



Allgemeine Geschäftsbedingungen

A. ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

I. Geltungsbereich

1. Diese Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) definieren das Verhältnis zwischen uns als Leistungserbringer und Ihnen als Leistungsnehmer. Diese gelten für die Verträge sowie auch für alle von uns für Sie erbrachten weiteren Leistungen und Lieferungen. Der Begriff Verträge schließt auch Pflegeverträge mit ein. Mit der Entgegennahme unserer Leistungen und Lieferungen erkennen Sie diese Allgemeine Geschäftsbedingungen an.
2. Abweichende Bestimmungen, auch soweit sie in Ihren Allgemeinen Geschäftsbedingungen oder z.B. auch in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen Ihres Beauftragten, Ihres Vertreters oder Betreuers enthalten sind, finden keine Anwendung. Es sei denn, sie werden von uns ausdrücklich in Textform anerkannt.

II. Allgemeines

1. Wir sind nach §§ 132, 132a Sozialgesetzbuch V (SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung-) zur ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V und Familienpflege/Haushaltshilfe gem. § 38 SGB V und durch Versorgungsvertrag nach § 72 Sozialgesetzbuch XI (-Soziale Pflegeversicherung-) zugelassen. Grundlagen der Erbringung der vertraglichen Leistungen sind der Vertrag gem. §§ 132, 132a SGB V zur ambulanten Versorgung und der Rahmenvertrag über die ambulante pflegerische Versorgung gem. § 75 Abs. 1 SGB XI, der Versorgungsvertrag, die Vergütungsvereinbarung zwischen uns und den Kostenträgern sowie § 113 SGB XI. Wir sind berechtigt, die Leistungen direkt mit den gesetzlichen Pflege- und Krankenkassen abzurechnen.
2. Wir erbringen für Sie einzeln oder in Kombination
 - 2.1. Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI
 - 2.2. Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V
 - 2.3. Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII zu Lasten des Trägers der Sozialhilfe
 - 2.4. Privat vereinbarte Wahlleistungen, die ambulant erbracht werden
 - 2.5. Privat vereinbarte Mehr-Zeit-Pflege®, bei der unsere Mitarbeiterin bei Ihnen zuhause bleibt als besondere Alternative zur sog. 24-Std.-Pflege. Die Dienstleistungen werden im Regelfall in Ihrer häuslichen Umgebung erbracht.

III. Vertragsabschluss, Vertragspartner

1. Nach den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI sind wir zu einer Erstberatung verpflichtet. Die Erstberatung findet zunächst telefonisch und / oder per Mail, anschließend im Rahmen eines Erstbesuchs statt. Der Erstbesuch ist grundsätzlich bei Ihnen in der häuslichen Umgebung durchzuführen. Der Erstbesuch kann in besonderen Fällen auch mit der ersten Leistungserbringung zusammenfallen. Zur Feststellung des persönlichen Pflegebedarfs erfolgt eine strukturierte Informationssammlung sowie eine Beratung. Mit der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) werden bei Ihnen die für die Leistungserbringung erforderlichen Informationen unter Ihrer Mitwirkung erfasst. Im Zuge dessen werden Sie über das Leistungs- und Vergütungssystem informiert und über die Auswahl geeigneter Leistungen nach dem SGB XI sowie über mögliche Risiken und Prophylaxen unabhängig von deren rechtlicher Zuordnung beraten. Der Leistungskomplex des Erstbesuches wird von uns entsprechend der mit den Pflegekassen geschlossenen Leistungs- und Vergütungsvereinbarung mit der Pflegekasse abgerechnet, sofern Sie Sachleistung bei der Pflegekasse beantragt haben. Haben Sie Geldleistung beantragt oder ist die Sachleistung bereits ausgeschöpft, stellen wir Ihnen den Erstbesuch privat in Rechnung. Darüber hinaus beraten wir Sie über die zusätzlich angebotenen Wahlleistungen und über unsere besondere Dienstleistung der Mehr-Zeit-Pflege®.
2. Aufgrund Ihrer Pflege-, Betreuungs- oder Versorgungsanfrage erstellen wir Ihnen nach einer Beratung ein Angebot. Nachdem es von beiden Seiten bestätigt wird, kommt ein Vertrag / Pflegevertrag zustande. In dem Vertrag werden Art und Umfang der Leistungen gemäß der Leistungsvereinbarung zwischen Ihnen und uns bestimmt. Ein Pflegevertrag kommt auch zustande, wenn wir auf Ihren Wunsch hin vor schriftlichem Vertragsabschluss auf Ihren Wunsch hin mit der Auftragsausführung beginnen. Die Leistungsvereinbarung soll unverzüglich nachgeholt und von beiden Vertragspartnern bestätigt werden.
3. Vertragspartner sind wir als der die Leistung erbringende Pflegedienst und Sie als der die Leistung empfangende Kunde.
4. Haben wir berechtigte Zweifel, dass Sie als Kunde, der die Leistung empfangen soll, Vertragspartner sein kann, ist uns eine Person zu benennen, die unter Vorlage einer Vollmacht den Pflegevertrag für den Leistungsempfänger eingehen darf. Sind mehr als ein Vollmachtnehmer benannt, ist uns gegenüber der Hauptansprechpartner verbindlich mitzuteilen. Soweit uns kein Vertreter bzw. Vollmachtnehmer unter Vorlage einer Vollmacht benannt werden kann, sind wir gehalten, einen Betreuer vom Betreuungsgericht bestellen zu lassen oder Ihre Anfrage abzulehnen. Dies gilt analog auch für den Fall, wenn der angegebene Vollmachtnehmer uns für zwingend notwendige Entscheidungen nicht zur Verfügung steht.
5. Nimmt ein Dritter (z.B. Beauftragter, Betreuer) die Beauftragung an, und somit für Sie die Beauftragung an uns vor, erklärt dieser verbindlich mit der geleisteten Unterschrift, dass er zur Unterschrift und zu Ihrer Vertretung berechtigt ist. Er erklärt ferner, dass er sich zuvor über Ihre Vermögensverhältnisse insofern ein Bild gemacht hat, dass er erkennen kann, dass Sie die auflaufenden Rechnungen auch zu zahlen in der Lage sind. Er haftet uns gegenüber als Auftraggeber zusammen mit Ihnen als Gesamtschuldner für alle Verpflichtungen aus dem Pflegevertrag. Davon unabhängig ist jeder Auftraggeber verpflichtet, alle pflege- und versorgungsrelevanten Informationen, insbesondere diese Allgemeinen Geschäftsbedingungen, an Sie weiterzuleiten.
6. Änderungen der Leistungen können jederzeit einvernehmlich (auch mündlich) zwischen uns vereinbart werden. Solche Vereinbarungen können insbesondere dann notwendig sein, wenn kurzfristig, etwa aufgrund einer akuten Veränderung des Gesundheitszustands, Erweiterungen des Leistungsumfangs erforderlich sind. Auch diese geänderten bzw. zusätzlich in Anspruch genommenen Leistungen sind Grundlage der Abrechnung.
7. Sie unterrichten uns unverzüglich, wenn Sie wesentliche Veränderungen des Gesundheitszustands sehen und Erweiterungen des Leistungsumfangs erforderlich sind. Siehe hierzu auch **Pkt. 8.1, 8.2, 8.3**
8. Wir unterrichten Sie bei jeder wesentlichen Veränderung unverzüglich erneut (in der Regel schriftlich) durch eine erneute Angebotsabgabe entsprechend über die voraussichtlichen Kosten. Eine wesentliche Veränderung liegt insbesondere vor:
 - 8.1. wenn wir Kenntnis von einer Änderung des Pflegegrads bei Ihnen erlangen;
 - 8.2. wenn Sie uns nicht nur kurzfristig, sondern planbar für eine nicht unerhebliche Dauer mit geänderten Leistungen oder einem geänderten Leistungsumfang beauftragen.
 - 8.3. wenn für uns nicht nur kurzfristig, sondern erkennbar für eine nicht unerhebliche Dauer getroffene Vereinbarungen mit Ihnen offensichtlich nicht mehr gelten dürfen. Und möglicherweise mit geänderten Leistungen oder einem geänderten Leistungsumfang bei Ihnen zu rechnen ist. Dies könnte z.B. der Fall sein
 - 8.4. nach einem Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt
 - 8.5. nach Änderung des Gesundheitszustands, (Besserung, wie Verschlechterung, z.B. nach Sturz)
 - 8.6. Veränderung der Familien- / Betreuungssituation und der damit einhergehenden Veränderung der Absprachen
 - 8.7. Hier sind wir verpflichtet, einen Folgebesuch durchzuführen. Der Leistungskomplex des Folgebesuches wird von uns entsprechend der mit den Pflegekassen geschlossenen Leistungs- und Vergütungsvereinbarung abgerechnet.
 9. Für gesetzlich Versicherte sind für Leistungen des SGB V (Krankenversicherung) kein Pflegevertrag erforderlich. Die Leistungen des SGB V und deren Vergütungen ergeben sich dem Grunde nach aus der von uns mit der Ihrer Krankenkasse geschlossenen Vergütungsvereinbarung. Die vertragsärztlich verordneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V werden mit Ihrer auf der Rückseite dieser Verordnung vorgesehenen Unterschrift jeweils Bestandteil des vertraglich vereinbarten Leistungsumfangs.
 10. Für nicht gesetzlich krankenversicherte Kunden, die ärztlich verordnete Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Anspruch nehmen, gelten unsere privaten Vergütungspreise. Die ärztlich verordnete Leistung muss uns nicht zuvor von der privaten Krankenkasse als genehmigt vorgelegt werden. Sie beauftragen uns mit der Erbringung der Leistung und reichen die Rechnung bei Ihrer privaten Krankenkasse ein. Beachten Sie hierbei Ihre individuellen vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen und Ihrer privaten Krankenkasse. Wir erstellen Ihnen ein Leistungsangebot, aus dem die zu erwartenden Kosten ersichtlich sind. Analog gelten hier o.g. Absätze, insbesondere **Pkt. V.8**.

IV. Mitwirkungspflichten

1. Die vertraglich vereinbarten Leistungen werden von uns durch fachlich qualifiziertes und geeignetes Personal erbracht. Im Rahmen unserer Personalausstattung stellen wir größtmögliche Kontinuität sicher, damit Sie von möglichst wenigen Mitarbeitern betreut werden. Die Bezugspflege wird angestrebt. Wir bestimmen nach Maßgabe der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen und der pflegerischen und wirtschaftlichen Notwendigkeit die Personen, die für die

Erbringung der vereinbarten Leistung eingesetzt werden. Sie können Wünsche z.B. hinsichtlich Geschlechts im Zuge des Aufnahmegesprächs äußern.

Wir können nur versuchen, dies zu berücksichtigen.

2. Leistungen zu Lasten der Kranken- oder Pflegeversicherung sowie eines Sozialhilfeträgers setzen Ihre Mitwirkung als Versicherten voraus. Sie werden, soweit Sie uns in Anspruch nehmen möchten,
 - 2.1. die erforderlichen Anträge gegenüber den Kostenträgern stellen,
 - 2.2. uns die entsprechenden Bescheide zukommen lassen,
 - 2.3. uns zur Beurteilung der Pflegesituation folgende Unterlagen zur Verfügung stellen
 1. MD-Gutachten und Bescheide der Kostenträger,
 2. Arzt- und Krankenhausberichte
 - 2.4. die aus ärztlicher Sicht erforderliche Verordnungen zur häuslichen Krankenpflege entgegennehmen, für die Genehmigung sorgen und an uns weiterleiten. Beachten Sie, dass die Verordnung spätestens am 3. Werktag nach Leistungsbeginn Ihrer Krankenkasse vorliegen müssen. Verspätet eingereichte Verordnungen werden von der Kasse dann erst ab Eingangsdatum der Verordnung bezahlt. Beachten Sie ferner, dass die Krankenkassen nicht jede Verordnung, die Ihr Arzt ausstellt, genehmigt.
 - 2.5. Sie dürfen uns gerne zu Ihrer Entlastung mit dem kompletten Service als private Wahlleistung beauftragen. Wir können Sie damit bei der Inanspruchnahme der genannten Krankenkassenleistungen durch Informationen an Ärzte und Kassen unterstützen. Dabei übernehmen wir auch die komplette termingerechte Antragsstellung.
Sie informieren uns, wenn wesentliche Umstände eintreten, die Ihre Pflege und Betreuung nicht mehr als gewährleistet erscheinen lassen. Dies kann z.B. sein bei Abwesenheit oder Erkrankung Ihrer Pflegepersonen oder Ihrer sonstigen Vertreter / Betreuer oder bei Änderungen Ihrer Vermögensverhältnisse.
3. Gerade die Alten- und Krankenpflege ist dadurch gekennzeichnet, dass jederzeit mit unvorhergesehenen Ereignissen gerechnet werden muss. Damit wir jederzeit die Möglichkeit haben, in Ihrem Sinne zu entscheiden, legen Sie uns geeignete Unterlagen zur Verfügung, aus denen eindeutig hervorgeht, wer in Ihrem Sinne notwendige Entscheidungen treffen darf. Geeignete Unterlagen können z.B. sein:
 - 3.1. Vorsorgevollmacht (Die Vorsorgevollmacht bestimmt, dass der Betreuer die finanziellen, organisatorischen und medizinischen Vorgänge für die Person erledigt, die die Vollmacht erteilt hat.) Sind mehr als ein gleichberechtigter Vollmachtnehmer benannt, wird die Zusammenarbeit für uns mitunter unmöglich gemacht. Die Vollmachtnehmer haben dann im Innenverhältnis klare Regelungen zu treffen, wer wofür zuständig ist. Uns gegenüber ist ein Hauptansprechpartner verbindlich mitzuteilen. Es können auch Ansprechpartner für unterschiedliche Themenbereiche, z.B. a) Finanzen, b) Pflege, etc. benannt werden. Siehe hierzu auch **Pkt III.3 ff.**
 - 3.2. Patientenverfügung nach §1901a des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) (In einer Patientenverfügung wird schriftlich festgelegt, welche medizinischen Behandlungen in Situationen erfolgen sollen, in denen der eigene Wille nicht mehr geäußert werden kann. In diesem Dokument ist es ebenfalls wichtig festzulegen, welche ärztlichen Maßnahmen in bestimmten Fällen abgelehnt werden. Die Entscheidungen müssen detailliert beschrieben werden, damit sie umsetzbar sind und unerwünschte Behandlungen verhindert werden.) Eine Patientenverfügung legt fest, welche ärztliche Leistungen (nicht) erbracht werden sollen. Eine Patientenverfügung legt keine Anweisung an Pflegekräfte fest. Eine Pflegekraft hat immer einen Arzt zu rufen. Der Arzt legt das Verfahren entsprechend der Patientenverfügung fest.
 - 3.3. Betreuungsvollmacht, auch Betreuungsvollmacht genannt, nach §1896 ff. des BGB, (Wer so krank, pflegebedürftig oder behindert ist, dass er Unterstützung zur Erledigung seiner persönlichen Angelegenheiten benötigt, kann einer Person seines Vertrauens eine Vollmacht erteilen oder beim Betreuungsgericht einen Betreuer bestellen.)

V. Abrechnung, Rechnungsstellung, Zahlungsweise

1. Die Abrechnung erfolgt monatlich für den vergangenen Monat. Die Rechnungen an die gesetzlichen Kassen werden elektronisch an diese übermittelt Privatrechnungen werden Ihnen aus Gründen des Umweltschutzes per E-Mail zugesendet. Wünschen Sie dies nicht, teilen Sie dies uns bitte mit. Der Postversand wird Ihnen dann mit 1,20 € in Rechnung gestellt.
2. Grundlage der Abrechnung sind die durch Sie in Anspruch genommenen Leistungen in Verbindung mit dem durch Sie am Monatsende abgezeichneten Leistungsnachweis. Der Leistungsnachweis ist digital am Monatsende auf dem Tablet der Pflege- und Betreuungskraft zu unterschreiben.
3. Ersatzweise senden wir Ihnen oder an die Angehörigen den Leistungsnachweis per Mail zu. Alternativ geben wir den Leistungsnachweis zur Unterschrift durch den Kunden der Pflegekraft mit. Wird ausdrücklich der Postversand der Leistungsnachweise gewünscht, berechnen wir Ihnen den einfachen Versand ebenfalls mit 1,20 €. Teilen Sie uns bitte eine der unter Nr. 3 genannte Variante mit.
4. Der unterschriebene Leistungsnachweis ist unverzüglich, max. binnen 14 Tagen an uns zurückzusenden. Nach Ablauf der Frist tritt Verzug ein. Mit der Nicht-Rücksendung der Leistungsnachweise machen Sie uns die Abrechnung gegenüber den gesetzlichen Kostenträgern unmöglich. Für jede Anmahnung zur Rücksendung des Leistungsnachweises berechnen wir pauschal 6,00 EUR. Nach zweimaliger Anmahnung werden Ihnen die Leistungen privat in Rechnung gestellt; auch die an die gesetzlichen Kassen. Beachten Sie wegen des Mehraufwands hierbei auch **Pkt. V. 10.**
5. Rechnungsstellung an Sie erfolgt ausschließlich an Adressen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
6. Nach § 89 Abs. 3 Satz 4 i.V.m. § 84 Abs. 4 Satz 2 SGB XI sowie § 120 Abs. 4 Satz 2 SGB XI, dürfen für allgemeine Pflegeleistungen, soweit es nicht anders bestimmt ist, ausschließlich die mit den Pflegekassen vereinbarten Vergütungssätze berechnet werden, ohne Rücksicht darauf, wer zu der Zahlung verpflichtet ist. Dies betrifft alle Leistungen, die nach § 36 SGB XI erbracht werden.
Dies betrifft nicht Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, die nach SGB V erbracht werden. Leistungen nach SGB V werden je nach Kassenart mit unterschiedlichen Vergütungssätzen abgerechnet. (**siehe auch Pkt. V. 8**)
7. Folgende Leistungen werden von uns unmittelbar gegenüber dem jeweiligen Kostenträger abgerechnet:
 - 7.1. Ärztlich verordnete und seitens der gesetzlichen Kassen genehmigte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37.1 oder § 37.2 SGB V
 - 7.2. Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nach §§ 36, 39, 45b SGB XI bis zur Sachleistungs- / Budgetgrenze.
 - 7.3. Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII, soweit der für Sie zuständige Träger der Sozialhilfe die Übernahme der Kosten erklärt haben muss und uns die Möglichkeit der unmittelbaren Abrechnung ihm gegenüber gewährt.
 - 7.4. Um die Leistungen gegenüber der Kasse abrechnen zu können, sind die Leistungsnachweise von Ihnen zu unterschreiben (**siehe auch Pkt V. 2 und V. 3**). Diese übermitteln wir mit der Rechnung an die Kasse. Geben Sie uns die Leistungsnachweise nicht unverzüglich zurück, sind wir gezwungen, die Leistungen Ihnen privat in Rechnung zu stellen. (**siehe auch Pkt. V. 4**)
8. Folgende Leistungen werden Ihnen von uns in Rechnung gestellt:
 - 8.1. verbleibende Eigenanteile für die Leistungen der Pflegeversicherung nach §§ 36, 39, 45b SGB XI
 - 8.2. gesondert berechenbare Investitionskosten aufwendungen nach § 82 SGB XI, soweit sie nicht durch uns unmittelbar dem Träger der Sozialhilfe gegenüber abgerechnet werden können
 - 8.3. gesondert berechenbare Umlageverfahren zur Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege nach § 28 PflBRefG, soweit sie nicht durch uns unmittelbar einem anderen Kostenträger gegenüber abgerechnet werden kann
 - 8.4. Leistungen der häuslichen Krankenpflege, soweit Sie nicht gesetzlich krankenversichert sind oder die Leistungen nicht bewilligt, aber aufgrund ärztlicher Anordnung weiterhin in Anspruch genommen wurden bzw. von Ihnen gewünscht werden, werden nach den privaten Vergütungssätzen in Rechnung gestellt
 - 8.5. Das Verordnungs-, Rezept- und Medikamentenmanagement als monatliche pauschale Leistung, da der Gesetzgeber die entsprechende Kostenübernahme beim Leistungserbringer nicht vorgesehen hat.
 - 8.6. Leistungen der privat vereinbarten Wahlleistungen, es sei denn, wir können diese unmittelbar gegenüber dem Träger der Sozialhilfe abrechnen
 - 8.7. Leistungen der privat vereinbarten Mehr-Zeit-Pflege®, es sei denn, wir können diese unmittelbar gegenüber dem Träger der Sozialhilfe abrechnen
9. Nachträgliche Rechnungsänderungen und -korrekturen berechnen wir jeweils mit 15,50 €. Die Korrekturen können erforderlich werden z.B. wegen nicht übermittelter Adressänderung, nicht übermittelter Pflegegradänderung, fehlendes Budget, fehlender Umstellung von Pflegegeld auf Kombi- / Sachleistung. (Siehe auch **Pkt. V. 4 und V. 7**)
10. Wir weisen darauf hin, dass Vergütungsansprüche nach **Pkt. V. 7 und Pkt. V. 9ff.** grundsätzlich von Ihnen selbst und nicht von einem gesetzlichen Kostenträger zu zahlen sind. Soweit es der Rahmenvertrag zwischen den gesetzlichen Pflegekassen und uns es zulässt, werden wir versuchen, diese Ansprüche gegenüber Ihrer Pflegekasse geltend zu machen.
11. Rechnungen, die Sie nach Maßgabe dieses Vertrages selbst zu zahlen haben, sind innerhalb von zehn Tagen nach Erhalt der Rechnung zu begleichen. Die Zahlung der Rechnungsbeträge folgt durch Überweisung auf das in der Rechnung angegebene Konto. Zur Vereinfachung empfehlen wir Ihnen das SEPA-Basislastschriftverfahren. Erfolgt die Zahlung über das SEPA-Basislastschriftverfahren durch Einzug von einem von Ihnen genannten Konto, vermerken wir dies jeweils auf der Rechnung durch eine entsprechende Information.
12. Nach Ablauf der Zahlungsfrist, ersatzweise der Regelung nach BGB tritt Zahlungsverzug ein, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Wir beanspruchen pro fälliger Rechnung nach Eintritt des Zahlungsverzugs jeweils 5,00 EUR an Mahnspesen, maximal jedoch 8,00 EUR pro Rechnung. Sofern Sie Ihren Zahlungsverpflichtungen aus unseren Leistungen nicht nachkommen, werden wir nach Durchlaufen unseres Mahnprozesses unsere Forderungen zur Beitreibung an ein Inkassounternehmen abgeben. Es werden automatisch sämtliche weiteren offenen Forderungen sofort zur Zahlung fällig, auch wenn das dort gewährte Zahlungsziel noch nicht überschritten ist. In diesem Zusammenhang übergeben wir auch Ihre Adress-, Vertrags- und Zahlungsdaten an den Inkassobeauftragten. Die daraus folgenden

sonstigen Einträge, wie z.B. bei der Schufa, Creditreform etc. sind durch uns nicht beeinflussbar. Darüber hinaus sind wir berechtigt, die Leistungserbringung fristlos zu kündigen.

VI. Zusätzliche Abgaben, Zusatzaufwendungen

1. Der Bundesgesetzgeber beschloss das neue Pflegeberufegesetz (PfBG), um die bisher getrennt geregelten Ausbildungen der Altenpflege, Krankenpflege und Kinderkrankenpflege zu einer generalistischen Pflegeausbildung zusammen zu führen, mit dem neuen Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“. Gleichzeitig wurde die Finanzierung der Ausbildung geregelt.
2. Sie erfolgt einheitlich über landesweite Ausgleichsfonds. Durch ein Umlageverfahren werden ausbildende und nicht ausbildende Einrichtungen gleichermaßen zur Finanzierung herangezogen: In den Ausgleichsfonds zahlen alle Krankenhäuser mit Versorgungszulassung nach § 108 SGB V, alle stationären Pflegeeinrichtungen mit Versorgungszulassung nach § 71 Abs. 2 und § 72 Abs. 1 SGB XI und alle ambulanten Pflegeeinrichtungen mit Versorgungszulassung nach § 71 Abs. 1 und § 72 Abs. 1 SGB XI und § 37 SGB V monatliche Umlagebeträge ein, unabhängig davon, ob sie ausbilden oder nicht.
3. Zum 01.01.2019 hat das Land Baden-Württemberg die Aufgabe der Verwaltung des Ausgleichsfonds dem Ausbildungsfonds-Baden-Württemberg GmbH (AFBW) übertragen.
4. Die Umlage ist bei stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen auf alle Leistungen der Pflege gem. SGB XI zu erheben. Diese Umlage wird jährlich von der AFBW durch Bescheid zum 1. Januar eines jeden Jahres neu festgelegt. Wir sind verpflichtet, diese Beträge von Ihnen abverlangen und an die AFBW abzuführen. Soweit die Pflegesachleistungen nicht ausgeschöpft sind, übernimmt die Pflegekasse diese Umlage bis zur Sachleistungsgrenze. Das eventuell verbleibende Pflegegeld wird anteilig gekürzt.
5. Das Land Baden-Württemberg deckt für keine Pflegeeinrichtung betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach dem SGB XI (Pflegeversicherung). Die Vergütungen für die Pflegeleistungen dürfen nicht für notwendige Investitionen der Pflegeeinrichtung genutzt werden. Damit ist neben den Gebühren für die Pflegeleistungen für jeden Hausbesuch im Rahmen der Pflegeversicherung (SGB XI) ein Investitionskostenzuschlag nach § 82 Abs. 4 SGB XI zu erheben. Diese Investitionskosten haben wir Ihnen zu berechnen.

VII. Entgelterhöhung

1. Im Rahmen der Preis Anpassung ist eine Erhöhung von Entgelten zulässig. Die Entgelterhöhung kann durch einseitige Erklärung durch uns erfolgen.
2. Im Regelfall verhandelt unser Berufsverband die Leistungsentgelte aus. Darüber hinaus veranlasst auch der Gesetzgeber Preiserhöhungen, wie z.B. Pflegemindestlohn, Ausbildungsumlage etc..
3. Wir verpflichten uns, gegenüber Ihnen die beabsichtigte bezifferte Erhöhung der für die Leistungen nach diesem Vertrag vereinbarten Entgelte spätestens zwei Wochen vor dem Zeitpunkt, an dem sie wirksam werden soll, schriftlich geltend zu machen. Dies gilt nicht für Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die wir unmittelbar gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse abrechnen.
4. Hinsichtlich der Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI und der Hilfe zur Pflege nach SGB XII, wird eine Erhöhung der Entgelte außerdem nur wirksam, soweit die erhöhten Entgelte den Vergütungsvereinbarungen nach §§ 89 SGB XI, 75 SGB XII bzw. Entscheidungen der Schiedsstellen nach §§ 85 Abs. 5 S. 1 SGB XI, 77 Abs. 1 S. 3 SGB XII entsprechen.
5. Einigen sich die Pflegekassen bzw. Sozialhilfeträger und wir uns nicht über einen neuen Vergütungsvertrag, legt auf Antrag einer Partei die gesetzlich vorgesehene Schiedsstelle die Vergütungen fest. Die Schiedsstelle kann neue Entgelte höchstens bis zur Höhe des Antrags des Pflegedienstes unter angemessener Berücksichtigung der Interessen des Versicherten rückwirkend ab dem Zeitpunkt des Antragseingangs bei der Schiedsstelle festlegen. Legt die Schiedsstelle eine niedrigere Vergütung als bisher fest, werden wir unsere Leistungen zu diesen Entgelten ab dem Zeitpunkt abrechnen, den die Schiedsstelle bestimmt hat, und etwa zu viel entrichtete Beträge erstatten. Legt die Schiedsstelle rückwirkend höhere Entgelte als bisher fest, sind wir berechtigt, die Differenzbeträge gegenüber der bisher vereinbarten Vergütung rückwirkend bis zu dem im Schiedsspruch festgelegten Zeitpunkt abzurechnen. Voraussetzung der nachträglichen Abrechnung dieser Differenzbeträge ist jedoch, dass wir Ihnen gegenüber spätestens zwei Wochen vor dem Zeitpunkt, zu welchem die erhöhten Entgelte nach dem Schiedsspruch in Kraft treten, schriftlich die im Schiedsverfahren von ihm beantragte Erhöhung angekündigt und begründet haben und Ihnen das Ergebnis des Schiedsspruchs unverzüglich nach dessen Bekanntgabe mitteilen.
6. Im Falle einer Entgelterhöhung händigen wir Ihnen ein an die Erhöhung angepasstes Angebot bzw. geänderten Pflegevertrag aus.

VIII. Dokumentation

1. Wir verpflichten uns, nach Maßgabe des SGB XI eine individuelle strukturierte Informationssammlung und Maßnahmeplanung zu erstellen und die jeweils erbrachten Leistungen und Abweichungen in einer Pflegedokumentation aufzuzeichnen.
2. Wir führen eine digitale Pflegedokumentation mittels mobiler elektronischer Datenerfassung. Die Pflegedokumentation ist unser Eigentum und verbleibt nach Beendigung der vertraglichen Zusammenarbeit auch bei uns.
3. Erfolgt eine Überleitung in eine andere Einrichtung, z.B. Krankenhaus oder Kurzzeitpflege übermitteln wir die erforderlichen Daten an diese Einrichtung. Sollten Sie dies nicht wünschen, teilen Sie uns dies bitte formlos schriftlich mit.
4. Ist vorgesehen, dass z.B. zu Therapie Zwecken der behandelnde Arzt von uns informiert werden muss, übersenden wir ihm die hierfür notwendige Informationen. Das Gleiche gilt für den MD.
5. Auf Wunsch stellen wir Ihnen die Dokumentation oder Teile hiervon in Kopien zur Verfügung. Das Erstellen von Kopien ist kostenpflichtig.

IX. Haftung

Wir haften Ihnen gegenüber nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches. Wir haben die erforderlichen Versicherungen in ausreichender Höhe abgeschlossen.

X. Datenschutz und Schweigepflicht

1. Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Ausführliche Informationen finden Sie in unserer, Ihnen ausgehändigten Datenschutzerklärung nach der Europäischen Datenschutz Grundverordnung (EU-DSGVO)
2. Unsere Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.
3. Zur sorgfältigen Durchführung dieses Pflegevertrages, insbesondere zur Dokumentation des Behandlungsablaufs und der erbrachten Leistungen, aber auch zur Abrechnung, erheben, speichern und verarbeiten wir Ihre persönlichen Daten. Zur Kontrolle des (Wund-)Therapieverlaufs nutzen wir die digitalisierte Fotodokumentation. Der Erstellung, Speicherung und Weitergabe der Fotodokumentation können jederzeit widersprochen werden.
4. Sie willigen aus freiem Willen ausdrücklich in den Austausch von Gesundheitsdaten zwischen uns als Leistungserbringer, dem Haus-/Facharzt/ärztin, den Apotheken, Therapeuten, Wund- und Ernährungsberatern, Pflegehilfsmittellieferanten und vergleichbare Berufsgruppen ein und Sie sind mit deren wechselseitigen Einsichtnahmen in Ihre dort geführten Krankenakten einverstanden. Sie willigen auch in die Weitergabe der für die Genehmigung von zu erbringenden Leistungen sowie der Abrechnung der erbrachten Leistungen erforderlichen Daten an Ihre Krankenkasse, Ihre Pflegekasse, an Sozialleistungsträger oder an eine Abrechnungsstellen der gesetzlichen Kassen ein. Die Einwilligungen sind widerruflich. Die Einwilligung in die Datenverarbeitung und Entbindung von der Schweigepflicht haben wir Ihnen ausgehändig.
5. Die Weitergabe von Daten an sonstige Personen oder Einrichtungen bedarf Ihrer gesonderten Einwilligung.
6. Die Leistungserfassung zur Abrechnung mit den Kostenträgern erfolgt vor Ort über Mobilgeräte. Die Daten werden verschlüsselt im On-/Offline-Verfahren an unseren Zentralrechner übermittelt. Bei der Nutzung der Mobilgeräte beachten wir zu Ihrem und zu unserem Schutz die EU-DSGVO. (Siehe auch Pkt. VIII. Dokumentation)

XI. Zutrittsrecht

1. Sie erklären sich einverstanden, dass unsere Mitarbeiter den Leistungsort bzw. Ihre häusliche Umgebung zu den vereinbarten Zeiten oder zu Noteinsätzen betreten dürfen, um die vereinbarten Leistungen zu erbringen. Zur Definition des Noteinsatzes kommt es nicht auf die objektive, meist rückbetrachtete Einschätzung an. Es gilt vielmehr Ihre subjektive Wahrnehmung oder die Wahrnehmung des Mitarbeiters.
2. Die Weitergabe von Ihren Schlüsseln an Dritte (nicht unsere Mitarbeiter) bedarf Ihrer Zustimmung. Eventuelle Einschränkungen über die Verwendung der Schlüssel sind möglich und schriftlich zu vereinbaren.
3. Die Schlüssel bleiben Ihr Eigentum und sind auf Ihre Anforderung, spätestens aber bei Beendigung des Vertragsverhältnisses unverzüglich an Sie zurückzugeben.
4. Einen etwaigen Verlust der uns ausgehändigten Schlüssel zeigen wir Ihnen unverzüglich an.
5. Wir sichern Ihnen die gebotene Sorgfaltspflicht zu.
6. Für das Schlüsselmanagement erheben wir eine monatliche Aufwandsentschädigung. Damit führen wir auch eine regelmäßige Zugangskontrolle durch, wie z.B. Sicht nach Stolperfallen bei Treppen und Türen, nach Handgriffen bzw. Handlauf, freier Durchgang auch für Rollator/Rollstuhl, einwandfreie Funktion der Schließzylinder
7. Hinsichtlich des Abschließens der Türen haben wir die Thematik freiheitsbeschränkende Maßnahmen aus rechtlichen Gründen zu beachten.

7. XII. Hinweis zur Streitschlichtung

Die EU-Kommission bietet die Möglichkeit zur Online-Streitbeilegung auf einer von ihr betriebenen Online-Plattform. Diese Online-Plattform ist über den Link <https://ec.europa.eu/consumers/odr/> zu erreichen. Wir sind bemüht, eventuelle Meinungsverschiedenheiten aus unserem Vertrag mit Ihnen einvernehmlich beizulegen. Darüber hinaus sind wir zu einer Teilnahme an einem Schlichtungsverfahren nicht verpflichtet und können Ihnen leider die Teilnahme an einem solchen Verfahren auch nicht anbieten.

XIII. Kündigung

- Der Pflegevertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und endet durch Kündigung, durch endgültigen stationären Aufenthalt oder Tod des Kunden. Bei vorübergehendem stationärem oder teilstationärem Aufenthalt ruht der Vertrag.
- Das Recht zur ordentlichen Kündigung haben Sie und auch wir. Grundsätzlich gelten die gesetzlichen Regelungen. Da hierzu nichts näher bestimmt ist, gelten nachfolgende Regelungen:
 - Beziehen Sie Leistungen nach SGB XI, können Sie innerhalb der ersten zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz ohne Angabe von Gründen und Einhaltung einer Frist kündigen. Nach Ablauf der ersten zwei Wochen können Sie grundsätzlich zum Ablauf des nächsten Werktages oder einer von Ihnen näher zu bestimmenden längeren Frist kündigen. Wird der Pflegevertrag erst nach dem ersten Pflegeeinsatz ausgehändigt, beginnt der Lauf dieser Frist mit Aushändigung des Vertrages. Beziehen Sie Leistungen außerhalb SGB XI, können Sie innerhalb der ersten zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz ohne Angabe von Gründen und Einhaltung einer Frist kündigen. Nach Ablauf der ersten zwei Wochen können Sie mit einer Frist von 14 Tagen zum Ablauf des nächsten Werktages oder von Ihnen näher zu bestimmenden längeren Frist kündigen. Wird der Pflegevertrag erst nach dem ersten Pflegeeinsatz ausgehändigt, beginnt der Lauf dieser Frist mit Aushändigung des Vertrages.
 - Wir können den Vertrag mit einer Frist von zwei Wochen kündigen.
- Das Recht zur außerordentlichen Kündigung - aus wichtigem Grund - bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor,
 - wenn die medizinisch erforderliche Behandlungspflege durch Verschlechterungen Ihnen im Wege der vereinbarten ambulanten Pflege nicht mehr erbracht werden kann,
 - bei schwerer Verletzung von Pflichten aus diesem Vertrag.
- Jede Kündigung bedarf der Textform.

XIV. Schlussbestimmungen

- Nebenabreden, Änderungen oder Ergänzungen dieser Allgemeinen Geschäftsbedingungen bedürfen der Textform. Dies gilt auch für die Abbedingung der Textform selbst. Einseitige Änderungen oder Ergänzungen durch Sie sind nicht wirksam.
- Sind einzelne Bestimmungen der AGB ganz oder teilweise nicht Vertragsbestandteil geworden oder unwirksam oder nichtig, so bleibt die AGB sowie der Vertrag im Übrigen wirksam. Soweit die Bestimmungen nicht Vertragsbestandteil geworden oder unwirksam sind, richtet sich der Inhalt der AGB bzw. des Vertrages nach den gesetzlichen Vorschriften.

B. ERGÄNZENDE BEDINGUNGEN BEI INANSPRUCHNAHME DER MEHR-ZEIT-PFLEGE®

B.I. Allgemeines

- Wir sind keine Vermittlungsagentur und vermitteln keine Pflegekräfte. Die bei Ihnen eingesetzten Mitarbeiter sind bei uns und in Deutschland angestellt.
- Diese ergänzenden Bedingungen zu den AGB regeln die besondere Pflege- und Betreuungssituation, die speziell aufgrund dessen notwendig erscheint, da unsere Mitarbeiterin bei Ihnen zu Hause ist bzw. dort wohnt. Unsere Mitarbeiter werden speziell für Ihre Situation nach bestem Wissen ausgesucht und fahren exklusiv zu Ihnen. Die unter Pkt. B Ergänzenden Bedingungen ergänzen bzw. ersetzen im Detail verschiedene Punkte unter Pkt. A. Allgemeinen Bedingungen.
- Ein gutes Miteinander und eine optimale Betreuung zeichnen unser Unternehmen aus. Für uns selbstverständlich ist ein vertrauensvoller und von Rücksicht geprägter Umgang miteinander. Aus diesem Grund möchten wir alle Beteiligten, sowohl Sie als auch unsere Mitarbeiter anhalten, die Gestaltung der Mehr-Zeit-Pflege® unter Berücksichtigung der gegenseitigen Interessen an die jeweiligen individuellen Bedürfnisse anzupassen.

B.II. Beginn, Dauer, Beendigung

- Der Vertrag beginnt mit Ihrer Unterzeichnung des Ihnen vorgelegten Vertrags. Ab diesem Zeitpunkt werden wir für Sie tätig. In besonderen Fällen besonderer Dringlichkeit können Sie uns auch vor Vertragsunterzeichnung beauftragen. Hier beginnt der Vertrag mit der Beauftragung. In den Fällen der Dringlichkeit sind wir berechtigt, den zusätzlichen Aufwand pauschal zu berechnen.
- Die Versorgung beginnt mit dem Tag, an dem unser Mitarbeiter bei Ihnen eintrifft. Eintreffzeiten nach 20.00 Uhr werden nicht berechnet. Da die Entfernung vom Wohnort des Mitarbeiters zu Ihnen ca. 800 - 1.200 Km beträgt, können wir keine feste Ankunftszeit garantieren. Wir werden Sie soweit möglich auf dem Laufenden halten.
- Der Wechsel der Mitarbeiter wird durch uns organisiert. Eine Überlappung der Arbeitszeit beim Wechsel der Mitarbeiter wird angestrebt, um mit der Überschneidung eine gewisse Übergabe sicher zu stellen. Wegen der angesprochenen Entfernung kann eine definierte Dauer der Überlappungszeit nicht zugesagt werden. Wünschen Sie eine klar definierte längere Übergabezeit, die länger als einen halben Tag dauert, ist die doppelte Besetzung der Kräfte kostenpflichtig, verbunden mit einer möglichen Bereitstellung eines weiteren Schlafplatzes.
- Der Vertrag ruht nicht automatisch, wenn Sie z.B. wegen eines Krankenhausaufenthalts abwesend sind. Während dieses Zeitraums verbleibt die Mitarbeiterin in Ihrer häuslichen Umgebung. Sie kann dann alle fälligen Arbeiten erledigen, z.B. auch den Kontakt zwischen Ihnen im Krankenhaus und der „Außenwelt“ sicherstellen. Der Vertrag kann auf Ihren Wunsch hin dennoch ruhend gestellt werden. In diesem Fall wird der Mitarbeiter jedoch von uns abgezogen und anderweitig eingesetzt oder nach Hause geschickt. Dass der Mitarbeiter Ihnen in dem Fall wieder exklusiv zur Verfügung steht und gerade dann wieder kommt, wenn Sie aus dem Krankenhaus entlassen werden, können wir nicht gewährleisten.
- Innerhalb der ersten zwei Wochen können Sie nach dem Beginn der Betreuung und Versorgung durch die Mehr-Zeit-Pflege® ohne Angabe von Gründen und Einhaltung einer Frist kündigen. Nach Ablauf der ersten zwei Wochen können Sie in Anbetracht der exklusiven Personalauswahl bei der Betreuung und Versorgung durch die Mehr-Zeit-Pflege® mit einer Frist von 14 Tagen zum Ablauf des nächsten Werktages oder einer von Ihnen näher zu bestimmenden längeren Frist kündigen. Bei Tod beträgt die Kündigungsfrist 4 Tage zum Ablauf des nächsten Werktages. Wird der Vertrag nach Beginn der Betreuung und Versorgung durch die Mehr-Zeit-Pflege® ausgehändigt, beginnt der Lauf der Frist des Widerrufs mit Aushändigung des Vertrages. Die Kündigung bedarf der Textform. Das Recht der Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- Wird vor Beginn der Versorgung, also nach Beauftragung oder nach Vertragsunterzeichnung gekündigt, so ist AiP der entstandene Aufwand (z.B. Beratungs- / Recruiting- / Verwaltungsaufwand, Reisekosten etc.) zu ersetzen. Das gleiche gilt, wenn die Versorgung nicht länger als 4 Wochen gedauert hat.

B.III. Arbeitszeit, Freizeitregelung

- Für unsere Mitarbeiter gelten die einschlägigen europäischen und deutschen Gesetze bezüglich Arbeitszeit, Bereitschaftszeit und Urlaub. Die Arbeitszeit der Mitarbeiter setzt sich zusammen aus der notwendigen Pflege-, Hauswirtschafts- und Betreuungszeit, wie sie sich aus dem Pflegegutachten ergibt. Zusätzlich einer sog. Servicezeit. Hieraus ergibt sich die Wochenarbeitszeit bzw. die Arbeitszeit für die 6-Tage-Woche.
- Die Wochenarbeitszeit der Mitarbeiter ist abhängig vom Pflegegrad und von der Anzahl der zu versorgenden Personen. Je höher der Pflegegrad, desto höher liegt die Wochenarbeitszeit. Auf das Ihnen ausgehändigte Merkblatt über den Umfang der Arbeitszeiten in Abhängigkeit des Pflegegrads wird verwiesen. Freizeit ist die Zeit, die keine Arbeitszeit ist. Rufbereitschaft bzw. Bereitschaftszeit gelten als nicht vereinbart. Im Falle einer Vereinbarung gilt die Bereitschaft als dem Mitarbeiter zu vergütende und Ihnen zusätzlich zu berechnende Arbeitszeit.
- Aufgrund der häuslichen Gemeinschaft ist zwischen dem Mitarbeiter und Ihnen eine klare Trennung zwischen Arbeitszeit und Freizeit oftmals schwierig. Folgende Hinweise sind daher geboten:
 - Vergütungspflichtige Arbeitszeiten sind alle Zeiten, in denen der Mitarbeiter Ihnen zur Verfügung steht, Leistungen für Sie erbringt oder Aufgaben auf Anweisung erfüllt.
 - Keine vergütungspflichtige Arbeitszeit ist die individuelle Freizeitgestaltung des Mitarbeiters auch innerhalb der Wohngemeinschaft, wie z.B. gemeinsames Fernsehen, sofern dies nicht im Rahmen einer Betreuung erfolgt.
 - Keine vergütungspflichtige Arbeitszeit ist die individuelle Freizeitgestaltung der Betreuungskraft außerhalb der Wohngemeinschaft, wie z.B. private Einkäufe, Kinobesuche etc.
 - Bei Erledigung weisungsgebundener Aufgaben durch den Mitarbeiter während ihrer Freizeit kann es im Einzelfall zu einer vergütungspflichtigen Arbeitsaufnahme kommen, wenn die Inanspruchnahme der Arbeitsleistung während der Freizeit auf ausdrückliche Anweisung (auch durch Sie) erfolgt. Erledigt der Mitarbeiter z.B. während eines privaten Stadtbesuchs für Sie (z.B. Medikamentenabholung in der Apotheke), so wäre diese Zeit vergütungspflichtige Arbeitszeit. Die restliche Zeit des privaten Stadtbesuchs ist Freizeit und damit nicht vergütungspflichtig.
- Sie achten darauf, dass Anweisungen, die eine Verlängerung der Arbeitszeit mit sich bringen, grundsätzlich immer durch uns als Arbeitgeber zu erfolgen haben. Wir haben dem Mitarbeiter die Arbeitszeit mit der Tagesstruktur vorgegeben. Diese Tagesstruktur haben Sie uns zuvor dargelegt.
- Der Mitarbeiter hat Anspruch auf einen freien Tag und auf tägliche Freizeit. Dies haben Sie bzw. Ihre Angehörigen/ Pflegepersonen zu ermöglichen. Ist die Freizeit nicht gewährleistet, weil z.B. die Pflegeperson verhindert ist, besteht die Möglichkeit den freien Tag durch den Mitarbeiter selbst, der bei Ihnen ist oder durch einen anderen Mitarbeiter abzuleisten. Im ersten Fall wird dem Mitarbeiter, der bei Ihnen wohnt, die zusätzliche Arbeitszeit als Mehrarbeit vergütet. Die gesetzliche maximale Wochenarbeitszeit ist zu beachten. Dieser freie Tag bzw. die Freizeit des Mitarbeiters ist extra zu vergüten und kann z.B. über die Verhinderungspflege nach SGB XI, wenn die Pflegeperson die zu gewährende Freizeit nicht abdecken kann, abgerechnet werden. Grundsätzlich ist es erforderlich, dass im Pflegegutachten mindestens eine Pflegeperson angegeben ist. Auch kann die Leistung der Freizeitabdeckung über die privat abzurechnende Wahlleistung erbracht werden.

B.IV. Kost, Logis und Kommunikation

1. Sie gewährleisten eine angemessene Wohn- und Lebenssituation für die Arbeits- und Erholungszeiten mit Rücksicht auf die Gesundheit, die Sittlichkeit und die Religion unserer Mitarbeiter.
2. Sie stellen dem Mitarbeiter unentgeltlich Kost und Logis zur Verfügung. Dies beinhaltet ausreichend ausgewogenes, gesundes Essen, Frühstück, Mittag-, Abendessen, einschl. warmer Mahlzeiten
3. Für eine angemessene Wohn- und Lebenssituation stellen Sie dem Mitarbeiter zur Verfügung
 - 3.1. Eigenes abschließbares beheizbares Zimmer mit täglicher Wasch- und Duschkmöglichkeit
 - 3.2. Kommunikationsmöglichkeit (Telefon, Internet (W-LAN)) für die familiäre Verbindung nach Hause; ggfs. können wir Internet kostenpflichtig bereitstellen
4. Für die Sauberkeit des zur Verfügung gestellten Zimmers ist der Mitarbeiter in seiner Freizeit zuständig. Die Zubereitung der Mahlzeiten erfolgt in der Regel gemeinsam mit Ihnen.

B.V. Abrechnung

1. Die Abrechnung erfolgt monatlich für den vergangenen Monat.
2. Das Konzept der Mehr-Zeit-Pflege® ist so ausgelegt, dass der Mitarbeiter bei einem höherem Pflegegrad oder bei mehreren zu versorgenden Kunden eine höhere Arbeitszeit hat und damit höher vergütet wird. Diese höhere Vergütung ist durch die höhere Refinanzierung bei einem höheren Pflegegrad durch die Pflegekasse möglich. Die höhere Refinanzierung ermöglicht ferner, den privat zu zahlenden Eigenanteil bei einem höheren Pflegegrad zu reduzieren. Hierzu ist es erforderlich, uns spätestens mit Beginn der Versorgung Ihr aktuelles Pflegegutachten des MD in Kopie zu übergeben. Wird uns das Pflegegutachten nicht ausgehändigt, besteht die Gefahr der nicht korrekten Abrechnung. Sowohl gegenüber der Pflegekasse wie auch gegenüber der eingesetzten Mitarbeiterin. Eventuelle Nachforderungen und entstehende Zusatzforderungen gehen zu Ihren Lasten. (Siehe hierzu auch **Pkt. A.IV. Mitwirkungspflichten und A.V. Abrechnung**)
3. Um eine Abrechnung mit der Pflegekasse zu ermöglichen, ist spätestens mit Pflege-/Versorgungsbeginn auf Kombinationsleistung umzustellen, sofern noch nicht geschehen. Andernfalls ist eine Abrechnung mit der gesetzlichen Pflegekasse nicht möglich und Sie haben die komplette Betreuungsleistung privat zu zahlen. Hieraus resultierende mögliche finanzielle Nachteile gehen zu Ihren Lasten.
4. Grundsätzlich ist es erforderlich, dass im MD-Pflegegutachten mindestens eine Pflegeperson angegeben ist, um ggfs. Verhinderungspflege nach §39 SGB XI (Pflegeversicherung) zu Ihren Gunsten in Anspruch nehmen zu können.
5. Da die Mitarbeiter vor Ort über kein Tablet verfügen, werden die Leistungsnachweise nicht digital auf dem Tablet unterschrieben. Die Leistungsnachweise und die Rechnungen senden wir Ihnen per Mail zu. Siehe hierzu auch **Pkt. A.V. Abrechnung, Rechnungsstellung, Zahlungsweise**

B.VI. Änderung der Pflege- und Betreuungssituation

Sie haben uns unverzüglich Änderungen der Pflegesituation mitzuteilen. (z.B. Krankenhausaufenthalt, Reha, Inanspruchnahme einer Tagespflege, Verschlechterung des Zustands, Höherer Betreuungsaufwand durch die Betreuerin, etc.) Dies gilt unabhängig davon, dass der Mitarbeiter bei Ihnen vor Ort ist. Hier verweisen wir auf **Pkt. A.IV. Mitwirkungspflichten**. Bei fehlender Mitwirkungspflichten sind oft Rechnungskorrekturen erforderlich. Bei Erforderlichen Rechnungskorrekturen verweisen wir auf **Pkt. A.V. Abrechnung, Rechnungsstellung, Zahlungsweise**

B.VII. Schlussbestimmungen

Die Ergänzenden Bedingungen (Bei Inanspruchnahme der Mehr-Zeit-Pflege®) sind Bestandteil unserer Allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Unsere Informationen zum Pflege- und Betreuungsdienst

A.i.P. - Ambulante und individuelle Pflege GmbH
Ferdinand-Lassalle-Str. 18 | 72770 Reutlingen
fon 07121. 909 73 30 | fax 07121. 909 73 39
info@aip-pflege.de | www.aip-pflege.de
Geschäftsführer: Dipl.-Kfm. Hans-Peter Jandel

HRB 353524 Stuttgart | IK-Nr. 460 841 289 | Steuer-Nr. 78091/14282