



24h
für Sie da

Pflegebedürftig, was nun?

Hier finden Sie alle wichtigen Informationen und Hinweise rund um das Thema: Pflegebedürftigkeit. Dieser Ratgeber soll Ihnen bei Ihren Entscheidungen helfen.

Vorwort

Wir von der Rundum-Betreuung für Senioren wissen, die plötzliche Pflegebedürftigkeit stellt die Betroffenen und deren Angehörige vor eine große Herausforderung. Häufig muss alles sehr schnell geregelt werden, doch die Flut an Informationen zur Versorgungsform, Finanzierung und Weiterem ist enorm.

Mit dieser Informationsbroschüre möchten wir Ihnen einen „kleinen Helfer“ an die Hand geben, der Sie über alle nötigen Informationen in Kenntnis setzt.

Inhalt

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung	4
Kriterien der Pflegebedürftigkeit	6
Leistungen der Pflegeversicherung	11
Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)	13
Leistungen der Pflegekasse kombinieren	14
Entlastungsbetrag	15
Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	16
Verhinderungspflege gilt ab Pflegegrad 2	17
Kurzzeitpflege gilt ab Pflegegrad 2	18
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	19
Ambulant betreute Wohnformen	20
Leistungen für Pflegende	20

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.

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

Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Nach dem Antrag auf Pflegeeinstufung wird die zuständige Pflegekasse einen Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen beauftragen, der bei einem Hausbesuch die hilfsbedürftige Person untersucht. Der Besuch des Gutachters des Medizinischen Dienstes erfolgt immer angekündigt und in der Regel im eigenen Zuhause. Die besuche des Medizinischen Dienstes können aber auch in Pflegeheimen oder während eines Krankenhausaufenthalts stattfinden.

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

In Sondersituationen, wie zum Beispiel einem Krankenhausaufenthalt oder Ähnlichem, kann die Begutachtungsfrist auch verkürzt werden.

Bevor der Gutachter des Medizinischen Dienstes zur Beurteilung der Pflegebedürftigen kommt, sollte genau festgehalten werden, wobei dem Pflegebedürftigen geholfen werden muss. Sie können sich dabei an den Kriterien der Pflegebedürftigkeit orientieren. (Diese folgen ab Seite 6.)

Zudem können dem Gutachter des Medizinischen Dienstes auch 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.

Anerkennung der Pflegebedürftigkeit

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

i

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

Kriterien der Pflegebedürftigkeit

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

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

I

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.

II

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten – hierzu gehören:

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- Örtliche und zeitliche Orientierung

- Erinnerung 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 Bedürfnisse
- 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.

III

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen – hierzu gehören:

- 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 Verstimmung
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

IV

Selbstversorgung – hierzu gehören:

- Waschen des vorderen Oberkörpers
- Körperpflege im Bereich des Kopfes
- Waschen des Intimbereichs
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare
- An- und Auskleiden von Ober- und Unterkörper
- Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken
- Essen, Trinken und die Nutzung der Toilette
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma
- Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma
- Besonderheiten bei der Sonderernährung
- 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.

Interessant ist, dass es künftig auch in diesem Modul keine „Minutenwerte“ mehr geben wird. Vielmehr wird geprüft, ob die Verrichtungen noch selbstständig bzw. in welchem Maße sie nur noch unselbstständig ausgeübt werden können.

V

Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen – hierzu gehören:

- 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
- Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern
- In Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

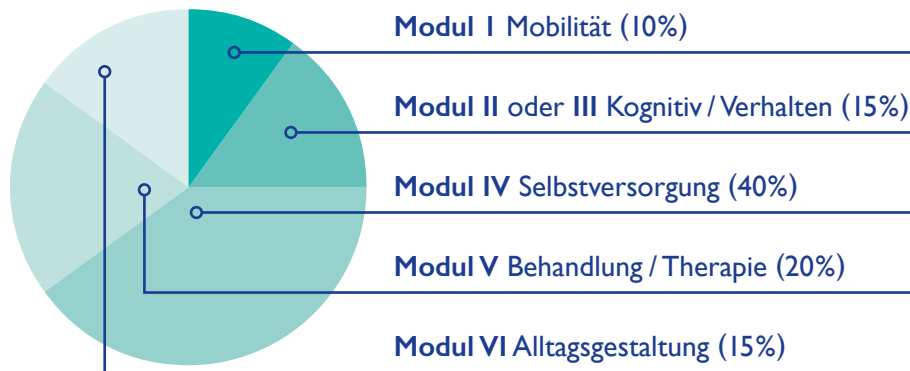
VI

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte – hierzu gehören:

- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- Ruhen und Schlafen
- Sich beschäftigen
- Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- Kontaktpflege zu 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 in unterschiedlicher Wertigkeit bzw. Prozentsätzen ein.



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

Pflegegrad I	Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
Pflegegrad II	Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
Pflegegrad III	Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
Pflegegrad IV	Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
Pflegegrad V	Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege

Im Rahmen der häuslichen Pflege stehen dem Pflegebedürftigen unterschiedliche Leistungsmöglichkeiten zu. Voraussetzung hierfür ist die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit nach Vorgaben des SGB XI.

Leistungen bei Pflegegrad I:

- Pflegeberatung
- Entlastungsleistungen, monatlich 125€
 - » Diese können beim Pflegegrad I ausnahmsweise auch für die Sachleistung durch den Pflegedienst (Grundpflege) eingesetzt werden.
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, monatlich 40€
 - » Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, z.B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel, Einlagen im Bett
- Ambulant betreute Wohngruppen, monatlich 214€
- Unterstützung für Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung, bis zu 4000€

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.

Pflegegelder

Pflegebedürftige können anstelle von Pflegesachleistungen auch Pflegegeld 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 II	Pflegegrad III	Pflegegrad IV	Pflegegrad V
316€	545€	728€	901€

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, haben bei

- Pflegegrad 2 und 3 Anspruch auf 2 Beratungsgespräche pro Jahr
- Pflegegrad 4 und 5 Anspruch auf 4 Beratungsgespräche pro Jahr

Die Beratung findet in der eigenen Häuslichkeit statt und wird durch eine anerkannte Beratungsstelle oder durch eine von den Pflegekassen beauftragte Pflegefachkraft durchgeführt.

Eine Übersicht aller ambulanten Pflegedienste, die in den jeweiligen Städten und Gemeinden tätig sind, ist in jedem Pflegestützpunkt erhältlich.

Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.

Rufen Pflegebedürftige die Beratung nicht ab, kann die Pflegekasse das Pflegegeld kürzen und im Wiederholungsfall auch entziehen.

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 betreut. 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 wie z.B. 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 wie die Einrichtungen der Tagespflege aufgebaut.

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

Pflegegrad II	Pflegegrad III	Pflegegrad IV	Pflegegrad V
689€	1298€	1612€	1995€

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

Leistungen der Pflegekasse kombinieren

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

Zum Beispiel:

80% Pflegesachleistungen + 20% Pflegegeld

67% Pflegesachleistungen + 33% Pflegegeld

30% Pflegesachleistungen + 70% Pflegegeld

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

Beispiel zum Verständnis:

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 Sachleistungsanspruchs ausgeschöpft. Dem Pflegebedürftigen stehen jetzt noch 30% des Pflegegelds im Pflegegrad 2, also 94,80€ von 316€, zu.

Entlastungsbetrag

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

- Leistungen der Tages- und Nachtpflege
- Leistungen der Kurzzeitpflege
- Leistungen der ambulanten Pflegedienste zur Betreuung und Entlastung
- Investitionskostenanteil ambulanter Dienste
- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.

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



Eine Übersicht über die vorhandenen Betreuungsangebote ist im Pflegestützpunkt des jeweiligen Landkreises 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 eingereicht werden.

Pflegehilfsmittel und 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.

Technische Pflegehilfsmittel 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%, höchstens jedoch 25€ je Pflegehilfsmittel vom Pflegebedürftigen zu tragen.

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. 1612€ der Kosten einer Ersatzpflege für maximal 42 Tage im Kalenderjahr.

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

Wird im Kalenderjahr keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen, so kann sich der Betrag der Verhinderungspflege auf bis zu 2418€ erhöhen (50% der Leistung der Kurzzeitpflege kommt 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 können auf Nachweis in Höhe bis zu 1612€ erstattet werden.



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

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 Gesamtbeitrag von 1612€ pro 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€.

i

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

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Um die selbstständige Lebensführung der Pflegebedürftigen in ihrer Wohnung zu erleichtern, kann die zuständige Pflegekasse unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse für Umbaumaßnahmen bis zur 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 einem 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 Verbesserungsmaßnahme. Eine Einkommensprüfung findet nicht statt.

i

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 jeweiligen Landkreises erhältlich.

Ambulant betreute Wohnformen

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

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

Leistungen für Pflegende

Rentenversicherung

Beiträge zur Rentenversicherung werden gezahlt, wenn ein Pflegegrad zwischen 2 und 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.

Arbeitslosenversicherung

Nicht erwerbstätige Personen, die ein 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.

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 Geringfügigkeitsgrenze von 450€ monatlich nicht übersteigt. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrer Kranken- bzw. Pflegekasse.

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 (Arbeitsreduzierung 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 der Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Angelegenheiten).



Unsere Standorte

Heidenheim

Wilhelmstr. 58

89518 Heidenheim an der Brenz

Telefon: 0 73 21 - 27 39 54

Niederstotzingen

Große Gasse 20

89168 Niederstotzingen

Telefon: 0 73 25 - 95 27 89 0

Herbrechtingen

Heidenheimer Straße 43

89542 Herbrechtingen-Bolheim

Telefon: 0 73 24 - 98 87 42 4

Mögglingen (Ostalbkreis)

Bahnhofstr. 22

73563 Mögglingen

Telefon: 0 17 6 - 21 24 50 45

info@rundumbetreuung-fuer-senioren.de

www.rundumbetreuung-fuer-senioren.de