



***Informationen von Ihren Pflegestützpunkten
im Rhein-Neckar-Kreis***

Thema:

Leistungen der Pflegeversicherung

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

*die Inhalte der angebotenen Broschüren **“Informationen von ihren Pflegestützpunkten im Rhein-Neckar-Kreis“** beziehen sich schwerpunktmäßig auf Beratungssituationen mit typischen Fragestellungen von Bürgern in Bezug auf die Pflege und deren Finanzierung. Die Broschüre ist als erste Information für Sie gedacht.*

Gesetzesänderungen, die nach diesem Druck in Kraft getreten sind, können erst wieder in der nächsten Auflage berücksichtigt werden.

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit übernehmen wir keine Gewähr.

Bei Bedarf können Sie sich gerne mit uns in Verbindung setzen und ein persönliches Beratungsgespräch vereinbaren.

Leistungsvoraussetzungen der Pflegeversicherung

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten muss man in den letzten 10 Jahren vor der Antragstellung mindestens 2 Jahre als Mitglied versichert oder familienversichert gewesen sein. Voraussetzung für Leistungen ist darüber hinaus die Einstufung in einen Pflegegrad.

Wichtige Begriffe der Pflegeversicherung

Pflegegrad: Es gibt fünf Pflegegrade, je nachdem wie hoch der Unterstützungsbedarf ist. Der im Gutachten ermittelte Pflegegrad ist maßgeblich für die Höhe der Leistungen, die die Pflegekasse gewährt.

Pflegegeld: Pflege wird von Privatpersonen erbracht.

Pflegesachleistung: Pflegeleistungen werden von einem anerkannten Pflegedienst erbracht und direkt mit der Pflegekasse abgerechnet.

Kombinationsleistung: Pflege wird teilweise vom Pflegedienst erbracht und abgerechnet und auch teilweise von Privatpersonen geleistet. Der als Sachleistung nicht verbrauchte prozentuale Anteil kann als Pflegegeld ausbezahlt werden.

Entlastungsbetrag: Der Entlastungsbetrag beträgt monatlich 125€. Er wird nicht ausbezahlt, sondern kann für folgende Dienstleistungen verwendet werden:

- Einzelbetreuung und Beaufsichtigung durch ambulante Pflegedienste oder andere anerkannte Dienste zur Unterstützung im Alltag
- Angebote der Tagespflege bzw. Nachtpflege
- Leistungen der Kurzzeitpflege:
Die zusätzlichen Betreuungsleistungen können in Kurzzeit- und Tagespflege für die privat zu tragenden Kosten (Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten) eingesetzt werden.

Bei Pflegegrad 1 können die 125 € auch für pflegerische Hilfen verwendet werden. Der nicht verbrauchte Entlastungsbetrag kann in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Angebote zur Unterstützung im Alltag erfolgen durch seitens des Landkreises anerkannte Dienstleister. Sie werden in der Regel über den sogenannten Entlastungsbetrag oder über das Pflegegeld finanziert.

Grundsätzlich sind diese Angebote:

- Betreuungsangebote, insbesondere durch ehrenamtliche Helfer unter pflegfachlicher Anleitung, wie z.B. Einzelbetreuung, Betreuungsgruppen oder Demenzcafés
- Angebote zur Entlastung und beratenden Unterstützung von Pflegenden
- Angebote zur Entlastung im Alltag oder im Haushalt
Das Gesetz nennt beispielhaft Serviceleistungen im Bereich des Haushalts oder der unmittelbaren häuslichen Umgebung, die Übernahme von Fahr- und Begleitediensten, Einkaufs- und Botengängen, die Beratung und praktische Hilfe bei Anträgen und Korrespondenzen oder die organisatorische Unterstützung bei der „Bewältigung nur vorübergehend auftretender Alltagsanforderungen“, z.B. Wäschepflege, Fahrdienste zum Arzt, Botengänge zu Post, Apotheke oder Behörden.

Unterstützungsangebote können alternativ zum Pflegegeld auch über den Entlastungsbetrag von monatlich 125 € (Kostenerstattungsprinzip, also keine Auszahlung) oder auch über die „Umwandlung“ von Sachleistungen finanziert werden (siehe „Entlastungsbetrag“ bzw. „Umwandlungsanspruch“).

Umwandlungsanspruch: Maximal 40% der Pflegesachleistungen können für Angebote zur Unterstützung im Alltag umgewandelt werden. Seit 01.01.2022 ist dies auch ohne Antrag möglich. Näheres hierzu siehe unter „Angebote zur Unterstützung im Alltag“.

Pflegehilfsmittel: 40 € pro Monat für „zum Verbrauch bestimmte Hilfen“, wie z. B. Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel, Krankenunterlagen u. ä.

Technische Pflegehilfsmittel: Sie werden vorrangig leihweise oder gegen eine Zuzahlung zur Verfügung gestellt. Wenn der Gutachter des MD oder eine Pflegefachkraft eines zugelassenen Pflegedienstes bestimmte Hilfsmittel empfiehlt, muss hierfür kein gesonderter Antrag gestellt werden.

Teilstationäre Pflege / Tagespflege und Nachtpflege: Pflege wird tagsüber bzw. nachts in einer anerkannten Pflegeeinrichtung erbracht. Diese teilstationäre Pflege kann zusätzlich zu den ambulanten Leistungen in Anspruch genommen werden. Eine Anrechnung auf das Pflegegeld oder die Pflegesachleistung erfolgt nicht. Je nach Höhe des Pflegegrades steht ein bestimmter Geldbetrag pro Monat zur Verfügung.

Vollstationäre Pflege: In diesem Text geht es um vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die einen Vertrag nach dem Pflegeversicherungsgesetz SGB XI haben. Davon zu unterscheiden sind Heime / Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Pflegeheime können Sie über folgende Internet-Plattformen finden:

- www.pflegelotse.de
- www.aok-pflegenavigator.de
- www.bkk-pflegefinder.de
- www.besserfinden.de

Die Vergütungen werden zwischen den Kostenträgern (KVJS, Pflegekassen) und den einzelnen Pflegeheimen (bzw. Trägern) verhandelt. Sie sind in den einzelnen Pflegeheimen unterschiedlich. Es gibt also günstigere und teurere Heime. Die Kosten, die an ein Heim zu zahlen sind, setzen sich wie folgt zusammen:

- **Kosten für Unterkunft und Verpflegung** (sogenannte Hotelkosten)
- **Investitionskosten:** Diese sind für das Gebäude und dessen Instandhaltung. Sie werden nach eigener Kalkulation der Einrichtungen festgesetzt, müssen jedoch angemessen und wirtschaftlich sein. Investitionskosten sind in den Plattformen für die Pflegeheimsuche oft gar nicht angegeben und müssen deshalb direkt vor Ort erfragt werden.
- **Pflegebedingte Kosten** (inklusive Ausbildungsumlage): Für diese gibt es einen Zuschuss von der Pflegekasse - abhängig vom Pflegegrad. Im Pflegegrad 1 kann lediglich der Entlastungsbetrag von 125€ eingesetzt werden.

- In 2017 wurde der sogenannte **einrichtungseinheitliche Eigenanteil = EEE** eingeführt. Das bedeutet, dass der Eigenanteil für die Pflegegrade 2-5 in dem betreffenden Heim gleich ist (unabhängig vom Pflegegrad).

Seit dem 01.01 2022 gibt es für Heimbewohnerinnen und -bewohner einen Leistungszuschlag **auf die pflegebedingten Kosten**. Die Höhe bestimmt sich danach, **wie lange die Person schon Leistungen der vollstationären Pflege erhält** (Leistungen nach § 43 SGB XI). Rückwirkend wird auch die Zeit vor dem 01.01.2022 berücksichtigt, auch dann, wenn die vollstationäre Pflege unterbrochen wurde.

Die Pflegekasse zahlt ohne Antrag den Leistungsbetrag an das betreffende Heim, das die Einsparung an die Bewohner weitergibt. Die Leistungszuschläge betragen:

5 % ab dem 1. Monat der Inanspruchnahme

25 % ab dem 13. Monat der Inanspruchnahme

45 % ab dem 25. Monat der Inanspruchnahme

70 % ab dem 37. Monat der Inanspruchnahme

Personen mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag (125 €) für die vollstationäre Pflege einsetzen. Wenn Personen mit Pflegegrad 1 im Pflegeheim leben, zählt diese Zeit auch zur Berechnung des Leistungszuschlags.

Da Rente und Vermögen in vielen Fällen nicht ausreicht, um die Heimkosten zu bezahlen, kann ein Antrag auf „Hilfe zur Pflege“ beim Sozialamt gestellt werden.

Qualitätsprüfungen der Heime erfolgen durch den Medizinischen Dienst und die Heimaufsicht des Rhein-Neckar-Kreises, die beim Gesundheitsamt angesiedelt ist.

Verhinderungspflege: Bei Ausfall der privaten Pflegeperson (Urlaub, Krankheit oder sonstige Gründe) können Personen ab dem Pflegegrad 2 die Verhinderungspflege nutzen, um ihre Versorgung sicherzustellen. Hierzu muss die Pflege in der Regel seit **mindestens 6 Monaten** durchgeführt worden sein.

Die Höhe der Leistung beträgt 1612 Euro für bis zu vier Wochen im Jahr und kann durch nicht verwendete Mittel aus der Kurzzeitpflege auf bis zu 2418 € für insgesamt bis zu 6 Wochen im Jahr aufgestockt werden.

Die Verhinderungspflege kann durch Privatpersonen, Freunde, Nachbarn, Pflegeheime, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen oder Behindertenheime erbracht werden.

Wenn die Pflegeperson wegen Krankheit oder Urlaub **ganztägig verhindert** ist, wird das Pflegegeld vom zweiten bis zum vorletzten Tag der Verhinderung um die Hälfte gekürzt.

Personen, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit diesen in einem Haushalt leben, können lediglich den **1,5fachen Betrag des Pflegegeldes** abrechnen. Nur bei Vorlage von Fahrtkosten oder Verdienstausschluss kann der Maximalbetrag ausgeschöpft werden.

Eine Besonderheit ist die **stundenweise Verhinderungspflege**. Sie liegt vor, wenn die Pflegeperson weniger als 8 Stunden pro Tag verhindert ist, weil sie eigene Termine (Arztbesuch, Kurse oder Zeiten der Regeneration) benötigt. In diesem Fall ist die Anzahl der Tage nicht begrenzt und das Pflegegeld wird nicht gekürzt. Die Kosten der Verhinderungspflege können nur auf Nachweis erstattet werden.

Kurzzeitpflege in einem Pflegeheim: 1.774 € pro Kalenderjahr. Der Betrag deckt nur die Kosten für die pflegerischen Leistungen. Es besteht die Möglichkeit durch Anrechnung des Leistungsbetrages aus der Verhinderungspflege die pflegerischen Leistungsansprüche durch Umwidmung auf 3.386 € zu erhöhen (soweit Verhinderungspflege noch nicht in Anspruch genommen wurde).

Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes - auch bei Inanspruchnahme einer bis zu achtwöchigen (max. 56 Tage) Kurzzeitpflege.

Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes: Wenn Versicherte zu Hause gepflegt werden, bezuschusst die Pflegekasse (z. B. einen Badumbau) mit bis zu 4000 € pro Wohnumfeld verbessernde Maßnahme - bis 16.000 €, wenn vier oder mehr Berechtigte zusammenwohnen. Der Antrag muss der Pflegekasse zuvor mit einem Kostenvoranschlag zur Genehmigung eingereicht werden.

Rehabilitation: Die Erforderlichkeit einer Rehabilitation wird bereits in die Begutachtung einbezogen und kann vom Gutachter empfohlen werden. Die Empfehlung gilt als Antrag – wenn der Versicherte zustimmt - aber nicht als Zusage, da die Pflegekasse nicht Leistungsträger der Maßnahme ist. Die Rehabilitation soll Pflegebedürftigkeit vermeiden und die Selbstständigkeit weitgehend wiederherstellen.

Leistungen für Pflegepersonen ab Pflegegrad 2: Für Pflegepersonen besteht Versicherungsschutz in der gesetzlichen **Unfallversicherung** für Unfälle im Zusammenhang mit der Pfllegetätigkeit. Hierzu zählt z.B. auch der Einkauf für den Pflegebedürftigen.

Die Pflegekasse übernimmt die Zahlungen von **Rentenbeiträgen** (ab **10 Std.** Pfllegetätigkeit und an mindestens 2 Tagen pro Woche). Auch das Addieren der Zeiten von mehreren Pflegebedürftigen ist möglich. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson weniger als **30 Std. pro Woche** beruflich arbeitet (siehe Tipps S.8).

Die Pflegekasse übernimmt daneben auch Beiträge zur **Arbeitslosenversicherung** (Voraussetzungen wie bei der Rentenversicherung). Pflegepersonen haben erstmals nach Ende der Pfllegetätigkeit Anspruch auf Arbeitslosengeld.

Freistellung vom Beruf: Wer pflegt und angestellt ist, kann – wenn beim Pflegebedürftigen eine Notsituation eingetreten ist – zehn Tage Lohnersatzleistungen (**Pflegeunterstützungsgeld**) in Anspruch nehmen. Man kann sich bis zu einem halben Jahr komplett von der Arbeit freistellen lassen und/ oder seine Arbeitszeit für die Dauer von bis zu 2

Jahren reduzieren – ein Rechtsanspruch besteht hier allerdings nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 bzw. 25 Beschäftigten.

Hier kann ein zinsloses **Pflegedarlehen** in Anspruch genommen werden.

Pflegekurse: Übernahme der Kursgebühren bei Pflegekursen und individuelle Pflegeschulung in häuslicher Umgebung

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MD): Beratung und Begutachtung im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen

Digitale Pflegeanwendungen (DiPa): Seit 1. Januar 2022 haben Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad Anspruch auf die Erstattung der Kosten für eine digitale Pflegeanwendung, kurz DiPa, in Höhe von 50 € monatlich. DiPa ist eine App auf dem Mobilgerät, die Pflegebedürftige und Angehörige bei der täglichen Pflege unterstützen, indem sie beispielsweise bei Mobilitäts- und Gedächtnisübungen anleiten. Derzeit ist dieses Angebot noch in der Entwicklung.

Hinweise zur Krankenversicherung

Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen können auch häusliche Krankenpflege in Form von Behandlungspflege (§37 SGB V) erhalten, sofern die Pflege nicht durch Angehörige sichergestellt werden kann, diese die ärztliche Behandlung unterstützen bzw. sichern und einen Krankenhausaufenthalt vermeiden. Sie umfasst beispielsweise:

- Medikamente richten und geben
- Wundverbände anlegen
- Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen
- Injektionen verabreichen

Behandlungspflege bedarf einer ärztlichen Verordnung und muss von der Krankenkasse genehmigt werden. Sie wird von ambulanten Pflegediensten erbracht, die auch bei der Beantragung helfen.

Bei akuter und schwerer Krankheit kann häusliche Krankenpflege als Grundpflege (§37 SGB V), Haushaltshilfe (§38 SGB V) oder als Kurzzeitpflege (§39 SGB V) verordnet werden, auch wenn kein Pflegegrad bzw. Pflegegrad 1 vorhanden ist. Gedacht ist diese Verordnung besonders für die Zeit nach einem Krankenhausaufenthalt. Idealerweise wird sie im Rahmen des Krankenhaus-Entlass-Managements verordnet und in die Wege geleitet.

Seit 2022 sind bis zu 10 Tage Kurzzeitpflege direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt möglich, wenn die Versorgung anders nicht gewährleistet ist.

Weitere Krankenversicherungsleitungen, die auch bei Pflegebedarf verordnet werden können, sind:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie sowie
- geriatrische oder indikationsspezifische Rehabilitation.

Kurzzeitpflege bei fehlendem Pflegegrad oder Pflegegrad 1 erfolgt bei vorübergehendem Bedarf, z.B. nach einer Operation, in einem **Pflegeheim**. Die Leistungen der Krankenkasse orientieren sich dabei an den Leistungen der Kurzzeitpflege der Pflegeversicherung.

Die zeitlich befristete Pflege kann auch direkt **im Anschluss an eine Behandlung im Krankenhaus** erfolgen, jedoch für längstens zehn Tage. Diese Form der Hilfe ist jedoch nachrangig, d.h. erst möglich, wenn Leistungen der Kurzzeitpflege, häuslichen Krankenpflege, medizinischen Rehabilitation oder ambulanten Pflege nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.

Verschiedene allgemeine Tipps und Hinweise

- Es ist zu empfehlen, vor dem Besuch des Gutachters eine Pflegeberatung in Anspruch zu nehmen.
- Zur Finanzierung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag können auch Mittel der Verhinderungspflege eingesetzt werden.
- Sämtliche bereits genannten Leistungen, wie z. B. Kurzzeit- oder Verhinderungspflege, Maßnahmen zur Wohnungsanpassung usw. müssen im Vorfeld bei der Pflegekasse beantragt und genehmigt werden.
- **Rentner mit Regelaltersrente**, die einen Angehörigen pflegen, können ihre **Rente erhöhen**. Grundsätzlich zahlt die Pflegekasse bei Bezug einer Vollrente nur bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für Personen, die nicht erwerbsmäßig häuslich pflegen. Mit der Wahl einer Teilrente von 99 Prozent können Pflegenden jedoch erwirken, dass die Pflegekasse auch nach Erreichen der Regelaltersgrenze weiterhin Beiträge zur Rentenversicherung zahlt. Der Verzicht auf ein Prozent der Rente kann sich lohnen, da die Beiträge der Pflegekasse jeweils zum 01.07. des Folgejahres im Rahmen der Rentenanpassung die

Rente erhöhen. Nach Beendigung der Pflgetätigkeit kann der Wechsel in die Vollrente wieder beantragt werden (Quelle: Auszug aus Internet Rentenversicherung).

- Auch pflegende Angehörige haben einen **Anspruch auf Rehabilitationsleistungen**. Gesetzlich Krankenversicherte beantragen die Reha am besten über den Hausarzt. Es ist wichtig, dass die medizinische Notwendigkeit für die Kur oder Reha vom Arzt gut begründet wird. Hierbei stellen sich folgende Fragen:
WARUM die Kur notwendig ist (Krankheitsbilder und Beschwerden)
WELCHEN Belastungen Sie durch die Pflege ausgesetzt sind.
WIE sich diese Beschwerden auf **IHREN** Alltag und die Pflege auswirken
WELCHE Erwartungen Sie an die Reha haben und **WELCHE** Ziele mit der Reha erreicht werden sollen.
(Quelle: <https://www.pflege-durch-angehoerige.de/reha-fuer-pflegende-angehoerige>)

Zur Definition von Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz heißt es in §14 auszugsweise:

„Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Pflegebedürftig ist, wer körperliche, kognitive, psychische oder gesundheitliche Belastungen nicht selbstständig kompensieren kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate und mit mindestens der in § 15 SGB XI fest gelegten Schwere bestehen.“

Im Gesetz werden weiterhin die Lebensbereiche genannt, die für die Einstufung relevant sind. Das sind:

- ***Mobilität***
- ***Kognitive und kommunikative Fähigkeiten***
- ***Verhaltensweisen und psychische Problemlagen***
- ***Selbstversorgung***
- ***Bewältigung und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen***
- ***Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte***

Es werden bei der Begutachtung auch die Bereiche „außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“ erhoben. Diese beiden Bereiche gehen nicht in die Ermittlung des Pflegegrades ein. Einschränkungen in diesen Bereichen können Impulse für andere Hilfeleistungen geben, z.B. nach dem Sozialhilfegesetz oder der Eingliederungshilfe.

Das Begutachtungsverfahren

Wenn der Pflegeantrag bei der Pflegekasse eingegangen ist, beauftragt sie den Medizinischen Dienst (MD) mit der Begutachtung. Normalerweise findet die Begutachtung zu Hause statt oder auch im Pflegeheim, wenn Dauerpflege im Heim geplant ist. Manchmal wird das Gutachten auch nach Aktenlage erstellt.

In besonderen Fällen ist eine Eilbegutachtung möglich, zum Beispiel, wenn die Notwendigkeit einer Heimaufnahme oder Hospizaufnahme besteht.

Eine schriftliche Entscheidung erfolgt in der Regel spätestens innerhalb von 25 Arbeitstagen nach vollständigem Antragseingang.

Wie kann ich mich auf den Besuch vom Medizinischen Dienst vorbereiten?

- Es empfiehlt sich, dass ein Angehöriger bei der Begutachtung anwesend ist.
- Bereithalten von medizinischen und pflegerischen Unterlagen zum Thema Vorerkrankungen, Klinikaufenthalte und med. Rehabilitation, behandelnde Ärzte (Facharztberichte), Häusliche Krankenpflege.
- Bereithalten von Nachweisen über Vollmacht/ gesetzliche Betreuung.
- Darstellung gegenüber dem MD, welche Unterstützung bereits geleistet wird.

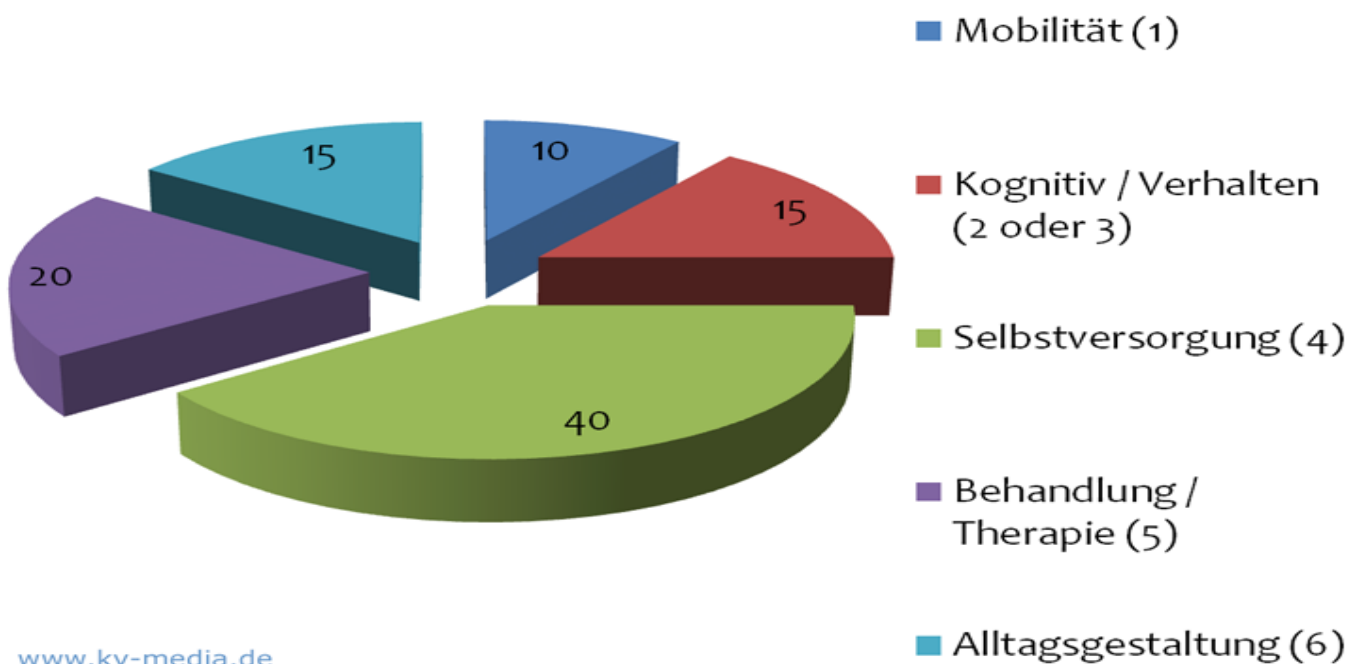
Wichtiger Hinweis: Die Bearbeitungsfrist der Pflegekasse sollte maximal 25 Arbeitstage betragen.

Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit

Die Selbstständigkeit bzw. die Unselbstständigkeit ist bei der Begutachtung die zentrale Frage und wird in sechs plus zwei Modulen begutachtet. Die Selbstständigkeit kann sich durch Abnahme von Fähigkeiten bei zunehmendem Alter oder durch gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen verändern. Der Medizinische Dienst erfragt die Fähigkeiten in sechs Lebensbereichen - den sog. Modulen - und bewertet sie mit Punkten. Zwei weitere Module werden erfragt, fließen jedoch nicht direkt in die Bewertung ein. Aus der Anzahl und Gewichtung der Punkte errechnen sich dann die fünf Pflegegrade.

Es geht bei der Begutachtung um die Frage, ob die erforderliche Fähigkeit noch vorhanden ist und / oder ob damit verbundene Tätigkeiten **selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig** oder nur **unselbstständig** ausgeübt werden können. Bei der Festlegung des Pflegegrades fließen die Module in unterschiedlicher Wertigkeit bzw. Prozentsätzen ein (siehe Schaubild).

Gewichtung der Module bei der Gesamtbewertung



Definition

„Selbstständig“

Die Person ist fähig, eine Handlung oder Aktivität allein, d.h. ohne Unterstützung einer anderen Person durchzuführen. Selbstständig ist auch, wer eine Handlung unter Nutzung von Hilfsmitteln durchführen kann.

„Überwiegend selbstständig“

Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbstständig durchführen. Es entsteht nur geringer / mäßiger Aufwand für die Pflegeperson, etwa durch Zurechtlegen von Gegenständen oder sonstigen Vorbereitungsmaßnahmen, „Anstoßgeben“, einzelne Handreichungen, Anwesenheit aus Sicherheitsgründen.

„Überwiegend unselbstständig“

Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchführen. Es sind aber Ressourcen vorhanden, so dass sie sich beteiligen kann. Dies setzt ggf. ständige Anleitungen oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität voraus oder Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus.

„Unselbstständig“

Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbstständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Motivation, Anleitung, ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus.

Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen. Eine minimale Beteiligung ist nicht zu berücksichtigen (z. B. wenn sich die Person nicht durchgehend und nur in kleinen Teilhandlungen beteiligt).

Maßgeblich zur Prüfung sind die nachfolgenden sechs Lebensbereiche / Module inklusive der dort genannten pflegefachlich begründeten Kriterien.

Folgende Schaubilder sind entnommen aus: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/Fachinfo_PSGII_web.pdf

Modul 1: Mobilität

Dieses Modul umfasst zentrale Aspekte der Mobilität im Wohnbereich eines Menschen – sei es in der eigenen Wohnung oder im Heim. In diesem Modul geht es um die motorischen Fähigkeiten eines Menschen und nicht um die Frage, ob die Mobilität aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen eingeschränkt ist. Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt anhand einer vierstufigen Skala mit den Ausprägungen „selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“ und „unselbstständig“.

		selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	unselbstständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb d. Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3
	Besondere Bedarfskonstellation * Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Bewertung der Einzelpunkte

Punkte	Keine	Geringe	Erhebliche	Schwere	Schwerste
Summe der Einzelpunkte	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15
Gewichtete Punkte	0	2,5	5	7,5	10

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Im Modul 2 geht es um grundlegende mentale Funktionen eines Menschen. Die Gutachter schätzen nicht die Selbstständigkeit ein, sondern in welchem Ausmaß die jeweilige geistige Fähigkeit vorhanden ist („vorhanden / unbeeinträchtigt“, „größtenteils vorhanden“, „in geringem Maße vorhanden“ und „nicht vorhanden“). Das Gesamtergebnis in diesem Modul spiegelt das Ausmaß der Beeinträchtigung von Kommunikation und Kognition wider.

Jeder Ausprägung ist ein Punktwert zugeordnet: Ist eine Fähigkeit unbeeinträchtigt, so entspricht das 0 Punkten, ist eine Fähigkeit gar nicht mehr vorhanden, so entspricht das der höchstmöglichen Wertung von 3 Punkten.

		Die Fähigkeit ist:			
		vorhanden / unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Bewertung der Einzelpunkte: kognitiv und kommunikativ

Punkte	Keine	Geringe	Erhebliche	Schwere	Schwerste
Summe der Einzelpunkte	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33
Gewichtete Punkte	Die gewichteten Punkte werden für die Module 2 und 3 zusammen vergeben. Ausschlaggebend ist dabei, in welchem Modul die größte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegt				

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul geht es um Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen. Zentral ist bei der Einschätzung die Frage, inwieweit die Person ihr Verhalten selbstständig steuern kann.

Der Gutachter erfasst, wie oft diese Verhaltensweisen personelle Unterstützung erforderlich machen. Ist die Unterstützung nie oder selten notwendig, so entspricht dies 0 Punkten – ist die Unterstützung dagegen täglich nötig, so werden 5 Punkte erreicht.

		Wie oft muss eine Pflegeperson eingreifen / unterstützen			
		nie oder sehr selten	selten ein- bis dreimal innerhalb von 2 Wochen	häufig zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und auto-aggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Psychisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Bewertung der Einzelpunkte: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Punkte	Keine	Geringe	Erhebliche	Schwere	Schwerste
Summe Einzelpunkte Modul 2	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33
Summe Einzelpunkte Modul 3	0	1-2	3-4	5-6	7-65
Gewichtete Punkte (Höchstwert 2 oder 3)	0	3,75	7,5	11,25	15

Achtung! Es zählt nur der Lebensbereich (Modul), in dem die meisten Punkte erreicht wurden.

Modul 4: Selbstversorgung

Das Modul Selbstversorgung umfasst mit Ausnahme der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten alle Verrichtungsbereiche wie z.B. die Körperpflege, das An- und Auskleiden, die Ernährung (z. B. Trinken) und das Ausscheiden (z. B. Toilette/ Toilettenstuhl benutzen). Der Gutachter schätzt hier, wie auch im Modul Mobilität, die Selbstständigkeit ein. Bestimmte Kriterien werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die Bewältigung des Alltags höher gewichtet. Wenn zum Beispiel jemand überwiegend unselbstständig beim Essen ist, werden 6 Einzelpunkte vergeben. Der Gutachter bewertet, ob der Versicherte die Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist dabei unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.

		selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereiches	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz u. Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhl-inkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

		Versorgung mit Hilfe			
		Versorgung selbstständig	Nicht täglich Nicht auf Dauer	Tägl. zusätzlich zu oraler Ernährung	Ausschließlich oder nahezu ausschließlich
4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	0	0	6	3

Bewertung der Einzelpunkte: Selbstversorgung

Punkte	Keine	Geringe	Erhebliche	Schwere	Schwerste
Summe der Einzelpunkte	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54
Gewichtete Punkte	0	10	20	30	40

Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Hier geht es um die Selbstständigkeit eines Menschen bei der Bewältigung seiner Gesundheitsprobleme. Der Gutachter bewertet, wie selbstständig jemand mit Therapien und anderen krankheitsbedingten Anforderungen umgehen kann. Für die Berechnung des Gesamtergebnisses gehen die einzelnen Maßnahmen je nach Komplexität und Aufwand unterschiedlich gewichtet ein.

		Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)				
		entfällt	selbstständig	pro Tag	Pro Woche	Pro Monat
5.1	Medikation					
5.2	Injektionen					
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)					
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe					
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen					
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen					
5.7	Körpernahe Hilfsmittel					
5.8	Verbandwechsel und Wundversorgung					
5.9	Versorgung mit Stoma					
5.10	Regelmäßige Einmal-Katheterisierung und Nutzung von Abführmethoden					
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung					
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung					
5.13	Arztbesuche			X		
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)			X		
5.15	Zeitl. ausgedehnte Besuche anderer med. oder therapeut. Einrichtungen (länger als 3 Std.)			X		
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften, und zwar:	0 entfällt oder selbstständig 1 überwiegend selbstständig (Erinnerung/Anleitung ist mind. einmal tägl. notwendig) 2 überwiegend unselbstständig (benötigt meistens Anleitung / Beaufsichtigung mehrmals täglich) 3 unselbstständig (benötigt immer Anleitung / Beaufsichtigung)				

Bewertung der Einzelpunkte: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Punkte	Keine	Geringe	Erhebliche	Schwere	Schwerste
Summe der Einzelpunkte	0	1	2-3	4-5	6-15
Gewichtete Punkte	0	5	10	15	20

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Dieses Modul bildet Bereiche des Alltagslebens ab, die nach dem bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff zum größten Teil nicht berücksichtigt wurden.

Bei der Gestaltung des Alltagslebens spielen sowohl körperliche als auch geistige Fähigkeiten eine Rolle.

Der Gutachter stellt fest, ob der pflegebedürftige Mensch individuell und bewusst seinen Tagesablauf gestalten kann und ob er in der Lage ist, mit Menschen in seinem unmittelbaren Umfeld Kontakt aufzunehmen. Wie in den Modulen 1 und 4 erfolgt eine Bewertung der Selbstständigkeit anhand einer vierstufigen Skala mit den Ausprägungen „selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“ und „unselbstständig“.

		selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sich beschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktionen mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	0	1	2	3

Bewertung der Einzelpunkte: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Punkte	Keine	Geringe	Erhebliche	Schwere	Schwerste
Summe der Einzelpunkte	0	1-3	4-6	7-11	12-18
Gewichtete Punkte	0	3,75	7,5	11,25	15

Module 7 und 8: Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung

Beide Bereiche fließen **nicht** in die Berechnung der Pflegegrade ein, sondern sollen im Versorgungsplan berücksichtigt werden.

Es wird begutachtet, in welchem Umfang die pflegebedürftige Person außerhäusliche Aktivitäten planen und durchführen kann. Auch wird die Frage gestellt, inwieweit Unterstützung bei der Führung des Haushaltes benötigt wird.

Es gibt auch für diese Module eine Bewertungsskala.

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung	Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen
Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder Einrichtung	Besuch eines Arbeitsplatzes, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes
Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr	Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen
Mitfahren in einem Kraftfahrzeug	

Modul 8: Haushaltsführung

Einkaufen für den täglichen Bedarf	Nutzung von Dienstleistungen
Zubereiten einfacher Mahlzeiten Einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten	Umgang mit finanziellen Angelegenheiten Umgang mit Behördenangelegenheiten
Aufwendige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege	

Pflegegrad (§ 15 SGB XI)

Zur Ermittlung eines Pflegegrades werden in mehreren Berechnungsschritten die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul addiert und - **unterschiedlich gewichtet** - in Form einer Gesamtpunktzahl abgebildet. Der Gesamtpunktwert bestimmt das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit. Daraus leitet sich der Pflegegrad ab.

Pflegegrad	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	Gesamtpunkte
Pflegegrad 1	gering	12,5 bis < 27
Pflegegrad 2	erheblich	27 bis < 47,5
Pflegegrad 3	schwere	47,5 bis < 70
Pflegegrad 4	schwerste	70 bis < 90
Pflegegrad 5	schwerste + mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	90 bis < 100

Nützliche Adressen und Weblinks:

Pflege

www.md-bund.de

www.gkv-spitzenverband.de>pflegeversicherung

www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege

www.bagso.de

www.aok.de/gp/news-pflege

www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege

www.betanet.de

Pflegeberatung der privaten Pflegekassen

www.compass-pflegeberatung.de

Tel. 0800 1018800

Kostenloser Pflegegradrechner

<http://nullbarriere.de/pflegegradrechner.html>

Wohnberatung

www.bag-wohnungsanpassung.de

www.online-wohn-beratung.de

www.nullbarriere.de

www.aktion-barrierefreies-bad.de

www.kv-suew.drk.de/angebote/wohnen-und-betreuung/senioren-wohnberatung

Musterwohnung

<https://barrierefrei-wohnen.kvjs.de/werkstatt-wohnen>

Pflegende Angehörige

<https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/alles-fuer-pflegende-angehoerige>

www.wege-zur-pflege.de

Urlaub und Reisen

www.muettergenesungswerk.de

www.deutsche-alzheimer.de

www.alzheimer-bw.de

www.kkh-reisewelten.de

www.vdk.de

<http://urlaub-und-pflege.de>

www.drk.de/hilfe-in-deutschland/senioren/soziale-aktivitaeten/betreutes-reisen

<https://www.familienerholungswerk.de>

<http://www.buergerhospital-deidesheim.de/de/pflege.html>

www.reisen-fuer-alle.de

Pflegetagebuch

www.GEK.de

www.familiara.de

www.kkf-verlag.de

Pflegeheimsuche

www.aok.de/pk/uni/pflege/pflegenavigator/

<http://rheinneckarkreis.pflege-atlas.de/search>

www.heimverzeichnis.de

Hilfsmittelsuche

www.rehadat-hilfsmittel.de

<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>

Rechtliche Beratung

www.vdk.de

www.biva.de

Übersicht der Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) in Pflegegrade

Pflegegeld pro Monat (§ 37)

Sachleistung pro Monat (§ 36)

Kombination aus Sachleistung und Pflegegeld (§ 38)

Entlastungsbetrag pro Monat (§ 45)

Umwandlungsanspruch von 40 % Sach- auf Entlastungsleistungen (§ 45a)

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel pro Monat (§ 40)

Verhinderungspflege, bis zu 6 Wochen pro Kalenderjahr, 42 Tage (§ 39)

Kurzzeitpflege, bis zu 8 Wochen pro Kalenderjahr, 56 Tage (§ 42)

Teilstationäre Leistungen der Tages-/ Nachtpflege pro Monat (§ 41)

Vollstationäre Pflege pro Monat in Euro (§ 43)

Pflegekurse für Angehörige und andere ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45)

Beratungseinsatz in der Häuslichkeit bei Pflegegeldbezug (§ 37.3)

Wohnraumanpassung/Hilfsmittel pro Maßnahme (§ 40)

Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen pro Monat (§ 38a)






Anschubfinanzierung zur Gründung von amb. betreuten Wohngruppen (§ 45e)

Pflege in vollstationären Einrichtungen für behinderte Menschen (§ 43a)

PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
-	316 €	545 €	728 €	901 €
Anspruch nur über Entlastungsbetrag	724 €	1363 €	1693 €	2095 €
0 €	anteilig	anteilig	anteilig	anteilig
125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
-	bis zu 40% der Sachleistungen	bis zu 40% der Sachleistungen	bis zu 40% der Sachleistungen	bis zu 40% der Sachleistungen
40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
-	1612 €	1612 €	1612 €	1612 €
Anspruch nur über Entlastungsbetrag	1774 €	1774 €	1774 €	1774 €
Anspruch nur über Entlastungsbetrag	689 €	1298 €	1612 €	1995 €
Anspruch nur über Entlastungsbetrag	770 €*	1262 €*	1775 €*	2005 €*
ja	ja	ja	ja	ja
freiwillig 1 x pro Halbjahr	Pflicht 1 x pro Halbjahr	Pflicht 1 x pro Halbjahr	Pflicht 1 x pro Quartal	Pflicht 1 x pro Quartal
4000 €	4000 €	4000 €	4000 €	4000 €
214 €	214 €	214 €	214 €	214 €
2500 €	2500 €	2500 €	2500 €	2500 €
-	266 €	266 €	266 €	266

*Erläuterungen hierzu siehe unter Leistungszuschlag vollstationäre Pflege auf S. 5

Ausarbeitung: PSP Rhein-Neckar-Kreis, Inhalt ohne Gewähr; Quellen in Fußnote: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/Fachinfo_PSGII_web.pdf

Pflegestützpunkt	Kontakt
<p> <u>Hockenheim</u></p> <p>Obere Hauptstr. 7, 68766 Hockenheim</p> <p>Regionale Zuständigkeit: Altlußheim, Brühl, Eppelheim, Ketsch, Neu- lußheim, Hockenheim, Reilingen, Oftersheim, Plankstadt, Schwetzingen</p>	<p>Herr Bitz Tel. 06221 522 2625 k.bitz@rhein-neckar-kreis.de</p> <p>Herr Klink Tel. 06221 522 2623 w.klink@rhein-neckar-kreis.de</p> <p>Frau Piuma Tel. 06221 522 2629 g.piuma@rhein-neckar-kreis.de</p>
<p> <u>Neckargemünd</u></p> <p>Bahnhofstraße 54, 69151 Neckargemünd</p> <p>Regionale Zuständigkeit: Bammental, Eberbach, Gaiberg, Heddesbach, Heiligkreuzsteinach, Lobbach, Mauer, Neckargemünd, Reichartshausen, Schönau, Schönbrunn, Spechbach, Wiesenbach</p>	<p>Herr Luft Tel. 06221 522 2628 h.luft@rhein-neckar-kreis.de</p> <p>Frau Steinbrenner Tel. 06221 522 2624 u.steinbrenner@rhein-neckar-kreis.de</p> <p>Frau Weber Tel. 06221 522 2738 c.weber@rhein-neckar-kreis.de</p>
<p> <u>Sinsheim</u></p> <p>Muthstraße 4, 74889 Sinsheim</p> <p>Regionale Zuständigkeit: Angelbachtal, Epfenbach, Eschelbronn, Helmstadt-Bargen, Meckesheim, Neckarbi- schofsheim, Neidenstein, Sinsheim, Waibstadt, Zuzenhausen</p>	<p>Herr Speth Tel. 06221 522 2622 a.speth@rhein-neckar-kreis.de</p> <p>Herr Falk Tel. 06221 522 2736 c.falk@rhein-neckar-kreis.de</p>
<p> <u>Weinheim</u></p> <p>Dürrestraße 2, 69469 Weinheim</p> <p>Regionale Zuständigkeit: Dossenheim, Edingen-Neckarhausen, Hed- desheim, Hemsbach, Hirschberg, Ilvesheim, Ladenburg, Laudenschbach, Schriesheim, Wein- heim, Wilhelmsfeld</p>	<p>Frau Marg Tel. 06221 522 2620 k.marg@rhein-neckar-kreis.de</p> <p>Frau Haltrich Tel. 06221 522 2699 b.haltrich@rhein-neckar-kreis.de</p> <p>Frau Kurz Tel. 06221 522 2735 b.kurz@rhein-neckar-kreis.de</p>
<p> <u>Wiesloch</u></p> <p>Schwetzingen Str. 59, 69168 Wiesloch</p> <p>Regionale Zuständigkeit: Dielheim, Leimen, Malsch, Mühlhausen, Nuß- loch, Rauenberg, Sandhausen, St. Leon-Rot, Walldorf, Wiesloch</p>	<p>Frau Minchola Martinez de Herzog Tel. 06221 522 2966 J.Minchola@rhein-neckar-kreis.de</p> <p>Frau Revermann Tel. 06221 522 2734 d.revermann@rhein-neckar-kreis.de</p> <p>Frau Thomas Tel. 06221 522 2626 i.thomas@rhein-neckar-kreis.de</p>

Wir empfehlen eine Terminvereinbarung!