



SIE HABEN WEITERE FRAGEN?
RUFEN SIE UNS EINFACH AN



COMPASS Private Pflegeberatung GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 74 C
50968 Köln

www.compass-pflegeberatung.de

ORIENTIERUNG IN SACHEN PFLEGE

Wir beantworten Ihre wichtigsten Fragen

COMPASS
Private Pflegeberatung

COMPASS
Private Pflegeberatung

„ Jeden Tag wenden sich zahlreiche Ratsuchende mit ihren Fragen an unsere Pflegeexperten am Telefon. “



INHALT

| | |
|-------------------------------------|----|
| Das Vorwort _____ | 02 |
| Die Pflegestufen _____ | 04 |
| Die Leistungen _____ | 10 |
| Die Kosten _____ | 14 |
| Der erhebliche Betreuungsbedarf_ | 16 |
| Die Zusatzleistungen _____ | 18 |
| Die Entlastungsmöglichkeiten ____ | 20 |
| Kurzfristige Pflegezeit _____ | 21 |
| Pflege bis zu einem halben Jahr____ | 22 |
| Die soziale Absicherung _____ | 24 |
| Die technischen Hilfsmittel _____ | 25 |
| Die Beratung _____ | 27 |

VORWORT

Eine chronische Krankheit, eine Behinderung oder gesundheitliche Einschränkungen können ganz unerwartet oder auch allmählich in einer Pflegesituation münden. Für den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen bedeutet dies, dass er auf die Unterstützung anderer – Familie oder Freunde – angewiesen ist.

Für die Angehörigen ist die Versorgung eines hilfebedürftigen Menschen eine enorme Herausforderung – jeden Tag aufs Neue. Wir

möchten Sie bei dieser Aufgabe, die unseren Respekt und unsere Anerkennung verdient, gerne unterstützen. Wir helfen Ihnen bei Fragen zu finanziellen Aspekten der Pflegesituation genauso wie bei organisatorischen und inhaltlichen Fragestellungen. Wir geben Ihnen Orientierung in Sachen Pflege.

Jeden Tag wenden sich zahlreiche Ratsuchende mit ihren Fragen an unsere Pflegeexperten am Telefon. Wir haben die zehn häufigsten Fragen rund um das Thema aufgegriffen und möchten Ihnen mit den Antworten

eine erste Orientierung geben. Unsere Pflegeexperten stehen Ihnen darüber hinaus sowohl am Telefon als auch für ein persönliches Gespräch bei Ihnen zu Hause zur Verfügung. Denn über den allgemeinen Informationsbedarf hinaus haben Sie sicherlich viele Fragen, die sich aus Ihrer ganz speziellen Pflegesituation ergeben. Zögern Sie nicht, sich an uns zu wenden. Wir freuen uns auf Ihren Anruf.

1. **” Ein Anruf direkt bei Ihrem Versicherungsunternehmen oder ein formloses Schreiben bringen die Antragstellung auf den Weg. “**



WIE STELLE ICH EINEN ANTRAG AUF LEISTUNGEN AUS DER PFLEGEVERSICHERUNG UND WIE LÄUFT DAS BEGUTACHTUNGSVERFAHREN AB?

1.1 Der Antrag

Wenn Sie Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung in Anspruch nehmen möchten, müssen Sie einen Antrag bei Ihrem Versicherungsunternehmen stellen. Die Antragstellung ist ganz einfach: Ein Anruf direkt bei Ihrem Versicherer oder ein formloses Schreiben bringen die Begutachtung auf den Weg. Ihr Versicherer sendet Ihnen alle erforderlichen Formulare zu. Sobald Sie die ausgefüllten Formulare zurückgeschickt haben, veranlasst Ihr Versicherungsunternehmen eine Begutachtung. Wenn Sie in diesem Prozess Unterstützung benöti-

gen, können Sie sich jederzeit an COMPASS unter der kostenfreien Servicenummer 0800 101 88 00 wenden. Unsere Experten beraten und begleiten Sie telefonisch oder auch bei Ihnen zu Hause bei all Ihren Fragen rund um die Begutachtung kostenfrei.

Wenn Sie in einem Krankenhaus oder in einer Reha-Einrichtung sind, kann MEDICPROOF, der medizinische Dienst der Privaten Kranken- und Pflegeversicherungen, auf Antrag eine vorläufige Pflegestufenzuordnung nach Aktenlage erstellen. Ihr Versicherungsunternehmen teilt Ihnen die Entscheidung schriftlich mit.

1.2 Das Gutachten

Die Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist bundesweit einheitlich geregelt. Die MEDICPROOF GmbH führt diese bei Ihnen als Privatversichertem durch. Die COMPASS-Experten informieren und unterstützen Sie in diesem Begutachtungsprozess gerne. Sie können sich jederzeit an die kostenfreie Servicenummer 0800 101 88 00 wenden.

MEDICPROOF informiert Sie frühzeitig schriftlich oder telefonisch über den Termin der Begutachtung. Bei dem Begutachtungstermin selbst sollten Sie möglichst

” Die Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist bundesweit einheitlich geregelt. “



alle vorhandenen medizinischen Unterlagen bereithalten. Wenn Sie es wünschen, kann eine Vertrauensperson bei der Begutachtung anwesend sein. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer der insgesamt drei Pflegestufen ist allein der individuelle Hilfebedarf maßgeblich.

Zentrales Kriterium bei der Begutachtung ist, wie viel Zeit ein Familienangehöriger oder eine nicht ausgebildete Pflegeperson für die benötigte Grundpflege aufbringen muss. Als Privatversicherter haben Sie im Fall einer begründeten

Einwendung (beispielsweise nicht berücksichtigte Pflegezeiten der Angehörigen) die Möglichkeit, eine erneute Begutachtung durch MEDICPROOF im Rahmen eines so genannten Zweitgutachtens zu initiieren.



Details zu den drei Pflegestufen:

Pflegestufe I: erhebliche Pflegebedürftigkeit

Hilfe bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) für wenigstens zwei Verrichtungen pro Tag und zusätzlich Hilfe bei der Hauswirtschaft mehrfach pro Woche.
Zeitaufwand: Gesamtbedarf mindestens 90 Minuten pro Tag, davon mehr als 45 Minuten Grundpflege

Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftigkeit

Hilfe bei der Grundpflege mindestens dreimal pro Tag zu verschiedenen Tageszeiten und zusätzlich Hilfe bei der Hauswirtschaft mehrfach pro Woche.
Zeitaufwand: Gesamtbedarf mindestens 180 Minuten pro Tag, davon mindestens 120 Minuten Grundpflege

Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftigkeit

Hilfe bei der Grundpflege rund um die Uhr, auch nachts, und zusätzlich Hilfe bei der Hauswirtschaft mehrfach pro Woche.
Zeitaufwand: Gesamtbedarf mindestens 300 Minuten, davon mindestens 240 Minuten Grundpflege

Hinweis: Bei diesen Zeitangaben werden lediglich so genannte „pflegerelevante Tätigkeiten“ wie zum Beispiel waschen, umbetten oder kämmen miteinbezogen. Zeit, die Sie etwa im Gespräch mit Ihrem pflegebedürftigen Angehörigen verbringen, zählt nicht zu diesen pflegerelevanten Tätigkeiten.



” Gutachter prüfen Einschränkungen der Alltagskompetenz im Rahmen der Pflegebegutachtung. “

1.3 Was bedeutet eingeschränkte Alltagskompetenz?

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen sind in ihrer Alltagskompetenz oft (erheblich) eingeschränkt. Daher können Sie besondere Unterstützung für den damit verbundenen Betreuungsbedarf erhalten. Dabei wird zwischen einem Grundbetrag und einem erhöhten Betreuungsbetrag unterschieden. Der Grundbetrag kann monatlich bis zu 100 Euro betragen, der erhöhte Betreuungsbetrag liegt bei monatlich maximal 200 Euro.

Die MEDICPROOF-Gutachter prüfen diese Einschränkungen der Alltagskompetenz im Rahmen der Pflegebegutachtung oder eines gesonderten Gutachtens unter Berücksichtigung der bereits bekannten Diagnose(n) des Haus- oder Facharztes. Die Experten bewerten anhand von insgesamt 13 psychomentalen Fähigkeiten inwieweit der Betroffene in seiner Wahrnehmung, seinen kognitiven Fähigkeiten und seinem selbständigen Handeln beeinträchtigt ist. Die Diagnose setzt voraus, dass zusätzlich zu Gedächtnisstörungen auch Beeinträchtigung

gen des Denk- und Urteilsvermögens vorliegen, die zu einer nachlassenden Alltagsbewältigung geführt haben.

Das Ergebnis der Untersuchung und den Beginn der Leistungserbringung teilt Ihr Versicherungsunternehmen Ihnen ebenfalls schriftlich mit. Die COMPASS-Experten informieren und unterstützen Sie in diesem Begutachtungsprozess gerne. Sie können sich jederzeit an die kostenfreie Servicenummer 0800 101 88 00 wenden.



” Wer Pflegegeld bezieht, muss einen Beratungseinsatz in der häuslichen Umgebung in Anspruch nehmen. “



WELCHE LEISTUNGEN KANN ICH AUS DER PRIVATEN PFLEGEVERSICHERUNG BEZIEHEN?

2.1 Pflegegeld

Hat Ihr Versicherungsunternehmen eine Pflegestufe bewilligt, können Sie Pflegegeld in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist, dass Sie als Pflegebedürftiger Ihre Pflege mit Hilfe von Angehörigen oder Bekannten selbst sicherstellen können. Dies kann entsprechend Ihrer individuellen Bedürfnisse ganz unterschiedlich ausgestaltet sein, unter anderem durch nahestehende Personen wie Familie oder Nachbarn, Pflegekräfte, die keine Zulassung der Pflegekassen haben oder Personen, die zu Ihnen in einem Arbeitnehmerverhältnis stehen.

Das Pflegegeld beträgt 235 Euro bei Pflegestufe I, 440 Euro bei Pflegestufe II und 700 Euro bei Pflegestufe III.

Wichtig: Wer Pflegegeld bezieht, muss bei Pflegestufe I und II einmal pro Halbjahr, bei Pflegestufe III einmal im Vierteljahr einen Beratungseinsatz in der häuslichen Umgebung in Anspruch nehmen (siehe Punkt 10).

2.2 Pflegesachleistungen

Bei Pflegesachleistungen handelt es sich um professionelle Dienste von Anbietern aus dem Pflegebereich. Darunter fallen ambulante Pflegedienste wie die Sozialstationen der freien Wohlfahrtsverbände oder private Pflegedienste. Achten Sie darauf, dass Sie einen zugelassenen Pflegedienst mit einem Versorgungsvertrag beauftragen.

Die Höhe der Sachleistungen beträgt für die Pflegestufe I 450 Euro, für die Pflegestufe II 1.100 Euro und für die Pflegestufe III 1.550 Euro monatlich, im Härtefall ist sie auf

” Die verschiedenen Leistungen der Pflegeversicherung können in der häuslichen Pflege kombiniert werden. “



1.918 Euro begrenzt. Übersteigen die Kosten der durch den ambulanten Dienst in Anspruch genommenen Leistungen den Höchstbetrag in der jeweiligen Pflegestufe, muss der Pflegebedürftige für die Differenz selbst aufkommen.

Mit dem Pflegedienst werden per Vertrag Art, Umfang und Kosten der Leistungen vereinbart. Die Rechnung begleicht der Pflegebedürftige und reicht diese beim Versicherungsunternehmen ein. Entsprechend der bewilligten Pflegestufe werden die Kosten dann erstattet.

2.3 Kombinationsleistungen

Sie können entsprechend Ihrer individuellen Versorgungswünsche auch Pflegegeld und Pflegesachleistungen kombiniert in Anspruch nehmen. Bei dieser Kombinationsleistung wird der nicht in Anspruch genommene Teil der Pflegesach-



leistungen prozentual auf das Pflegegeld angerechnet. Nimmt der Pflegebedürftige nur einen Teil der ihm zustehenden Sachleistungen in Anspruch (zum Beispiel von Pflegestufe I: statt 450 Euro nur die Hälfte, also 225 Euro), erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld (von 235 Euro die Hälfte, also 117,50 Euro).

Sie haben eine weitere Kombinationsmöglichkeit aus Pflegegeld, Pflegesachleistung und Leistungen für die teilstationäre Versorgung (zum Beispiel Tages- und Nachtpflege). Zusätzlich zum Pflegegeld, zur Pflegesachleistung

oder zur Kombination aus diesen beiden Leistungen können Sie bis zu 50 Prozent der Leistungen aus teilstationärer Pflege in Anspruch nehmen. Dies kann zu einem Gesamtanspruch von 150 Prozent führen. Wichtig ist jedoch, dass immer nur maximal 100 Prozent einer Leistungsart möglich sind.

Hinweis: Auf Grund der vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten informieren Sie bitte bei anstehenden Änderungen im Leistungsbezug immer Ihr Versicherungsunternehmen.

3.

” Die Leistungen für die vollstationäre Pflege allein reichen nicht zur Finanzierung eines Heimplatzes. “



WELCHE LEISTUNGEN KANN ICH ERHALTEN, WENN ICH IN EINEM PFLEGEHEIM LEBE?

Wenn Sie nicht zu Hause gepflegt werden können, gibt es auch die Möglichkeit der Versorgung in einer stationären Einrichtung. Ihr Versicherungsunternehmen übernimmt dabei die Kosten der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Wunsch- bzw. Zusatzleistungen müssen Sie als Pflegebedürftiger selbst tragen.

Die Bundesländer übernehmen in der Regel die darüber hinaus an-

Die Höhe der Erstattung beträgt maximal:

| | |
|---------------------|--------------------------------------|
| bei Pflegestufe I | 1.023 Euro |
| bei Pflegestufe II | 1.279 Euro |
| bei Pflegestufe III | 1.550 Euro (im Härtefall 1.918 Euro) |

fallenden Investitionskosten in Form von Zuschüssen. Bei nicht ausreichender Förderung muss der Pflegebedürftige diese Kosten ebenfalls selbst tragen.



4.

” Zusätzliche Betreuungsleistungen sind zweckgebunden. “



GIBT ES ZUSÄTZLICHE UNTERSTÜTZUNG FÜR DEMENZKRANKE?

Menschen mit demenziellen Erkrankungen haben häufig einen erhöhten Hilfe- und Betreuungsbedarf. Körperlich geht es diesen Menschen meist vergleichsweise gut, weswegen sie bislang oft durch das Raster der Pflegeeinstufung



gefallen sind. Mit der stärkeren Berücksichtigung dieser demenziellen Funktionsstörungen im Begutachtungsprozess und der Erhöhung der Betreuungsleistungen für diesen Personenkreis hat der Gesetzgeber dieser Erkrankung Rechnung getragen. Sie dürfen dieses Geld aus den zusätzlichen Betreuungsleistungen in der Tages- und Nachtpflege oder der Kurzzeitpflege, für die Betreuung durch geschulte Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes oder auch so genannte „niedrigschwellige“ Betreuungsangebote verwenden, da das Geld zweckgebunden ist. Ihr Versicherungsunternehmen er-

stattet die Kosten des jeweiligen Angebotes unter der Voraussetzung, dass die Einrichtung eine entsprechende Zulassung vorweisen kann.

Die COMPASS-Pflegeexperten beraten Sie gerne zu diesem Thema unter der kostenfreien Servicenummer 0800 101 88 00.

Hinweis: Nicht abgerufene Leistungen können bis zum 30. Juni des folgenden Jahres in Anspruch genommen werden.

5.

” **Verhinderungspflege steht Ihnen auch stundenweise zur Verfügung.** “



WAS BEDEUTET VERHINDERUNGSPFLEGE?

Sie versorgen einen Angehörigen zu Hause und müssen einen wichtigen Termin wahrnehmen oder möchten für einige Stunden etwas unternehmen? In diesem Fall können Sie die Verhinderungspflege in Anspruch nehmen.

Das heißt, Sie organisieren die Pflege zu Hause selbst, indem eine Person Ihres Vertrauens einspringt, oder die Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst erfolgt. Eine dritte Möglichkeit ist, Sie bringen Ihren pflegebedürftigen Angehörigen in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung. Voraussetzung für die Verhinderungspflege ist, dass

Sie bereits seit einem halben Jahr den Pflegebedürftigen versorgen. Sie können maximal 28 Tage und bis zu einem Höchstbetrag von



1.550 Euro im Kalenderjahr Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. Dabei ist es auch möglich, im Rahmen der Verhinderungspflege stunden- oder tageweise eine Betreuung zu organisieren. Wird die Verhinderungspflege von Verwandten ersten oder zweiten Grades des Pflegebedürftigen durchgeführt, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes der jeweiligen Pflegestufe begrenzt.

Der Verwandte kann zusätzlich einen Antrag auf Erstattung der Reisekosten und des Verdienstausfalls stellen.

” Kurzeitpflege oder Verhinderungspflege werden für jeweils 28 Tage im Kalenderjahr gewährt. “

6.

7.



WIE STELLE ICH DIE VERSORGUNG IM URLAUB SICHER?

Wenn Sie als pflegender Angehöriger einen Erholungsurlaub benötigen, haben Sie Anspruch auf eine Pflegevertretung. Dazu kann Ihr pflegebedürftiger Angehöriger in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung versorgt werden.

Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten für diese Kurzzeitpflege bis zu einem Betrag von maximal 1.550 Euro oder für 28 Tage pro Jahr. Die Zeit Ihres Urlaubs hat keine negativen Auswirkungen auf Ihre Rentenansprüche.

WIE KANN ICH BERUF UND PFLEGE MITEINANDER VERBINDEN?

7.1 Kurzfristige Pflegezeit

Wird ein naher Angehöriger pflegebedürftig, muss schnell Hilfe organisiert werden. Dafür kann sich der Arbeitnehmer bis zu zehn Arbeitstage in der Regel ohne Anspruch auf Lohnfortzahlung, aber bei vollem Anspruch auf Sozialleistungen freistellen lassen. Dieses Recht greift nicht, wenn sich der Pflegebedürftige bereits voll-

stationär in einer Pflegeeinrichtung befindet. Auf Verlangen des Arbeitgebers muss eine Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen erbracht werden. Dabei ist die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit relevant, soweit noch keine Pflegeeinstufung vorliegt.

Als nahe Angehörige gelten Eltern, Groß- und Schwiegereltern, Ehe- und Lebenspartner, Kinder, Geschwister, Adoptiv- und Pflegekinder (auch die des Lebensgefährten), Schwiegerkinder und Enkel.

” Sie können sich zwischen zehn Tagen und einem halben Jahr von der Arbeit freistellen lassen, wenn Sie ein pflegebedürftiges Familienmitglied versorgen möchten. “



7.2 Pflege bis zu einem halben Jahr
Wenn Sie Eltern, Schwiegereltern, Kinder, Partner oder Großeltern zu Hause pflegen möchten, können Sie sich in einem Unternehmen mit mehr als 15 Mitarbeitern bis zu sechs Monate von der Arbeit freistellen lassen. Nach Ab-

sprache mit Ihrem Arbeitgeber können Sie sich auch teilweise von der Arbeit freistellen lassen.

In jedem Fall müssen Sie als Arbeitnehmer Ihrem Arbeitgeber den Bescheid über die Pflegestufe oder die Feststellung im Rahmen einer vor-

läufigen Einstufung vorlegen. Sie müssen Ihrem Arbeitgeber zehn Arbeitstage vor Beginn der Pflegezeit schriftlich melden, dass Sie diese in Anspruch nehmen wollen. Zudem müssen Sie innerhalb von zehn Tagen Ihren Arbeitgeber schriftlich über die voraussichtliche Dauer der Pflegezeit informieren, die Begutachtung muss danach innerhalb von zwei Wochen terminiert sein. Wie lange Sie in Pflegezeit gehen möchten, hängt von Ihrer individuellen Situation ab. Sie können beispielsweise nur zwei Monate „Auszeit“ nehmen und bei Bedarf auf sechs Monate verlängern. In dieser Zeit

erhalten Sie keine Lohnfortzahlung, haben allerdings vollen Sozialversicherungsschutz. Ist die häusliche Pflege etwa durch den Umzug in ein Pflegeheim oder Tod Ihres Angehörigen nicht länger nötig, endet die Pflegezeit spätestens vier Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände.

Hinweis: Selbständige und Beamte haben keinen Anspruch auf Pflegezeit. Beamte können sich freistellen lassen. Sprechen Sie in diesem Fall Ihren Arbeitgeber am besten direkt an.



” Leistungen für Pflegehilfsmittel unterstützen die Pflege. “



WIE BIN ICH ALS PFLEGEN- DER ANGEHÖRIGER SOZIAL ABGESICHERT?

Ein Kernanliegen der Pflegeversicherung ist die soziale Absicherung der Pflegeperson. Sie haben einen Anspruch auf soziale Absicherung, wenn Sie Ihren Angehörigen ehrenamtlich pflegen. Grundsätzlich sind Sie als Pflegeperson durch die gesetzliche Gemeindeunfallversicherung geschützt. Zudem stehen Ihnen bei Erfüllung bestimmter Bedingungen, abhängig von der Pflegestufe

und dem zeitlichen Umfang der Pflege, die (gestaffelte) Zahlung von Rentenbeiträgen sowie die Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung durch die Agentur für Arbeit nach Beendigung Ihrer Pflegeauszeit zu.

Informieren Sie daher Ihr Versicherungsunternehmen über sämtliche Personen, die in die Pflege involviert sind, damit das Unternehmen Ihre Ansprüche prüfen kann. Vorteile für Pflegepersonen: Versicherungsschutz, Rentenanspruch und Unterstützung bei der Wiedereingliederung in den Beruf durch die Agentur für Arbeit.

WELCHE PFLEGE-/HILFS- MITTEL KANN ICH IN ANSPRUCH NEHMEN?

Bei Pflegebedürftigkeit haben Sie einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel für den häuslichen Bereich. Sie können diese Pflegehilfsmittel formlos bei Ihrem Versicherungsunternehmen beantragen. Sollten darüber hinaus noch Hilfsmittel für die Pflege notwendig sein, wenden Sie sich bitte ebenfalls an Ihr Versicherungsunternehmen.





” Denken Sie an den Beratungseinsatz, wenn Sie Pflegegeld erhalten. “

10.

Sie können diese Hilfsmittel bei Ihrem Versicherungsunternehmen formlos beantragen. Ihr Versicherungsunternehmen prüft dann auf der Grundlage bereits vorliegender Gutachten, ob die Kosten für das Hilfsmittel aus der Pflegepflichtversicherung übernommen werden können. Wurde in diesen keine Hilfsmittlempfehlung getroffen oder noch kein Pflegegutachten erstellt, kann das Versicherungsunternehmen eine gezielte Begutachtung durch einen MEDICPROOF-Sachverständigen initiieren. Teilweise fordern die Versicherungsunternehmen auch eine ärztliche Verordnung an.

In der Regel übernimmt das Versicherungsunternehmen die Versorgung mit dem Hilfsmittel. Fragen Sie bei Ihrem Versicherungsunternehmen direkt, ob Sie einen Eigenanteil tragen müssen.

Zudem können zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, wie zum Beispiel Inkontinenzmaterial, Einmalhandschuhe usw. je nach Bedarf und gegen Quittung bis zu 31 Euro im Monat erstattet werden.

WAS GILT ES ZU BEACHTEN, WENN ICH PFLEGEgeld ERHALTE?

Wenn Sie Pflegegeld erhalten, müssen Sie in Pflegestufe I und II halb-, in Pflegestufe III vierteljährig einen Beratungseinsatz (§ 37 Abs. 3 SGB XI) abrufen. Dieser Beratungsbesuch dient in erster Linie der Qualitätssicherung Ihrer häuslichen Pflege. Die Pflegeexperten, die zu Ihnen nach Hause kommen, sollen Ihnen ein pflegefachliches Wissen vermit-

teln und zum anderen Hilfestellung bei der Versorgung des Pflegebedürftigen anbieten. Rufen Sie diese Beratungsgespräche nicht regelmäßig ab, kann das Versicherungsunternehmen Ihnen das Pflegegeld kürzen oder sogar ganz streichen. Wenn Sie den Beratungsbesuch abrufen möchten, können Sie sich auch an COMPASS wenden.

Rufen Sie einfach die kostenfreie Servicenummer 0800 101 88 00 an und vereinbaren Sie einen Termin. Die entstehenden Kosten übernimmt das Versicherungsunternehmen.