

Informationen für unsere **Kundinnen und Kunden!**

**Wissenswertes zur Pflegeversicherung
für die Pflege zuhause**



Im Januar 2017 wurden wesentliche Änderungen des Pflege-
stärkungsgesetzes 2 wirksam. Dieses Gesetz ist das Reform-
gesetz, das die Pflegeversicherung von Grund auf verändert.

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihre Fragen zu den wich-
tigsten Neuerungen beantworten.

Hierbei stehen insbesondere die verschiedenen Unterstüt-
zungsmöglichkeiten im Bereich der ambulanten Pflege im
Mittelpunkt.



Im Sinne der besseren Lesbarkeit wird die männliche Form
verwendet, gemeint ist dann stets auch die weibliche Form.



Wie werden Leistungen bei Pflegebedürftigkeit beantragt?

Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sind bei der zuständigen Pflegekasse (= Krankenkasse) zu beantragen. Die Pflegekasse beauftragt den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) oder andere unabhängige Gutachter, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Grad der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Zusätzlich werden, soweit vorhanden, dem Gutachter weitere erforderliche Unterlagen und Informationen bspw. über Vorerkrankungen, Klinikaufenthalte, zur Heil-, Hilfs- und Pflegehilfsmittelversorgung, zum behandelnden Arzt, zur verordneten häuslichen Krankenpflege und hinsichtlich eines Bevollmächtigten/Betreuers mit entsprechendem Aufgabenkreis ausgehändigt.

Die Entscheidung über den Antrag trifft die Pflegekasse unter Berücksichtigung des vorliegenden Gutachtens. Wenn kein Pflegegrad zuerkannt wurde oder der gewährte Pflegegrad als zu niedrig angesehen wird, kann innerhalb eines Monats nach Erhalt des Bescheids schriftlich Widerspruch eingelegt werden. Je ausführlicher der Widerspruch begründet ist, umso größer sind die Chancen auf Erfolg. Hierbei kann es sinnvoll sein, sich Unterstützung durch den Pflegedienst oder den Pflegestützpunkt zu holen.

Wie läuft die Pflegebegutachtung ab?

Die Begutachtung findet im Wohnbereich des Pflegebedürftigen statt; dies kann auch ein Altenpflegeheim sein. Der Termin für den Hausbesuch, der in der Regel etwa eine Stunde dauert, wird vorher mit dem Pflegebedürftigen bzw. dessen gesetzlichen Vertreter vereinbart. Damit die MDK-Gutachter (speziell ausgebildete Pflegefachkräfte oder Ärzte) einen Eindruck von der Pflegesituation gewinnen können, ist es wichtig zu schildern, welche Einschränkungen vorliegen und was im Alltag Probleme bereitet.

Es ist sinnvoll, wenn eine vertraute Person bei der Begutachtung anwesend sein kann.



Wie wird die Pflegebedürftigkeit festgestellt?

Laut Pflegeversicherungsgesetz sind Menschen pflegebedürftig, wenn sie *gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, (...) bestehen.*

Beim Erfassen der Pflegebedürftigkeit werden sechs Lebensbereiche betrachtet und unterschiedlich gewichtet:

1. Mobilität

Wie selbstständig kann sich der Mensch fortbewegen und seine Körperhaltung ändern? Ist das Fortbewegen in der Wohnung möglich? Wie sieht es mit Treppensteigen aus? ⇒ Gewichtung 10 %

2. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Wie häufig benötigt jemand Hilfe aufgrund von psychischen Problemen, beispielsweise bei aggressivem oder ängstlichem Verhalten? ⇒ Gewichtung 15 % **in Bereich 2 oder 3** (je nach Anzahl der Punkte)

3. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Wie findet sich jemand örtlich und zeitlich zurecht? Kann der Betroffene für sich selbst Entscheidungen treffen? Kann der Mensch Gespräche führen und Bedürfnisse mitteilen? ⇒ Gewichtung 15 % **in Bereich 2 oder 3** (je nach Anzahl der Punkte)

4. Selbstversorgung

Wie selbstständig kann sich der Mensch im Alltag versorgen bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken, beim An- und Ausziehen?

⇒ Gewichtung 40 %

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

Welche Unterstützung braucht der Mensch im Umgang mit seiner Krankheit und bei Behandlungen? Wie oft ist Hilfe bei Medikamentengabe, Verbandwechsel oder bei Arztbesuchen notwendig?

⇒ Gewichtung 20 %

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Wie selbstständig kann der Mensch noch den Tagesablauf gestalten und planen oder Kontakte pflegen? ⇒ Gewichtung 15 %

Je nachdem, wie selbstständig der Pflegebedürftige in jedem der zuvor genannten Bereiche ist bzw. je nachdem, wie viel Unterstützung er in seinem Alltag benötigt, vergibt der Gutachter eine Anzahl von Punkten. Diese fließen mit unterschiedlicher Gewichtung in die Gesamtwertung ein. Hieraus wird am Ende ein Gesamtpunktwert ermittelt. Von diesem Punktwert kann dann der Pflegegrad abgeleitet werden.



Was bedeuten die Pflegegrade?

- Pflegegrad 1 =** geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
⇒ 12,5 bis unter 27 Punkte
- Pflegegrad 2 =** erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
⇒ 27 bis unter 47,5 Punkte
- Pflegegrad 3 =** schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
⇒ 47,5 bis unter 70 Punkte
- Pflegegrad 4 =** schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
⇒ 70 bis unter 90 Punkte
- Pflegegrad 5 =** schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
⇒ 90 bis 100 Punkte





Welche Leistungsbeträge beinhalten die Pflegegrade?

| Leistung | Pflegegrad | | | | |
|---------------------------------|------------------|--------------------|---------|---------|---------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Geldleistung ambulant monatlich | keine | 316 € | 545 € | 728 € | 901 € |
| Sachleistung ambulant monatlich | keine | 689 € | 1.298 € | 1.612 € | 1.995 € |
| Tages- / Nachtpflege monatlich | keine | 689 € | 1.298 € | 1.612 € | 1.995 € |
| Entlastungsbetrag monatlich | bis 125 € | | | | |
| Wohngruppenzuschlag monatlich | 214 € | | | | |
| Verhinderungspflege jährlich | keine | bis 1.612 € | | | |
| Kurzzeitpflege jährlich | keine | bis 1.612 € | | | |
| Vollstationäre Pflege monatlich | keine | 770 € | 1.262 € | 1.775 € | 2.005 € |

Wofür wird Pflegegeld gezahlt?

Pflegegeld wird gezahlt, wenn der Pflegebedürftige in seiner häuslichen Umgebung gepflegt wird. Voraussetzung ist, dass mit dem Pflegegeld die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise sichergestellt werden können.

Mit dem Pflegegeld soll der Pflegebedürftige in die Lage versetzt werden, Angehörigen und sonstigen Pflegepersonen eine materielle Anerkennung für die im häuslichen Bereich übernommene Pflege zukommen zu lassen.

Die Weitergabe des Pflegegeldes an ehrenamtliche Pflegepersonen ist keine Entlohnung oder Bezahlung und ist deshalb steuerfrei.

Das Pflegegeld darf demnach auch nicht auf Sozialhilfe oder Arbeitslosenhilfe des Helfers angerechnet werden. Das Pflegegeld wird monatlich direkt an den Pflegebedürftigen überwiesen. Bei einem Krankenhausaufenthalt des Pflegebedürftigen wird das Pflegegeld für maximal 4 Wochen weiter gezahlt.

Monatliche Leistung:

| | |
|---------------------|--------------|
| Pflegegrad 1 | ---- |
| Pflegegrad 2 | 316 € |
| Pflegegrad 3 | 545 € |
| Pflegegrad 4 | 728 € |
| Pflegegrad 5 | 901 € |

Wer Pflegegeld bezieht, **muss** in Grad **2 und 3 alle 6 Monate**, in Grad **4 und 5 alle 3 Monate** einen Beratungseinsatz durch einen anerkannten Pflegedienst in Anspruch nehmen.

Darüber hinaus **können** Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sowie Pflegebedürftige, die Sachleistungen von einem ambulanten Pflegedienst beziehen **ebenso alle 6 Monate** eine solche Beratung abrufen.

Die Beratung dient dem Pflegebedürftigen und seiner Pflegeperson als Hilfestellung und praktische pflegfachliche Unterstützung sowie der Qualitätssicherung der häuslichen Pflege. Die Kosten für den Beratungseinsatz werden von der Pflegekasse übernommen.





Was ist eine Pflegesachleistung?

Erbringt ein Pflegedienst körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung, nennt man diese Leistungen Sachleistungen (häusliche Pflegehilfe).

Körperbezogene Pflegemaßnahmen beinhalten z. B. die Hilfestellung beim Waschen, Duschen oder Baden, beim An- und Auskleiden, bei der Haar- und Mundpflege, bei der Hautpflege, Toilettengang, Lagern, bei der Mobilisation oder Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

Hilfen bei der Haushaltsführung beinhalten z. B. das Einkaufen für den täglichen Bedarf, die Zubereitung einfacher Mahlzeiten, die Reinigung des allgemein üblichen Wohnbereiches oder die Wäschepflege.

Häusliche Betreuung/Pflegerische Betreuungsmaßnahmen beinhalten z. B. Beaufsichtigung (bloße Anwesenheit, um Sicherheit zu vermitteln), Begleitung (Spaziergänge in der näheren Umgebung) oder Beschäftigung (Unterstützung bei Aktivitäten, Hobbies, Spiel).

Der Pflegedienst rechnet die erbrachten Leistungen direkt mit der Pflegekasse ab, jedoch nur bis zum Höchstbetrag des zuerkannten Pflegegrades. Beträge über den Höchstbetrag werden dem Versicherten in Rechnung gestellt.

Monatliche Leistung:

| | |
|---------------------|-----------------------|
| Pflegegrad 2 | bis zu 689 € |
| Pflegegrad 3 | bis zu 1.298 € |
| Pflegegrad 4 | bis zu 1.612 € |
| Pflegegrad 5 | bis zu 1.995 € |

Wie funktioniert die Kombination von Geld- und Sachleistung?



Schöpft der Pflegebedürftige den Betrag der **Pflegesachleistung** nicht in vollem Umfang aus, hat er einen Anspruch auf ein **anteiliges Pflegegeld**. Der Anteil berechnet sich nach dem Verhältnis zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag der Sachleistung und dem tatsächlich in Anspruch genommenen Betrag. Entsprechend diesem Verhältnis ist das Pflegegeld anteilig auszus zahlen.

Beispiel:

Ein Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 2 nimmt Sachleistungen im Wert von 344,50 € in Anspruch. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 689 €, somit hat er die Sachleistung zu 50 % ausgeschöpft. Vom Pflegegeld seines Pflegegrades in Höhe von 316 € stehen ihm noch 50 %, also 158 € zu.

Was bedeutet Verhinderungspflege?

Die Verhinderungspflege ist ein gesetzlicher Anspruch eines jeden Versicherten mit anerkannter Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2. Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, hat der Pflegebedürftige für die Dauer von bis zu sechs Wochen (42 Kalendertage) je Kalenderjahr Anspruch auf Ersatzpflege.

Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens **sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat**. Für die Ersatzpflege kann die Pflegekasse im Einzelfall **1.612 €** im Kalenderjahr übernehmen. Der Betrag kann **um bis zu 806 €** aus nicht beanspruchten Geldern der Kurzzeitpflege aufgestockt werden, so dass insgesamt für die Verhinderungspflege **bis zu 2.418 €** zur Verfügung stehen.

Wird die Verhinderungs-/Ersatzpflege durch Pflegepersonen durchgeführt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade

verwandt oder verschwägert sind (verwandt z. B. Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder und Geschwister; verschwägert z.B. Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefschwiegereltern) oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, wird davon ausgegangen, dass diese Pflege nicht erwerbsmäßig durchgeführt wird. Daher sind die Aufwendungen der Pflegekasse in solchen Fällen grundsätzlich auf die 1,5 fache Höhe des im jeweiligen Pflegegrades festgelegten Pflegegeldbetrages beschränkt. Entstehen jedoch durch bspw. Verdienstaufschlag oder Fahrtkosten nachweislich höhere Aufwendungen, können diese geltend gemacht werden.

Wird die Ersatzpflege jedoch von dem zuvor genannten Personenkreis erwerbsmäßig erbracht oder aber durch andere Personen (Nachbarn, Bekannte) oder durch einen ambulanten Pflegedienst durchgeführt, kann die Pflegekasse die Kosten bis **zu 1.612 € bzw. 2.418 €** übernehmen.

Bei **stundenweiser** Leistungserbringung ist auch ein Abruf möglich. Ist in diesen Fällen die Pflegeperson weniger als 8 Stunden am Tag verhindert, so erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag von 1.612 € bzw. 2.418 €, nicht aber auf die Anrechnung der Höchstdauer von 42 Tagen.

Bei Pflegegeldempfängern wird das Pflegegeld bei stundenweiser Inanspruchnahme der Ersatzpflege von weniger als 8 Stunden nicht gekürzt. Bei einer Verhinderungsdauer von mehr als acht Stunden wird jeweils bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt; wobei für den ersten und den letzten Tag der Ersatzpflege das volle Pflegegeld gezahlt wird.

Wichtig: Die Kosten der Verhinderungspflege können bis zum Höchstbetrag von 1.612 € bzw. 2.418 € Euro **zusätzlich zur Pflegesachleistung** erstattet werden. Die Caritas-Sozialstation bietet hierfür Unterstützung und Entlastung für mehrere Stunden im Jahr an (stundenweise Verhinderungspflege). Bei Interesse beraten wir Sie gern!





Wofür kann der Entlastungsbetrag eingesetzt werden?

Der sogenannte Entlastungsbetrag von 125 € monatlich steht allen Pflegebedürftigen, also auch dem Pflegegrad 1, als Kostenerstattung zu. Das heißt, der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen z. B. für Leistungen zur Unterstützung im Alltag, damit die pflegenden Angehörigen entlastet werden und die pflegebedürftigen Menschen solange als möglich ihren Alltag selbständig bewältigen können. Darüber hinaus können die Gelder auch eingesetzt werden, um bspw. Leistungen der Tagespflege oder Sachleistungen* ambulanter Pflegedienste zu finanzieren.

** Hier gibt es für die Pflegegrade 2 bis 5 die Einschränkung, dass mit dem Betrag keine Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung, also Körperpflege oder Toilettengänge, finanziert werden können.*

Was ist teilstationäre Pflege?

Teilstationäre Pflege in Tages- oder auch Nachtpflegeeinrichtungen bedeutet: der Pflegebedürftige wohnt zu Hause, wird aber zum Teil tagsüber oder nachts in einer Einrichtung betreut und gepflegt. Für die teilstationäre Tages- oder Nachtpflege übernimmt die Kasse monatlich Kosten bis zu folgenden Höchstbeträgen:

| | |
|---------------------|-----------------------|
| Pflegegrad 2 | bis zu 689 € |
| Pflegegrad 3 | bis zu 1.298 € |
| Pflegegrad 4 | bis zu 1.612 € |
| Pflegegrad 5 | bis zu 1.995 € |

Diese Beträge sollen die während der teilstationären Betreuung anfallenden Aufwendungen für Grundpflege, soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege sowie die Fahrtkosten decken. Für Verpflegung und Unterbringung müssen die Pflegebedürftigen selbst aufkommen bzw. den Entlastungsbetrag von monatlich 125 € dafür einsetzen.

Wichtig: Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege sind komplett von der ambulanten Leistung getrennt, d.h. auch wenn Leistungen für die Tagespflege bis zum Höchstbetrag gebraucht werden, stehen trotzdem noch **das gesamte Pflegegeld** oder **die gesamten Leistungen für den Pflegedienst** (Sachleistungen für häusliche Pflegehilfe) zur Verfügung!

Welche Pflegehilfsmittel gibt es?

Pflegehilfsmittel sind Geräte und Sachmittel, die notwendig sind für die häusliche Pflege und dazu beitragen, dass Beschwerden der pflegebedürftigen Person gelindert werden können oder eine selbstständigere Lebensführung ermöglicht wird. Hierbei werden technische Pflegehilfsmittel (Pflegebett, Lifter) vorrangig leihweise oder gegen eine Zuzahlung zur Verfügung gestellt.

Bis zu 40 € pro Monat werden von der Pflegekasse für Verbrauchsprodukte wie z. B. Einmalhandschuhe, Betteinlagen oder Desinfektionsmittel erstattet.

Auch Versicherte im Pflegegrad 1 haben einen Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Abhängig von den Leistungen ihrer Pflegekasse können Pflegebedürftige zusätzlich waschbare Bettschutzeinlagen zur Wiederverwendung erhalten.





Gibt es eine soziale Absicherung für pflegende Angehörige?

Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 pflegen, werden über die Pflegeversicherung sozial abgesichert. Voraussetzung ist, dass sie nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind und einen oder mehrere Pflegebedürftige wenigstens 10 Stunden an mindestens 2 Tagen in der Woche, zu Hause pflegen. Die Pflegeversicherung zahlt dann Beiträge zur Rentenversicherung, wobei sich die Höhe der Beiträge nach dem Pflegegrad richtet.

Darüber hinaus ist die Pflegeperson während der pflegerischen Tätigkeit unfallversichert und zum Teil gibt es Zuschüsse zur Krankenversicherung. Die Pflegekasse zahlt auch Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, wenn die Berufstätigkeit zur Übernahme der Pflege aufgegeben wurde.

Weitere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrer Pflegekasse.

Welche Leistungen gibt es für ambulant betreute Wohngemeinschaften?

Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften mit mindesten zwei weiteren Pflegebedürftigen gemeinschaftlich zusammen wohnen, haben unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf einen monatlichen Wohngruppenzuschlag von **214 €**. Dieser Betrag kann eingesetzt werden, um eine Person zu finanzieren, die bspw. organisatorische, betreuende oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten in der Wohngemeinschaft übernimmt. Der Wohngruppenzuschlag steht auch den Pflegebedürftigen im Pflegegrad 1 zu.

Darüber hinaus gibt es eine Anschubfinanzierung für die Neugründung einer Pflegewohngemeinschaft in Höhe von **einmalig 2.500 € pro Person** (ab Pflegegrad 1) bzw. **maximal 10.000 € pro Wohngemeinschaft**.

Gibt es eine Bezuschussung für pflegebedingte Umbaumaßnahmen?

Zur Erleichterung und Sicherung der häuslichen Pflege- und Betreuungssituation kann es für den Pflegebedürftigen hilfreich sein, das Wohnumfeld an die besonderen Belange anzupassen. Unter bestimmten Voraussetzungen gibt es hierfür Zuschüsse aus der Pflegeversicherung. Der maximale Zuschuss beläuft sich auf **4.000 € je Maßnahme** und gilt bereits für den Pflegegrad 1.

Hierbei handelt es sich um:

- Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind (z. B. Türverbreiterung, fest installierte Rampen und Treppenlifter oder Einbau individueller Liftsysteme im Bad)
- Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgestaltet wird (z. B. motorisch betriebene Absenkung von Küchenhängeschränken, Austausch der Badewanne durch eine Dusche)
- Eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes kann auch ein Umzug, z.B. von einer Dachgeschoss- in eine Parterrewohnung sein. In diesem Fall kann die Pflegekasse die Umzugskosten bezuschussen.

Ändert sich die Pflegesituation und werden weitere Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich, handelt es sich um eine erneute Maßnahme, so dass ein weiterer Zuschuss bis zu einem Betrag von 4.000 € gewährt werden kann.



Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, darf der Zuschuss bis zu viermal 4.000 €, also bis **zu 16.000 €**, betragen.

Wichtig: Antragstellung vor Beginn der Baumaßnahme!

Welche konkreten Hilfs- und Unterstützungsangebote bietet die Caritas-Sozialstation?

Mit mehr als 40jähriger Erfahrung in der ambulanten Pflege sorgen wir mit unseren rundum guten Angeboten dafür, dass Sie solange als möglich in Ihrem eigenen Zuhause leben können.

- **Kranken- und Altenpflege**
 - Körperbezogene Pflegemaßnahmen z. B. Unterstützung und Hilfe bei der Körperpflege, an- und auskleiden, betten und lagern oder Mobilisation
 - Behandlungspflege nach ärztlicher Verordnung z. B. Verabreichung von Injektionen und Infusionen, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Medikamentenüberwachung oder Wundversorgung
 - Hilfen bei der Haushaltsführung
- **Zusätzliche Angebote zur Unterstützung Ihres Alltags**
 - stundenweise Verhinderungspflege zur Entlastung der Pflegeperson oder wenn diese bspw. wegen Krankheit oder Urlaub verhindert ist
 - Betreuungs- und Entlastungsangebote



- z. B. stundenweise Betreuung/Hilfen bei der Haushaltsführung bei Ihnen zuhause oder Betreuung in der Betreuungsgruppe
- Begleitung durch die Mitarbeitenden des ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienstes
- Caritas-Hausnotruf (in Zusammenarbeit mit dem Malteser Hilfsdienst)
- Essen auf Rädern
- **Beratung**
- kostenlose Beratung und Unterstützung bei allen Fragen rund um die ambulante Versorgung
- individuelle Anleitung und Schulung in Ihrem Zuhause
- regelmäßige Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern

Weitere Unterstützungsangebote

- Tagespflegen Daun, Gerolstein und Kelberg (Caritas-Sankt Katharina GmbH)
- Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Senioren
 - Kylltal WG in Kyllburg
 - Beda WG in Bitburg (ab 2018)
 - WG Auf dem Fronfeld in Kelberg (Gesellschaft der Katharinenschwestern mbH)

Bei weiterem Beratungsbedarf vereinbaren Sie einen Termin mit der Caritas-Sozialstation in Ihrer Nähe.

Wir kommen gern zu Ihnen nach Hause und klären Ihre Fragen und Anliegen.

Raum für Ihre Notizen



Literaturverzeichnis:

betanet. Suchmaschine für Krankheit und Soziales. beta Institut gemeinnützige GmbH. http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Pflegen_de-Angehoerige---Sozialversicherung-313.html. Sozialversicherung-313.html (aufgerufen am 27.04.2017)

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2016): *Wir stärken die Pflege. Die Pflegestärkungsgesetze. Alle Leistungen zum Nachschlagen*. 2. Auflage. Berlin.

Heiber Andreas (2016): *Pflege-Stärkungsgesetz 2. Pflegeversicherung 2.0 – die Änderungen meistern*. Hannover. Vincentz Network.

MDS: *Fragen und Antworten zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und zur Pflegebegutachtung*. <https://www.pflegebegutachtung.de/versicherung/fragen-und-antworten.html#c2123> (aufgerufen am 28.03.2017).

MDS (2016): *Informationen zur Pflegebegutachtung*. Herunterladbar als pdf- Datei unter: https://www.pflegebegutachtung.de/uploads/pics/MDK_41_003_A4-VERSION_EU_05_BF.pdf

Herausgeber:

Caritasverband Westeifel e.V.

Alter Marktplatz 2
54568 Gerolstein
Tel.: +496591 949200

Erarbeitet von:

Silke Mathey, Leitung Gesundheitspflegerische Dienste
Anita Thelen, stv. Leitung Caritas-Sozialstation Daun-Kelberg
Gaby Düx, Assistenz der Leitung Caritas-Sozialstation Prüm-Arzfeld

Diese Broschüre wurde mit größter Sorgfalt erstellt, dennoch kann keinerlei Haftung für die Richtigkeit übernommen werden.

Ausgabe: Juni 2017





Caritasverband
Westeifel e.V.



Caritas-Sozialstationen

Prüm-Arzfeld

Bahnhofstraße 43 · 54595 Prüm
Tel.: 06551/147430 ·
sozialstation-pruem@caritas-westeifel.de

Daun-Kelberg

Mehrener Str. 1 · 54550 Daun
Tel.: 06592/3004 ·
sozialstation@daun.caritas-westeifel.de

Gerolstein-Hillesheim-Obere Kyll

Alter Marktplatz 2 · 54568 Gerolstein
Tel.: 06591/7001 ·
sozialstation@gerolstein.caritas-westeifel.de

Südeifel

Bahnhofstraße 31 · 54634 Bitburg
Tel.: 06561/947590 ·
sozialstation.suedeifel@caritas-westeifel.de