



Landkreis
Heidenheim



Pflegebedürftig, was nun?

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

Impressum:

Herausgeber: Pflegestützpunkt Landkreis Heidenheim

Stand: Januar 2026

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.	Festlegung des Pflegegrades	8
5.	Leistungen in der ambulanten Pflege	9
5.1.	Leistungen bei Pflegegrad 1	9
5.2.	Pflegesachleistungen	10
5.3.	Pflegegeld	11
6.	Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)	12
7.	Kombinationsleistungen der Pflegekasse	13
8.	Entlastungsleistungen	14
8.1.	Übertragungsmöglichkeiten	15
9.	Pflegehilfsmittel + technische Hilfen	15
10.	Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege.....	16
10.1.	Verhinderungspflege.....	16
10.2.	Kurzzeitpflege	17
11.	Bessere Transparenz der Leistungen.....	18
12.	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	19
13.	Stationäre Pflege	20
14.	Ambulant betreute Wohnformen	21

15.	Leistungen für Pflegende	21
15.1.	Rentenversicherung	21
15.2.	Arbeitslosenversicherung	22
15.3.	Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz	22
15.4.	Kranken- und Pflegeversicherung.....	24
	Eigene Notizen.....	25

1. Allgemeine Informationen

Pflegebedürftigkeit stellt Betroffene 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 (Krankenkasse = Pflegekasse) ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt werden. Die zuständige Pflegekasse beauftragt dann den Medizinischen Dienst Baden-Württemberg (MD) 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 Baden-Württemberg (MD)

Nach dem Antrag auf eine Pflegeeinstufung beauftragt die zuständige Pflegekasse einen Gutachter des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg (MD), die Pflegebedürftigkeit zu prüfen. Der Besuch des Gutachters erfolgt immer angemeldet und in der Regel in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen. Die Begutachtungen des Medizinischen Dienstes können aber auch in einem Pflegeheim bzw. einer Kurzzeitpflege stattfinden.

Bei Höherstufungsanträgen ist es möglich, dass die Begutachtung mittels eines strukturierten Telefonanrufes erfolgt. In Einzelfällen kann die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit auch per Aktenlage durchgeführt werden. Dies ist bei einem erstmaligen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung allerdings die Ausnahme.

5 Wochen nach Antragstellung muss ein Bescheid der Pflegekasse ergangen sein, es sein denn, die Begutachtung musste verschoben werden (z. B. durch Absage seitens der Antragsteller). In Sondersituationen (Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einem Hospiz, ambulante palliative Versorgung, Beantragung von Pflegezeit) kann die Begutachtungsfrist auf eine Woche nach Eingang des Antrages bei der zuständigen Pflegekasse verkürzt werden.

Bevor der Gutachter des Medizinischen Dienstes die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit durchführt, erhalten die Betroffenen in der Regel einen Selbstauskunftsbogen nachhause geschickt, in dem abgefragt wird, wobei dem Pflegebedürftigen geholfen werden muss. Bei der Rücksendung des Bogens an den Medizinischen Dienst ist es hilfreich, ärztliche Befunde mitzuschicken (falls vorhanden) aus denen u. a. die Art und der Umfang der Pflegebedürftigkeit bzw. mögliche pflegeverursachende Schädigungen und Beeinträchtigungen der täglichen Aktivitäten hervorgehen.

Auf den Begutachtungsbesuch selbst kann man sich anhand der Kriterien der Pflegebedürftigkeit (ab Seite 5) vorbereiten. Hilfreich ist es dabei evtl. schriftlich festzuhalten, wobei dem Pflegebedürftigen im Alltag geholfen werden muss.

2.2 Anerkennung der Pflegebedürftigkeit

Sollten die Betroffenen 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.

Bitte beachten Sie, dass der Widerspruch gut begründet werden muss.

3. Kriterien der Pflegebedürftigkeit

Kriterium für die Einstufung in einen Pflegegrad ist die Selbstständigkeit bzw. der Hilfebedarf des Antragstellers. Wobei braucht er Unterstützung, was kann er noch selbst – zunächst unabhängig von der Erkrankung (Demenz, psychische Erkrankung oder körperliche Einschränkungen).

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

1. Mobilität - hierzu gehören:

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

Bei der Begutachtung wird festgestellt, inwieweit der Pflegebedürftige diese Tätigkeiten selbstständig durchführen kann bzw. in welchem Umfang er Unterstützung braucht.

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

In diesem Modul wird festgestellt, in welchem Umfang folgende Fähigkeiten noch unbeeinträchtigt vorhanden sind bzw. eben nicht mehr vorhanden sind.

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld,
- örtliche und zeitliche Orientierung,
- Erinnern an wesentliche Ereignisse,
- 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.

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,

- Unterstützung beim Essen und/oder 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.

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 Einmalkatheterisierung 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.

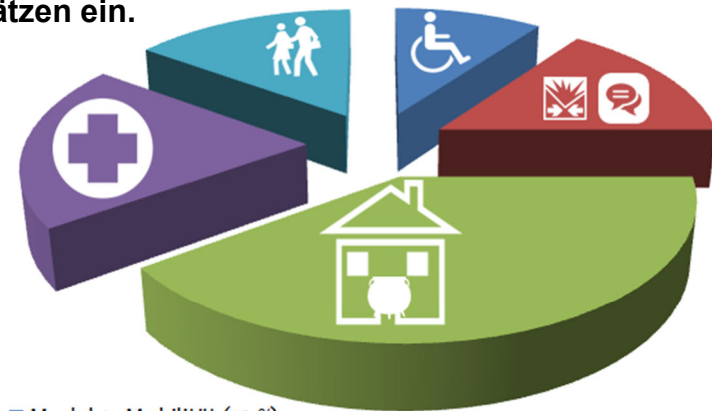
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

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

- 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.

4. Festlegung des Pflegegrades

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



- Modul 1 - Mobilität (10 %)
- Modul 2 oder 3 - Kognitiv / Verhalten (15 %)
- Modul 4 - Selbstversorgung (40 %)
- Modul 5 - Behandlung / Therapie (20 %)
- Modul 6 - Alltagsgestaltung (15 %)

©KV-media – www.kv-media.de

Die Bewertung in den einzelnen Modulen erfolgt nach einem umfassenden Punktesystem, welches mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments 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)

5. Leistungen in der ambulanten Pflege

Im Rahmen der häuslichen Pflege stehen dem Pflegebedürftigen unterschiedliche Leistungsmöglichkeiten zu.

5.1. Leistungen bei Pflegegrad 1

1. Pflegeberatung (auch in der Häuslichkeit)

2. Entlastungsleistungen, monatlich 131 € *(siehe Seite 14)*

Diese können nur im Pflegegrad 1 auch für Grundpflege (Körperpflege) durch einen anerkannten ambulanten Pflegedienst eingesetzt werden.

3. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, monatlich 42 €

Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, z.B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel, Einlagen im Bett.

- 4. Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen, monatlich 224 €
- 5. Unterstützung für Maßnahmen zur Wohnumfeld-Verbesserung, bis zu 4180 €

5.2. 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	796 €
Pflegegrad 3	1497 €
Pflegegrad 4	1859 €
Pflegegrad 5	2299 €

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.

5.3. 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	347 €
Pflegegrad 3	599 €
Pflegegrad 4	800 €
Pflegegrad 5	990 €

Pflegebedürftige, die das Pflegegeld beziehen, haben halbjährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst, durch eine anerkannte Beratungsstelle oder durch eine von den Pflegekassen beauftragte Pflegefachkraft abzurufen. Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 4 + 5 können bei Bedarf den Beratungsbesuch auch vierteljährlich abrufen.

Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 können freiwillig einen Beratungsbesuch anfordern.

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.

Bei einem Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt des Pflegebedürftigen wird das Pflegegeld bis zu 8 Wochen weitergezahlt.

6. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Die teilstationäre Pflege ist ein zusätzliches Versorgungsangebot für pflegebedürftige Menschen, die zuhause 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 (Zeiten können je nach Einrichtung variieren) und werden dort umfassend versorgt. Die Pflegebedürftigen werden morgens von einem Fahrdienst zuhause abgeholt und abends wieder zurückgebracht. In einigen Tagespflegeeinrichtungen sind nach Absprache auch bedarfsgerechte Betreuungszeiten z. B. am Wochenende möglich.

Zum Programm der Tagespflege gehören neben den gemeinsamen Mahlzeiten und der notwendigen Pflege auch bedarfsorientierte Angebote, 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. *(Im Landkreis Heidenheim gibt es derzeit keine Einrichtungen, die Nachtpflege anbieten.)*

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

Pflegegrad 2	721 €
Pflegegrad 3	1357 €
Pflegegrad 4	1685 €
Pflegegrad 5	2085 €

Hinweis:

Eine Übersicht aller teilstationären Angebote im Landkreis Heidenheim ist im Pflegestützpunkt des Landkreises Heidenheim erhältlich oder unter <https://seniorenzeit.org>

7. Kombinationsleistungen der Pflegekasse

Werden Pflegesachleistungen (*siehe Seite 10*) nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertertes 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 557,20 € in Anspruch. Der Höchstbetrag im Pflegegrad 2 beträgt 796 €. Somit sind 70 % des Sachleistungsanspruches ausgeschöpft. Dem Pflegebedürftigen stehen jetzt noch 30 % des Pflegegeldes im Pflegegrad 2, also 104,10 € von 347 €, zu.

(Berechnung ohne Gewähr)

8. Entlastungsleistungen

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen **monatlichen Entlastungsbetrag in Höhe von 131 €**. Dieser Betrag wird nicht automatisch ausgezahlt, sondern liegt bei der Pflegekasse auf Abruf bereit.

Die Leistungen können für landesrechtlich anerkannte Dienstleister genutzt werden und/oder für ehrenamtliche Einzelhelfende (z. B. Freunde, Nachbarn, Bekannte)

Folgende Aufwendungen können damit erstattet werden:

1. Landesrechtlich anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI (z. B. einige Nachbarschaftshilfen oder haushaltsnahe Dienstleister)
2. Eigenanteil für Unterkunft und Verpflegung bei der Tages- und Kurzzeitpflege
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste zur Betreuung und Entlastung
4. Ehrenamtliche Einzelhelferinnen und -helfer

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** (bis längstens 30.06.) übertragen werden.

Hinweis:

Eine Übersicht über die im Landkreis Heidenheim vorhandenen anerkannten Anbieter ist im Pflegestützpunkt des Landkreises Heidenheim erhältlich. Zur Abwicklung der Erstattung sollte die Original-Rechnung bei der zuständigen Pflegekasse eingereicht werden.

Anträge für Einzelhelfende bekommen Sie bei der Pflegekasse der/des Pflegebedürftigen.

Die monatlichen Ansprüche können auch gesammelt und zu einem späteren Zeitpunkt eingelöst werden.

8.1. Übertragungsmöglichkeit von Sachleistungen zu den Entlastungsleistungen:

Wenn die Sachleistungen (Seite 10) nicht ausgeschöpft sind, kann der nicht verbrauchte Betrag (maximal 40 % der Sachleistungen) zusätzlich für Entlastungsleistungen verwendet werden.

Eine Übertragung des Betrages kann bei der Kasse im Zusammenhang mit Kombinationsleistungen (Seite 13) beantragt werden.

9. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Zur Erleichterung der häuslichen Pflege können geeignete Pflegehilfsmittel und technische Hilfen notwendig sein.

Die zuständigen Pflegekassen übernehmen monatlich **42 €** für Pflegehilfsmittel, **die zum Verbrauch bestimmt sind** (z. B. Betteinlagen, Handschuhe, Desinfektionsmittel, Mund-Nasenschutz usw.).

Seit dem 01.01.2022 besteht die Möglichkeit einer vereinfachten Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln (z. B. Toilettensitzerhöhung, Rollator, Pflegebett, Aufrichthilfe, Hausnotruf usw.).

Es bedarf nicht unbedingt einer ärztlichen Verordnung. Dem Antrag für (Pflege-) Hilfsmittel muss lediglich **eine Empfehlung einer Pflegefachkraft** beigefügt werden. Diese Empfehlung ersetzt dann eine Verordnung des Arztes.

(Ein Rezept vom Arzt ist natürlich nach wie vor ebenso möglich.)

Bei einer dauernden Überlassung eines Hilfsmittels ist ggf. ein Eigenanteil in Höhe von 10 Prozent, höchstens jedoch **25 €** je Hilfsmittel, vom Pflegebedürftigen zu tragen.

10. Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

Die Leistungen für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege sind in ein **gemeinsames Entlastungsbudget** zusammengeführt. Dieses Budget beträgt **3.539 € pro Jahr** und kann flexibel nach Bedarf genutzt werden.

10.1. Verhinderungspflege (ab Pflegegrad 2)

Macht eine private Pflegeperson Urlaub oder ist durch Krankheit oder aus anderen Gründen vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung **für maximal 8 Wochen** auf Antrag die Kosten einer Ersatzpflege in der Häuslichkeit der/des Pflegebedürftigen.

Wenn zuvor Pflegegeld bezogen wurde, wird es in dieser Zeit zu 50 % weitergezahlt. (Ausnahme: Bei pflegebedürftigen Kindern unter 25 Jahren mit Pflegegrad 4 und 5 wird das Pflegegeld weiterhin zu 100 % weitergezahlt)

Wird diese Verhinderungspflege nur stundenweise genutzt, d.h. ist die eingetragene Pflegeperson weniger als 8 Stunden täglich verhindert, hat es auf den Bezug des Pflegegeldes keine Auswirkungen.

Die Voraussetzung einer sechsmonatigen Vorpflegezeit für die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege gibt es nicht mehr.

Besonderheit: 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 höchstens in Höhe des 2-fachen **Pflegegeldanspruchs** für bis zu 8 Wochen im Jahr gewährt.

Zusätzliche Aufwendungen der Pflegeperson (zum Beispiel Verdienstausschlag oder Fahrtkosten) können auf Nachweis in Höhe des Budgets erstattet werden.

Die Verhinderungspflege kann auch rückwirkend für das vergangene Jahr abgerechnet werden.

10.2. Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung (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.

Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten werden nicht übernommen.

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

Hinweis:

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

Das gemeinsame Jahresbudget macht den Zugang zu Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege einfacher und flexibler. Mit dem gemeinsamen Budget können pflegebedürftige Personen ab Pflegegrad 2 frei nach Bedarf beide Entlastungsformen nutzen.

11. Bessere Transparenz

Seit 1. Januar 2024 erhalten Versicherte auf Wunsch **regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr** eine Übersicht über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen.

Eine formlose Anforderung bei der Pflegekasse reicht dafür aus.

Auf Anforderung können die Versicherten zudem auch weitere Detailinformationen zu den Leistungen erhalten, die in Bezug auf sie zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht worden sind.

Die betrifft zum Beispiel die Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen, Pflegesachleistungen oder der Verhinderungspflege.

12. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Um die selbstständige Lebensführung der Pflegebedürftigen in ihrer Wohnung zu erleichtern, kann die zuständige Pflegekasse unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse für Umbaumaßnahmen in Höhe von bis zu **4180 €** 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 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.

13. 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 Pflegeversicherung zahlt folgenden Zuschuss zu den pflegebedingten Aufwendungen:

Pflegegrad 2	805 €
Pflegegrad 3	1319 €
Pflegegrad 4	1855 €
Pflegegrad 5	2096 €

Reicht die Leistung der Pflegeversicherung nicht aus, um den pflegebedingten Aufwand abzudecken, ist ein **Eigenanteil** zu zahlen. Zusätzlich zum pflegebedingten Eigenanteil müssen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten selbst getragen werden.

Aus diesen gesamten Kosten ergibt sich ein **einrichtungsbezogener Eigenanteil**, der unabhängig vom Pflegegrad für alle Bewohner gleich hoch ist.

Pflegebedürftige erhalten darüber hinaus einen "Leistungszuschlag" auf den **pflegebedingten** Eigenanteil. Für Heimbewohner mit Pflegegrad 2 bis 5 beträgt der Leistungszuschlag:

- 15 % des Eigenanteils an den **Pflegekosten** innerhalb des ersten Jahres
- 30 % des Eigenanteils an den **Pflegekosten**, wenn sie mehr als 12 Monate,
- 50 % des Eigenanteils an den **Pflegekosten**, wenn sie mehr als 24 Monate und
- 75 % des Eigenanteils an den **Pflegekosten**, wenn sie mehr als 36 Monate im Heim leben.

Weiterhin nicht bezuschusst werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und die Investitionskosten.

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie nur einen Zuschuss in Höhe von **131 €** monatlich. Die restlichen Kosten müssen sie selbst tragen.

Hinweis:

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

14. Ambulant betreute Wohnformen

Voraussetzung für eine ambulant betreute Wohnform ist, dass mindestens 3 pflegebedürftige Personen (mit einem Pflegegrad) zusammenwohnen.

Pflegebedürftige in (selbst)organisierten Wohngruppen erhalten eine zusätzliche Pauschale von **224 €** zur Finanzierung einer Präsenzkraft, die hauswirtschaftliche Alltagshilfen leistet und sich auch um organisatorische Abläufe kümmert.

15. Leistungen für Pflegende

15.1. Rentenversicherung

Wer Pflegebedürftige betreut, verzichtet manchmal ganz oder teilweise auf die eigene Berufstätigkeit. Deshalb haben diese Personen einen gesetzlichen Anspruch auf die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegekasse des Versicherten. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Pflegeperson vor Beginn der Pfl egetätigkeit berufstätig war.

Voraussetzungen: Die Pflegeperson übernimmt für mindestens 10 Stunden in der Woche (verteilt auf mindestens 2 Tage) die Pflege und ist nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig.

Die Voraussetzungen werden vom Medizinischen Dienst im Rahmen der Begutachtung geprüft. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt.

15.2. 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.

15.3. Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz

Berufstätige, die einen nahen Verwandten mit mindestens Pflegegrad 2 in häuslicher Umgebung pflegen, haben Anspruch auf eine **6-monatige Pflegezeit** mit der Möglichkeit einer kompletten Freistellung oder einer Arbeitszeitreduzierung. Zusätzlich gibt es einen Rechtsanspruch auf eine **24-monatige Familienpflegezeit** (Arbeitszeitreduzierung bis auf eine Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden).

In beiden Fällen haben Angehörige einen Kündigungsschutz und 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, Schwägerte, Enkelkinder sowie die Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

Die Pflegezeit (6-monatige Freistellung oder Arbeitszeitreduzierung) muss gegenüber dem Arbeitgeber 10 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 Arbeitszeitreduzierung 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.

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

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

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

Hinweis:

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

Die akute Pflegesituation muss von einem Arzt oder einer Pflegefachkraft bescheinigt werden.

Dieser Anspruch besteht einmal pro Kalenderjahr

15.4. Kranken- und Pflegeversicherung

Während der Zeit einer vollständigen Freistellung im Rahmen des Pflegezeitgesetzes (*Seite 21*) bleibt der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz erhalten, wenn es die Möglichkeit gibt sich bei einem Partner familienversichern zu lassen.

Sollte diese Möglichkeit nicht gegeben sein, muss sich die Pflegeperson freiwillig in der Krankenversicherung weiterversichern und dafür in der Regel den Mindestbeitrag zahlen.

Mit der Krankenversicherung ist automatisch auch die Pflegeversicherung gewährleistet.

Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung des pflegebedürftigen Angehörigen den Beitrag für die Kranken- und Pflegeversicherung bis zur Höhe des Mindestbeitrages.

Beschäftigte, die sich nur teilweise von der Arbeit freistellen lassen, erhalten keine Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Sie bleiben versicherungspflichtig, es sei denn, sie arbeiten in der Pflegezeit nur als geringfügig Beschäftigte, zum Beispiel in einem Minijob.



Pflegestützpunkt

**Landratsamt Heidenheim
Schnaitheimer Str. 12
89520 Heidenheim**

*(Seiteneingang Schloss Arkaden
gegenüber Polizeiausfahrt)*

Telefon: 07321 / 321-24 24

07321 / 321-24 73

pflegestuetspunkt@landkreis-heidenheim.de
www.landkreis-heidenheim.de/pflegestuetspunkt



Sprechzeiten:

Montag bis Freitag
8:00 Uhr - 11:30 Uhr

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

- Wir bitten um Terminvereinbarung -

Außensprechstunde in Giengen (Rathaus):

Donnerstag, 14-tägig, 9:00 bis 11:30 Uhr

- Nur mit Terminvereinbarung

Außensprechstunde in Niederstotzingen:

(Im Städtle 26 – Quartierskoordination)

Am ersten Mittwoch im Monat 9:00 bis 11:30 Uhr

- Nur mit Terminvereinbarung

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