

**Betreuungsvertrag „Unterstützung im Alltag“
– gemäß § 45 a SGB XI**

Eine offene und vertrauensvolle Kommunikation ist das Wichtigste an einer guten und gesunden Zusammenarbeit. Dieser Vertrag soll dazu dienen. Deshalb schreibe ich hier umgangssprachlich und vermeide komplizierte rechtliche Verklausulierungen.

Leistungserbringerin

Alltagsbegleitung Heike Ott, Hohfuhstraße 42, 58509 Lüdenscheid
Telefon mobil: 0151/10710305 | E-Mail: heike@deinealltagsbegleitung.de
Internetseite: www.deinealltagsbegleitung.de

Leistungsnehmer/in

Frau/Herr.
Anschrift:.....
Telefon:.....
Geburtsdatum:.....
Kranken-/Pflegekasse:
Versicherten-Nummer:
Pflegegrad:
seit wann:

Pflegende(r) Angehörige(r) bzw. pflegende nahestehende Person

Diese(r) ist in Notfällen, insbesondere bei plötzlich starker Verschlechterung des Gesundheitszustandes der/des Leistungsnehmer*in, unverzüglich zu benachrichtigen:

.....
.....
.....

Stattdessen/außerdem ist zu benachrichtigen:

z. B. Hausarzt

Anschrift:

Telefon:

E-Mail

Das **Erstgespräch** fand statt am
teilgenommen haben

Wir vereinbaren den **Beginn der Unterstützungsleistungen** ab dem.....

Diesem Vertrag liegt das nachstehende Leistungskonzept zu Grunde:

Leistungskonzept

Bezeichnung des Angebotes

Alltagsbegleitung und Betreuungsassistenz im Alter, während Krise und Krankheit

Meine Motivation

Für mich bedeutet diese Tätigkeit, in einem abwechslungsreichen Arbeitsfeld sinnvoll tätig zu sein. Mein Anliegen ist, eine stabile Basis für eine vertrauensvolle Beziehung anzubieten und diese kontinuierlich mit Ihnen gemeinsam zu entwickeln.

Tätigkeitsgerechte Qualifikation

- **Büro-Assistenz** (30 Jahre Erfahrung) in Rechtsanwaltspraxen und Wirtschaftsunternehmen. Das befähigt mich, für Sie sämtliche Korrespondenz privater und behördlicher Art zu übernehmen oder Sie darin zu unterstützen.

Begleitend interessierte mich immer auch das Thema Gesundheit und die Frage: Wie entsteht Krankheit, wie Gesundheit und wie erreiche ich körperliches Wohlbefinden im Leben allgemein, in Krisenzeiten und trotz Vorhandensein von körperlichen/seelischen Einschränkungen?

Durch die nachstehenden Ausbildungen unterstütze ich Sie individuell und bedarfsgerecht.

- **Basisqualifikation nach § 45 b SGB XI für Unterstützungsleistungen im Alltag**
(Eurobalance, Der Bildungscoach für Pflegefachberufe, Oppelhainer Straße 1, 03238 Rückersdorf - mit Zertifikat)
- **Aufbaukurs gemäß § 45 b SGB XI für Betreuungskräfte**
(Arche Akademie im Arche Care Haus, Lüdenscheid-Gevelndorf – mit Zertifikat)
- **Initialpflegekurs**
(Seminarzentrum Klinikum Hellersen, Lüdenscheid – mit Zertifikat)
- **Pflegekurs für Menschen mit Demenz**
(Seminarzentrum Klinikum Hellersen, Lüdenscheid – mit Zertifikat)
- **Kurs „Bewegen statt Heben – Kinaesthetics in der Pflege“**
(Seminarzentrum Klinikum Hellersen, Lüdenscheid – mit Zertifikat)
- **Erste Hilfe Kurs**
(DRK, Kreisverband Altena-Lüdenscheid – mit Zertifikat)
- **Letzte Hilfe Kurs**
(Arche Akademie im Arche Care Haus, Lüdenscheid-Gevelndorf – mit Zertifikat)
- **Telefonseelsorgerin** (TS Hagen-Mark – mit Zertifikat)
- **Focusing-Beraterin/Gesundheitstrainerin Achtsamkeit GSA**
(FocusingZentrumRheinland im Psychologischen Zentrum, Boppard – mit Zertifikat)
- **Psychologische Beraterin** (Paracelsus Schule Dortmund)

Ich begleite / betreue / unterstütze / entlaste

pflegebedürftige Menschen mit

- körperlichen Beeinträchtigungen und/oder
- kognitiven Beeinträchtigungen und/oder
- psychischen Beeinträchtigungen

pflegende Angehörige oder andere Zugehörige (dem/der Pflegebedürftigen nahestehende Personen)

Leistungsbeschreibung

Mein Angebot zur Unterstützung im Alltag beinhaltet:

- Einzelbetreuung im häuslichen Umfeld
- Entlastung von pflegebedürftigen Personen durch individuelle Hilfen
- Entlastung von pflegenden Angehörigen/zugehörigen nahestehenden Personen
- Entlastung von pflegebedürftigen und pflegenden Personen bei der Haushaltsführung (eingeschränkt – je nach Absprache)

Die Schwerpunkthilfen im Einzelnen:

- Unterstützung bei der Erledigung von amtlichem und privatem Schriftverkehr/Ergänzen von Formularen/Terminabsprachen/Bestellungen etc.
- Unterstützung bei der Beantragung möglicher Leistungen bei Sozialversicherungsträgern
- Einkaufen bzw. Einkaufsbegleitung (Lebensmittel, Garderobe etc.), Botengänge und Bringdienste
- Unterhaltung, Gesellschaft, Gespräche, Zuhörer sein
- Gesundheitsförderung durch Bewegungs-/Atemübungen/Tanzen/Stuhl-Yoga, Entspannungseinheiten
- „kleine“ Raumpflege (z. B. Aufräumen, Spülmaschine ausräumen, Wäsche waschen/falten etc. nach Absprache), wenn nötig Unterstützung bei der Organisation von Haushaltshilfen
- Strukturierung des Tages, gemeinsame Mahlzeiten oder Anwesenheit während einer Mahlzeit
- Begleitung zu Ärzten/med. Einrichtungen/Physiotherapie sowie zu Friseur, Fußpflege etc.
- Begleitung bei Spaziergängen, Friedhofsbesuchen, zu Gottesdiensten, Veranstaltungen und Seniorengruppen
- Vorlesen aus Zeitung, Zeitschriften, Büchern
- Freude am eigenen Hobby teilen, gemeinsames Kochen, Backen, Spielen, Puzzeln, Singen, Bewegen nach Musik etc.
- Erhalt, Pflege und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung bei der Planung von Feiern und Geburtstagen
- Ordnung und Struktur schaffen für die Alltagsbewältigung, Unterstützung beim Aufräumen, Ordnen, Loslassen von Altem und Überholtem

Es werden folgende Unterstützungsleistungen vereinbart (oben bitte ankreuzen) und/oder andere Leistungen nachstehend genauer beschreiben:

.....
.....

Änderungen des Leistungsumfanges können jederzeit vereinbart werden. Sie werden in dem separat geführten Leistungsnachweis vermerkt sowie von Ihnen und mir abgezeichnet. Hierbei sind Veränderungen in Ihrer häuslichen Situation und meine Kapazitäten zu berücksichtigen. Deshalb ist es gut, Änderungen möglichst zeitnah mit Blick auf vorhersehbare sich ändernde Bedingungen zu vereinbaren und anzupassen.

So bin ich verfügbar

Meine Bürozeiten sind

montags bis donnerstags **9:00 - 18:00 Uhr**

freitags **9:00 - 15:00 Uhr**

Außerhalb dieser Zeiten sowie an einem **Wochenende** und an **Feiertagen** stehe ich **ebenfalls nach Absprache** mit dem Kunden zur Verfügung.

Bitte sagen Sie verbindlich vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher per E-Mail oder telefonisch ab. Anderenfalls bitte ich um Ihr Verständnis, dass ich Ihnen die entgangene Vergütung in Höhe von € 20,--/Stunde in Rechnung stellen werde (diese wird in diesem Fall nicht von der Pflegekasse erstattet).

Da ich keine MitarbeiterInnen habe, kann ich grundsätzlich keine Vertretung gewährleisten. Für den Fall, dass ich krankheitsbedingt ausfalle, melde ich mich frühestmöglich bei Ihnen ab. Wenn ich Freizeit oder Urlaub plane, werde ich Sie möglichst frühzeitig informieren und – falls Sie den Wunsch haben - bestmöglich dafür Sorge tragen, dass Sie für diese Zeit eine befähigte Vertretung an Ihrer Seite haben.

Preisgestaltung | Abrechnung

Es erfolgt ein **kostenloses Erstgespräch**, indem wir uns kennenlernen und ausreichend Zeit für alle Fragen zur Verfügung steht.

Meine Betreuungsleistung biete ich für **€ 28,00 (€ 32,00 ab 03/2023)** pro Stunde an. Eine Stunde umfasst 60 Minuten. Nicht vollständige Stunden berechne ich pro angefangene Viertelstunde. Im Stundensatz sind sämtliche Büro-, Telefon- und organisatorische Kosten enthalten. Fahrtkosten (Hin- und Rückfahrt zum Kunden/zur Kundin) berechne ich mit € 0,30/km (0,35/km ab 03/2023).

Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt auf Basis eines Leistungsnachweises, den ich jeweils zum Monatsende anfertige und den Sie gegenzeichnen. Sie erhalten eine Kopie dieses Leistungsnachweises nebst Rechnung.

Ich bin berechtigt, die Leistungen mit den Kranken-/Pflegekassen abzurechnen.
Mein **Identifikationskennzeichen** lautet: **460565376**.

Die Rechnung reichen Sie bitte zwecks Erstattung entweder selbständig bei Ihrer Pflegekasse ein oder ich rechne direkt mit Ihrer Pflegekasse ab. Für diesen Fall unterzeichnen Sie mir bitte eine von mir vorbereitete Abtretungserklärung zwecks Vorlage bei Ihrer Pflegekasse (die Abtretungserklärung reiche ich auf Wunsch nach).

Zahlungsbedingungen

Alle Rechnungen sind innerhalb von 10 Werktagen nach Erhalt zur Zahlung fällig auf das Konto bei der

Commerzbank
Inhaber: Heike Ott
IBAN: DE21 4584 0026 06101 6554 00
BIC: COBADEFFXXX

Sollten Sie mit Ihrer Zahlung in Verzug geraten, behalte ich mir vor, meine Leistung ohne weitere Vorankündigung zurückzubehalten und im Falle der Mahnung, Zinsen und Mahnkosten in Höhe von € 10,- in Rechnung zu stellen.

Kooperation mit einer Fachkraft

Ich gehe eine Kooperation mit dem **Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz in Dortmund** ein. Im Rahmen dieser Kooperation werde ich im Hinblick auf meine Arbeit fachlich beraten und unterstützt. Dort nehme ich auch an regelmäßigen Austauschtreffen sowie an stattfindenden Weiterbildungen und Fallbesprechungen teil.

Regelung zum Umgang mit Beschwerden und Krisensituationen

Wer aus eigenen Fehlern lernen will, braucht die Bereitschaft, konstruktiv mit Beschwerden und Konfliktsituationen umzugehen. Mir ist wichtig, individuelle Fehler und Schwächen zu thematisieren und auf Anregungen, Äußerungen von Unzufriedenheit und auf Beschwerden Ihrerseits mit Veränderungsbereitschaft einzugehen. Generell bin ich überzeugt, dass diesbezüglich Offenheit und proaktives Verhalten eher hilft als schadet.

Im Falle von Krisen, Beschwerden und anderen Problemen werde ich dokumentieren: Wer ist beteiligt? Welches Problem besteht? Wie sieht der gemeinsame Lösungsprozess aus? Wie wurde der Konflikt beigelegt?

Sollten Konflikte entstehen, die zwischen uns nicht beigelegt werden können, steht mir ebenfalls das Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz in Dortmund mit Rat und Tat zur Seite.

Die Qualitätssicherung

Vertragsabschluss | Dokumentation | Regelmäßige Fortbildungen

Mit Vertragsabschluss lege ich für Sie eine Dokumentationsmappe an und führe diese während des gesamten Zeitraumes der Unterstützungsleistung. Außerdem besuche ich regelmäßig Fortbildungen, um meine fachlichen Kenntnisse auf aktuellem Stand zu gewährleisten. Insbesondere nehme ich an den angebotenen Fortbildungen des Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz, Dortmund teil.

Schweigepflicht und Datenschutz

Ich verpflichte mich, über alle bekannt gewordenen Informationen und Verhältnisse, die Sie betreffen, absolutes Stillschweigen zu bewahren und keine vertraulichen Informationen an außenstehende Dritte weiterzugeben. Ich erfasse Ihren Namen, Adresse sowie Kontaktdaten (Telefonnummern, E-Mail-Adresse, Pflegekassendaten) und verwende diese ausschließlich zu Zwecken der vertraglich festgelegten Betreuungsleistungen. Nur wenn Sie zuvor Ihre Einwilligung gesondert erteilt haben, erfolgt eine Nutzung Ihrer Daten auch für weitergehende, in der Einwilligung genau bestimmte Zwecke.

Nach Beendigung der Betreuungsleistung lösche ich Ihre Kontaktdaten und etwaige erforderlich gewordene schriftliche Aufzeichnungen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Beendigung | Kündigung | Ruhen des Vertrages

Der Vertrag endet mit Kündigung oder Versterben. Bei vorübergehendem stationärem Aufenthalt (Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Kurzzeitpflege etc.) ruht der Vertrag. Sie können den Vertrag mit einer Frist von 1 Woche ohne Angabe von Gründen kündigen. Ich bin berechtigt, den Vertrag mit einer Frist von 4 Wochen zu kündigen. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

Das Recht auf Kündigung ohne Kündigungsfrist aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor:

- bei Ihrer dauerhaften stationären Unterbringung
- wenn die notwendige ergänzende Versorgung und Betreuung auf Dauer oder regelmäßig nicht sichergestellt ist
- wenn der erforderliche Betreuungsaufwand im Wege der vereinbarten Betreuung nicht mehr erbracht werden kann
- wenn Sie mit der Begleichung der Rechnungen von mehr als 2 Kalendermonaten in Verzug sind
- wenn nach medizinischer Indikation der Betreuungsaufwand nicht mehr notwendig ist.

Schlussbemerkungen

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Ergänzungen und Änderungen dieses Vertrages sind schriftlich zu vereinbaren.

Sie haben diesen Betreuungsvertrag gelesen und verstanden und sind mit dem Inhalt einverstanden, welches Sie durch Ihre Unterschrift bestätigen. Sie erhalten eine Ausfertigung dieses Vertrages.

Ort, Datum

Heike Ott

Ort, Datum

Leistungsnehmer/in

Pfleger*in Angehörige*r