

Losheim, 08.06.2016

## **Patienteninformation zur Inanspruchnahme von Leistungen der stationären Kurzzeitpflege gem. § 39c SGB V für Personen ohne Pflegestufe (Übergangspflege)**

Sehr geehrte Interessentin,  
sehr geehrter Interessent,

mit in Kraft treten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) zum 01.01.2016 hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, dass Patienten, die nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation außerhalb eines Krankenhauses vorübergehend weiter versorgt werden müssen, Kurzzeitpflege als neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen in einer geeigneten Einrichtung in Anspruch nehmen können.

Damit werden bestehende Versorgungslücken geschlossen, wenn Patienten noch nicht im Sinne der sozialen Pflegeversicherung pflegebedürftig sind und daher keine Ansprüche auf Pflegeleistungen haben.

Bei unserer Einrichtung handelt es sich um eine geeignete Einrichtung.

### **Wir möchten Sie über folgenden Sachverhalt ganz besonders Hinweisen:**

Für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden gem. § 61 SGB V Zuzahlungen in Rechnung

gestellt. Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.

Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

**DIESE REGELUNG FINDET BEI DER INANSPRUCHNAHME DER VON IHNEN GEWÜNSCHTEN KURZZEITPFLEGE KEINE ANWENDUNG!**

Ihr Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Ihre Krankenkasse übernimmt nur die Kosten für pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.612 Euro im Kalenderjahr (gem. § 43 Absatz 2 Satz 1 u.2 SGB XI).

Die Kosten für die Entgeltbestandteile "Unterkunft", "Verpflegung" und "Investitionskosten" müssen Sie vollumfänglich selbst zahlen. Wie hoch der von Ihnen zu zahlende Eigenanteil ist, entnehmen Sie bitte dem beigefügten Kostenvoranschlag.

Sollten Sie diese Kosten nicht übernehmen können, wenden Sie sich bitte unverzüglich an den Ansprechpartner Ihrer Krankenkasse und

- \* beantragen Sie die Erstattung der Gesamtkosten gem. § 13 Abs. 3 SGB V oder
- \* bitten Sie um Nennung einer geeigneten Einrichtung, in der Ihr Eigenanteil den Zuzahlungsregelungen des § 61 SGB V unterliegt

---

Ort

---

Datum

---

Unterschrift Interessent/-in

Mit freundlichem Gruß,  
Heimleitung

## Kostenvoranschlag zur Erbringung von Leistungen der Kurzzeitpflege gem. § 39c SGB V

### Interessent/-in

Vorname und Name:

[REDACTED]

Straße / Haus-Nr.:

[REDACTED]

PLZ / Ort:

[REDACTED]

Tel.:

[REDACTED]

Krankenkasse:

[REDACTED]

### Einrichtung

Name:

Haus Weiherberg GmbH

Straße / Haus-Nr.:

Weiherberg 56

PLZ / Ort:

66679 Losheim

Tel.:

06872/9201 0

Fax:

06872/9201 50

Anzahl der Tage für Kurzzeitpflege gem. § 39c SGB V:

21

pflegebedingter Aufwand:

73,48 €

Unterkunft:

16,43 €

Verpflegung:

9,42 €

Investitionskosten:

15,84 €

Gesamtkosten:

2.418,57 €

Kostenübernahme durch Krankenkasse:

1.543,08 €

**MAXIMAL 1.612,- €!!**

**EIGENANTEIL:**

**875,49 €**

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Interessent/-in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Einrichtungsvertreter/-in



## Antrag auf Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit - gem. § 39c SGB V

<b>Name, Vorname</b>		
<b>Versicherungsnummer</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Anschrift</b>		
<b>Diagnose (n)</b>		
<b>Pflegeleistungen beantragt</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am .....
<b>Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit nach SGB XI liegen vor</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Im Haushalt lebende Personen</b>	<input type="checkbox"/> keine (alleinlebend)	<input type="checkbox"/> Ehe-/ Lebenspartner
	<input type="checkbox"/> Kinder/ Enkelkinder	<input type="checkbox"/> Eltern
	<input type="checkbox"/> Sonstige .....	
<b>Betreuer/ Bevollmächtigter/ Angehöriger</b>	Name	
	Anschrift	
	Tel:	
<b>Hausarzt</b>	Name	
	Anschrift	
	Tel:	
<b>Kurzzeitpflegeeinrichtung</b>	Haus Weiherberg GmbH	
	Weiherberg 56 – 66679 Losheim am See	
	IK: 511000672	
	Tel: 06872/ 920 1 – 0 ; Fax: 06872/ 920 1 - 50	
	Email: info@haus-weiherberg.de Internet: www.haus-weiherberg.de <b>Heimleitung:</b> Petra Hüllein <b>Pflegedienstleitung:</b> Jens Pichl	

Die Aufnahme soll erfolgen am: \_\_\_\_\_

Voraussichtliches Ende – Datum: \_\_\_\_\_

Die Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 Abs.1a SGB V ist

ausreichend       nicht ausreichend → bitte Gründe\* angeben

\* Gründe, warum häusliche Krankenpflege nicht ausreichend ist:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/ Unterschrift Arzt

Die Versorgung im Rahmen der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V ist

ausreichend       nicht ausreichend → bitte Gründe\* angeben

\* Gründe, warum Haushaltshilfe nicht ausreichend ist:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/ Unterschrift

Ich bitte um Entscheidung zur Versorgung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung gem. § 39c SGB V.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherter/ Betreuer/ Bevollmächtigter