



IN SALVO

Pflege in sicheren Händen

Infoschreiben
Finanzierung/Ambulante Pflege

INHALT

1. Ich brauche plötzlich Unterstützung. Wie erhalte ich Hilfe?.....	3
2. Wie finanziere ich meine Pflege?.....	3
3. Welche Leistungen stehen mir zu?.....	3
3.1 Leistungen der Pflegekasse (SGB XI).....	3
3.2 Leistungen der Krankenkasse (SGB V).....	4
3.3 Sozialleistungen (SGB XII).....	4
4. Wie beantrage ich die mir zustehenden Leistungen?.....	5
4.1 Leistungen der Pflegekasse (SGB XI), Pflegegrad	5
4.2 Leistungen der Krankenkassen (SGB V).....	5
4.3 Sozialleistungen (SGB XII).....	6
5. Wie beantrage ich einen Pflegegrad?.....	6
5.1 Welche Angaben brauche ich?.....	6
5.2 Was passiert, nachdem ich das Antragsformular ausgefüllt und abgeschickt habe?.....	7
5.3 Wie kann ich mich auf die Begutachtung durch den MDK vorbereiten?.....	7
5.4 Wie läuft die Begutachtung durch den MDK.....	8
5.5 Wann bekomme ich nach der Begutachtung Bescheid über meine Einstufung?.....	8
5.6 Was passiert, wenn mir mein Pflegegrad mitgeteilt wurde?.....	9
6. Ich möchte Leistungen eines Pflegedienstes in Anspruch nehmen. Wie läuft das ab?.....	9
6.1 Welche Unterlagen benötigt der Pflegedienst vor mir?.....	9
6.2 Ab wann kann ich die Leistungen des Pflegedienstes in Anspruch nehmen?.....	10
7. Welche Kosten kommen auf mich zu, wenn ich Leistungen in Anspruch nehme?.....	10
8. Was passiert, wenn ich dauerhaft mehr Leistungen als vereinbart benötige?.....	10
9. Kommt der Pflegedienst immer zur gleichen Zeit? Was, wenn ich einen Termin habe und eine andere Zeit benötige?.....	11
10. Was passiert, wenn ich mit den Leistungen oder Mitarbeitern des Pflegedienstes unzufrieden bin?.....	11
11. Was, wenn ich notfallmäßig außerhalb der vereinbarten Zeiten Hilfe brauche?.....	11

1. Ich brauche plötzlich Unterstützung. Wie erhalte ich Hilfe?

Je nach Ihrem individuellen Bedarf können Sie aus unserem Leistungskatalog wählen. Wir bieten Ihnen Hilfe bei der täglichen Grundpflege, intensivpflegerische Versorgung, medizinische Behandlungspflege, sowie Betreuungsleistungen und Beratung. Sie erhalten von uns selbstverständlich auch Hilfe, wenn kein Pflegegrad oder eine ärztliche Verordnung vorliegt. Alle unsere Leistungen können Sie auch auf Selbstzahler-Basis in Anspruch nehmen.

2. Wie finanziere ich meine Pflege?

Bei entsprechendem Bedarf stehen Ihnen Leistungen der Pflegekasse, wie auch der Krankenkasse zu. Geregelt ist dies im Sozialgesetzbuch (SGB). Die Pflegekasse übernimmt hierbei die Kosten für die Grundpflege (z.B. Baden oder Hilfe bei der Nahrungsaufnahme) auf Basis des SGB XI. Für medizinische Behandlungspflege (z.B. Verbandswechsel, Infusionen, Medikamentengabe) kommt die Krankenkasse auf (SGB V). Zusätzlich ist bei einer vorliegenden Bedürftigkeit eine Kostenübernahme durch die Sozialhilfe (SGB XII) möglich.

Die Leistungen der privaten Krankenversicherungen bewegen sich in der Regel auf mindestens dem gleichen Niveau wie dem der gesetzlichen Kassen. Im Bereich der Pflegeversicherung sind die Rahmenbedingungen sowohl der gesetzlichen als auch der privaten Pflegeversicherung identisch.

3. Welche Leistungen stehen mir zu?

3.1 Leistungen der Pflege (SGB XI)

Die Ihnen zustehenden Sachleistungen hängen von dem Pflegegrad ab, der durch den MDK (medizinischer Dienst der Krankenversicherungen) bei Ihnen festgestellt wurde. Wenn Sie von Angehörigen oder anderen Pflegepersonen unterstützt werden und keine professionelle Hilfe eines Pflegedienstes in Anspruch nehmen, wird Pflegegeld von den Kassen direkt an Sie gezahlt. Sie können also entweder die Sachleistungen oder das Pflegegeld in Anspruch nehmen. Alle Beträge gelten pro Monat. Wenn Sie nicht den vollen Betrag Ihrer Sachleistungen ausschöpfen ist außerdem eine sogenannte „Kombinationsleistung“ möglich. Sie erhalten dann, den prozentualen Restbetrag Ihres Pflegegeldes. Für eine genaue Berechnung des Restbetrags kontaktieren Sie uns bitte.



Pflege	Sachleistungen § 36 SGB XI	Pflegegeld §37 SGB XI
1	• Pflegeberatung der Pflegekassen • Beratung in der eigenen Häuslichkeit bei Bezug von Pflegegeld • Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen • Versorgung mit Pflegehilfsmitteln • Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds • Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung • Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen • Entlastungsbetrag in Höhe von 125 €/mtl.	
2	796,- €	347,-€
3	1.497,-€	599,-€
4	1.859,-€	800,-€
5	2.299,-€	990,-€

3.2 Leistungen der Krankenkasse (SGB V)

Durch die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V wird die ärztliche Therapie und Behandlung unterstützt, fortgesetzt und somit gesichert. Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten Sie über eine ärztliche Verordnung und wenn eine im Haushalt lebende Person die benötigte Hilfe nicht im erforderlichen Umfang leisten kann. Leben Sie allein, haben Sie ohnehin Anspruch auf häusliche Krankenpflege. Die Leistungen werden je nach Verordnung Ihres Arztes übernommen. Leistungen können zum Beispiel Blutzuckermessung, Insulininjektion, Wundverbände aber auch Medikamentengaben sein.



3.3 Sozialleistungen (SGB XII)

Die Sozialhilfe stellt im Falle der Pflegebedürftigkeit dann Leistungen bereit, wenn nicht ausreichend eigene Mittel oder Mittel von unterhaltspflichtigen Angehörigen zur Verfügung stehen oder andere Sozialleistungssysteme nicht oder nicht mehr greifen. Die Leistungen zur Pflege in der Sozialhilfe entsprechen seit dem 01.01.2017 weitestgehend den Leistungender Pflegeversicherung. Sozialhilfeleistungen werden ausschließlich bei Bedürftigkeit gewährt.

4. Wie beantrage ich die mir zustehenden Leistungen?

4.1 Leistungen der Pflegekasse (SGB XI), Pflegegrad

Voraussetzung für den Bezug von den Pflegeversicherungsleistungen ist die Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen und die Einstufung in einen Pflegegrad. Hierbei ist es notwendig, einen Antrag zur Begutachtung zu stellen. Diesen stellen Sie formlos bei der für Sie zuständigen Pflegekasse. Diese ist in der Regel identisch mit ihrer Krankenkasse. Sie brauchen sofort Hilfe und haben noch keinen Pflegegrad? Das ist kein Problem. Eine Bewilligung der möglichen Leistungen erfolgt grundsätzlich ab Antragsstellung. Daher ist es sinnvoll, so früh wie möglich einen Antrag zu stellen. Weitere Informationen finden Sie unter 5., „Wie läuft die Beantragung eines Pflegegrades (SGB XI) genau ab?“ Gerne unterstützen wir Sie auch bei der Antragsstellung, sprechen Sie uns an.

4.2 Leistungen der Krankenkassen (SGB V)

Basis der Beantragung der Leistungen nach SGB V ist die Verordnung durch Ihren Arzt. Diese muss von Ihnen unterschrieben werden und fristgerecht an Ihre Krankenkasse versendet werden. Die erstmalige Verordnung ist auf 14 Tage befristet und muss dann neu angefordert werden. Spätestens nach drei Monaten muss wieder eine neue Verordnung bei Ihrem Arzt beantragt werden. Bei Fragen zu diesem Ablauf stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Möchten oder können Sie sich nicht selbst um die Verordnungen kümmern, bieten wir dieses komplette Procedere als Serviceleistung für Sie an (Selbstzahlerleistung). Sprechen Sie uns an.

Name, Vorname des Versicherten: _____ Kostenkennung: _____ Versicherten-Nr.: _____

Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom ____ bis ____

☐ in meinem Haushalt ☐ in einem Haushalt einer sonstigen Person ☐ in einer Werkstatt für behinderte Menschen
☐ in einer Schule, Kindergarten ☐ in einer Wohngemeinschaft ☐ in einer betreuten Wohnform ☐ in einer sonstigen Einrichtung

Name: _____
 Straße, Haus-Nr.: _____
 PLZ: _____ Ort: _____

☐ Folgende verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden:

☐ Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person nicht erbracht werden.
☐ Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste.
 Datum: _____ Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters: _____

Angaben des Pflegedienstes (soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon beauftragt worden ist)

Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Zeit vom ____ bis ____

Leistung	Häufigkeit		Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom bis

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst (Werkspartner gem. § 132a Abs. 4 SGB V)

Name des Pflegedienstes: _____
 Straße, Haus-Nr.: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Institutionenkodensystem (Pflegedienst): _____
 Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name): _____
 Telefonnummer des Pflegedienstes: _____ Fax-Nr. des Pflegedienstes: _____
 E-Mail-Adresse des Pflegedienstes: _____
 Datum: _____ Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes: _____

Krankenkasse bzw. Kostenträger: _____

Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code): _____

Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. am: _____

Kostenkennung: _____ Versicherten-Nr.: _____ Status: _____

Betreiberkennung: _____ Arzt-Nr.: _____ Datum: _____

☐ Erst-Verordnung ☐ Folge-Verordnung ☐ Unfall vom ____ bis ____

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

☐ Herichten der Medikamentenbox ☐ intramuskulär ☐ subkutan
☐ Medikamentengabe ☐ herichten ☐ links ☐ rechts ☐ bilaterals
☐ Injektionen ☐ Kompressionsstrümpfe anziehen ☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen
☐ Kompressionsverbände anlegen ☐ Kompressionsverbände schrauben
☐ Stützende und stabilisierende Verbände, Art: _____

Blutzuckermessung

☐ Erst- oder Neuinstellung (max. 4 Wochen und max. 2x täglich) ☐ bei intensiver Insulintherapie

Kompressionsbehandlung

☐ Kompressionsstrümpfe anziehen ☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen
☐ Kompressionsverbände anlegen ☐ Kompressionsverbände schrauben

Wundversorgung und Positionwechsel zur Dekubitusbehandlung

Wundart: _____
 Lokalisation: _____ aktueller Grad: _____
 Präparate, Verbandsmaterialien: _____
☐ Wundversorgung akut ☐ Wundversorgung chronisch
☐ Positionwechsel zur Dekubitusbehandlung

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung): _____ Anzahl: _____

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

☐ Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V ☐ Häufigkeit: _____ Dauer: _____
☐ Krankenhausvermeidungsplanung nach § 37 (1) SGB V tgl. wtl. mtl. vom bis
☐ Grundpflege
☐ hauswirtschaftliche Versorgung

Weitere Hinweise

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertragspartnerstempel / Unterschrift des Arztes

4.3 Sozialleistungen (SGB XII)

Sozialhilfeleistungen werden ausschließlich bei Bedürftigkeit gewährt. Die Inanspruchnahme von Sozialleistungen bedeutet daher grundsätzlich:

- Die Offenlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse
 - Den Einsatz des Einkommens bis auf ein Taschengeld
 - Die Heranziehung des Vermögens zu den Kosten, bis auf einen geschützten Teil
 - Die Heranziehung der unterhaltspflichtigen Angehörigen (Ehegatte, Eltern und Kinder) zu den Kosten
- Einen Antrag auf Sozialhilfe können Sie beim zuständigen Sozialamt stellen. Dort werden Sie auch entsprechend beraten und unterstützt.

5. Wie beantrage ich einen Pflegegrad?

Leistungen der Pflegeversicherung erhält nur derjenige, der einen Antrag stellt. Die erste Antragsstellung erfolgt formlos bei der zuständigen Pflegekasse. Die Pflegekasse ist in der Regel identisch mit Ihrer Krankenkasse, z.B. AOK. Meistens erhalten Sie dann von Ihrer Pflegekasse ein Antragsformular.

5.1 Welche Angaben brauche ich?

Die häufigsten auszufüllenden Punkte sind:

- Name, Versichertennummer, Geburtsdatum, Anschrift
- Erstantrag oder Höherstufungsantrag
- Leistungen, die von der Pflegeversicherung übernommen werden sollen, z.B.:
 - Sachleistungen durch Pflegedienste
 - Pflegegeld
 - Leistungen im Pflegeheim,
 Die Leistungen können sich später jederzeit nach Ihrem Bedarf ändern.

Weiter sind oft Angaben zu machen über:

- Angaben zur Beihilfe (wenn eine Berechtigung besteht)
- Angaben zu anderen Leistungsträgern (z.B. Unfallversicherung)
- Angabe, von wem bisher die Pflege durchgeführt wird (z.B. Angehörige oder ein anderer Pflegedienst)
- Angaben zur Bankverbindung (wenn Pflegegeld an Sie, bzw. Ihre Angehörigen ausbezahlt werden soll)
- Angabe zum Hausarzt und die Einwilligung, dass der MDK-Daten abfragen darf
- Einverständniserklärung zum Hausbesuch durch den MDK
- Angabe über Ankündigung von Familienpflegezeit beim Arbeitgeber der Pflegeperson



5.2 Was passiert, nachdem ich das Antragsformular ausgefüllt und abgeschickt habe?

Nach dem Ihr Antragsformular bei der Pflegekasse eingegangen ist, wird ein Gutachter (das sind in der Regel Ärzte oder Pflegefachkräfte) des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) beauftragt. Der Gutachter kündigt seinen Besuch rechtzeitig an und kommt zu Ihnen nach Hause um eine Begutachtung durchzuführen. Eine Begutachtung ist auch in einem Pflegeheim, dem Krankenhaus, im Hospiz oder einer Rehabilitationseinrichtung möglich. Je nachdem, wo Sie sich gerade befinden.

5.3 Wie kann ich mich auf die Begutachtung durch den MDK vorbereiten?

Um Ihren persönlichen Hilfebedarf bestmöglich festzustellen, ist es sinnvoll, wenn Sie und Ihre Angehörigen sich entsprechend vorbereiten. Unsere Erfahrung zeigt, dass der Besuch des MDK oft mit Stress und Unsicherheit verbunden ist. Aus diesem Grund bieten wir Ihnen gerne unsere Unterstützung an. Auf Anfrage unterstützen wir Sie bei Ihnen zu Hause während der Begutachtung und stehen Ihnen zur Seite (Selbstzahlerleistung). Kontaktieren Sie uns, wir helfen Ihnen weiter.

Fragen	• Was macht mir im Alltag besonders Schwierigkeiten? (z.B. Körperpflege, Haushaltsführung, Arztbesuche) • Wo benötige oder wünsche ich mir Unterstützung im Alltag? • Was kann ich selbstständig im Alltag?
Wichtige Personen	• Wen möchten Sie bei der Begutachtung dabei haben? Sinnvoll ist: – Angehörige, die Sie pflegen – Vertrauenspersonen • Wenn Sie einen gesetzlichen Betreuer haben, sollten Sie diesen über den Termin informieren • Wenn Sie bereits von uns versorgt werden, informieren Sie bitte auch uns über den Begutachtungstermin
Benötigte Unterlagen	• Falls vorhanden: – Arztbriefe von Haus – und Fachärzten – Entlassungsbericht aus der Klinik • Bitte halten Sie bereit: – Ihren aktuellen Medikamentenplan • Falls Sie bereits von uns Unterstützung erhalten: nach Rücksprache mit uns die Pflegedokumentation



5.4 Wie läuft die Begutachtung durch den MDK?

Der Gutachter stellt bei Ihnen zu Hause mit Ihnen fest, in welchen Bereichen Sie selbstständig sind und wo Sie Unterstützung brauchen. Im Fokus der Begutachtung stehen folgende Bereiche:

1. Mobilität (z.B. Treppensteigen)
2. Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten (z.B. zeitliche und örtliche Orientierung)
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (z.B. Wahnvorstellungen)
4. Selbstversorgung (z.B. Waschen und Ankleiden)
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (z.B. Umgang mit Verbandswechseln)
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (z.B. Arztbesuche)

Zudem werden weitere Bereiche erhoben, die nicht mit in die Einstufung Ihres Pflegegrads einfließen. Die Erhebung dieser zusätzlichen Bereiche findet statt, um Ihnen die beste Versorgung und die dazugehörige Beratung anbieten zu können. Bereiche, die zusätzlich erhoben werden sind:

1. Außerhäusliche Aktivitäten (z.B. Verlassen des Bereichs der Wohnung, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen)
2. Haushaltsführung (z.B. Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereiten einer einfachen Mahlzeit, Umgang mit Behördenangelegenheiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten, Wäschepflege)

Die Bewertung Ihrer Selbstständigkeit erfolgt in den meisten Fällen anhand einer vierstufigen Skala:

- 0 = selbstständig/Fähigkeit vorhanden
- 1 = überwiegend selbstständig/Fähigkeit größtenteils vorhanden
- 2 = überwiegend unselbstständig/Fähigkeit in geringem Maß vorhanden
- 3 = unselbstständig/Fähigkeit nicht vorhanden

Aufgrund des erzielten Punktwerts und der Gewichtung ergibt sich ein individueller Punktwert, der Ihren Pflegegrad ergibt.



5.5 Wann bekomme ich nach der Begutachtung Bescheid über meine Einstufung?

Spätestens 25 Arbeitstage nach Antragsstellung hat die Pflegekasse einen Bescheid über den Pflegegrad, bzw. die Ablehnung an den Versicherten zu schicken. Hält die Pflegekasse diese Frist nicht ein und haben Sie bis dahin keinen schriftlichen Bescheid vorliegen, stehen Ihnen für jede Woche der Fristüberschreitung 70 Euro von der Pflegekasse zu. Dies gilt, wenn die Kasse die Verzögerung selbst zu vertreten hat und Sie sich nicht in einer stationären Einrichtung befinden und mindestens einen Pflegegrad 2 haben.

5.6 Was passiert, wenn mir mein Pflegegrad mitgeteilt wurde?

Jetzt stehen Ihnen je nach Pflegegrad die entsprechenden Leistungen (siehe auch 3. „Welche Leistungen stehen mir zu?“) zu. Diese können Sie bei uns als Sachleistung, für Ihre Angehörigen als Pflegegeld oder als Mischform („Kombinationsleistung“) verwenden. Wie Sie mit dem Ergebnis nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen. Das ist formlos und auch ohne Begründung möglich. Weitere Informationen erhalten Sie direkt von Ihrer Pflegekasse.

6. Ich möchte Leistungen eines Pflegedienstes in Anspruch nehmen. Wie läuft das ab?

Um Ihnen eine auf Sie maßgeschneiderte Versorgung bieten zu können, legen wir Wert auf ein persönliches Aufnahmegespräch mit Ihnen und Ihren Angehörigen. Wenn Sie uns anrufen, vereinbaren wir kurzfristig einen Termin für einen Hausbesuch. Wir kommen zu Ihnen nach Hause und stellen mit Ihnen die von Ihnen benötigte Versorgung zusammen. Wenn Ihr genauer Bedarf ermittelt wurde, erhalten Sie von uns in den nächsten Tagen einen Kostenvoranschlag, bzw. ein Angebot. Wenn Sie unsere Leistungen in Anspruch nehmen möchten, erfolgt noch die Unterzeichnung des Pflegevertrags.



6.1 Welche Unterlagen benötigt der Pflegedienst von mir?

Um Sie versorgen zu können, benötigen wir von Ihnen folgende Unterlagen und Informationen. Keine Sorge. Wir besprechen alles, was benötigt wird vor Ort mit Ihnen persönlich und unterstützen Sie, wenn gewünscht. Mit dieser Tabelle können Sie und Ihre Angehörigen sich optimal auf das Erstgespräch vorbereiten. Alle Formulare von uns finden Sie auch im Anhang dieses Dokuments. Alle fett gedruckten Posten brauchen wir zwingend für Ihre Versorgung. Alle weiteren nur, wenn dies auf Sie zutrifft, bzw. nur, wenn Sie mit bestimmten Angeboten einverstanden sind.

Allgemeines	Nur bei SGB V Leistungen (Behandlungspflege)
Ihre Kontaktdaten	Verordnung, Rezepte (hierbei unterstützen wir Sie auch gerne)
Kontaktdaten eines Ansprechpartners (z.B. Angehörige oder Betreuer)	Einverständniserklärung Verblisterung für Medikamente
Kontaktdaten zuständiger Hausarzt, ggf. Fachärzte	Einverständniserklärung Wundfotografie
Angaben zur Wohn- und Versorgungssituation	Einverständniserklärung Servicepauschale
Versichertennummer	
Pflegegrad, wenn vorhanden	
Rechnungsadresse, ggf. Abbuchungsauftrag (SEPA-Lastschrift Mandat)	
Ihre Wunschzeiten	
Ihre Wünsche an die Mitarbeiter/innen, z.B. Geschlecht	
Angebot, unterschrieben	
Pflegevertrag, unterschrieben	
Ggf. Wohnungsschlüssel	
Ggf. Patientenverfügung	

6.2 Ab wann kann ich die Leistungen des Pflegedienstes in Anspruch nehmen?

Wir sind für Sie da. Auch, wenn wir noch nicht alle von Ihnen benötigten Unterlagen haben oder noch Ihre Einteilung in einen Pflegegrad aussteht. Wir kommen trotzdem zu Ihnen und unterstützen Sie.

- **Bei Grund- und Körperpflege (SGB XI-Leistungen)**

Steht Ihr Pflegegrad noch aus, erhalten Sie zunächst einen Kostenvoranschlag über eine Privatrechnung von uns. Haben Sie Ihren Pflegegrad bereits beantragt, können Sie nach Bekanntgabe Ihrer Einstufung diese Rechnung bei der Kasse einreichen und sich den Betrag rückerstatten lassen.

- **Bei Behandlungspflege (SGB V-Leistungen)**

Die Kostenerstattung der Behandlungspflege (z.B. Blutzuckermessung, Verbandswechsel, Medikamentengabe) hängt von der von Ihrem Arzt ausgestellten Verordnung ab. Erst, wenn die Krankenkasse die verordneten Leistungen genehmigt, ist die Kostenübernahme gewährleistet. Leistungen, die nicht von der Kasse genehmigt werden und die Sie dennoch in Anspruch genommen haben, bzw. nehmen möchten, werden über eine Privatrechnung abgerechnet. Die genauen Beträge können Sie unserem für Sie erstellten Kostenvoranschlag entnehmen.

7. Welche Kosten kommen auf mich zu, wenn ich Leistungen in Anspruch nehme?

Je nachdem, in welchen Pflegegrad Sie gruppiert wurden, steht Ihnen monatlich ein Budget für Pflege zur Verfügung (siehe auch 3. „Welche Leistungen stehen mir zu?“) Nehmen Sie Leistungen in Anspruch, die dieses Kontingent übersteigen, verpflichten uns die Kassen dazu, den restlichen Betrag als Privatrechnung abzurechnen. Sie müssen keine Angst haben, dass es am Monatsende ein böses Erwachen gibt. Sie erhalten vorab von uns ein Angebot mit einem Kostenvoranschlag, der die von Ihnen benötigten Leistungen beinhaltet und in Ihr Budget bei der Kasse passt. Weicht die von Ihnen benötigte Versorgung von den vereinbarten Leistungen ab, informieren wir Sie und ggf. Ihre Angehörigen rechtzeitig

8. Was passiert, wenn ich dauerhaft mehr Leistungen als vereinbart benötige?

Wenn sich Ihr Zustand verschlechtert und Sie dauerhaft mehr pflegerische Unterstützung benötigen, gibt es die Möglichkeit bei der Pflegekasse einen Antrag auf Höherstufung des Pflegegrades zu stellen. Der Ablauf ist so, wie wenn Sie einen neuen Antrag auf einen Pflegegrad stellen würden. Weitere Informationen finden Sie auch unter 5. „Wie läuft die Beantragung eines Pflegegrades (SGB XI) genau ab?“ Gerne unterstützen wir Sie und Ihre Angehörigen bei der Antragstellung. Kommen Sie auf uns zu.



Wie auch am Beginn Ihrer Versorgung durch uns unterstützen wir Sie selbstverständlich zu jeder Zeit bedarfsgerecht. Sie erhalten von uns die Leistungen, die Sie benötigen. Auch, wenn Ihr Pflegegrad noch nicht angepasst wurde.

9. Kommt der Pflegedienst immer zur gleichen Zeit? Was, wenn ich einen Termin habe und eine andere Zeit benötige?

Ihre Wünsche und Bedürfnisse nehmen wir sehr ernst und tun unser bestmögliches, um diesen jeden Tag gerecht zu werden. Daher werden unsere Tourenpläne in der ambulanten Pflege täglich neu überarbeitet. Wenn Ihre gewohnte Zeit einmal nicht realisierbar ist, informieren wir Sie zuverlässig einen Tag vorab.

Sollten Sie an einem Tag nicht zu Hause sein oder eine andere Einsatzzeit benötigen, teilen Sie uns dies bitte so früh wie möglich mit. Bitte bedenken Sie auch, dass die Tourenpläne für das Wochenende und Montag bereits am Freitagvormittag verfasst werden und teilen uns Ihre Änderungswünsche entsprechend früh mit.

Da wir mit Menschen für Menschen arbeiten, kann es dennoch in Ausnahmefällen vorkommen, dass es zu Verzögerungen kommt. Zum Beispiel, wenn Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter einen Unfall haben oder ein Notfall bei einer von uns versorgten Person auftritt. Wir versuchen Sie dann schnellstmöglich zu informieren. Danke für Ihr Verständnis.

10. Was passiert, wenn ich mit den Leistungen oder Mitarbeitern des Pflegedienstes unzufrieden bin?

Wir nehmen Ihre Wünsche und Bedürfnisse sehr ernst. Daher ist es uns besonders wichtig, dass Sie es uns mitteilen, wenn Sie nicht mit uns zufrieden sind. Sprechen Sie uns oder unsere Mitarbeiter an. Uns ist es wichtig, Probleme direkt und persönlich zu klären. In den meisten Fällen lässt sich eine Lösung finden. Wir haben ein fest installiertes Beschwerdemanagement in unserem Pflegedienst. So können wir Ihre Beschwerde zeitnah, umfassend und nachhaltig bearbeiten.

11. Was, wenn ich notfallmäßig außerhalb der vereinbarten Zeiten Hilfe brauche?

Egal wann. Bei Notfällen sind wir immer für Sie da!

Unter unserer Nummer **+49 (0) 861 90976700** oder **+49 (0) 15170080839** erreichen sie uns rund um die Uhr!

Bitte beachten Sie, dass unser Büro lediglich von Montag bis Freitag **8:00** bis **16:00** Uhr besetzt ist. Daher können wir Ihnen außerhalb dieser Zeiten keine Informationen über Organisatorisches geben. Bitte wenden Sie sich auch mit Wünschen, Anregungen und Beschwerden in den Bürozeiten an uns.

In lebensbedrohlichen Notfällen wählen Sie bitte sofort die **112**.

Ärztliche Hilfe erhalten Sie zudem unter der ärztlichen Bereitschaftsnummer **116 117**.