



# Pflegeversicherung und entlastende Hilfsangebote

Informationen für Antragstellende, deren Familien  
und Angehörige



**Lebenshilfe**  
Schleswig-Holstein

# **Pflegeversicherung und entlastende Hilfsangebote**

*Stand:2017*

<b>1.</b>	<b>Gesetzliche Grundlagen/ Anspruchsvoraussetzungen</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Leistungen der Pflegeversicherung</b>	<b>2</b>
<b>2.1.</b>	<b>Leistungen ab 2017/ Umstellung auf Pflegegrade</b>	<b>2</b>
<b>2.2</b>	<b>Liste der Sach- und Geldleistungen nach Pflegegraden</b>	<b>5</b>
<b>2.3.</b>	<b>Liste der zusätzlichen ambulanten Leistungen</b>	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Begutachtung</b>	<b>10</b>
<b>4.</b>	<b>Bescheid der Pflegekasse/ Rechtsmittel</b>	<b>11</b>
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung in Leichter Sprache</b>	<b>12</b>
<b>6.</b>	<b>Impressum</b>	<b>13</b>

## 1. Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen der Pflegeversicherung sind im Sozialgesetzbuch XI (**SGB XI**) geregelt. Es trat erstmalig im Januar 1995 in Kraft und wurde zwischenzeitlich durch diverse Änderungen ergänzt, zuletzt durch das Pflegestärkungsgesetz II (gültig ab 1.1.2016).

### Anspruchsvoraussetzungen (§ 18)

- Es muss eine Mitgliedschaft in einer Pflegeversicherung bestehen.
- Es muss die Vorversicherungszeit erfüllt sein - bei Kindern gilt diese Zeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt (§ 25/ § 33 SGB XI).
- Es muss eine **Pflegebedürftigkeit** vorliegen (§ 14 SGB XI).
- Es muss ein Antrag gestellt werden.

## 2. Leistungen der Pflegeversicherung

### 2.1. Leistungen ab 2017/ Umstellung auf Pflegegrade

Das **Zweite Pflegestärkungsgesetz** ist am 1. Januar 2016 in Kraft getreten. **Das neue Begutachtungsverfahren und die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade werden zum 1. Januar 2017 wirksam.**

Das Gesetz setzt einen neuen **Pflegebedürftigkeitsbegriff** um. Damit erhalten erstmals alle Pflegedürftigen **gleichberechtigten Zugang** zu den Leistungen der Pflegeversicherung, **unabhängig davon, ob sie von körperlichen, kognitiven oder psychischen Einschränkungen betroffen sind.** Eine eigene Prüfung der eingeschränkten Alltagskompetenz entfällt.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gehören Minutenpflege und Defizitorientierung der Vergangenheit an. Stattdessen wird es eine Begutachtung geben, die überprüft, wie **selbständig** eine Person ihren Alltag gestalten kann. Je höher dabei der Pflegegrad (PG), desto höher die Leistungen:

- PG 1 - geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 2 - erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 3 - schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 4 - schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- PG 5 - schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Mit der Begutachtung wird **der Grad der Selbständigkeit** in verschiedenen Bereichen (**Module**) anhand eines Punktesystems ermittelt und – **mit unterschiedlicher Gewichtung** – zu einer Gesamtpunkte-Bewertung zusammengeführt. Daraus ergibt sich die Einstufung in einen **Pflegegrad**. Die Module sind:

1. **Mobilität**
2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
4. **Selbstversorgung**
5. **Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapie- bedingten Anforderungen und Belastungen**
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**
7. **außerhäusliche Aktivitäten**
8. **Haushaltsführung**

Bei **Beeinträchtigungen in den Modulen 1 bis 6** spricht man von **Pflegebedürftigkeit** (Anspruch auf Pflegeleistungen).

Bei **Beeinträchtigungen nur in den Modulen 7 bis 8** spricht man von **Hilfebefürftigkeit** (nur Anspruch auf Beratung und Versorgungsplan).

Eine **Sonderregelung gibt es für Kinder von 0 bis 18 Monaten**. Sie werden **einen Pflegegrad höher eingestuft** als Erwachsene mit gleicher Bedürftigkeit. Diesen Pflegegrad können sie ohne eine erneute Begutachtung bis zum 18. Lebensmonat behalten - es sei denn, ihre Situation verbessert oder verschlechtert sich und macht deshalb eine erneute Begutachtung erforderlich. Damit kommt es nicht mehr zu einer Schlechterstellung gerade bei Säuglingen. Nach den 18 Monaten wird automatisch einen Pflegegrad heruntergestuft. Es gibt dabei nur **3 Module**, die überprüft werden:

- **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
- **Selbstversorgung (Nahrungsaufnahme)**
- **Umgang mit krankheits-/ therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**

Die bisherigen Pflegestufen werden zum 1. Januar 2017 automatisch in einen der neuen Pflegegrade übergeleitet, bei Menschen mit **ausschließlich körperlichen Beeinträchtigungen in den nächsthöheren Pflegegrad**. Bei einer (zusätzlich) festgestellten **Einschränkung der Alltagskompetenz** wird die jetzige Pflegestufe **in den übernächsten Pflegegrad überführt**. Alle, die bereits Pflegeleistungen erhalten, erhalten diese mindestens in gleichem Umfang weiter (Bestandsschutz), die meisten **erhalten deutlich mehr Unterstützung**.

Die **soziale Absicherung** von pflegenden Angehörigen wird verbessert. Die Pflegeversicherung wird für mehr pflegende Angehörige Rentenbeiträge und auch Arbeitslosenbeiträge entrichten. Dabei kommt es darauf an, in welchem Umfang die Pflege durch die Pflegeperson erbracht wird. Je höher der Pflegegrad, desto höher der Rentenbeitrag. Dafür müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die pflegebedürftige Person hat mindestens **den Pflegegrad 2**
- Die Pflegeperson pflegt mindestens **zehn Stunden** in der Woche
- Die zehn Stunden sind auf **mindestens zwei Tage** verteilt
- Es müssen **mindestens 30 % der Gesamtleistung** sein
- Die Pflegeperson arbeitet nicht mehr als 30 Stunden in der Woche

Es besteht die Möglichkeit, die erforderlichen 10 Stunden zu erreichen, indem die Pflegezeit bei mehreren pflegebedürftigen Personen addiert wird.

**Beiträge zur Arbeitslosenversicherung** werden für die gesamte Dauer der Pfl egetätigkeit **ab Pflegegrad 2** für Pflegepersonen, die aus dem Beruf aussteigen, bezahlt. Voraussetzung ist eine Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung oder Bezug von Arbeitslosengeld direkt vor der Pfl egetätigkeit. Für Pflegepersonen besteht damit die Möglichkeit, nach dem Ende der Pfl egetätigkeit Arbeitslosengeld zu beantragen und Leistungen der Arbeitsförderung zu beanspruchen.

Die **Pflegeberatung** erfolgt auch gegenüber Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Sie erfolgt auf Wunsch in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der die Person lebt. Wer Leistungen bei der Pflegeversicherung beantragt, soll automatisch das Angebot für eine Pflegeberatung, einen zuständigen Pflegeberater und eine (Preis-) Liste aller Anbieter im Umkreis erhalten.

Die **Beratungseinsätze** nach § 37 Abs. 3 SGB XI verändern sich durch die neue Einstufung in Pflegegrade:

- Pflegegrad 1: Anspruch auf 2 Beratungen/ Jahr
- Pflegegrad 2: verpflichtend halbjährlich
- Pflegegrad 3: verpflichtend halbjährlich
- Pflegegrad 4: verpflichtend vierteljährlich
- Pflegegrad 5: verpflichtend vierteljährlich

Auch bei Pflegesachleistungen ist ein Beratungsbesuch möglich.

Kostenlose Schulungskurse muss die Pflegekasse jetzt ausnahmslos und auch in häuslicher Umgebung der pflegebedürftigen Person durchführen.

## 2.2. Liste der Sach- und Geldleistungen nach Pflegegraden

Folgende Leistungen stehen pflegebedürftigen Personen ab 1.1.2017 zu:

Pflegegrad	Ambulante Sachleistung in €/ Monat (§ 36 SGB XI)	Ambulante Geldleistung in €/ Monat (§ 37 SGB XI)
I	125 € als stationärer Zuschuss möglich	
II	689	316
III	1298	545
IIII	1612	728
V	1995	901

Pflegegeld wird an Versicherte gezahlt, die zuhause von Angehörigen, Freunden oder Bekannten gepflegt werden.

Pflegesachleistungen sind für den Einsatz von ambulanten Pflegediensten gedacht. Die ambulanten Pflegedienste rechnen ihre Leistungen direkt mit der Krankenkasse bzw. dem Kostenträger ab. Beide Leistungen können miteinander kombiniert werden (§ 38 SGB XI).

Die Sätze der ambulanten Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) gelten auch für die teilstationäre Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGBXI).

Für die vollstationäre Pflege/ Versorgung gibt es eigene Sätze.

### 2.3. Liste der zusätzlichen ambulanten Leistungen

Zusätzlich zu den Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) bzw. dem Pflegegeld (§ 37 SGB XI) gibt es noch andere Leistungen der Pflegekassen, die bei ambulanter Pflege genutzt werden können. Hier gibt es eine Übersicht:

Was gibt es?	Welcher Pflegegrad?	Euro
§ 38a Förderung ambulanter Wohnformen	Ab Pflegegrad 1	214/ Monat
§ 39 Verhinderungspflege	Ab Pflegegrad 2	1612/ Jahr
§ 40 Pflegehilfsmittel	Ab Pflegegrad 1	40/ Monat
§ 40 Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen	Ab Pflegegrad 1	4000/ pro Maßnahme
§ 41 Tages- und Nachtpflege	Ab Pflegegrad 2	Nach Pflegegrad
§ 42 Kurzzeitpflege	Ab Pflegegrad 2	1612/ Jahr
§ 45 Angebote zur Unterstützung im Alltag	Ab Pflegegrad 1	125/ Monat
§ 45e Anschubfinanzierung für ambulante Wohnformen	Ab Pflegegrad 1	2500/ einmalig

## Die einzelnen ambulanten Leistungen:

### **Förderung ambulanter Wohngemeinschaften (§ 38a SGB XI) und Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten betreuten Wohngruppen (§ 45e SGB XI)**

Pflegebedürftige Personen können zur Gründung einer ambulanten Wohngruppe einen Zuschlag von **214 € monatlich** erhalten. Bei einer förderfähigen ambulanten Wohngruppe handelt es sich um gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI **ab Pflegegrad 1** sind. In der ambulanten Wohngruppe muss eine Fachkraft tätig sein, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet (sog. Präsenzkraft). Dabei darf der Umfang der Leistungen nicht dem eines stationären Umfangs entsprechen. **Ab 2017 darf teilstationäre Pflege nur zusätzlich erfolgen, wenn der MDK sie für die Sicherstellung der Pflege für notwendig hält.** Auch die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten betreuten Wohngruppen (§ 45e SGB XI) in Höhe von 2500 € pro Person kann von den Anspruchsberechtigten genutzt werden (Gesamtbetrag pro WG bis 10.000 €).

### **Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)**

Diese Leistung kann zur Entlastung und bei Verhinderung der Pflegeperson genutzt werden. Auf Antrag erhalten sie alle pflegebedürftigen Personen **ab Pflegegrad 2** jedes Jahr nach einer Pflegezeit von 6 Monaten bis zu **6 Wochen** im Jahr diese Leistung. In dieser Zeit wird **das hälftige Pflegegeld (§ 37 SGB XI) weitergezahlt**. Das Geld für eine nicht verbrauchte Kurzzeitpflege (§ 42) kann zur Hälfte (806 €) für die Verhinderungspflege ausgegeben werden. Wenn Verwandte bis 2. Grades die Verhinderungspflege leisten, kann maximal der Betrag des 1,5-fachen Pflegegeldes pro Jahr in Anspruch genommen werden. Zusätzlich können Aufwendungen der Verwandten wie Fahrkosten oder Dienstausfall übernommen werden, aber nur in Höhe des Maximal-Betrages der Verhinderungspflege. Verhinderungspflege kann auch stundenweise abgerechnet werden, bei unter 8 Stunden pro Tag bleibt das volle Pflegegeld (§ 37 SGB XI) erhalten.

### **Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen/ Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI)**

Umbaumaßnahmen der Wohnung, die die häusliche Pflege erleichtern oder sicherstellen sollen, können von der Pflegekasse durch einen Zuschuss von bis zu 4000 € pro Maßnahme **ab Pflegegrad 1** gefördert werden. Leben mehrere pflegebedürftige Personen in einer gemeinsamen Wohnung, können



die Zuschüsse für eine Umbaumaßnahme bis zu einem Maximalbetrag von 16.000 € addiert werden. Die Gewährung der Pflegehilfsmittel wird nach der

Begutachtung von der Pflegekasse entschieden. Volljährige pflegebedürftige Personen bezahlen einen Eigenanteil von 10 %, maximal 25 Euro. Der Betrag für Verbrauchs-Pflegehilfsmittel beträgt maximal 40 € im Monat.

### **Kombinationsleistungen mit Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)**

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege **ab Pflegegrad 2** sind **in vollem Umfang** neben der Pflegesachleistung oder dem Pflegegeld **kombinierbar**, d.h. es bleibt die volle Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) bzw. das Pflegegeld (§ 37 SGB XI) erhalten, wenn eine Tages- oder Nachtpflege in Anspruch genommen wird. Die Leistung für eine Tages- und Nachtpflege entspricht der Pflegesachleistung je nach Pflegegrad.

### **Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)**

Diese (stationäre) Leistung steht allen pflegebedürftigen Personen **ab Pflegegrad 2** bis zu 8 Wochen im Jahr zu, wenn die Pflege (zeitweise) nicht im häuslichen Umfeld erbracht werden kann. **In der Zeit wird das hälftige Pflegegeld (§ 37 SGB XI) weitergezahlt.** Nicht verbrauchte Verhinderungspflege (§ 39) kann voll auf die Kurzzeitpflege angerechnet werden. Menschen mit Behinderungen können diese Leistung ohne Altersbeschränkung auch in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe, die nicht als Pflegeeinrichtung anerkannt ist, in Anspruch nehmen, wenn diese die geeignetere Einrichtung ist.

### **Pflegeunterstützungsgeld (§ 44a SGB XI)**

Pflegende Angehörige in einem Beschäftigungsverhältnis haben für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes Anspruch auf einen **Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt** (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu **zehn Arbeitstage im Jahr**. Die Leistung wird in Höhe der Leistung des Kinderkrankengeldes gewährt, wenn diese erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer **akut aufgetretenen Pflegesituation** eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

## **Angebote zur Unterstützung im Alltag: Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45a SGB XI)**

Die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45 SGB XI werden als **Angebote zur Unterstützung im Alltag** zusammengefasst und

können durch anerkannte Träger und Personen durchgeführt werden. Der Betrag beträgt ab 2017 **einheitlich für alle Pflegegrade 125 €**. Die vorher gezahlten Beträge in Höhe von 104€ bzw. 208 € fallen entsprechend weg. Es gilt aber Bestandschutz für die, die **insgesamt** dadurch weniger Geld haben als vorher.

Die Erstattungen der Aufwendungen erfolgt auch dann, wenn für die Finanzierung der Betreuungs- und Entlastungsleistungen Mittel der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) eingesetzt werden (§ 45b SGB XI).

Der Betrag ist zweckgebunden für qualitätsgesicherte Betreuungs -und Entlastungsleistungen einzusetzen. Die Erstattung erfolgt auf Antrag gegen Nachweis entsprechender Aufwendungen (Rechnung). Wird ein Nachweis über die erbrachten Aufwendungen eingereicht, ist dies als Antrag zu werten. Der Betrag kann für folgende Leistungen eingesetzt werden:

- Bei der Tages- und Nachtpflege in teilstationären Einrichtungen
- Im Rahmen der Kurzzeitpflege
- Bei der Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegediensten, sofern es sich um Angebote der Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Selbstversorgung handelt
- Für die Inanspruchnahme der nach Landesrecht anerkannten niederschweligen Betreuungsangebote (z. B. Familienentlastende Dienste)

Als grundsätzlich anerkennungsfähige niedrigschwellige Angebote kommen insbesondere in Betracht:

- Betreuungsangebote von ehrenamtlichen Helfern in Gruppen oder im häuslichen Bereich
- Angebote für die gezielte Entlastung der Pflegenden
- Angebote zur Bewältigung von Anforderungen des Alltags oder im Haushalt
- Angebote zur Unterstützung der eigenverantwortlichen Organisation von individuell benötigten Hilfeleistungen

Es können sich unter bestimmten Bedingungen auch private Personen anerkennen lassen und diese Angebote durchführen, näheres regelt die Landesverordnung für die niedrigschweligen Angebote in Schleswig- Holstein.

Nicht genutzte Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI können bis zu 40% für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch genommen werden, **auch vorrangig (§ 45 b Absatz 3 SGB XI)**.

### **3. Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Begutachtung (§ 18 SGB XI)**

Nach Eingang des Antrages überprüft die zuständige Pflegekasse die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und beauftragt umgehend den Medizinischen Dienst der Kasse (MDK) oder andere unabhängige Gutachter, eine gutachterliche Prüfung vorzunehmen.

Der/die Gutachter/in überprüft, ob eine Pflegebedürftigkeit im Einzelfall vorliegt und trifft eine Zuordnung in einen Pflegegrad. Dabei sind alle vorhandenen ärztlichen Unterlagen zu berücksichtigen. Die Begutachtung soll nach vorheriger Anmeldung durch geschulte und qualifizierte Gutachter im Wohnraum des Antragstellers durchgeführt werden.

Bei der Begutachtung werden gleichzeitig ein möglicher Rehabilitationsbedarf und ein **konkreter Hilfsmittelbedarf festgestellt, der gleichzeitig als Antrag auf Leistungsgewährung gilt**.

Bei Kindern sollen qualifizierte Gutachter (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Kinderarzt/in) eingesetzt werden. Dabei wird berücksichtigt, dass sich ihr jeweiliger Pflegebedarf stark von dem Erwachsener unterscheidet. Als Vergleich dienen gesunde gleichaltrige Kinder.

Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs von Kindern ist dabei nicht der natürliche altersbedingte Pflegeaufwand, sondern **nur der darüber hinausgehende abweichende Hilfebedarf**.

Antragsteller und deren Angehörige sollten sich auf den Besuch des Gutachters gut vorbereiten. Hierzu gehört, dass man z. B. einen typischen Tagespflegeplan erstellt, der alle wichtigen pflegerischen Tätigkeiten beinhaltet und erfasst, wie selbständig die pflegebedürftige Person in den einzelnen Bereichen ist.

Wiederholungsbegutachtungen sollen bis circa Ende 2018 nicht durchgeführt werden, sofern nicht eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist. Damit soll dem vermutlich erhöhten Antrags- und Begutachtungsaufkommen während der Umstellung begegnet werden. Die pflegebedürftige Person kann jederzeit einen Änderungsantrag stellen.

#### **4. Bescheid der Pflegekasse und Rechtsmittel**

Die Pflegekasse ist verpflichtet, das Ergebnis der Begutachtung inklusive des Begutachtungsbogens in einem schriftlichen Bescheid mitzuteilen. Es gibt die

Möglichkeit einen Widerspruch einzulegen. Ein mögliches Klageverfahren würde vor dem zuständigen Sozialgericht stattfinden.

Bei den privaten Kassen spricht man nicht von einem Widerspruch, sondern von einer Einwendung. Es gelten eigene verfahrensrechtliche Vorschriften.

Unser Landesverband berät seine Mitglieder zu allen Themenbereichen rund um die Pflegeversicherung.

#### **Anschriften von Mitgliedern, Einrichtungen & Familienentlastenden Diensten**

Die Anschriften der regionalen Lebenshilfevereinigungen und unseren weiteren Mitgliedern und deren Leistungs- und Dienstangebote (z. B. Familienunterstützende Dienste) können Sie unserer Homepage entnehmen: <http://www.lebenshilfe-sh.de>

## 5. Zusammenfassung in Leichter Sprache



**Manche Menschen brauchen Hilfe im Alltag.**

Zum Beispiel:  
Beim Waschen, Anziehen, Essen.  
Oder beim Spazieren.

**Wer Hilfe braucht, bekommt sie von der Pflege-Versicherung.**

**Sie können die Hilfe als Geld bekommen.  
Sie können die Hilfe auch durch einen Pflege-Dienst bekommen.**

**Die Pflege-Versicherung bezahlt auch andere Sachen.**

Zum Beispiel:  
Wenn Sie Ihre Wohnung barrierefrei haben muss.

**Damit man Hilfe bekommt, muss man Fragen beantworten.**

Zum Beispiel:

Wie oft brauchen Sie Hilfe?  
Welche Hilfe brauchen Sie?

**Damit man Hilfe bekommt, muss man einen Antrag schreiben.**

**Die Regeln für die Hilfe sind schwierig.  
Bitte holen Sie sich Beratung.  
Die Beratung kostet kein Geld.**

**Hier können Sie fragen:**

**Ulrike Tofaute**  
Lebenshilfe Schleswig-Holstein e.V.  
Kehdenstraße 2-10  
24103 Kiel



**Tel. 0431-6611821**  
**tofaute@lebenshilfe-sh.de**

## 6. Impressum

***Wir haben diese Informationen mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Sollten Sie Fehler erkennen oder Ergänzungsvorschläge bzw. Fragen haben, so setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.***

*Die Informationen dieser Broschüre können - mit Hinweis auf die Urheberrechte – sehr gern an Menschen mit Behinderungen, Angehörige, sowie interessierte Menschen und Einrichtungen weitergegeben werden.*

*Die Bilder im Text sind von: © Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V. Illustrator Stefan Albers, Atelier Fleetinsel 2013.*

***Sie haben Fragen zum Inhalt? Dann wenden Sie sich gerne an:  
Ulrike Tofaute***

**Lebenshilfe Schleswig-Holstein e.V.**

Kehdenstr. 2-10 – 24103 Kiel

Tel.: 0431- 66118-0

[info@lebenshilfe-sh.de](mailto:info@lebenshilfe-sh.de)

[www.lebenshilfe-sh.de](http://www.lebenshilfe-sh.de)