



Pflegebedürftig

Was ist zu tun



Mit allen Neuregelungen 2013

Herausgeber

Hessisches Sozialministerium
Referat Öffentlichkeitsarbeit
Dostojewskistraße 4
65187 Wiesbaden
www.sozialministerium.hessen.de

Redaktion

Gesa Krüger (verantwortlich)
Dieter Obst, Christiane Poetzsch
Redaktionelle Mitarbeit: Dr. Ingmar Sütterlin

Gestaltung

Kirsch Kommunikationsdesign GmbH, Walluf

Druck

mww.druck und so... GmbH, Mainz-Kastel

Stand

Dezember 2012

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Die Pflegeversicherung	6
Pflegebedürftig – Was ist zu tun?	9
Leistungen der Pflegeversicherung	15
Welche Leistungen werden von der Pflegekasse erbracht?	16
Anhang	
Leistungen auf einen Blick	38
Weiterführende Informationen	39
Benötigte Leistungen und Hilfen in der ambulanten Pflege	40
Die wichtigsten Schritte zur Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes	41
Prüfung des Vertrags	43
Checkliste stationäre Pflegeeinrichtung	45
Muster für Vereinbarungen einer Familienpflegezeit	46
Pflegestützpunkte in Hessen	50
Notfallkarte zum Heraustrennen	53

Liebe Leserinnen und Leser,

die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen wird in Hessen zu fast 75 Prozent von Angehörigen übernommen. Eine solche Pflege erfordert ein immenses Maß an Kraft, sind die Angehörigen doch meist rund um die Uhr im Einsatz. Allerdings tragen sie so entscheidend dazu bei, dem pflegebedürftigen Familienmitglied ein Leben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen. Nicht immer kann Pflege jedoch auf Dauer ohne Unterstützung geleistet werden. Sei es, weil pflegende Familienmitglieder die Kraft verlässt und sie selbst Erholung benötigen, sei es, weil für die Pflege der Angehörigen Hilfsmittel benötigt werden, wie zum Beispiel ein spezielles Bett.

Neben den körperlichen und seelischen Belastungen treten oft organisatorische Probleme auf, die von den pflegenden Angehörigen gelöst werden müssen. Mit welchen finanziellen und materiellen Hilfen können die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen rechnen? Wie sind die verschiedenen Pflegestufen definiert? Welche Leistungen erbringen die Pflegekassen? Diese und weitere Fragen will die vorliegende Broschüre beantworten.

Zugleich soll sie darüber informieren, welche weiteren Angebote und Leistungen es für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen gibt und welche Beratungsangebote zur Verfügung stehen. Hier möchte ich besonders auf die Möglichkeiten aufmerksam machen, die Ihnen das Familienpflegezeitgesetz bietet, um die Pflege zu Hause zu bewältigen.



Außerdem informieren wir Sie über die neuen Regelungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes, das zum 1. Januar 2013 in Kraft getreten ist und welches in erster Linie eine Verbesserung der Leistungen für an Demenz erkrankte Menschen beinhaltet.

Schließlich möchte ich Sie noch auf unser Internet-Portal www.pflege-in-hessen.de hinweisen. Mit Hilfe der neuen Medien erhalten Sie hier stets aktualisierte Informationen zur Beratung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Hessen.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Stefan Grüttner'. The signature is written in a cursive, flowing style.

Stefan Grüttner
Hessischer Sozialminister

Die Pflegeversicherung

Am 1. Januar 1995 ist die Pflegeversicherung in Kraft getreten. Es handelt sich um eine „Teilkasko“-Versicherung. Hierbei wird ein Teil der entstandenen pflegebedingten Kosten ausgeglichen. Die Pflegeversicherung stellt eine soziale Grundsicherung in der Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, die jedoch Eigenleistungen der Versicherten nicht entbehrlich machen.

Zum 1. Januar 2013 erhöht sich der Beitragsatz auf 2,05 Prozent und bei Kinderlosen auf 2,3 Prozent, um insbesondere die Leistungsverbesserungen für Demenzkranke finanzieren zu können.



**Sozialgesetzbuch XI =
Soziale Pflegeversicherung**

Pflegebedürftigkeit - Was ist das?

Pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches XI ist, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die Verrichtung des täglichen Lebens auf Dauer – das heißt für mindestens sechs Monate – auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Unter Krankheit und Behinderung werden verstanden:

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des Zentralnervensystems wie etwa Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie
- Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Zu den Verrichtungen des täglichen Lebens, der sogenannten Grundpflege, gehören die Körperpflege (z. B. Waschen, Duschen, Zahnpflege) genauso wie die Ernährung (Zubereitung oder Aufnahme der Nahrung), die Mobilität (z. B. An- und Auskleiden, Treppesteigen) und die hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. Einkaufen, Kochen, Putzen).

Maßgeblich ist dabei der Hilfebedarf, der sich aus einer Erkrankung oder Behinderung ergibt, nicht jedoch die Erkrankung oder Behinderung selbst.

Leistungen der Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch V)

Die häusliche Krankenpflege, die durch einen Pflegedienst erbracht wird, umfasst ebenfalls Leistungen der Grund- und Behandlungspflege sowie der hauswirtschaftli-



Die Pflegeversicherung bezieht sich auf die langfristige Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung, nicht auf die Krankenpflege.



**Kostenträger für die
(kurzfristige) häusliche
Krankenpflege ist die
Krankenkasse**

chen Versorgung. Jedoch wird die häusliche Krankenpflege vom Arzt für einen begrenzten Zeitraum (in der Regel bis zu 28 Tage) verordnet, um eine Verhinderung oder Verkürzung von Krankenhausaufhalten zu bewirken. Behandlungspflege, hierunter fällt z. B. Medikamentengabe, wird vom Arzt zur Sicherung der ärztlichen Behandlung verordnet. Kostenträger ist die Krankenkasse, die im Einzelfall über die Bewilligung entscheidet. Bei Fragen zu den Leistungen der häuslichen Krankenpflege wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt. Im Gegensatz zur Pflegebedürftigkeit liegt hier nicht eine dauerhafte Bedürftigkeit vor, sondern es soll in erster Linie im Krankheitsfall geholfen werden.

Pflegebedürftig - Was ist zu tun?

Sind Sie oder ein Angehöriger auf fremde Hilfe angewiesen, können Sie zunächst Rat bei einem Sozialdienst eines Krankenhauses, einer Seniorenberatungsstelle, einem Pflegestützpunkt oder Ihrer Pflegekasse suchen. Die Pflegekassen haben den gesetzlichen Auftrag, die Versicherten und ihre Angehörigen über alle mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen in verständlicher Weise zu unterrichten und zu beraten. Außerdem haben die Pflegekassen Sie davon zu unterrichten, dass für Sie ein Anspruch besteht, das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder einen anderen von den Pflegekassen beauftragten Gutachter und die gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu erhalten. Beratungsstellen auf kommunaler Ebene bieten ebenfalls einen bürgernahen Service, geben Auskunft über gesundheitsrelevante, sozialpflegerische und psychosoziale Angebote und vermitteln benötigte Hilfen. Hier können Sie sich darüber informieren, welche Hilfen in Betracht kommen könnten.

Den Antrag auf Pflegeleistungen müssen Sie bei Ihrer Pflegekasse stellen. Sollten Sie das erste Mal einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit bei Ihrer Pflegekasse stellen, hat Ihnen



Rat suchen



Antrag auf Pflegeleistungen stellen



Recht auf Beratung

die Pflegekasse unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens zwei Wochen nach Ihrer Antragstellung durchzuführen ist, oder Ihnen einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen genannt sind, bei denen Sie sich für Sie kostenfrei innerhalb von zwei Wochen beraten lassen können. Wenn Sie es wünschen, kann auch eine Beratung bei Ihnen zu Hause erfolgen. Diese Beratung kann auch noch nach Ablauf der 2-Wochen-Frist durchgeführt werden. Versicherte erhalten die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung grundsätzlich nur auf Antrag. Der Antrag ist von dem Versicherten, seinem Bevollmächtigten oder seinem gesetzlichen Vertreter formlos an die Kranken- bzw. Pflegekasse zu richten, bei der die Versicherung besteht.

Die Leistungen werden dann ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, an dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung gewährt.

Begutachtung



Nach der Antragstellung beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder einen anderen unabhängigen Gutachter mit einer Begut-

achtung, welche im Rahmen eines Hausbesuches in Ihrer Wohnung oder Ihrem Zimmer im Pflegeheim erfolgt. Eine Untersuchung bei Ihnen zu Hause kann jedoch ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund der eindeutigen Aktenlage das Ergebnis bereits feststeht. In dringenden Fällen kann auch eine Eilbegutachtung im Krankenhaus durchgeführt werden. Hierbei wird nach Aktenlage entschieden, ob nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes eine Pflegestufe bestehen würde. Die endgültige Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit wird jedoch erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bei der Begutachtung durch den MDK in Ihrer häuslichen Umgebung getroffen. Der MDK bzw. Gutachter wird Sie bei der Begutachtung auch zu Ihrer Krankengeschichte und Ihrem Hilfebedarf befragen. Weiterhin werden Angaben zu Ihrer Pflegeperson, Ihrer Wohnsituation, bereits vorhandenen Hilfsmitteln und den täglichen Hilfsleistungen, die Sie erhalten, benötigt.

Wenn innerhalb von 4 Wochen nach Ihrer Antragsstellung keine Begutachtung erfolgt ist, oder wenn ein unabhängiger Gutachter die Prüfung durchführen soll, ist die Pflegekasse dazu verpflichtet, Ihnen mindestens drei Gutachter zur Auswahl zu benennen, damit eine Begutachtung zeitnah erfolgen kann. Sollte die Pflegekasse innerhalb von fünf Wochen nach Antragstellung keinen



**Der Bescheid muss
spätestens 5 Wochen
nach Antragstellung
erteilt werden.
Siehe § 18 Abs. 3 SGB XI**

Bescheid über die Leistungen der Pflegeversicherung erteilt haben oder wird – z. B. im Falle eines Krankenhausaufenthalts – eine verkürzte Begutachtungsfrist nicht eingehalten und hat die Pflegekasse diese Verzögerung zu vertreten, muss sie für jede angefangene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an den Antragsteller leisten. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat, oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits mindestens die Pflegestufe I anerkannt bekommen hat. Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflichtversicherung durchführen, gelten die gleichen Rechtsvorschriften.

Der MDK oder der beauftragte Gutachter gibt eine Empfehlung an die Pflegekasse, welche Hilfeleistungen notwendig sind, und erhebt den täglichen Zeitaufwand für die benötigten Hilfen. Über diese Empfehlung ist der Antragsteller unverzüglich vom Medizinischen Dienst bzw. vom von der Pflegekasse beauftragten Gutachter schriftlich zu unterrichten.

In einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung soll festgestellt werden, ob eine Rehabilitationsmaßnahme notwendig und für die pflegebedürftige Person zumutbar ist. Dies ist durch den MDK oder durch den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter zu dokumentieren. Der Antragsteller muss auch da-

rüber informiert werden, dass mit der Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt wird. Voraussetzung ist, dass der Antragsteller einverstanden ist.

Für die Begutachtung gemäß § 18 dürfen die unabhängigen Gutachter notwendige personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen. Das Ergebnis der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Rehabilitationsempfehlungen dürfen nur an Personen weitergegeben werden, die diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. Nach fünf Jahren müssen die personenbezogenen Daten gelöscht werden.

Nach der Begutachtung erhalten Sie einen Bescheid der Pflegekasse über die Höhe der Ihnen zustehenden Leistungen. Mit dem Bescheid muss dem Antragsteller gleichzeitig das Gutachten zugestellt werden, wenn der Antragsteller dies bei der Begutachtung gewünscht hat. Die Zusendung des Gutachtens kann auch auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden.

Widerspruch



Pflegetagebuch führen

Wenn Sie mit der Einstufung nicht einverstanden sind

Sollten Sie mit der Einstufung in eine Pflegestufe nicht einverstanden sein, müssen Sie in diesem Fall Widerspruch gegen den Feststellungsbescheid bei der zuständigen Pflegekasse einlegen und den Widerspruch begründen. Dabei muss angegeben werden, warum eine andere Einstufung erforderlich ist. Hilfreich ist in diesem Zusammenhang das Führen eines „Pflegetagebuchs“, in dem die einzelnen Hilfen aufgeführt werden. Vermerkt werden sollte hier, wer die Hilfe leistet, sowie wann und wie lange eine Hilfestellung notwendig war.

Außerdem kann eine Eingabe an die zuständige Aufsichtsbehörde erfolgen. Hier muss die zugrunde liegende Problematik geschildert werden.

Zuständige Aufsichtsbehörden

- Für die **landesunmittelbaren Pflegekassen** (z. B. AOK Hessen) ist das Hessische Sozialministerium, Dostojewskistraße 4, 65187 Wiesbaden, zuständig.
- Für die **bundesunmittelbaren Pflegekassen** (z. B. DAK, TKK) ist das Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn, zuständig.
- Für die **privaten Versicherungsunternehmen** ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, zuständig.
- Für die **beihilferechtlichen Angelegenheiten** ist das Hessische Ministerium des Inneren und für Sport, Friedrich-Ebert-Allee 12, 65185 Wiesbaden, zuständig.

Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nach den im Sozialgesetzbuch XI festgelegten Pflegestufen.

Unterschieden wird zwischen 3 Pflegestufen:

Pflegestufe I: Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Pflegestufe I besteht, wenn bei wenigsten zwei Verrichtungen des täglichen Lebens mindestens einmal täglich Hilfe benötigt wird und zusätzlich mehrmals wöchentlich Hilfe im hauswirtschaftlichen Bereich (z. B. Wäsche waschen, Putzen, Einkaufen) notwendig wird.

Der Zeitaufwand für die Pflege muss dabei im Wochendurchschnitt mindestens 90 Minuten pro Tag betragen, wobei mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen.

Dies bedeutet, dass der Pflegeaufwand aus dem Bereich der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität mehr als 45 Minuten betragen muss.



Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftigkeit

Hier gilt, dass bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität mindestens drei Mal täglich zu unterschiedlichen Tageszeiten und mehrmals wöchentlich in der Hauswirtschaft Hilfe benötigt wird.

Der Zeitaufwand für die Pflege muss dabei im Wochendurchschnitt mindestens drei Stunden täglich betragen, hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.



Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftigkeit

Wird die Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität täglich rund um die Uhr benötigt und ist mehrmals die Woche Hilfe in der Hauswirtschaft notwendig, wird Pflegestufe III gewählt.

Der Zeitaufwand für die Pflege muss dabei im Wochendurchschnitt mindestens fünf Stunden täglich betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen müssen.



Besonderer Härtefall

Ein besonderer Härtefall liegt dann vor, wenn der Hilfebedarf in erheblich höherem Maße als in Pflegestufe III geschildert vorliegt, die Hilfe in erhöhtem Maße nachts erforderlich ist und hierfür mehrere Pflegepersonen benötigt werden.

Welche Leistungen werden von der Pflegekasse erbracht?



Die Pflegeversicherung soll vorrangig die häusliche Pflege unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.

(§ 3 SGB XI)

Die Leistungen der Pflegekasse hängen davon ab, ob eine Pflege zu Hause (ambulant) oder stationär erfolgt, und können sowohl in Form von Sach- als auch als Geldleistung erbracht werden. Eine Kombination beider Varianten ist möglich.

Darüber hinaus werden folgende Leistungen angeboten:

- Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- Tages- und Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Vollstationäre Pflege
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson
- Zusätzliche Betreuungsleistungen für Demenzerkrankte

Pflegeberatung

Seit 1. Januar 2009 haben Versicherte, die bereits Leistungen der Pflegekassen erhalten oder einen Antrag gestellt haben, Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin der zuständigen Pflegekasse bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Pflegeleistungen.

Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen

Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten werden von den Pflege- und Krankenkassen und Kommunen zunächst ein Pflegestützpunkt je Landkreis und kreisfreie Stadt eingerichtet. In den Pflegestützpunkten wird auch Pflegeberatung angeboten.

Pflegesachleistungen

Für verschiedene Pflegeaufwendungen erhält die/der Pflegebedürftige Hilfe durch einen beauftragten ambulanten Pflegedienst. Die Pflegekassen zahlen Zuschüsse zu den Aufwendungen für Hilfen bei der Körperpflege, Mobilisation und Ernährung (Grundpflege) sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung. Voraussetzung ist die Einstufung in eine Pflegestufe. Die Leistungen werden der bzw. dem Pflegebedürftigen bei der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes dann als Sachleistung gewährt.



Die Kontaktdaten der Pflegestützpunkte in Hessen finden Sie im Anhang der Broschüre.



Eine Liste der ambulanten Pflegedienste in Ihrer Nähe kann Ihnen Ihre Pflegekasse zur Verfügung stellen.

Wichtige Informationen erhalten Sie auch unter www.sozialnetz-hessen.de

Die Pflegekasse zahlt für die vom ambulanten Pflegedienst geleisteten Pflegeeinsätze seit 1. Januar 2012 einen Gesamtbetrag bis zu

■ Pflegestufe I	450 Euro
■ Pflegestufe II	1.100 Euro
■ Pflegestufe III	1.550 Euro
■ Besondere Härtefälle	1.918 Euro

Entscheiden Sie sich für die Versorgung durch einen Pflegedienst, schließen Sie mit dem Pflegedienst einen Pflegevertrag. In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen und die vereinbarte Vergütung je Leistung zu beschreiben. Der Pflegevertrag kann von dem Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.



Der Pflegevertrag ist jederzeit kündbar

Pflegegeld

Pflegebedürftige können die Zahlung eines Pflegegeldes beantragen. In diesem Fall müssen sie in geeigneter Weise selbst die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellen. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die Pflege durch Familienangehörige oder im Rahmen der Nachbarschaftshilfe erfolgt. Bei den Pflegestufen I und II muss einmal im halben Jahr, bei Pflegestufe III einmal im Viertel-



Pflege durch Familienangehörige oder im Rahmen der Nachbarschaftshilfe

jahr ein Beratungseinsatz durch einen zugelassenen Pflegedienst in Anspruch genommen werden.

Das Pflegegeld variiert je nach Pflegestufe und beträgt ab 1. Januar 2012:

■ Pflegestufe I	235 Euro
■ Pflegestufe II	440 Euro
■ Pflegestufe III	700 Euro

Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und einer Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) jeweils für vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. Dies gilt auch für ein anteilig gezahltes Pflegegeld.

Kombination von Sach- und Geldleistungen

Auch eine Kombination von Sach- und Geldleistungen ist möglich. Nimmt ein Pflegebedürftiger die zustehenden Sachleistungen nicht in vollem Umfang in Anspruch, kann ein anteiliges Pflegegeld gezahlt werden. Dies wäre zum Beispiel dann der Fall, wenn ein Angehöriger die Pflege übernimmt, jedoch für einzelne Verrichtungen (wie etwa Baden) einen Pflegedienst beauftragt. Die genaue Berechnung erklärt Ihnen Ihre Pflegekasse.

Ruhen von Leistungen

Sollten Sie sich länger als 6 Wochen im Ausland aufhalten, so ruhen die Leistungen der Pflegeversicherung. Der Anspruch auf Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld ruht jedoch nicht, wenn Sie sich in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in Island, Norwegen, Liechtenstein oder der Schweiz aufhalten. Außerdem ruht der Anspruch von Leistung eines Pflegegeldes, wenn Sie sich länger als vier Wochen in einer stationären Krankeneinrichtung aufhalten. Pflegesachleistungen ruhen ab dem Tag des stationären Aufenthaltes. Die Pflegekassen und die Pflegestützpunkte können Sie hierüber umfangreich beraten.

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Wenn pflegende Angehörige ausfallen – sei es wegen eines Urlaubs, sei es, weil sie krank werden – übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen und seit 1.1.2012 für maximal 1.550 Euro im Jahr. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor ihrer Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Bei einer Ersatzpflege durch Verwandte bis zum zweiten Grade oder durch Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben,



Für Ersatzpflege
durch Verwandte wird
Pflegegeld gezahlt.

wird angenommen, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird. In diesen Fällen wird nur das Pflegegeld der festgestellten Pflegestufe gezahlt.

Unterstützende Hilfen für pflegende Angehörige

Fühlen sich pflegende Angehörige überlastet oder können sie die Pflege mit der Betreuung der eigenen Familie, der Arbeitszeit, eigenem Urlaub oder bei einer Erkrankung nicht in Einklang bringen, können sie auf folgende Hilfen zurückgreifen:

- Teilstationäre Pflege
- Stationäre Kurzzeitpflege
- Anstellung einer Hilfskraft
- Häusliche Pflege durch eine von der Pflegekasse anerkannte Einzelperson
- Pflegezeit
- Familienpflegezeit

Teilstationäre Pflege

Ist es Angehörigen nicht möglich, die häusliche Pflege in ausreichendem Umfang sicherzustellen, besteht ein Anspruch auf teilstationäre Pflege – als Tages- und Nachtpflege.



**Teilstationäre Pflege
ist entweder Tages- oder
Nachtpflege**

Die Pflegekasse übernimmt dabei Aufwendungen, die je nach Pflegestufe variieren:

- **Pflegestufe I:** Aufwendungen bis zu einer Höhe von 450 Euro je Kalendermonat seit 1.1.2012
- **Pflegestufe II:** Aufwendungen bis zu einer Höhe von 1.100 Euro je Kalendermonat seit 1.1.2012
- **Pflegestufe III:** Aufwendungen bis zu einer Höhe von 1.550 Euro je Kalendermonat seit 1.1.2012.

Stationäre Kurzzeitpflege

Die stationäre Kurzzeitpflege kommt in Betracht, wenn zeitweise weder häusliche noch teilstationäre Pflege möglich oder ausreichend ist. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn sich die Pflegebedürftigkeit unerwartet erhöht und die Zeit bis zur Unterbringung in eine geeignete Einrichtung überbrückt werden muss oder wenn die Pflegeperson durch Krankheit oder Urlaub verhindert ist.

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt besteht in der Übergangszeit ebenfalls die Möglichkeit einer stationären Kurzzeitpflege.

Befindet sich Ihre Pflegeperson in einer Einrichtung, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringt, und ist für Sie als Pflegebedürftigen eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege erforderlich, besteht für Sie in dieser Zeit der Anspruch auf Unterbringung in dieser Einrichtung im Rahmen der Kurzzeitpflege.

Eine stationäre Kurzzeitpflege wird von der Pflegekasse für maximal vier Wochen im Jahr bis zu einem Betrag von 1.550 Euro erstattet.

Anstellung einer hauswirtschaftlichen Hilfskraft

Pflegende Angehörige können als Arbeitgeber für eine Hilfskraft auftreten. In diesem Fall ist allerdings unbedingt zu beachten, dass dann Sozialversicherungsabgaben zu zahlen sind und Lohnsteuer abgeführt werden muss. Die Tätigkeit der Hilfskraft muss auf hauswirtschaftliche Arbeiten begrenzt bleiben. Tätigkeiten in der Pflege sind nicht erlaubt.

Die Beschäftigung dieser Hilfskraft wird steuerlich gefördert. Die Steuerermäßigung beträgt 20 % der Aufwendungen bis zu einer jährlichen Höchstgrenze von 510 Euro bei geringfügigen bzw. 4.000 Euro bei sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen.



Während einer Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) oder einer Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) wird die Hälfte des vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege gezahlten Betrages bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.



Einzelheiten finden Sie in der Broschüre „haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse, Dienstleistungen und Handwerkerleistungen in privaten Haushalten“ des Hessischen Finanzministeriums



Zu empfehlen ist hierzu der Ratgeber der Verbraucherzentrale Hessen: „Hilf rund um die Uhr - (I)legal durch wen?“

Eine Vermittlung von Pflegekräften erfolgt durch die örtliche Agentur für Arbeit. Vor einer Beschäftigung muss durch diese geprüft werden, ob bevorrechtigte Arbeitnehmer zur Verfügung stehen. Erst wenn aus diesem Personenkreis – in der Regel deutsche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer – keine geeigneten Personen in Frage kommen, ist eine Vermittlung von ausländischen Haushaltshilfen möglich.

Ratsam ist, sich **vor** der Beschäftigung einer Hilfskraft mit der Pflegekasse oder Agentur für Arbeit in Verbindung zu setzen. Denn wer Arbeitskräfte ohne Arbeitserlaubnis beschäftigt, begünstigt dadurch die Schwarzarbeit.

Häusliche Pflege durch Einzelperson

Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen. Verträge mit Verwandten sowie Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind nicht zulässig.

Hierzu beraten Sie die Pflegekassen oder ein Pflegestützpunkt.

Pflegezeit

Wenn Sie einen nahen Verwandten, bei dem mindestens Pflegestufe I vorliegt, in seiner häuslichen Umgebung pflegen, haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Pflegezeit, d.h. Sie können

- der Arbeit bis zu zehn Tage fern bleiben,
- für eine bis zu sechs Monate dauernde Pflegezeit freigestellt werden oder
- Ihre Arbeitszeit reduzieren.

Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten.

Gegenüber Ihrem Arbeitgeber müssen Sie die Pflegezeit zehn Tage, bevor Sie sie in Anspruch nehmen, schriftlich ankündigen. Hierbei müssen Sie mitteilen, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang Sie Pflegezeit in Anspruch nehmen wollen. In dieser Zeit sind Sie unentgeltlich von der Arbeit befreit.

Möchten Sie nur eine anteilige Freistellung, müssen Sie angeben, wie Sie die Arbeitszeit verteilen möchten. In diesem Fall treffen Sie mit ihrem Arbeitgeber eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit. Der Arbeitgeber kann den Wunsch nach anteiliger Freistellung nur aus dringenden betrieblichen Gründen ablehnen.



Als nahe Angehörige gelten: Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Enkelkinder sowie die Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

Sie müssen – z. B. durch den Bescheid der Pflegekasse – die Pflegebedürftigkeit der/des zu Pflegenden gegenüber dem Arbeitgeber nachweisen.

Sie können die Pflegezeit nur mit Zustimmung des Arbeitgebers vorzeitig beenden.

Die Pflegezeit endet vor Ablauf des in Anspruch genommenen Zeitraums mit einer Übergangsfrist von vier Wochen in folgenden Ausnahmefällen:

- die gepflegte Person verstirbt
- die gepflegte Person muss in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen werden
- die häusliche Pflege des nahen Angehörigen wird aus anderen Gründen unmöglich oder unzumutbar.



Eine kurzzeitige Freistellung können alle Beschäftigte in Anspruch nehmen - unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber insgesamt Beschäftigten.

Wird ein naher Angehöriger akut pflegebedürftig, haben Sie das Recht, sich bis zu zehn Arbeitstage von der Arbeit befreien zu lassen, um für sie oder ihn eine gute Pflege zu organisieren oder die pflegerische Versorgung in dieser Zeit selbst zu übernehmen. Auf Verlangen des Arbeitgebers müssen Sie eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit des oder der Angehörigen und die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorlegen.

Familienpflegezeit

Seit 1. Januar 2012 haben Arbeitnehmer die Möglichkeit, eine Familienpflegezeit zu beantragen. Voraussetzung ist, dass ein naher Angehöriger gepflegt wird.

Bei der Familienpflegezeit haben Arbeitnehmer die Möglichkeit, ihre Arbeitszeit für max. 2 Jahre auf eine verbleibende Arbeitszeit von mindestens 15 Stunden zu reduzieren. Dabei wird ihr Gehalt um die Hälfte des reduzierten Arbeitsentgelts aufgestockt. Nach der Rückkehr zur alten Arbeitszeit wird bis zum Ausgleich des Gehaltsvorschusses weiterhin das reduzierte Gehalt gezahlt.

Beispiel:

Für die Pflege seiner pflegebedürftigen Mutter reduziert ein Arbeitnehmer seine Arbeitszeit um 50 %. Er erhält in dieser Zeit 75 % des letzten Bruttolohns. Nach Ende der Familienpflegezeit arbeitet er wieder Vollzeit, erhält jedoch weiterhin 75 % des Bruttolohns, und zwar so lange bis das Zeitkonto wieder ausgeglichen ist.

Der Beschäftigte muss in dieser Zeit eine Versicherung abschließen, die am letzten Tag der Lohnrückzahlung endet.

Durch Beitragszahlungen in der Familienpflegezeit und Leistungen der Pflegeversicherung zur gesetzlichen Rente sind die Rentenansprüche für den pflegenden Angehörigen gesichert.



**Eine Mustervereinbarung
des Bundesfamilien-
ministeriums zur
Familienpflegezeit
finden Sie im Anhang
dieser Broschüre.**



Weitere Informationen
und eine Checkliste zur
richtigen Wahl eines
Pfleheimes erhalten
Sie unter
www.sozialnetz-hessen.de

Vollstationäre Pflege

Ist eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht mehr möglich oder kommt wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht, haben Pflegebedürftige Anspruch auf Pflege in einer stationären Einrichtung (Pfleheim). Eine Kostenübernahme durch die Pflegekasse erfolgt nur für die allgemeinen Pflegeleistungen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für vereinbarte Zusatzleistungen sind von dem Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

Folgende Pauschalen werden von den Pflegekassen ab 1. Januar 2012 monatlich gezahlt:

■ Pflegestufe I	1.023 Euro
■ Pflegestufe II	1.279 Euro
■ Pflegestufe III	1.550 Euro
■ Besondere Härtefälle	1.918 Euro

Pflegebedürftigen, die in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen leben, wird für die Tage, an denen sie zu Hause gepflegt werden, ungekürztes Pflegegeld bezahlt.

Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Ab dem 1. Januar 2014 sind vollstationäre Einrichtungen verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen nach einer Regel-

prüfung mitzuteilen, wie in der jeweiligen Einrichtung die ärztliche, fachärztliche und Arzneimittelversorgung geregelt ist.

Die Qualitätsprüfung in einer ambulanten Pflegeeinrichtung muss einen Tag vorher angekündigt werden.

Werden für die Erstellung eines Prüfberichtes die Pflegebedürftigen in Augenschein genommen, Einsicht in Pflegedokumentationen genommen und Beschäftigte der Pflegeeinrichtung sowie die Pflegebedürftigen und deren Angehörige befragt, bedarf es der Einwilligung des Pflegebedürftigen.

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen und -diensten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen werden veröffentlicht und können unter www.pflegenoten.de abgefragt werden.



www.pflegenoten.de

Leistungen bei Demenz

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein erheblicher Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung festgestellt wurde, erhalten zusätzliche Betreuungsleistungen bis zu einem Betrag von 100 Euro (Grundbetrag) oder bis zu 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich. Die Höhe des Anspruchs wird von der Pflegekasse aufgrund der Empfehlung des MDK individuell festgelegt und dem Betroffenen



Leistungen bei Demenz auch ohne Pflegestufe

mitgeteilt. Dieser Betrag ist zweckgebunden für speziell anerkannte Betreuungsleistungen und muss anhand von Bescheinigungen und Zahlungsbelegen mit der Pflegekasse abgerechnet werden.

Auch demenziell erkrankte Menschen mit einem geringeren Pflegebedarf, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen (so genannte „Pflegestufe 0“), aber durch den MDK einen zusätzlichen Betreuungsbedarf bescheinigt bekommen, können diese Leistung beanspruchen.

Neben den Beträgen in Höhe von 100 bzw. 200 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen erhalten Demenzkranke ab 1. Januar 2013 in der Pflegestufe 0 erstmals Pflegegeld oder Pflegesachleistungen.

Pflegestufe 0: Bei Pflegestufe 0 beträgt das Pflegegeld 120,00 Euro monatlich oder es werden Pflegesachleistungen bis zu 225,00 Euro monatlich für einen ambulanten Dienst übernommen.

Pflegestufe I: Bei Pflegestufe I erhöht sich das Pflegegeld von 450,00 Euro auf 665,00 Euro monatlich bei der Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst. Das Pflegegeld erhöht sich von 235,00 Euro auf 305,00 Euro monatlich bei der Pflege durch einen Angehörigen.

Pflegestufe II: In der Pflegestufe II erhöht sich das Pflegegeld von 1.100,00 Euro auf 1.250,00 Euro monatlich bei der ambulanten Pflege. Bei der Pflege durch einen Angehörigen steigt das Pflegegeld von derzeit 440,00 Euro auf 525,00 Euro monatlich.

Häusliche Betreuung

Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Versicherte ohne Pflegestufe, deren geistige Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, haben bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Anspruch auf häusliche Betreuung.

Leistungen der häuslichen Betreuung beinhalten insbesondere:

- Unterstützung von Aktivitäten im Umfeld zur Aufrechterhaltung der Kommunikation und sozialer Kontakte
- Unterstützung im häuslichen Alltag, bei der Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag- / Nachtrhythmus.

Sie kann gemeinschaftlich von mehreren Pflegebedürftigen als Sachleistung im häuslichen Umfeld eines Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind.



Berechtigter Personenkreis
siehe § 45a SGB XI

Wohngruppen

Wohngruppen sind für Menschen gedacht, die nicht mehr alleine leben können, aber keine stationäre Pflege benötigen.

Eine Wohngruppe wird dadurch gebildet, dass mindestens drei Pflegebedürftige zusammenwohnen.

Gründen Pflegebedürftige eine ambulant betreute Wohngruppe und haben sie einen Anspruch auf zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, erhalten sie eine einmalige Förderung für die altersgerechte und barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung von bis zu 2.500 Euro je Pflegebedürftigen. Die Förderung ist auf 10.000 Euro je Wohngruppe begrenzt. Sie wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen muss der Antrag auf Förderung bei der Pflegekasse gestellt werden. Ist die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe erfolgt, zahlt die Pflegekasse den Förderbetrag aus.



Die zusätzlichen Leistungen regelt § 38a SGB XI.



Die Mittel für die Förderung des Umbaus von Wohnungen für ambulant betreute Wohngruppen stehen maximal bis Ende 2015 zur Verfügung. Näheres regelt § 45e SGB XI

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag von 200 Euro monatlich, wenn

1. sie in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben,
2. sie Leistungen nach § 36 SGB XI (Pflegesachleistungen), § 37 SGB XI (Pflegegeld) oder § 38 SGB XI (Kombinationsleistungen) beziehen,
3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet, und
4. es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen handelt mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung, dem die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften oder ihre Anforderungen an Leistungserbringer nicht entgegenstehen.

Ist die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen nicht gegeben, liegt keine ambulante Versorgungsform vor.

Zur Förderung und Weiterentwicklung neuer Wohnformen werden zusätzlich 10 Mio. Euro zur Verfügung gestellt, wobei besonders die

Wohnformen berücksichtigt werden, die neben der vollstationären Betreuung eine individuelle Versorgung anbieten können.

Hat eine Einrichtung aus diesem Grund bereits eine Förderung erhalten (insbesondere nach § 8 Abs. 3 SGB XI), ist diese von der Förderung ausgenommen.

Hilfsmittel und Zuschüsse zu pflegebedingtem Umbau



Anspruch auf Hilfsmittel

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen. Ein Anspruch besteht auch auf Hilfsmittel, die ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen (z. B. Wannenlifter).

Zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes und zur Erleichterung der häuslichen Pflege kann die Pflegekasse Zuschüsse für Maßnahmen bis zu einem Betrag von 2.557 Euro bewilligen. Hierbei ist jedoch ein angemessener Eigenanteil unter Berücksichtigung des Einkommens von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

Bei Wohngruppen dürfen Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes „gepoolt“ werden. Sie dürfen einen Betrag von 2.557 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Die einzelne Maßnahme darf jedoch einen Gesamt-

betrag von 10.228 Euro nicht übersteigen und wird bei der Inanspruchnahme von mehr als vier Berechtigten anteilig auf die einzelnen Pflegeversicherungsträger aufgeteilt.

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen werden von den Pflegekassen angeboten und sollten helfen, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Techniken in der Pflege zu vermitteln oder ihre bestehenden Fähigkeiten zu verbessern.



**Vermitteln von
Pflegetechniken**

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

Wenn Sie eine Angehörige oder einen Angehörigen für mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen und selbst nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind, zahlt die Pflegeversicherung für Sie Beiträge zur Rentenversicherung. Die Höhe richtet sich dabei nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit des zu Pflegenden und dem Umfang Ihrer Pfllegetätigkeit. Der Umfang Ihrer Pfllegetätigkeit wird in dem erstellten MDK-Gutachten festgestellt. Während der Tätigkeiten und bei allen Wegen, die die Pflege betreffen, sind Sie gesetzlich unfallversichert.

Bei der Arbeitslosenversicherung können Sie sich selbst freiwillig weiter versichern, wenn Sie nicht anderweitig versicherungspflichtig zur Arbeitslosenversicherung sind. Der Beitrag zur freiwilligen Arbeitslosenversicherung ist von Ihnen selbst zu tragen.

Neu ist, dass ein Angehöriger sich nicht ausschließlich um einen Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden pro Woche kümmern muss, um Rentenversicherungsansprüche geltend machen zu können. Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz ist es auch möglich, mehrere Pflegebedürftige jeweils kürzer als 14 Stunden pro Woche zu pflegen. Die Pflegezeiten werden addiert und so kann von dem betreuenden Angehörigen ein Rentenversicherungsanspruch geltend gemacht werden. Einzige Voraussetzung ist, dass die Pflegestufe I vorliegt.



Informationen hierzu gibt Ihnen Ihre Pflegekasse.

Private Pflege-Vorsorge

Neben der gesetzlichen Pflegeversicherung sollen die Versicherten auch privat vorsorgen. Wer eine förderfähige private Pflege-Tagegeldversicherung auf der Grundlage der Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung abschließt, erhält ab dem 1. Januar 2013 einen staatlichen Zuschuss in Höhe von 5 Euro monatlich. Voraussetzung ist, dass der monatliche Mindestbeitrag zur förderfähigen privaten Pflegevorsorge mindestens 10 Euro beträgt.



Auskunft erteilt Ihnen das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit (Rufnummer: 0 30 / 3 40 60 66-02).

Steuerliche Entlastung

Steuerlich begünstigt werden können alle Dienstleistungen, die im Rahmen eines haushaltsnahen Beschäftigungsverhältnisses entstehen. Die Steuerermäßigung erhält der Arbeitgeber der leistenden Person. Die Förderung wird im Rahmen der Einkommenssteuer beantragt beziehungsweise kann als Steuerfreibetrag eingetragen werden.

Darüber hinaus können pflegebedingte Aufwendungen steuerlich abgesetzt werden. Berücksichtigt werden Pflegekosten, die im häuslichen Bereich anfallen und über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehen. Die Geldleistungen der Pflegeversicherung werden dabei angerechnet.

Auskunft erteilt Ihnen Ihr zuständiges Finanzamt.

Schonvermögen von Angehörigen

Sollten das Einkommen der/des Pflegebedürftigen und die Leistungen der Pflegeversicherung für eine umfassende Pflege nicht ausreichen, so können eventuell Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Hierbei wird auch eine Unterhaltspflicht von nahen Angehörigen (z. B. der Kinder) geprüft. Inwieweit die Angehörigen herangezogen werden, hängt von deren Einkommensverhältnissen ab, wobei Freibeträge, das sogenannte Schonvermögen, zu berücksichtigen sind.



Voraussetzung für diese zusätzliche Förderung ist, dass die Pflege- und Betreuungsleistungen für einen pflegebedürftigen Menschen im Sinne der Pflegeversicherung erbracht werden.



Auskunft erteilt Ihnen das zuständige Sozialamt.

Anhang

Finanzielle Leistungen auf einen Blick

Pflegestufe	Pflegegeld	Ambulante Pflege (Pfllegesachleistung)	Vollstationäre Pflege	Tages- / Nachtpflege (teilstationäre Pflege)
Pflegestufe I seit 1.1.2012	235,- €	450,- €	1.023,- €	450,- €
Pflegestufe II seit 1.1.2012	440,- €	1.100,- €	1.279,- €	1.100,- €
Pflegestufe III seit 1.1.2012	700,- €	1.550,- €	1.550,- €	1.550,- €
Härtefall seit 1.1.2012		1.918,- €	1.918,- €	

Angebote in Hessen

Um das jeweils aktuelle Angebot in Ihrer Region zu erfragen, wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Pflege- und Krankenkasse oder an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegestützpunktes, sofern er bereits eingerichtet wurde.

Weiterführende Informationen

Weitere Informationsbroschüren zum Thema, herausgegeben vom Hessischen Sozialministerium:

- Steuertipp „Haushaltsnahe Dienstleistungen in privaten Haushalten“
- Wegweiser für Menschen mit Behinderung
- Betreuungsrecht
- Seniorenpolitische Initiative

Die Broschüren können unter der Rufnummer **06 11 / 8 17 33 01** bestellt oder als PDF von der Homepage des Sozialministeriums unter www.hsm.hessen heruntergeladen werden.

Informationsbroschüren, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit. Hier eine Auswahl:

- Pflegen zu Hause
- Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
- Pflegeversicherung
- Wenn das Gedächtnis nachlässt

Bürgertelefon des Ministeriums zur Pflegeversicherung unter der Rufnummer: **0 30 / 3 40 60 66-02**

Informationsbroschüre der Verbraucherzentrale Hessen

- Hilfe rund um die Uhr – (l)egal durch wen?

Servicetelefon der Verbraucherzentrale Hessen unter der Rufnummer: **01 80 / 5 97 20 10**

Im Internet finden Sie weitere Informationen unter folgenden Adressen:

- www.pflege-in-hessen.de
- www.sozialnetzHessen.de
- www.mdk-hessen.de
- www.mds-ev.org
- www.bmg.bund.de
- www.hilfe-und-pflege-im-alter.de
- Internetauftritt Ihrer Kranken- bzw. Pflegeversicherung
- www.verbraucherzentrale-hessen.de

Benötigte Leistungen und Hilfen in der ambulanten Pflege

Hilfe und Unterstützung bei folgenden Tätigkeiten	Mo		Di		Mi		Do		Fr		Sa		So	
vormittags / mittags	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
nachmittags / abends	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
nachts	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A

P: Pflegedienst A: Andere, z. B. Angehörige, Bekannte, Nachbarn ...

Beispiele für Leistungen und Hilfen

Bei der Pflege

- Hilfe bei der Körperpflege, z. B. Waschen, Duschen, Baden
- Betten und Lagern
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
- Hilfe bei Ausscheidungen
- Hilfe beim Gehen und Treppensteigen im häuslichen Bereich

Bei der hauswirtschaftlichen Versorgung

- Einkaufen und Erledigen von Besorgungen
- Kochen, Tisch decken, spülen
- Wäsche waschen und bügeln
- Wohnungsreinigung
- Sonstiges

(Quelle: Sozialnetz-hessen.de)

Die wichtigsten Schritte zur Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes

- 1 Besorgen Sie sich die Adressen von mehreren Diensten. Hierzu können Sie auf verschiedene Informationsquellen zurückgreifen:
 - Beratungs- und Koordinierungsstellen der Altenhilfe
 - Branchenverzeichnis („Gelbe Seiten“)
 - Hausärztin/Hausarzt
 - Internet (z. B. www.sozialnetz-hessen.de)
 - Kranken-/Pflegekassen
 - Regionale Alzheimer Gesellschaften (für demenzkranke Menschen)
 - Sozialämter und Altenhilfeabteilungen der Kommunen
 - Selbsthilfegruppen
 - Seniorenvertretungen in Ihrer Kommune
 - Sozialdienst im Krankenhaus
 - Verzeichnis der ambulanten Pflegedienste vom Statistischen Landesamt
 - Verzeichnis der zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen der Pflegekassen.
- 2 Lassen Sie sich bei Bedarf weitergehend beraten. In Hessen gibt es zahlreiche Beratungsstellen, die Ihnen mit unterschiedlichen Schwerpunkten für eine Beratung zur Verfügung stehen:
 - Beratungsstellen der Verbände der freien Wohlfahrtspflege
 - Beratungs- und Koordinierungsstellen der Altenhilfe
 - Kommunen: Sozialamt, Altenhilfeabteilung
 - Seniorenvertretungen in Ihrer Kommune
 - Kranken-/Pflegekassen
 - Selbsthilfegruppen
 - Sozialdienst im Krankenhaus
 - Verbraucherzentrale.
- 3 Ermitteln Sie Ihren persönlichen Pflegebedarf. Nutzen Sie dazu das angebotene Formblatt.

- 4 Ein ambulanter Pflegedienst erbringt eine Vielzahl von Dienstleistungen. Für diese Leistungen können unterschiedliche Kostenträger zuständig sein. Verschaffen Sie sich einen Überblick, welcher Kostenträger welche Leistungen übernimmt.
- 5 Beantragen Sie bei Ihrer Pflegekasse die Einstufung in eine Pflegestufe.
- 6 Nehmen Sie mit mindestens zwei Pflegediensten Ihrer Region Kontakt auf. Bitten Sie die Pflegedienstleitung um einen kostenlosen Hausbesuch zur Information.

Lassen Sie sich einen detaillierten Kostenvoranschlag für einen Monat erstellen und überprüfen Sie, ob die angegebenen Leistungen Ihren Anforderungen entsprechen.

Bitten Sie einen Angehörigen oder eine andere Vertrauensperson, an dem Gespräch teilzunehmen. Um Ihnen die Auswahl des für Sie richtigen Pflegedienstes zu erleichtern, finden Sie in der Checkliste Fragen und Kriterien, die Ihnen sowohl eine Hilfe bei der Vorbereitung der Gespräche bieten als auch eine eigene Bewertung der Pflegedienste ermöglichen. Entscheiden Sie sich anhand der für Sie wichtigen Kriterien für einen Pflegedienst.

Unterschreiben Sie nicht sofort bei dem Hausbesuch einen Pflegevertrag, sondern lassen Sie sich möglichst ein Muster aushändigen, das Sie in Ruhe zu Hause prüfen können.

Ergänzender Hinweis zu Gütesiegel und Zertifikat

Ambulante Pflegedienste können seit einiger Zeit durch bestimmte Unternehmen ein Gütesiegel oder Zertifikat erwerben. Gütesiegeln und Zertifikaten können unterschiedliche Qualitätsmaßstäbe zu Grunde liegen. Es kann deshalb durchaus sein, dass ein Pflegedienst mit Gütesiegel oder Zertifikat nicht die von Ihnen gewünschte Qualität leistet. Fragen Sie deshalb nach den dem Testat zu Grunde liegenden Qualitätsmaßstäben und vergleichen Sie diese mit Ihren eigenen Anforderungen.

Prüfung des Vertrags

Prüfen Sie im Pflegevertrag mit einer ambulanten Einrichtung vor allem folgende Punkte:

- Vertragspartner sollte nur der Pflegebedürftige selbst sein bzw. ein Bevollmächtigter oder gesetzlicher Bevollmächtigter oder gesetzlicher Betreuer. Unterschreiben auch Angehörige, haften diese beim Begleichen von Rechnungen mit.

Angehörige können einen sogenannten „Vertrag zu Gunsten Dritter“ abschließen. Damit verpflichten sie sich selbst zu zahlen, wenn ein anderer Kostenträger nicht eintritt. Das Geld des Pflegebedürftigen dürfen sie dazu nicht verwenden.

- Der Pflegevertrag sollte eine genaue Beschreibung der vereinbarten Leistungen, die der ambulante Pflegedienst erbringt, enthalten sowie eine genaue Darstellung der Einzelkosten und der Gesamtkosten. Für Sie muss vor allem ersichtlich werden, wie hoch die Kostenanteile von Pflege- und Krankenkasse sind und welchen Eigenanteil Sie selbst zu tragen haben.
- Wenn Sie mit dem ambulanten Pflegedienst zusätzliche Leistungen vereinbaren (Leistungen, die die Pflegekasse nicht übernimmt oder die den Rahmen Ihrer Pflegestufe überschreiten), sollten Zeitaufwand und Kosten genau festgelegt werden.
- Es sollten im Pflegevertrag keine Voraus- oder Abschlagszahlungen festgeschrieben werden.
- Prüfen Sie, ob Sie dem Pflegedienst eine Einzugsermächtigung erteilen. Besser ist es, die Rechnungen nach Prüfung durch Überweisung zu begleichen.

- Prüfen Sie, ob Vertragsklauseln die Haftung unzulässig eingrenzen. Bezüglich der Pflegeleistungen darf die Haftung nicht eingeschränkt werden. Achten Sie darauf, dass der ambulante Pflegedienst für Sachschäden und auch für einen Schlüsselverlust, wenn Sie Ihren Wohnungsschlüssel überlassen, schadensersatzpflichtig ist.
- Die Kündigungsfristen sollten im Vertrag festgeschrieben sein.
- Vorteilhaft ist es, wenn im Vertrag festgelegt ist, dass Sie jederzeit die Pflegedokumentation und die Leistungsnachweise, die Sie vor der Abrechnung abzeichnen müssen, einsehen können.
- Im Vertrag sollte festgelegt sein, dass das Vertragsverhältnis mit dem Tod des Pflegebedürftigen unmittelbar endet.

Checkliste stationäre Pflegeeinrichtung

- 1 Gibt es eine ansprechende, verständlich formulierte Informationsbroschüre?
- 2 Wer ist Träger des Heimes?
- 3 Ist mir die Ausrichtung, z. B. konfessionelle Ausrichtung, angenehm?
- 4 Kann ich durch einen Geistlichen meiner Konfession betreut werden?
- 5 Liegt die Einrichtung in der Nähe meines bisherigen Umfeldes?
- 6 Ist die Größe des Heimes für mich angenehm und überschaubar?
- 7 Kann ich mein Haustier mitnehmen?
- 8 Kann ich jederzeit und ohne Einschränkungen Besuch haben?
- 9 Gibt es besondere Aufnahmebedingungen oder Einschränkungen?
- 10 Hat die Einrichtung einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse?
- 11 Hat die Einrichtung eine Pflegesatzvereinbarung mit dem Sozialhilfeträger?
- 12 Ist ein Umzug innerhalb des Heimes oder gar ein Auszug erforderlich, wenn sich mein Gesundheitszustand verschlechtert/verbessert?
- 13 Ist Probewohnen möglich?
- 14 Kann ich vor der Aufnahme ein Heimvertragsmuster zur Prüfung bekommen?

Muster für Vereinbarungen einer Familienpflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz des Bundesfamilienministeriums

Vereinbarung zur Familienpflegezeit

Zwischen

_____ - nachfolgend Arbeitgeber genannt

und

Herrn / Frau _____ - nachfolgend Beschäftigte(r) genannt

wird zur Gewährung der Familienpflegezeit Folgendes vereinbart:

1. Familienpflegezeit

a) Arbeitszeit vor und während der Familienpflegezeit und Dauer der Familienpflegezeit

In der Zeit vom _____ bis _____
wird der/dem Beschäftigten Familienpflegezeit¹⁾ gemäß § 2 Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) für die häusliche Pflege des folgenden nahen Angehörigen gewährt:

- a) Name: _____
- b) Geburtsdatum: _____
- c) Anschrift: _____
- d) Angehörigenstatus²⁾ der gepflegten Person: _____

Die Pflegebedürftigkeit der/des nahen Angehörigen wird durch Vorlage

- einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse
- durch Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung der privaten Pflege-Pflichtversicherung³⁾ nachgewiesen.

Die vereinbarte Dauer der Familienpflegezeit (Pflegephase) beträgt _____ Monate.⁴⁾

- 1) Die Familienpflegezeit umfasst den Zeitraum, in dem ein naher Angehöriger/eine nahe Angehörige gepflegt wird. An die Familienpflegezeit schließt sich die Nachpflegephase an, in der der Entgeltvorschuss zurückgezahlt wird.
- 2) In Betracht kommen: Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder
- 3) Derzeit nimmt die MEDICPROOF GmbH als Tochterunternehmen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die Aufgaben eines medizinischen Dienstes für die Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen wahr.
- 4) maximale Dauer der Familienpflegezeit: 24 Monate.

- 2 -

Die wöchentliche Arbeitszeit vor der Familienpflegezeit beträgt _____ Stunden.

- Diese soll Basis der Berechnung des Aufstockungsbetrages sein.
- Die/der Beschäftigte macht von der Möglichkeit Gebrauch, der Berechnung des Aufstockungsbetrages eine höhere als die tatsächlich vor Beginn der Familienpflegezeit geleistete Arbeitszeit, und zwar _____ Wochenstunden zugrunde zu legen. Dies bewirkt eine Erhöhung des Aufstockungsbetrages. Für die Nachpflegephase bis zur vollständigen Rückzahlung des Gehaltsvorschusses wird ebenfalls diese erhöhte Arbeitszeit vereinbart.

Während der Familienpflegezeit (Pflegephase) beträgt die wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden⁵⁾.

Nach dem Ende der Familienpflegezeit

- kehrt die/der Beschäftigte zu der vor Eintritt in die Familienpflegezeit gültigen wöchentlichen Arbeitszeit von _____ Stunden zurück.
- arbeitet die/der Beschäftigte mit der vereinbarten höheren wöchentlichen Arbeitszeit von _____ Stunden.

Für dieselbe pflegebedürftige Person kann eine weitere Familienpflegezeit erst nach dem Ende der Nachpflegephase gefördert werden.

b) Entgeltaufstockung

Während der Familienpflegezeit wird das sich aus der verringerten Arbeitszeit ergebende Entgelt um einen monatlichen Bruttobetrag in Höhe von _____ € aufgestockt.⁶⁾

Für die/den Beschäftigten wird ein Wertguthaben geführt. Durch die Aufstockung des Arbeitsentgelts entsteht während der Familienpflegezeit ein Negativsaldo auf dem Wertguthaben. Dieser umfasst auch den Arbeitgeberanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag. In der Nachpflegephase wird das negative Wertguthaben durch die Beschäftigte/den Beschäftigten nach Maßgabe der Ziffer 3. dieser Vereinbarung wieder ausgeglichen.

5) Die verringerte Arbeitszeit muss mindestens 15 Wochenstunden betragen. Bei unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten oder einer unterschiedlichen Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit darf die wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt eines Zeitraums von bis zu einem Jahr 15 Stunden nicht unterschreiten.

6) Die Ermittlung dieses Aufstockungsbetrages erfolgt gemäß § 3 FPfZG nach folgender Formel:

$$\frac{(\text{Wochenstunden vor FPfZ} - \text{Wochenstunden während FPfZ}) \times \text{Gesamteinkommen der letzten 12 Monate}}{\text{Gesamtstunden in den letzten 12 Monaten}} \times \frac{52}{12} \times \frac{1}{2}$$

Es handelt sich um die Hälfte des Produkts aus monatlicher Arbeitszeitverringerung in Stunden (Differenz zwischen Arbeitszeit vor- und während der Pflegephase) und dem durchschnittlichen sozialpflichtigen Entgelt (12 Monats-Betrachtung) pro Arbeitsstunde. Nicht laufend gezahlte Entgeltbestandteile und Einmalzahlungen sowie laufend oder einmalig gewährte Sachbezüge bleiben unberücksichtigt. Mutterschutzfristen bleiben für die Berechnung außer Betracht. Ein Monat wird mit $\frac{52}{12}$ Wochen zugrunde gelegt.

2. Ende der Familienpflegezeit (Ende der Pflegephase)

Die Familienpflegezeit endet zu dem unter Ziffer 1. vereinbarten Termin (spätestens nach 24 Monaten). Bei vorzeitiger Beendigung der Pflege, z.B. durch den Tod oder den Wegfall der Pflegebedürftigkeit der pflegebedürftigen Person, oder bei Unterschreiten der wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden endet die Familienpflegezeit mit dem Ablauf des zweiten Monats, der auf die Beendigung der Pflege oder das Unterschreiten der wöchentlichen Mindestarbeitszeit folgt. Dies gilt auch für die Absenkung der wöchentlichen Arbeitszeit auf unter 15 Stunden aufgrund gesetzlicher oder tarifvertraglicher Bestimmungen. Die Unterschreitung der wöchentlichen Mindestarbeitszeit auf Grund von Kurzarbeit ist unschädlich.

Die/der Beschäftigte verpflichtet sich, dem Arbeitgeber die Beendigung der häuslichen Pflege unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Der/dem Beschäftigten ist bekannt, dass ein Verstoß gegen diese Mitteilungspflicht ordnungsrechtlich mit einer Geldbuße bis zu eintausend Euro geahndet werden kann.

Die Aufstockung des Arbeitsentgelts endet mit der Familienpflegezeit (Pflegephase).

3. Nachpflegephase

Mit dem Ende der Familienpflegezeit (Pflegephase) beginnt die Nachpflegephase, in der das infolge der Aufstockung des Arbeitsentgelts mit einem negativen Saldo belastete Wertguthaben der/des Beschäftigten ausgeglichen wird. Zu diesem Zweck wird mit jeder monatlichen Entgeltabrechnung derjenige Betrag vom Arbeitsentgelt einbehalten, um den während der Familienpflegezeit gemäß Ziffer 1. dieser Vereinbarung aufgestockt wurde.

Nach § 9 Absatz 1 FPfZG kann der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt zum Ausgleich des Negativsaldos wie geplant einbehalten, selbst wenn die/der Beschäftigte in der Nachpflegephase ihre/ seine Arbeitszeit aufgrund gesetzlicher oder kollektivrechtlicher Bestimmungen oder individueller Vereinbarungen verringert. Im Falle der Kurzarbeit dagegen vermindert sich der Anspruch auf Einbehalt vom Arbeitsentgelt um den Anteil, um den die Arbeitszeit durch die Kurzarbeit vermindert ist; die Nachpflegephase verlängert sich in diesem Fall entsprechend.

4. Vorzeitige Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses / Freistellung von der Arbeitsleistung während der Nachpflegephase

Sofern das Beschäftigungsverhältnis zu einem Zeitpunkt beendet wird, in dem noch ein Negativsaldo besteht und der Ausgleich des Wertguthabens nicht durch die Familienpflegezeitversicherung erfolgt, ist die/der Beschäftigte nach § 9 Absatz 2 FPfZG zum Ausgleich des Wertguthabens verpflichtet. Kündigt der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis aus Gründen, die nicht im Verhalten der/des Beschäftigten liegen, erlischt sein Ausgleichsanspruch insoweit, als mangels entsprechender Gegenforderungen keine Aufrechnung möglich ist.

Die Kündigung durch den Arbeitgeber ist nach § 9 Absatz 3 FPfZG nur zulässig, wenn die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde oder die von ihr bestimmten Stelle zustimmt.

Wird die/der Beschäftigte von der Arbeitsleistung freigestellt (beispielsweise wegen der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz), so dass ein Einbehalt von Arbeitsentgelt nicht erfolgen kann, kann der Arbeitgeber nach § 9 Absatz 4 FPfZG von der/dem Beschäftigten einen Ausgleich in Geld verlangen.

- 4 -

5. Versicherungspflicht

Für die Beschäftigte/den Beschäftigten ist für die Dauer der Familienpflegezeit und der Nachpflegephase eine vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben zertifizierte Familienpflegezeitversicherung gemäß § 4 FPfZG abzuschließen. Durch diese wird sichergestellt, dass im Falle des Todes oder einer während der Familienpflegezeit oder der Nachpflegephase eintretenden Berufsunfähigkeit der/der Beschäftigten der zu diesem Zeitpunkt bestehende Negativsaldo des Wertguthabens ausgeglichen wird.

Die Versicherung wird

- von der/dem Beschäftigten abgeschlossen. Dem Arbeitgeber wird ein unwiderrufliches Bezugsrecht eingeräumt. Die/der Beschäftigte legt eine entsprechende Bescheinigung des Versicherers vor.
- im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrags vom
- Arbeitgeber auf die Person der/des Beschäftigten abgeschlossen.
 - Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) auf die Person der/des Beschäftigten abgeschlossen. Der Arbeitgeber beantragt für die Beschäftigte/den Beschäftigten die Aufnahme in den Gruppenversicherungsvertrag des BAFzA.

Die monatlichen Prämien für den Gruppenversicherungsvertrag werden

- vom Arbeitgeber übernommen.
- der/dem Beschäftigten vom monatlichen Arbeitsentgelt abgezogen.
- zwischen Arbeitgeber und Beschäftigtem/Beschäftigter im Verhältnis geteilt.

6. Bewilligungsvorbehalt

- Der Arbeitgeber beabsichtigt, zur Refinanzierung der Entgeltaufstockung ein zinsloses Darlehen des BAFzA in Anspruch zu nehmen; er wird einen diesbezüglichen Antrag unverzüglich nach Unterzeichnung dieser Vereinbarung und der Vorlage des Nachweises über die Pflegebedürftigkeit der/des nahen Angehörigen stellen. Die vorstehende Vereinbarung zur Familienpflegezeit steht daher unter dem Vorbehalt einer entsprechenden Darlehensbewilligung durch das BAFzA.

Ort, Datum

.....
Arbeitgeber

.....
Beschäftigte(r)

Pflegestützpunkte in Hessen

Kontaktdaten und Öffnungszeiten (Stand: 1.8.2012)

Bergstraße

Gräffstraße 11 · 64646 Heppenheim
 Telefon: 0 62 52 / 9 59 87 40 und 41
 Fax: 0 62 52 / 15 50 93
 Di: 10.00–12.00 Uhr
 Do: 15.00–17.00 Uhr
 E-Mail: pflegestuetzpunkt@kreis-bergstrasse.de

Darmstadt

Stadthaus
 Frankfurter Straße 71
 64283 Darmstadt
 Telefon: 0 61 51 / 6 69 96 31 und
 0 61 51 / 6 69 29 71
 Mo und Mi: 10.00–12.00 Uhr
 Mi auch 14.00–16.00 Uhr
 E-Mail: pflegestuetzpunkt@darmstadt.de

Darmstadt-Dieburg

Schlossgasse 17 · 64807 Dieburg
 Telefon: 0 60 71 / 8 81-21 72
 sowie -21 73, -21 56, -21 57
 Fax: 0 60 71 / 8 81-21 74
 Mo bis Fr: 10.00–12.00 Uhr
 Mi auch 13.00–15.00 Uhr
 E-Mail: pflegestuetzpunkt@ladadi.de

Frankfurt

Rathaus für Senioren
 Hansaallee 150 · 60320 Frankfurt
 Telefon: 08 00 / 5 89 36 59
 Mo und Mi: 10.00–12.00 Uhr
 Do: 16.00–18.00 Uhr
 E-Mail: pflegestuetzpunkt@frankfurt.de

Fulda

Zentrum Vital
 Gerloser Weg 20 · 36039 Fulda
 Telefon: 06 61 / 6 00 66 92 und 93
 Fax: 06 61 / 6 00 66 99
 Di und Do: 10.00–12.00 Uhr
 Mi: 14.00–17.00 Uhr
 E-Mail: pflegestuetzpunkt@landkreis-fulda.de

Gießen

Kleine Mühlgasse 8 · 35390 Gießen
 Telefon: 06 41 / 20 91 64 97
 Mo bis Fr: 10.00–12.00 Uhr
 Mi auch 13.00–15.00 Uhr
 E-Mail: pflegestuetzpunkt@landkreis-giessen.de

Groß-Gerau

Landratsamt
 Wilhelm-Seipp-Straße 4
 64521 Groß-Gerau
 Telefon: 0 61 52 / 98 94 63
 Fax: 0 61 52 / 98 91 09
 Mo und Fr: 8.00–12.00 Uhr
 Mi: 14.00–16.00 Uhr
 E-Mail: pflegestuetzpunkt@kreisgg.de

Hersfeld-Rotenburg

Klaustor 3 (Stadthaus)
 36251 Bad Hersfeld
 Telefon: 0 66 21 / 87 37 07, 09 und 10
 Fax: 0 66 21 / 87 37 08
 Mo bis Fr: 9.00–12.00 Uhr
 Mi auch 14.00–16.00 Uhr
 E-Mail: pflegestuetzpunkt@hef-rof.de

Hochtaunuskreis

Landratsamt des Hochtaunuskreises
Ludwig-Erhard-Anlage 1-5
61352 Bad Homburg
Telefon 0 61 72 / 9 99-51 71 und 72
Fax: 0 61 72 / 9 99-98 37
Di: 10.00-12.00 Uhr
Do: 15.00-17.00 Uhr
E-Mail: pflegestuetzpunkt@hochtaunuskreis.de

Kassel Landkreis

Kulturbahnhof, Südflügel
Rainer-Dierichs-Platz 1 /
Franz-Ulrich-Straße · 34117 Kassel
Telefon: 05 61 / 10 03-13 71 und
-13 99
Mo, Mi und Fr: 10.00-12.00 Uhr
Mi auch 14.00-17.00 Uhr
E-Mail: pflegestuetzpunkt@landkreiskassel.de

Kassel Stadt

Obere Königsstraße 8 · 34117 Kassel
Telefon: 05 61 / 7 87 56 30
Fax: 05 61 / 7 87 56 38
Mo, Mi und Fr: 9.00-12.30 Uhr
E-Mail: pflegestuetzpunkt@stadt-kassel.de

Limburg-Weilburg

Schiede 43 · 65549 Limburg
Telefon: 0 64 31 / 29 63 75 und 76
Fax: 0 64 31 / 29 64 98
Di: 10.00-12.00 Uhr
Do: 14.00-17.00 Uhr
E-Mail: pflegestuetzpunkt@limburg-weilburg.de

Main-Kinzig-Kreis

Hailerer Straße 24, 1. Stock
63571 Gelnhausen
Telefon: 0 60 51 / 8 28-49 96 und 97
Mo-Fr: 9.00-12.00 Uhr
Di auch 13.00-15.00 Uhr
Do auch 14.00-17.30 Uhr
E-Mail: pflegestuetzpunkt@mkk.de

Main-Taunus-Kreis

Landratsamt
Am Kreishaus 1-5
65719 Hofheim am Taunus
Telefon: 0 61 92 / 2 01-19 89
Fax: 0 61 92 / 2 01-7 19 89
Mo, Mi und Fr: 9.00-12.00 Uhr
Do: 15:00-17:30 Uhr
E-Mail: pflegestuetzpunkt@mtk.de

Marburg-Biedenkopf

Landratsamt
Im Lichtenholz 60 · 35043 Marburg
Telefon: 0 64 21 / 4 05-74 01 und 02
Fax: 0 64 21 / 4 05-74 10
Mo, Mi und Fr: 10.00-12.00 Uhr
Do: 14.00-17.00 Uhr
E-Mail: pflegestuetzpunkt@marburg-biedenkopf.de

Offenbach Stadt

Stadthaus
Berliner Straße 60 · 63065 Offenbach
Telefon: 0 69 / 80 65 24 53 und
0 69 / 80 65 35 42
Fax: 069 / 80 65 32 71
Di und Do: 9.00-11.00 Uhr
E-Mail: pflegestuetzpunkt@offenbach.de

Rheingau-Taunus-Kreis

Kreisverwaltung
Heimbacher Straße 7
65307 Bad Schwalbach
Telefon: 0 61 24 / 5 10-5 25 und -5 27
Fax: 0 61 24 / 51 05 22
Mo und Do: 10.00-12.00 Uhr
Di: 16.00-18.00 Uhr
Mi: 14.00-16.00 Uhr
E-Mail: pflegestuetzpunkt@
rheingau-taunus.de

Schwalm-Eder-Kreis

Kreisverwaltung
Parkstraße 6 · 34576 Homberg (Efze)
Telefon: 0 56 81 / 7 75-2 50 und -2 49
Mo, Mi und Fr: 9.00-12.00 Uhr
Do: 15.00-17.00 Uhr
E-Mail: pflegestuetzpunkt@
schwalm-eder-kreis.de

Vogelsbergkreis

Kreisverwaltung · Goldhelg 20
36341 Lauterbach
Telefon: 0 66 41 / 9 77-20 91 oder 92
Mo, Di und Fr: 9.00-12.00 Uhr
Do: 14.00-17.00 Uhr
E-Mail: pflegestuetzpunkt@
vogelsbergkreis.de

Waldeck-Frankenberg

Am Kniep 50 · 34497 Korbach
Telefon: 0 56 31 / 95 48 81 und 82
Fax: 0 56 31 / 95 44 90
Mo und Mi: 9.00-12.00 Uhr
E-Mail: pflegestuetzpunkt@
landkreis-waldeck-frankenberg.de

Werra-Meißner-Kreis

Schlossplatz 1 · 37269 Eschwege
Telefon: 0 56 51/3 02 14 34, 35 und 36
Di und Mi: 9.30-12.00 Uhr
Do: 14.00-17.00 Uhr
E-Mail: pflegestuetzpunkt@
werra-meissner-kreis.de

Wetteraukreis

Verwaltungsstelle
Berliner Straße 31 · 63654 Büdingen
Telefon: 0 60 42 / 9 89 37 00 und 01
Fax: 0 60 42 / 9 89 37 09
Mo bis Fr: 10.00-12.00 Uhr
Do auch 14.00-17.00 Uhr
E-Mail: pflegestuetzpunkt@
wetteraukreis.de

Wiesbaden

Konradiner Allee 11
65189 Wiesbaden
Telefon: 06 11 / 31 36 48 und
06 11 / 31 35 90
Fax: 06 11 / 31 69 02
Mo, Mi und Fr: 10.00-12.00 Uhr
Do: 13.00-15.00 Uhr
E-Mail: pflegestuetzpunkt@
wiesbaden.de

Für den Notfall

Bringen Sie diese Karte sichtbar beim Telefon an

Polizei	110
Notarzt und Feuerwehr	112
Schlaganfall-Telefon	112
Giftnotzentrale	0 61 31 / 1 92 40

Diese Fragen sollten Sie im Notfall beantworten können:

Wo wird die Hilfe gebraucht?

Name der Anruferin, des Anrufers

Name der / des Verletzten

Name der / des Wohnungsinhaberin / -inhabers

Straße, Hausnummer, Etage

.....

Was ist passiert?

Unfall

Welche Verletzung?

Herzinfarkt Schlaganfall Sturz Bewusstlosigkeit

Wichtige Informationen:

Vorerkrankungen

Demenz Diabetes Parkinson Herzschrittmacher

Lebenswichtige Medikamente

Bitte im Notfall informieren

Angehörige

Betreuerin/ Betreuer

Freunde oder Nachbarn

Hausärztin/ Hausarzt

Weitere Angaben

Apotheke

Hausnotruf

Krankenhaus

Krankenversicherung

Andere wichtige Stellen

.....

Bitte füllen Sie in einer ruhigen Minute diese Felder aus und geben Sie Name und Telefon-Nummer an.

HESSEN





HESEN



Hessisches Sozialministerium

Dostojewskistraße 4

65187 Wiesbaden

www.hsm.hessen.de