannten Module zu unterschiedlichen Wertigkeit bzw. Prozentsätzen ein.



Die Bewertung in den einzelnen Modulen erfolgt nach einem umfassenden Punktesystem, welches mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstrumentes ermittelt wird.

Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
(ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
(ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
(ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
(ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
(ab 90 bis 100 Gesamtpunkte)

4. Leistungen der Pflegeversicherung

4.1 Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege

Im Rahmen der häuslichen Pflege stehen dem Pflegebedürftigen unterschiedliche Leistungsmöglichkeiten zu. Voraussetzung hierzu ist die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1 - 5) nach den Vorgaben des SGB XI.

4.1.1 Leistungen bei Pflegegrad 1

Bei Pflegegrad 1 sind folgende Leistungen vorgesehen:

1. **Pflegeberatung** (auch in der Häuslichkeit)
2. **Entlastungsleistungen, monatlich 125 €** (siehe Seite 14)
Diese kann beim Pflegegrad 1 ausnahmsweise auch für die Sachleistung durch den Pflegedienst (Grundpflege) eingesetzt werden.
3. **Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, monatlich 40 €**
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, z.B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel, Einlagen im Bett.
4. **ambulant betreute Wohngruppen, monatlich 214 €**
5. **Unterstützung für Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung, bis zu 4000 €**

4.1.2 Pflegesachleistungen

Unter Pflegesachleistungen ist im Sinne des SGB XI der Einsatz professioneller Pflegekräfte zu verstehen. Hierbei vereinbart der Pflegebedürftige mit einem ambulanten Pflegedienst Leistungen in den jeweiligen Bereichen, in denen er Hilfe benötigt.

Die vereinbarten Leistungen werden direkt zwischen dem ambulanten Pflegedienst und der zuständigen Pflegekasse abgerechnet.

Anspruchsberechtigt sind die Pflegegrade 2 bis 5.

Pflegegrad 2	689 €
Pflegegrad 3	1298 €
Pflegegrad 4	1612 €
Pflegegrad 5	1995 €

Hinweis:

Eine Übersicht aller ambulanten Pflegedienste, die im Landkreis Heidenheim bzw. in den jeweiligen Städten und Gemeinden tätig sind, ist im Pflegestützpunkt des Landkreises Heidenheim erhältlich.

4.1.3 Pflegegeld

Pflegebedürftige können anstelle von Pflegesachleistungen auch Pflegegeld direkt beziehen. Der Pflegebedürftige kann somit selbst entscheiden, ob er Angehörige, Freunde oder Nachbarn mit seiner Pflege beauftragt.

Anspruchsberechtigt sind die Pflegegrade 2 bis 5.

Pflegegrad 2	316 €
Pflegegrad 3	545 €
Pflegegrad 4	728 €
Pflegegrad 5	901 €

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, haben

- bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal,
- bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung, durch eine anerkannte Beratungsstelle oder durch eine von den Pflegekassen beauftragte Pflegefachkraft abzurufen.

Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Eine Überprüfung des Pflegegrades findet dabei nicht statt. Rufen Pflegebedürftige die Beratung nicht ab, kann die Pflegekasse das Pflegegeld kürzen und im Wiederholungsfall auch entziehen.

5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Die teilstationäre Pflege bildet ein zusätzliches Versorgungsangebot für pflegebedürftige Menschen, die in ihrer Häuslichkeit gepflegt werden.

In Einrichtungen der **Tagespflege** können sich die Pflegebedürftigen in der Regel von Montag bis Freitag in der Zeit von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr aufhalten und werden dort umfassend versorgt. Die Pflegebedürftigen werden morgens von einem Fahrdienst in deren Häuslichkeit abgeholt und abends wieder zurückgebracht.

In einigen Tagespflegeeinrichtungen sind, nach Absprache, auch bedarfsgerechte Betreuungszeiten z. B. am Wochenende möglich.

Zum Programm der Einrichtungen der Tagespflege gehören neben den gemeinsamen Mahlzeiten und der notwendigen Pflege auch bedarfsorientierte Angebote zur Auswahl wie zum

Beispiel Singen, Basteln, Gedächtnistraining, Gymnastik oder gemeinsame Ausflüge.

Einrichtungen der **Nachtpflege** sind speziell für pflegebedürftige Menschen mit einem gestörten Tag-Nacht-Rhythmus ausgerichtet und sind konzeptionell ähnlich wie die Einrichtungen der Tagespflege aufgebaut.

Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst zusätzlich zum Pflegegeld bzw. zu den Sachleistungen je Kalendermonat:

Pflegegrad 2	689 €
Pflegegrad 3	1298 €
Pflegegrad 4	1612 €
Pflegegrad 5	1995 €

Hinweis:

Eine Übersicht aller teilstationären Angebote im Landkreis Heidenheim ist im Pflegestützpunkt des Landkreises Heidenheim erhältlich.

6. Kombinationsleistungen der Pflegekasse

Werden Pflegesachleistungen nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes Pflegegeld beansprucht werden.

- z.B. 80 % Pflegesachleistungen + 20 % Pflegegeld
- 67 % Pflegesachleistungen + 33 % Pflegegeld
- 30 % Pflegesachleistungen + 70 % Pflegegeld

Zur Gewährung der Kombinationsleistungen hat der Pflegebedürftige die zuständige Pflegekasse zu informieren und so die Kombinationsleistungen formlos zu beantragen.

Beispiel:

Ein Pflegebedürftiger im Pflegegrad 2 nimmt Sachleistungen in Höhe von 482,30 € in Anspruch. Der Höchstbetrag im Pflegegrad 2 beträgt 689 €. Somit sind 70% des Sachleistungsanspruches ausgeschöpft. Dem Pflegebedürftigen stehen jetzt noch 30% des Pflegegeldes im Pflegegrad 2, also 94,80 € von 316 €, zu.
(Berechnung ohne Gewähr)

7. Entlastungsleistungen

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen monatlichen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu **125 €**. Der Betrag ist zweckgebunden und dient der Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von:

1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege (Eigenanteil)
2. Leistungen der Kurzzeitpflege (Eigenanteil)
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste zur Betreuung und Entlastung, (ab Pflegegrad 2 jedoch nicht für die Leistung körperbezogener Pflegemaßnahmen)
4. Investitionskostenanteil ambulanter Dienste (ggf. Ausbildungsumlage)
5. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a. SGB XI.

Die Leistung kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende **Kalenderhalbjahr** übertragen werden.

Hinweis:

Eine Übersicht über die im Landkreis Heidenheim vorhandenen Betreuungsangebote ist im Pflegestützpunkt des Landkreises Heidenheim erhältlich.

Zur Abwicklung der Erstattung sollte die Original-Rechnung bei der zuständigen Pflegekasse eingereicht werden.

Zudem können die monatlichen Ansprüche gesammelt und zu einem späteren Zeitpunkt eingelöst werden.

8. Pflegehilfsmittel + technische Hilfen

Zur Erleichterung der häuslichen Pflege können geeignete Pflegehilfsmittel und technische Hilfen notwendig sein. Die zuständigen Pflegekassen übernehmen monatlich **40 €** für Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Betteinlagen, Handschuhe, Desinfektionsmittel usw.).

Technische Pflegehilfsmittel (z. B. Pflegebett, Aufrichthilfe, Hausnotruf usw.) werden dem Pflegebedürftigen nach Antrag bzw. Verordnung durch den Arzt, teilweise leihweise überlassen. Bei einer dauernden Überlassung eines Pflegehilfsmittels ist ein Eigenanteil in Höhe von 10 Prozent, höchstens jedoch **25 €** je Pflegehilfsmittel vom Pflegebedürftigen zu tragen.

9. Verhinderungspflege (gilt ab Pflegegrad 2)

Macht eine private Pflegeperson Urlaub oder ist durch Krankheit oder aus anderen Gründen vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung auf Antrag bis zu **max. 1.612 € der Kosten einer Ersatzpflege, für maximal 42 Tage im Kalenderjahr.**

Wenn zuvor Pflegegeld bezogen wurde, wird es zu 50 % weitergezahlt.

Die Verhinderungspflege kann auch stundenweise genutzt werden. Findet die Verhinderungspflege unter 8 Stunden täglich statt, hat es auf den Bezug des Pflegegeldes keine Auswirkungen.

Wird im Kalenderjahr keine Kurzzeitpflege (*siehe unten*) in Anspruch genommen, so kann sich der Betrag der Verhinderungspflege auf bis zu **2418 €** erhöhen (50% der Leistung der Kurzzeitpflege kommen hinzu).

Wird die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Verhinderungspflege jedoch nur in Höhe des jeweiligen **Pflegegeldanspruchs** für bis zu 6 Wochen im Jahr gewährt. Auch dieser kann bis zum 1,5 fachen des Betrages erhöht werden, wenn noch keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde.

Zusätzliche Aufwendungen der Pflegeperson (zum Beispiel Verdienstausschlag oder Fahrtkosten) können auf Nachweis in Höhe bis zu **1.612 €** erstattet werden.

Achtung: Der Anspruch auf Verhinderungspflege besteht erst, nachdem die Pflegeperson den Pflegebedürftigen **mindestens 6 Monate** in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

10. Kurzzeitpflege (gilt ab Pflegegrad 2)

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

- für eine Übergangszeit im Anschluss an einen stationären Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einem Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung,
- in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht 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 einem **Gesamtbetrag von 1.612 € im Kalenderjahr**.

Wenn zuvor Pflegegeld bezogen wurde, wird es zu 50 % weitergezahlt.

Darüber hinaus können nicht verbrauchte Leistungen der Verhinderungspflege auch für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Der Betrag erhöht sich dann auf bis zu **3224 €**.

Hinweis:

Eine Übersicht aller stationären Einrichtungen die im Landkreis Heidenheim Kurzzeitpflege anbieten, ist im Pflegestützpunkt des Landkreises Heidenheim erhältlich.

11. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Um die selbstständige Lebensführung der Pflegebedürftigen in ihrer Wohnung zu erleichtern, kann die zuständige Pflegekasse unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse für Umbaumaßnahmen bis zu einer Höhe von **4000 €** gewähren. Zu den geförderten Maßnahmen zählen z. B. die Verbreiterung der Türen für Rollstuhlfahrer, das Anbringen von Haltegriffen oder ein Badumbau.

Die Voraussetzungen dafür sind:

- der Pflegebedürftige ist in einen Pflegegrad eingestuft,
- die häusliche Pflege wird dadurch überhaupt erst ermöglicht,
- die häusliche Pflege wird erheblich erleichtert und damit eine Überforderung der Pflegekraft verhindert,
- eine selbstständige Lebensführung des/der Pflegebedürftigen wird wiederhergestellt und somit eine Abhängigkeit von der Pflegekraft verringert.

Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach den Kosten der Verbesserungsmaßnahmen. Eine Einkommensprüfung findet nicht statt.

Hinweise:

Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes sollten vor der Auftragsvergabe bzw. vor der Realisierung etwaiger Baumaßnahmen bei der zuständigen Pflegekasse beantragt werden.

Adressen einer unabhängigen und kostenlosen Wohnberatung sind im Pflegestützpunkt des Landkreises Heidenheim erhältlich.

12. Stationäre Pflege

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn die häusliche Pflege nicht ausreicht bzw. wegen der Besonderheit des einzelnen Falls nicht in Betracht kommt.

Die Höhe der Leistungsbeteiligung durch die Pflegeversicherung richtet sich hierbei nach dem jeweiligen Pflegegrad des Pflegebedürftigen und umfasst je Kalendermonat:

Pflegegrad 2	770 €
Pflegegrad 3	1262 €
Pflegegrad 4	1775 €
Pflegegrad 5	2005 €

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie einen Zuschuss in Höhe von **125 €** monatlich. Die restlichen Kosten übernehmen sie selbst.

Heimbewohner der Pflegegrade 2 bis 5 zahlen einen einrichtungsbezogenen Eigenanteil. Die Höhe des Eigenanteils ist unabhängig von der Höhe des Pflegegrades.

Hinweis:

Eine Übersicht aller stationären Einrichtungen im Landkreis Heidenheim ist im Pflegestützpunkt des Landkreises Heidenheim erhältlich.

13. Ambulant betreute Wohnformen

Voraussetzung ist, dass mindestens 3 pflegebedürftige Personen (mit einer Pflegeeinstufung) zusammenwohnen.

Pflegebedürftige in (selbst)organisierten Wohngruppen erhalten eine Pauschale von **214 €** zur Finanzierung einer Präsenzkraft, die pflegerische und hauswirtschaftliche Alltagshilfen leistet und sich auch um organisatorische Abläufe kümmert.

14. Leistungen für Pflegende

14.1. Rentenversicherung

Beiträge zur Rentenversicherung werden gezahlt, wenn ein Pflegegrad 2-5 vorliegt und die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Der MDK stellt im Rahmen der Begutachtung fest, ob die Pflegeperson **eine oder mehrere** pflegebedürftige Personen **wenigstens zehn Stunden** wöchentlich, verteilt auf regelmäßig **mindestens zwei Tage** in der Woche pflegt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt.

14.2 Arbeitslosenversicherung

Nicht erwerbstätige Personen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen ab Pflegegrad 2 mindestens zehn Stunden wöchentlich verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche pflegen und unmittelbar vor der Pflege arbeitslosenversichert waren, erhalten unter bestimmten Voraussetzungen Beitragszahlungen zur Arbeitslosenversicherung.

14.3 Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung

Beschäftigte, die von der Arbeitsleistung freigestellt werden, können zur sozialen Absicherung auf Antrag einen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung erhalten. Dies gilt auch, wenn aufgrund der teilweisen Freistellung von der Arbeitsleistung ein Arbeitsentgelt erzielt wird, das die Grenze von **450 €** monatlich nicht übersteigt. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrer Kranken- bzw. Pflegekasse.

14.4. Pflegezeitgesetz

Berufstätige, die einen nahen Verwandten, mit mindestens Pflegegrad 2, in häuslicher Umgebung pflegen, haben Anspruch auf eine **6-monatige Freistellung**. (ohne Lohnfortzahlung, aber sozialversichert und mit Kündigungsschutz)

Zusätzlich gibt es einen Rechtsanspruch auf eine **24-monatige Familienpflegezeit**: (Arbeitszeitreduzierung bis auf eine Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden)

In beiden Fällen gibt es einen Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen in Höhe von 50 % des fehlenden Nettolohnes.

(Beantragung des Darlehens beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Angelegenheiten)

Als nahe Angehörige gelten insbesondere:

Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Stiefeltern, Verschwägerter, Enkelkinder sowie die Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

Die Pflegezeit (6-monatige Freistellung) muss gegenüber dem Arbeitgeber zehn Tage bevor sie in Anspruch genommen wird, schriftlich angekündigt werden. Der Arbeitnehmer muss dabei mitteilen, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Pflegezeit in Anspruch genommen werden soll.

Die Arbeitszeitkürzung gemäß dem Familienpflegezeitgesetz von bis zu 24 Monaten muss 8 Wochen vorher angekündigt werden. Wichtig ist hierbei, dass eine schriftliche Vereinbarung mit dem Arbeitgeber über den Umfang der Reduzierung getroffen wird.

Die Regelung für die 6-monatige Freistellung besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten; für die 24-monatige Familienpflegezeit für Arbeitgeber mit mehr als 24 Beschäftigten.

Die Pflegebedürftigkeit des oder der nahen Angehörigen muss gegenüber dem Arbeitgeber durch eine Bescheinigung der Pflegekasse, eine Bescheinigung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder einen entsprechenden Nachweis belegt werden.

Grundsätzlich sind immer individuelle Absprachen bezüglich Arbeitsplatzreduzierung mit dem Arbeitgeber möglich.

Hinweis:

In einer **akut auftretenden Pflegesituation** können sich Arbeitnehmer **zur kurzfristigen Sicherstellung** einer pflegerischen Versorgung für **bis zu zehn Arbeitstage** (ohne Anspruch auf Lohnfortzahlung) freistellen lassen. Bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen kann für diese Zeit ein Pflegeunterstützungsgeld beantragt werden.



**Pflegestützpunkt
des Landkreises Heidenheim
Felsenstrasse 36
89518 Heidenheim**

Eleonore Flickinger 07321 / 321-24 73

Christel Krell 07321 / 321-24 24

Fax: 07321 / 321-24 36

E-Mail: pflegestuetzpunkt@landkreis-heidenheim.de

Sprechzeiten:

Montag bis Freitag
8:30 Uhr - 11:30 Uhr

Montag	Donnerstag
14:00 Uhr - 16:00 Uhr	14:00 Uhr - 17:30 Uhr

Außensprechstunde in Giengen (Rathaus):

Donnerstag, 14-tägig 9:00 bis 11:30 Uhr
(Die genauen Termine sind der Tagespresse zu entnehmen)

Außensprechstunde in Niederstotzingen (Rathaus):

Am ersten Mittwoch im Monat 9:00 bis 11:30 Uhr
(Terminänderungen sind der Tagespresse zu entnehmen)

Neben den regulären Sprechzeiten des Pflegestützpunkts,
können auch individuelle Termine vereinbart werden.