Pflegeagentur 24®
Ambulanter Pflegedienst

Qualität schafft Vertrauen

KUNDENINFO – Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegeratgeber

Das steht Ihnen zu!

Leistungen der Pflegeversicherung

Vorwort

Der Pflege kommt gesellschaftlich ein hoher Stellenwert zu. Dem Gesetzgeber ist an attraktiven Rahmenbedingen gelegen – das gilt sowohl für die professionellen Pflegefachkräfte als auch die Vielzahl pflegender Angehöriger, die sich hier engagieren.

Um dem selbstgesteckten Ziel gerecht zu werden, kommen die Beurteilungsgrundlagen, die Leistungsarten und -höhen sowie die Kombinationsoptionen regelmäßig auf den Prüfstand.

Die vorliegende Broschüre gibt einen Überblick, welche zentralen Unterstützungsleistungen die Pflegeversicherung Ihnen momentan bietet.

Daniel Thein

Geschäftsführer der Pflegeagentur 24
ambulante Alten- und Krankenpflege GmbH

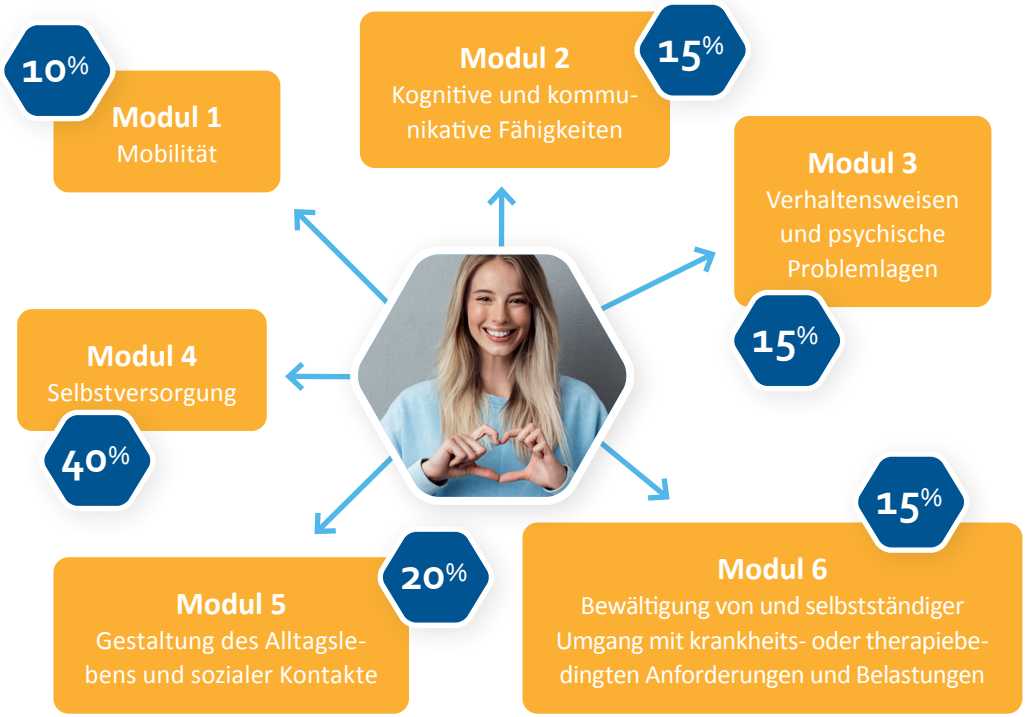
Qualität. Hingabe. Vertrauen.
Das, was wirklich zählt.

Sechs Begutachtungsbereiche – **fünf Pflegegrade**

Bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit steht die Frage nach der Fähigkeit des Einzelnen, seinen Alltag noch selbstständig zu bewältigen, im Zentrum. Insgesamt fünf Pflegegraden kommt die Aufgabe zu, die individuellen Beeinträchtigungen und die Gesamtumstände möglichst exakt abzubilden.

Die Begutachtung erfolgt auf Grundlage eines Punktesystems, das den Grad der Einschränkung erfasst – und zwar in sechs Bereichen:

- Mobilität,
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Selbstversorgung,
- Bewältigung krankheitsbedingter oder therapiebedingter Anforderungen und Belastungen sowie
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakt.



Leistungen auf **einen Blick**

Je nach Pflegegrad (PG) haben Sie Anspruch auf folgende Leistungsbeträge:

Leistungen	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Betreuungs- und Entlastungsleistungen (zweckgebunden) [1]	125 €	125 €	125 €	125 €	125 €
Pflegegeld (ab 1. Januar 2024)	–	332 €	572 €	764 €	946 €
Pflegesachleistung ambulant (ab 1. Januar 2024)	–	760 €	1.431 €	1.778 €	2.200 €
Verhinderungspflege [2]	–	1.612 €	1.612 €	1.612 €	1.612 €
Kurzzeitpflege [2]	125 € [3]	1.774 €	1.774 €	1.774 €	1.774 €
Tages-/Nachtpflege	125 € [3]	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Pflege stationär	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
Pflegebedingte Anpassung des Wohnumfelds	4.000 €	4.000 €	4.000 €	4.000 €	4.000 €
Pflegehilfsmittel	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Hausnotruf	25,50 €	25,50 €	25,50 €	25,50 €	25,50 €
Wohngruppenzuschuss	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €

[1] Keine Geldleistung, sondern zweckgebundene Kostenerstattung für in Anspruch genommene Betreuungsleistungen.
[2] Zusätzliche Leistungen – es erfolgt keine Anrechnung auf das Pflegegeld oder die Pflegesachleistung.
[3] Personen mit Pflegegrad 1 können die Entlastungsleistung (125 Euro) einsetzen

Die Übersicht zeigt:

Unabhängig vom jeweiligen Pflegegrad gibt es vier Leistungen, die jedem Pflegebedürftigen zustehen. Zum einen ist dies eine finanzielle Unterstützung für pflegebedingte Anpassungen des Wohnumfelds in Höhe von bis zu 4.000 Euro je Maßnahme. Zum anderen sind dies wiederkehrende Leistungsbeträge für Betreuung und Entlastung in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich, für Pflegehilfsmittel in Höhe von bis zu 40 Euro sowie einen Hausnotruf in Höhe von 25,50 Euro, ebenfalls pro Monat. Pflegehilfsmittel sind zum Beispiel Bettschutzeinlagen, Windeln oder Einmalhandschuhe, die in der Pflege zum Einsatz kommen.

Pflegegeld für häusliche Pflege durch Angehörige oder selbstbeschaffte Betreuungspersonen sowie Sachleistungen für ambulante Pflegeversorgung gibt es erst ab Pflegegrad 2. Dasselbe gilt für Verhinderungspflege und Tages- oder Nachtpflege. In Pflegegrad 1 Eingestuften steht es jedoch frei, die Monatsbeträge für Betreuung und Entlastung für entsprechende Leistungen einzusetzen. Anders als zum Beispiel beim Pflegegeld handelt es sich bei den Leistungsbeträgen für Betreuung und Entlastung nicht um pauschale Geldleistungen, sondern um zweckgebundene Zahlungen, deren Einsatz beziehungsweise Verwendung nachzuweisen ist (Kostenerstattung).

Was bedeutet was? **Erläuterungen zu den Leistungen**

Pflegegeld für häusliche Pflege

Pflegebedürftige sollen selbst darüber entscheiden, wie, von wem und wo sie gepflegt werden. Das Pflegegeld können sie zur Mitfinanzierung einer häuslichen Pflege in Anspruch nehmen, wenn diese durch Angehörige oder Ehrenamtliche übernommen oder organisiert wird. Das Pflegegeld lässt sich auch mit Pflegesachleistungen kombinieren (mehr zur individuellen Kombinierbarkeit von Leistungen ab Seite 16).

Pflegehilfsmittel

Für Pflegehilfsmittel – also Hilfsmittel, die zur Pflege notwendig sind, wie etwa Einmalhandschuhe, Bettschutzeinlagen und Inkontinenzmaterial – werden 40 Euro pro Monat erstattet. Anspruch besteht bereits ab Pflegegrad 1. Es bedarf hierfür keines ärztlichen Rezeptes mehr – die Verordnung durch eine betreuende Pflegefachkraft genügt.

Pflegesachleistung (ambulant)

Für die Pflege zu Hause können Pflege- und Betreuungsbedürftige die Hilfsangebote ambulanter Pflegedienste nutzen (sogenannte Pflegesachleistungen). Sofern ein Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen besteht, trägt die zuständige Pflegekasse die Kosten im Rahmen der gesetzlichen Höchstgrenzen (wie in der Leistungsübersicht auf Seite 5 aufgeführt).

Tipp

Es gibt im Internet zahlreiche Anbieter, die Pflegehilfsmittel in Wunschzusammenstellung monatlich versenden und sich auch um die Abrechnung mit den Krankenkassen kümmern.

Sprechen Sie uns dazu gerne an.

Verhinderungspflege (bei Verhinderung der eigentlichen Pflegeperson)

Bei Verhinderung der eigentlichen Pflegeperson, zum Beispiel infolge einer Erkrankung oder weil die Pflegeperson eine geplante kurze Auszeit nimmt (Urlaub), übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege in Höhe von 1.612 Euro und für die Dauer von bis zu sechs Wochen. Anspruch besteht ab Pflegegrad 2. Voraussetzung: Die Ersatz-Pflegeperson darf kein naher Angehöriger sein.

Weitere Voraussetzung für den Anspruch auf die Leistungen der Verhinderungspflege ist, dass der Pflegebedürftige schon mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt worden ist und die Pflegeperson Pflegegeld bezogen hat.

Das Pflegegeld wird während der Verhinderungspflege zur Hälfte weitergezahlt. Wichtig ist, dass die Leistung im Vorfeld bei der Pflegekasse beantragt wird. Es besteht die Möglichkeit, Ersatzpflege stundenweise in Anspruch zu nehmen – mit dieser Leistung muss also nicht zwangsläufig ein längerer Ausfall der Pflegeperson einhergehen. Stundenweise Verhinderungspflege wird einmal beantragt und lässt sich dann – je nach Bedarf – individuell abrufen. Bei lediglich stundenweiser Verhinderungspflege wird das Pflegegeld komplett weitergezahlt.

Nicht in Anspruch genommene Leistungen der Kurzzeitpflege erhöhen den Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege. Jedoch lassen sich maximal 806 Euro vom Kurzzeitpflege- in den Verhinderungspflege-Topf übertragen (dazu mehr ab Seite 16).

Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege ist eine vorübergehende Form der stationären Versorgung, um zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer Reha-Maßnahme die häusliche Pflege zu organisieren. Die Pflegeversicherung übernimmt Kosten in Höhe von bis zu 1.774 Euro und bis zu vier Wochen im Kalenderjahr. Nicht genutzte Leistungsansprüche aus der Verhinderungspflege lassen sich hierher übertragen – und zwar in vollem Umfang. Auf diese Weise lassen sich der Leistungsanspruch und die Leistungszeit verdoppeln auf 3.386 Euro für acht Wochen (dazu mehr ab Seite 5).

Tipp

Nutzen Sie die Senioren- und Pflegeberatung! Neben den Pflegeberatungsstützpunkten der Krankenkassen gibt es in vielen Kommunen eigene Senioren- und Pflegeberatungsstellen. Dort werden Sie über alle relevanten Punkte für Ihre individuelle Situation informiert.

Übergreifender Betrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege:

Zum 1. Juli 2025 werden die Leistungsbeträge für die Verhinderungspflege und für die Kurzzeitpflege in einem übergreifenden Jahresbetrag zusammengeführt – eine Neuerung des PUEG. Damit steht künftig ein Leistungsbetrag von bis zu 3.539 Euro zur Verfügung, den Anspruchsberechtigte flexibel für beide Leistungsarten abrufen können. Die bisherige sechsmonatige „Vorpflegezeit“ vor erstmaliger Inanspruchnahme der Verhinderungspflege entfällt.

Tages- oder Nachtpflege (teilstationäre Versorgung)

Die zeitweise stationäre Betreuung im Tagesverlauf in Form einer Tages- oder Nachtpflege ist häufig bei an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen anzutreffen. Die Pflegeversicherung übernimmt die Leistungen der Tages- und Nachtpflege zusätzlich zum Pflegegeld oder der Pflegesachleistung. Die Leistungshöhe ist abhängig vom Pflegegrad – was es im Einzelnen gibt, zeigt die Leistungsübersicht auf Seite 5.

Zusätzliche Betreuungsleistungen

Pflegebedürftige aller Pflegegrade erhalten zusätzlich ein Betreuungsgeld in Höhe von 125 Euro. Im Gegensatz etwa zum Pflegegeld handelt es sich bei den Leistungen für Betreuung und Entlastung allerdings nicht um Pauschalen, die unabhängig von tatsächlich entstandenen Aufwendungen ausgezahlt werden. Vielmehr ist im Detail nachzuweisen, wofür genau Kosten entstanden sind – die Leistung ist also zweckgebunden. In Anspruch genommene Angebote müssen zudem nach dem jeweiligen Landesrecht anerkannt sein.

Anpassungen des Wohnumfelds

Wenn ein Pflege- oder Betreuungsbedürftiger weiterhin zu Hause gepflegt und betreut werden soll, sind oftmals Anpassungen in der Wohnung nötig, sei es zum Beispiel der barrierefreie Umbau des Badezimmers oder der Einbau von Rampen.

Gefördert werden Umbauten zur Erleichterung der häuslichen Pflege mit bis zu 4.000 Euro je Maßnahme.

Tipp

Wichtig für alle Leistungen der Pflegekasse ist, dass Sie diese immer im Vorfeld beantragen. Die nachträgliche Inanspruchnahme der Leistungen ist in der Regel nicht möglich.

Hausnotruf

Die Pflegekasse übernimmt seit dem 1. September 2021 monatliche Mietkosten von 25,50 Euro – sie erstattet die Kosten direkt an den Leistungserbringer. Der Anbieter des Hausnotrufs muss hierzu Vertragspartner der Pflegekasse sein.

Übergangspflege im Krankenhaus

Wessen Versorgung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt nicht gesichert ist, weil bestimmte Leistungen nicht verfügbar sind, kann Übergangspflege im Krankenhaus in Anspruch nehmen. Das gilt je Behandlung für eine Dauer von bis zu zehn Tagen. Zuständig ist die Krankenkasse, nicht etwa die Pflegekasse des Versicherten. Der Sozialdienst im Krankenhaus berät zu dieser Möglichkeit.

Lohnersatzleistungen

Eine weitere interessante Unterstützungsleistung ist der Lohnersatz für Berufstätige. Damit wird Angehörigen finanzielle Unterstützung zugesichert, die sich notfallbedingt und kurzfristig um einen Pflegebedürftigen kümmern. Das Pflegeunterstützungsgeld beträgt in der Regel 90 Prozent des entgangenen Nettoarbeitsentgelts, höchstens jedoch 112,88 Euro pro Tag. Die Inanspruchnahme ist für bis zu zehn Tage jährlich möglich.

Ab 1. Januar 2024 gibt es folgende Neuerung: Das Pflegeunterstützungsgeld ist dann keine einmalige Leistung mehr, sondern es besteht ein flexibler Anspruch von bis zu zehn Tagen jährlich.

Ansprüche über den Tod hinaus

Kostenerstattungsansprüche gegenüber der Pflegeversicherung bei vorfinanzierten Leistungen gelten über den Tod des Pflegebedürftigen hinaus. Die Hinterbliebenen haben zwölf Monate Zeit, sich Ausgaben für solche Leistungen erstatten zu lassen.

Einen Pflegegrad beantragen – **so gehts**

Bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit liegt die Beantragung eines Pflegegrades nahe. Die Feststellung eines bestimmten Pflegegrades ist Voraussetzung vieler – aber nicht aller – Leistungen, die im Pflegefall gewährt werden, und ist insbesondere entscheidend für die Höhe des monatlichen Pflegegeldes. Doch wie geht man bei der Beantragung vor, an wen hat man sich zu wenden und wie ist der genaue Verfahrensablauf?

Leistungen der Pflegeversicherung kommen zunächst einmal nicht von selbst: Pflegebedürftige oder deren bevollmächtigte Angehörige oder Betreuer müssen sie bei der zuständigen Krankenkasse (oder privaten Krankenversicherung) beantragen. Ein medizinischer Gutachter vom Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MD) kommt dann ins Haus und prüft, wie viele Stunden am Tag jemand Hilfe bei

alltäglichen Verrichtungen braucht, etwa beim Aufstehen, bei der Körperpflege oder beim Essen. Das Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MD)-Gutachten dient der Kasse als Entscheidungsgrundlage bezüglich des Vorliegens einer Pflegebedürftigkeit und des genauen Pflegegrades.

Antragsformulare gibt es bei den jeweiligen Krankenkassen, die diese auf Wunsch auch zusenden. Einige Krankenkassen händigen zudem ein Pflegetagebuch aus, mit dem im Vorfeld der Begutachtung schon die jeweils tatsächlich aufzuwendenden Zeiten gewissenhaft erfasst werden können. Dem Gutachter dient das Pflegetagebuch später als Hilfestellung.

Tipp

Da die Krankenkasse rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Antragstellung zahlt, empfiehlt sich unter Umständen zunächst ein formloser schriftlicher Antrag – denn jeder Tag zählt!

Sind die ausgefüllten Antragsformulare bei der Kranken- und Pflegekasse eingegangen, kann die Bearbeitung bis zu sechs Wochen dauern. Der Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MD) meldet sich schriftlich zu einem Besuch an. Sollte der Termin aus wichtigen Gründen nicht wahrgenommen werden können, lässt sich telefonisch ein neuer Besuchstermin vereinbaren.

Sind Pflegebedürftigkeit und Pflegegrad schließlich festgestellt, entscheidet der Pflegebedürftige selbst darüber, ob er lieber Pflegegeld erhält oder eine „Sachleistung“ in Anspruch nimmt (ambulanter Pflegedienst). Beides lässt sich auch kombinieren.

Künftig soll die telefonische Begutachtung stärker zum Tragen kommen, etwa bei Höherstufungen des Pflegegrades – vorausgesetzt, dass der Pflegebedürftige damit einverstanden ist.

Gut zu wissen: Schon vor Beginn der Pflege bieten die Pflegekassen eine umfassende und kostenlose Beratung zu Ansprüchen und Leistungen an, die Betroffene unbedingt nutzen sollten.

Leistungen individuell kombinier- **und anpassbar**

Das Pflegerecht ist ausgesprochen flexibel und eröffnet Ihnen die Möglichkeit, verschiedene Leistungsarten miteinander zu kombinieren oder nicht in Anspruch genommene Leistungen aus einem Topf in einen anderen zu übertragen. So gibt es für Sie etwa die Option, die ambulante Pflegesachleistung, erbracht durch einen Pflegedienst, nur zu einem bestimmten Prozentsatz des Höchstbetrags in Anspruch zu nehmen – und in Höhe des Äquivalenzwerts ergänzend noch Pflegegeld zu erhalten.

Bei den beiden pflegerischen Ausnahmesituationen „Verhinderungspflege“ und „Kurzzeitpflege“ wiederum gilt ein Übertragungsrecht. Verhinderungspflege meint die Übernahme der Pflege durch eine Ersatzperson bis zu sechs Wochen jährlich, wenn diejenige Person, die üblicherweise die häusliche Pflege erbringt, ausfällt oder abwesend ist. Von Kurzzeitpflege wiederum spricht man bei einer nur vorübergehenden stationären Unterbringung des Pflegebedürftigen – für maximal acht Wochen im Jahr ist dies möglich. Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sind Leistungen, die Sie zusätzlich zum Pflegegeld oder zur Pflegesachleistung erhalten.

Nicht abgerufene Leistungen aus dem einem Topf erhöhen Ihren Anspruch auf Leistungen aus dem anderen. Haben Sie Leistungsbeträge für Verhinderungspflege nicht oder nicht in voller Höhe geltend gemacht, erhöht dies den Leistungsbeitrag für Kurzzeitpflege in entsprechender Höhe. Je nach Grad der Nichtinanspruchnahme lässt sich der Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege auf diese Weise verdoppeln. Der Übertrag von einem Topf in den anderen funktioniert auch in die andere Richtung – allerdings lassen sich die Leistungsansprüche aus der Kurzzeitpflege nur bis zu einer Höhe von maximal 806 Euro in den Verhinderungspflege-Topf überführen.

Gut zu wissen: Bei Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege wird das Pflegegeld trotzdem weitergezahlt – und zwar zur Hälfte und bis längstens sechs Wochen (Verhinderungspflege) beziehungsweise acht Wochen (Kurzzeitpflege). Bei stundeweiser Verhinderungspflege wird sogar das komplette Pflegegeld weitergezahlt.

Ab 1. Januar 2024 werden Leistungsbeträge für die Verhinderungs- und die Kurzzeitpflege zu einem übergreifenden Betrag zusammengefasst (mehr dazu unter „Leistungen“ auf Seite 8).

Tipp

Die Tagespflege wird großzügig zusätzlich unterstützt mit bis zu 1.995 Euro pro Monat (Pflegegrad 5) – Sie können sich damit besonders wirkungsvoll selbst entlasten. Ihr pflegebedürftiger Angehöriger wird morgens abgeholt und in eine Pflegeeinrichtung gebracht, wo er den Tag zusammen mit anderen verbringt, um abends wieder in die häusliche Umgebung zurückzukehren. Für den Pflegebedürftigen wiederum ist dies häufig eine sehr schöne Abwechslung.

Entlastungsleistungen: **Wofür gibt es Geld?**

Die Leistungsbeträge für Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Höhe von monatlich 125 Euro lassen sich auf vielfältige Weise einsetzen – jedoch immer nur zur Deckung oder Teildeckung von Aufwendungen, die tatsächlich entstehen. Das Geld können Sie beispielsweise zur (Co-)Finanzierung einer Tages- oder Nachtpflege einsetzen, für Leistungen ambulanter Pflegedienste (jedoch nicht für Leistungen in der Selbstversorgung, außer bei Pflegegrad 1) sowie für Leistungen, die nach dem jeweiligen Landesrecht als Angebote für die Unterstützung im Alltag anerkannt sind.

Wie bei der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege besteht auch bei den Leistungen für Betreuung und Entlastung ein hohes Maß an Flexibilität. Nicht (vollständig) ausgeschöpfte Beträge lassen sich innerhalb eines Kalenderjahres in die Folgemonate beziehungsweise am Ende des Kalenderjahres noch nicht verbrauchte Beträge in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen.

Übergangspflege ohne Vorliegen eines Pflegegrads

In Fällen, in denen kein Pflegegrad vorliegt und Pflege nur vorübergehend erforderlich ist, zum Beispiel nach einer Operation oder aufgrund einer akuten schwerwiegenden Erkrankung, gibt es die sogenannte Übergangspflege als weitere Leistung der Krankenkassen: Für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen haben Versicherte Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie auf eine Haushaltshilfe. Reichen diese Leistungen nicht aus, besteht Anspruch auf Aufnahme in eine Kurzzeit-Pflegeeinrichtung für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr. Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für Pflege, Betreuung und Behandlungspflege mit einem Betrag von bis zu 1.612 Euro jährlich.

Tipp

1.500 Euro im Jahr ist eine schöne Stange Geld – lassen Sie sich diese zusätzliche Leistung nicht entgehen! Nutzen Sie den Betrag, um sich selbst als Pflegeperson Entlastung zu verschaffen – oder entlasten Sie damit alternativ Ihre im Haushalt tätige Betreuungskraft.

Betreuungsvermittlung durch die Pflegeagentur 24

Die vorliegende Broschüre über die Pflegeunterstützung durch die gesetzliche Pflegeversicherung ist ein Service der Pflegeagentur 24 ambulante Alten- und Krankenpflege. Schwesterunternehmen ist die Pflegeagentur 24, die deutschlandweit in der Vermittlung von Betreuungsdienstleistungen im eigenen Zuhause tätig ist. Kooperationspartner sind osteuropäische, insbesondere polnische Partnerunternehmen, die bei ihnen angestelltes Personal im Rahmen der EU-Dienstleistungsfreiheit nach Deutschland entsenden.

Trotz Pflege- und Betreuungsbedarfs in der vertrauten häuslichen Umgebung zu bleiben, ist der Wunsch der meisten Menschen, die der Unterstützung bedürfen. Die Pflegeagentur 24 kümmert sich darum, dass dieser Wunsch Wirklichkeit wird – auch wenn nahe Angehörige aus beruflichen oder familiären Gründen die Betreuung und Pflege nicht selbst leisten können. Getragen ist dieses Engagement von einer festen Überzeugung: „Niemand muss gegen seinen Willen ins Alten- oder Pflegeheim!“

Tipp

Die Leistungsbeträge der gesetzlichen Pflegeversicherung lassen sich vollständig in die Finanzierung einer häuslichen Betreuung einbringen, wie sie die Pflegeagentur 24 vermittelt. Dies gilt fürs Pflegegeld ebenso wie für die Geldbeträge für Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie die Zahlungen für Verhinderungspflege und nicht in Anspruch genommene Kurzzeitpflege. Je nach Pflegegrad kommen so pro Jahr bis zu 15.698 Euro zusammen – der Einsatz einer häuslichen Betreuungskraft wird damit für viele Familien möglich.

Pflegeagentur 24®
Ambulanter Pflegedienst

Essen
Burgstr. 1 · 45289 Essen
Telefon (0201) 7 64 04 10

Essen
Max-Keith-Str. 42 · 45136 Essen
Telefon (0201) 54 50 14 92

Bochum
Im Kattenhagen 12 · 44869 Bochum
Telefon (02327) 9 81 30 00

Mettmann
Mittelstr. 4 · 40822 Mettmann
Telefon (02104) 6 95 99 20

Mülheim a. d. Ruhr
Prinzeß-Luise-Straße 60 · 45479 Mülheim a. d. Ruhr
Telefon (0208) 8 27 99 20

info@pflegeagentur24-pflegedienst.de
Fax (0201) 76 40 41 29

www.pflegeagentur24-pflegedienst.de

Weiterführende Infos: Im Blog der Pflegeagentur 24 (www.pflegeagentur24-pflegedienst.de/blog) erfahren Sie regelmäßig Neuigkeiten sowie praktische Tipps und Anregungen rund um die häusliche Pflege.

Haftungsausschluss: Diese Informationsschrift wurde mit größter Sorgfalt erstellt. Eine Haftung für die Richtigkeit einzelner Angaben wird jedoch ausgeschlossen.

Bildnachweis: Pflegeagentur 24 ambulante Alten- und Krankenpflege GmbH, AdobeStock.com (#575408137, #52545101, #312518324, # 275599531, # 93092556, # 210974069)

Stand 11/2023

Mitglied im bad e.V.

Mitglied im ERFOLGSFAKTOR FAMILIE Unternehmensnetzwerk