

## Kurzzeitpflege

30.01.2012

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie suchen für sich selbst oder für Ihren Angehörigen / zu Betreuenden einen Kurzzeitpflegeplatz.

In diesem Zusammenhang stellen sich gewiss zahlreiche Fragen. Einige dieser Fragen können anhand unserer Erstinformationen vielleicht schon beantwortet werden.

Falls Sie ein Beratungsgespräch wünschen oder für sich bzw. Ihren Angehörigen / zu Betreuenden einen Termin für die Kurzzeitpflege vormerken lassen möchten, können Sie sich gerne mit unserer zuständigen Mitarbeiterin, Frau Becker, in Verbindung setzen.


Frau Becker  
oder über das Sekretariat

☎ 0201 / 50 23 227  
☎ 0201 / 50 23 205 oder 50 23 320

Am besten erreichen Sie uns

montags bis freitags  
von 9.00 bis 15.00 Uhr

Mit freundlichen Grüßen

  
Heinrich Gerlach  
Geschäftsführer

<b>1</b>	<b>Kurzzeitpflege</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Leistungen im Rahmen der Kurzzeitpflege</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Entgelt für erbrachte Leistungen im Rahmen der Kurzzeitpflege</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Hinweise zur Bezahlung der Entgelte</b>	<b>4</b>
<b>5</b>	<b>Formalitäten</b>	<b>6</b>
<b>6</b>	<b>Angaben zur Person</b>	<b>7</b>
<b>7</b>	<b>Ärztlicher Fragebogen (Hausarzt oder Krankenhausarzt)</b>	<b>9</b>
<b>8</b>	<b>Nicht vergessen !</b>	<b>10</b>
<b>9</b>	<b>Vorvertrag zum Kurzzeitpflegevertrag</b>	<b>11</b>

## 1 Kurzzeitpflege

Wir sind ein Seniorenzentrum in der Trägerschaft evangelischer Kirchengemeinden in Essen-Steele sowie des Kirchenkreises Essen. Mit unseren Einrichtungen und Diensten wollen wir pflegebedürftigen älteren Menschen eine bestmögliche Versorgung zukommen lassen. Jeder, der sich vorübergehend bei uns aufhält oder auf Dauer bei uns wohnt, soll fachlich kompetent gepflegt und betreut werden, sich wohl fühlen und Geborgenheit erfahren.

Im Rahmen der **Kurzzeitpflege** versorgen wir Pflegebedürftige, die vorübergehend nicht in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt und betreut werden können oder deren Pflegepersonen vorübergehend verhindert sind.

## 2 Leistungen im Rahmen der Kurzzeitpflege

### Unsere Leistungen umfassen

- Unterkunft
- Verpflegung
- Hauswirtschaftliche Versorgung
- Allgemeine Pflegeleistungen (Grundpflege)
- Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege)
- Soziale und kulturelle Betreuung

### Unsere Leistungen beinhalten nicht

- Versorgung von Wachkoma- und Beatmungspatienten

### Besondere Angebote im Haus

- evangelische und katholische Seelsorge, Kapelle
- Praxis für Physiotherapie
- Kiosk und Cafeteria
- Fußpflege und Frisör

### 3 Entgelt für erbrachte Leistungen im Rahmen der Kurzzeitpflege

Übersicht über Entgelte in der Kurzzeitpflege / Tag (gültig ab 01.01.2012):

	PFLEGE	UNTERKUNFT	VERPFLEGUNG	INVEST.-KOSTEN
	Leistungen der Pflegeversicherung bzw. Eigenleistung bei Pflegestufe 0	Eigenleistung	Eigenleistung	Leistungen des Sozialamtes bzw. Eigenleistung bei Pflegestufe 0
Stufe 0	32,11 €	17,00 €	13,08 €	18,93 €
Stufe I	49,91 €	17,00 €	13,08 €	18,93 €
Stufe II	71,24 €	17,00 €	13,08 €	18,93 €
Stufe III	93,36 €	17,00 €	13,08 €	18,93 €

Die Pflegeversicherung übernimmt bei den Pflegestufen I bis III

Pflegestufe I	bis zu	1.023 €
Pflegestufe II	bis zu	1.279 €
Pflegestufe III	bis zu	1.550 €

für den pflegebedingten Aufwand, maximal für 28 Tage je Kalenderjahr.

Die Investitionskosten werden in der Regel von dem zuständigen Sozialamt übernommen. Hierbei handelt es sich um eine Förderung nach dem Landespflegegesetz und ist nicht vom Einkommen / Vermögen des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen abhängig!

Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 0 müssen die Investitionskosten selber zahlen!

Für Einzelzimmer kommt ein täglicher Zuschlag von 4,00 € hinzu.

Falls Inkontinenzmaterial benötigt, aber nicht selbst bereitgestellt wird, fällt zusätzlich eine Pauschale von täglich 1,20 € an.

### 4 Hinweise zur Bezahlung der Entgelte

Voraussetzung für eine Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegekasse ist, dass rechtzeitig vor Aufnahme vom Versicherten, dem Angehörigen oder Betreuer bei der Pflegekasse ein Antrag auf Kurzzeitpflege gestellt wird. Es ist zu bedenken, dass der Anspruch auf Pflegegeld für die häusliche Pflege während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes entfällt.

**Sonstige Leistungen, die von der Pflegekasse bereitgestellt und in Anspruch genommen werden können ( siehe § 45 b SGB XI, zusätzliche Betreuungsleistungen) sind von den Angehörigen selbst zu beantragen und können nicht über / mit der Kurzzeitpflegerechnung erstattet werden.**

Sofern die laufenden Einkünfte sowie die Leistungen der Pflegekasse nicht zur Deckung der gesamten Kosten ausreichen, besteht u.U. die Möglichkeit, zur Deckung der Restkosten Leistungen des örtlichen Sozialhilfeträgers in Anspruch zu nehmen. Auch dieser Antrag muss vor Aufnahme gestellt werden (Sozialamt, Steubenstr. 53). Eine Antragstellung durch den Sozialdienst des Krankenhauses reicht nicht aus. Die Kosten werden erst vom Tag der Antragstellung an übernommen.

Kosten, die von der Pflegekasse oder dem Sozialhilfeträger nicht übernommen werden, müssen vom Pflegebedürftigen oder dessen Vertreter selbst getragen werden.

## 5 Formalitäten

### Für die Reservierung sind folgende Angaben erforderlich:

- ausgefülltes und unterzeichnetes Formular „Angaben zur Person“ (siehe 6.)
- **Vorvertrag zum Kurzzeitpflegevertrag** ist umgehend vorzulegen (siehe Anlage)
- Kopie der Bestellung als gesetzliche Betreuungsperson, sofern eine Betreuung eingerichtet wurde (Bestellungsurkunde, ggf. Vollmachtserklärung \*)
- Formular „Ärztlicher Fragebogen“ (**aktueller Stand, ca. 1 – 2 Wochen vor Beginn der Kurzzeitpflege vorlegen**), ausgefüllt vom behandelnden Arzt  / vom Krankenhaus   
Falls sich der Gesundheitszustand in der Zeit bis zur Aufnahme in die Kurzzeitpflege erheblich verändert hat, ist der „ärztliche Fragebogen“ spätestens 3 Tage vor Beginn der Kurzzeitpflege zu aktualisieren.
- Kostenzusage der Pflegekasse (**ca. 4 Wochen vorab**)

### Nachweise, Dokumente, die spätestens am Tag der Aufnahme erforderlich sind:

- Versichertenkarte der Krankenkasse
- Personalausweis
- Kopie einer Vorsorgevollmacht mit ärztlicher Bescheinigung \*)
- Rezept des Hausarztes bei Inkontinenz
- Kopie der aktuellen Pflegeeinstufung \*)
- Kopie über Befreiung von Zuzahlungen zu Arznei- und Hilfsmitteln \*)
- Überweisung an den weiterbehandelnden Arzt
- **Aktuelle** Medikamentenverordnung mit Dosierangaben/ Diäten
- Kopie des Schwerbehindertenausweises (Vorder- und Rückseite) \*)
- Entlassungs- und Pflegeberichte aus dem Krankenhaus \*)
- Detaillierte Angaben über den Gast, z.B. Vorlieben, Tagesablauf, usw.

---

\*) falls zutreffend

## 6 Angaben zur Person

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsname: ..... Familienstand: .....  
Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....  
Konfession: ..... Nationalität: .....  
Telefon: ..... Beruf: .....

### Wohnung (mit Hauptwohnsitz angemeldet):

Straße: ..... Nr.: ..... Postleitzahl: ..... Ort: .....

### Derzeitiger Aufenthaltsort (Krankenhaus, Pflegeeinrichtung, ....), falls nicht zuhause:

Name der Einrichtung: .....  
Straße: ..... Nr.: ..... Postleitzahl: ..... Ort: .....  
Telefon: ..... Ansprechperson: .....

### Angehörige / Bezugspersonen

Name: ..... Straße: .....  
Verwandtschaftsverhältnis : ..... Postleitzahl: ..... Ort: .....  
Telefon, privat: ..... Telefon, dienstlich: .....  
Telefon, mobil: ..... E-Mail: .....

### Wer ist während des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege Ansprechpartner und wo und wie erreichbar ?

Name: ..... Straße: .....  
Verwandtschaftsverhältnis : ..... Postleitzahl: ..... Ort: .....  
Telefon, privat: ..... Telefon, dienstlich: .....  
Telefon, mobil: ..... E-Mail: .....

### Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Pflegeeinstufung liegt vor:  ja  nein  
Pflegeeinstufung seit: ..... Pflegestufe: .....

## Ärzte

### A Hausarzt

Name: ..... Straße: .....

Fachbereich: ..... Postleitzahl: ..... Ort: .....

Telefon: .....

Ist der Arzt bereit, die Versorgung / Visite während des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege fortzusetzen: .....  ja  nein

### B Facharzt

Name: ..... Straße: .....

Fachbereich: ..... Postleitzahl: ..... Ort: .....

Telefon: .....

Ist der Facharzt bereit, die Versorgung / Visite während des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege fortzusetzen: .....  ja  nein

## Betreuung

Liegt eine vom Amtsgericht festgesetzte Betreuung vor?  ja  nein

Falls ja, bitte eine Kopie beifügen

Betreuer: ..... Straße: .....

Vorname: ..... Postleitzahl: ..... Ort: .....

Telefon: ..... Wirkungskreis: .....

.....

## Vollmachten

Liegen Vollmachten vor:  ja  nein

Falls ja, bitte eine Kopie der Vollmachtserklärung beifügen

## Versicherungen

Krankenkasse: ..... Versicherten-Nr.: .....

von Zuzahlung befreit:  ja  nein Frei-Nr.: .....

Pflegekasse: .....

## 7 Ärztlicher Fragebogen (Hausarzt oder Krankenhausarzt)

Name: ..... Vorname: .....  
 geb. am.: ..... Krankenkasse: .....

<b>Diagnosen</b>	
<b>Medikamente</b>	

<b>Funktionen</b>	ja	nein	mit Hilfsmitteln
Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urininkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhlbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Orientierung</b>	ja	nein	zeitl.	örtlich	zur Person
Voll klar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilweise desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Hilfebedarf Körperpflege**

	ja	nein
Benötigt Hilfe bei:		
Ganzkörperwaschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird zur Toilette geführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigt auf der Toilette Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Patient wird auch während seines Aufenthalts in der Kurzzeitpflege im Ev. Altenkrankenheim in Essen-Steele von mir ärztlich betreut. Dazu gehören ggf. auch Hausbesuche.

### **Hilfebedarf Ernährung**

	ja	nein
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrung wird angereicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG-Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ja
- nein

### **Hilfebedarf Mobilität**

	ja	nein
Benötigt Hilfe beim		
Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift, Stempel

	ja	nein
<b>Frei von ansteckenden Krankheiten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gemäß § 36 Abs. 4 IfSG		

## 8 Nicht vergessen !

Bitte bringen Sie für die Zeit des Aufenthaltes folgende Sachen mit:

### Heil- und Hilfsmittel (falls notwendig)

- Rollstuhl
- Gehhilfe / Stock
- Brille
- Hörgerät, Batterien
- Wechseldruckmatratze
- Inkontinenzmaterial
- Medikamente
- Sondenkost

### Kleidung (pflegeleicht)

- Unterhemden
- Unterhosen
- Strümpfe / Strumpfhosen
- Oberbekleidung
- Nachthemden / Schlafanzüge
- Eventuell Bademantel
- Strickjacke
- Pantoffel, feste Schuhe
- Mantel

Die Kleidung wird in der Hauswäscherei in Gewerbemaschinen gewaschen und getrocknet und sollte für diese Form der Bearbeitung geeignet sein.

Kleidung, die nicht gewaschen werden darf, geben wir zu Lasten des Gastes in die Reinigung.

### Pflegeutensilien

- Körperpflegemittel wie Seife, Waschlotion, Shampoo, Duschgel,
- Deodorant
- Hautcreme oder Pflegelotion
- Zahnbürste, Zahnbecher, Prothesenreiniger, Mundwasser,
- Kamm, Haarbürste
- Rasierapparat, Trockenrasierer / Rasierschaum
- Nagelschere, Nagelpfeile,
- Kosmetika
- Handtücher und Waschlappen werden gestellt

### Auslagen

- Denken Sie bitte daran, für persönliche Auslagen ca. 50 € mitzubringen. Davon werden Frisör, Fußpflege, Medikamentenanteile, etc. bezahlt.
- Auf Wunsch kann der Gast der Kurzzeitpflege sein Geld an der Kasse hinterlegen.
- Bei Entlassung wird über die Auslagen abgerechnet.

## 9 Vorvertrag zum Kurzzeitpflegevertrag

Zwischen der

**Martineum Altenhilfe gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH,  
Augenerstraße 36, 45276 Essen,**

als Träger der  
Einrichtung

**Kurzzeitpflege im Altenkrankenheim**

vertreten durch

die Geschäftsführung

nachstehend „Einrichtung“ genannt -

und

Frau / Herrn

.....  
- nachstehend „Gast“ genannt -

wohnhaft in

vertreten durch

- .....  
.....  
 rechtliche Betreuerin / rechtlicher Betreuer  
 Bevollmächtigte / Bevollmächtigter  
 Angehörige / Angehöriger

wird folgender **V o r v e r t r a g** (Reservierungsvereinbarung) für einen Kurzzeitpflegeplatz geschlossen:

### § 1 Unterlagen zur Anmeldung

Der Gast verpflichtet sich, die von der Einrichtung geforderten Unterlagen (Angaben zur Person, Ärztlicher Fragebogen ...) vor Antritt der Kurzzeitpflege einzureichen. Bei wiederholtem Besuch der Kurzzeitpflege kann auf Vorlage o. g. Formalitäten verzichtet werden, sofern inzwischen keine Änderungen eingetreten sind.

## § 2 Reservierung

Die Einrichtung wird Frau / Herrn .....

für die Zeit vom ..... bis zum ..... in einem  Einzelzimmer /  Zweibett-Zimmer

für die Zeit vom ..... bis zum ..... in einem  Einzelzimmer /  Zweibett-Zimmer

für die Zeit vom ..... bis zum ..... in einem  Einzelzimmer /  Zweibett-Zimmer

zur Kurzzeitpflege in die Einrichtung aufnehmen.

## § 3 Kündigung

Der Gast kann diesen Vorvertrag (Reservierungsvereinbarung) jederzeit bis zum Einzugs-termin ohne Angabe von Gründen kündigen und den Kurzzeitpflegeplatz absagen.

Die Einrichtung kann diesen Vorvertrag nur beim Vorliegen wichtiger Gründe kündigen.

## § 4 Schadenersatz

Im Falle einer kurzfristigen Kündigung innerhalb eines Zeitraums von 10 Tagen oder weniger vor dem Einzugsstermin hat der Gast als Schadenersatz ein Entgelt auf Basis 75 % der anerkannten Pflegestufe zu entrichten, maximal für 10 Tage der vereinbarten Zeit. Gleiches gilt bei vorzeitigem Abbruch des vereinbarten Aufenthalts in der Kurzzeitpflege.

Die Zahlungsverpflichtung entfällt, wenn der Kurzzeitpflegeplatz für den reservierten Zeitraum anderweitig belegt werden kann.

## § 5 Bearbeitungsgebühr

Bei Stornierung wird eine Bearbeitungsgebühr i. H. v. 50 € erhoben.

## § 6 Rechnungstellung

Ca. 4 Wochen vor Beginn der Kurzzeitpflege erhalten Sie die Rechnung über die Gesamtpflegekosten. Die Rechnung ist 14 Tage vor Aufnahme zu begleichen. Bei Nichteinhaltung des Zahlungstermins wird der Kurzzeitpflegeplatz anderweitig vergeben.

## § 7 Vorübergehende Abwesenheit bei Aufenthalt in der Kurzzeitpflege

Bei einer vorübergehenden Abwesenheit (z.B. Krankenhausaufenthalt) wird, wenn nichts anderes vereinbart ist, das Entgelt auf Basis 75 % der jeweiligen Pflegestufe berechnet.

Für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes entfallen die Leistungen der Pflegeversicherung, d.h. die in der Kurzzeitpflege weiterlaufenden Kosten sind für diese Zeit selbst zu zahlen.

### **§ 8 Anreise / Abreise**

**Grundsätzlich wird der Anreisetag in voller Höhe berechnet, der Abreisetag wird nicht berechnet.**

**Am Anreisetag kann das Zimmer ab 10:00 Uhr , spätestens bis 15:00 Uhr bezogen werden, am letzten Tag der Reservierung (Abreisetag) ist das Zimmer bis 10:00 Uhr freizugeben.**

### **§ 9 Gültigkeit**

**Der Vorvertrag (Reservierung) ist erst mit Unterzeichnung beider Vertragsparteien verbindlich.**

Essen, den

.....  
(für die Einrichtung)

(Gast)  
.....

- rechtliche Betreuerin / rechtlicher Betreuer
- Bevollmächtigte / Bevollmächtigter
- Angehörige / Angehöriger