



FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG FÜR PATIENTEN UND ANGEHÖRIGE IN DER AUSSERKLINISCHEN INTENSIVPFLEGE

ANSPRÜCHE. ANTRAGSPARTNER. RECHTLICHE GRUNDLAGEN.



linimed
gruppe

INHALTSVERZEICHNIS



Außerklinische Intensivpflege: Was muss ich wissen?	5
Die Finanzierung der außerklinischen Intensivpflege.....	7
Die Hilfe zur Pflege (SGB XII)	9
Die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach §45b SGB XI.....	11
Der Wohngruppenzuschlag.....	13
Die Grundsicherung	15
Das Wohngeld.....	17
Der Schwerbehindertenausweis	19
Die Zuzahlungsbefreiung.....	21
Wann gilt man als „chronisch krank“?.....	23
Die finanzielle Erstattung der Betriebskosten (Strom) eines Hilfsmittels	25
Die Linimed Gruppe: Wir unterstützen Sie	27

VORWORT



Liebe Leserinnen und Leser!

Die Notwendigkeit außerklinischer Intensivpflege bedeutet für Betroffene und Angehörige private Veränderungen und gravierende Eingriffe im Alltag, als auch eine zusätzliche finanzielle Belastung, die mit dieser pflegeintensiven Betreuungsform einhergeht.

Die Pflege von intensivpflegebedürftigen Menschen kann außerhalb der Klinik in der eigenen Häuslichkeit oder auch in spezialisierten ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Anspruch genommen werden.

Um Ihnen potenzielle Wege der Finanzierung und finanzielle Entlastungsmöglichkeiten durch Kostenträger, Behörden und Institutionen aufzuzeigen, haben wir in der Ihnen vorliegenden Broschüre praktisches und wertvolles Wissen zusammengefasst. Ein Team aus Fachexperten aus der Linimed Gruppe hat das umfassende Know-how, welches innerhalb der hochgradig spezialisierten Pflegedienste über Jahre gesammelt wurde, für Sie aufgearbeitet.

Unser aktuelles Wissen und die stetige Weiterentwicklung dessen hat dazu beigetragen, dass wir heute einer der führenden Anbieter in der außerklinischen Intensivpflege in Deutschland sind. Ebenso haben unsere hochqualifizierten Pflegefachkräfte sowie das Vertrauen unserer Pflegekunden und Angehörigen diese Entwicklung möglich gemacht.

Wenn Sie Fragen zur Intensivpflege und auch der Finanzierung haben, schreiben Sie uns sehr gern eine Nachricht an beratung@linimed-gruppe.de. Wir helfen Ihnen sehr gerne nach besten Kräften weiter. Das ist unser Qualitätsanspruch, der über die optimale pflegerische Versorgung hinausgeht.

Mit freundlichen Grüßen

Fabian Bäuerle

Fabian Bäuerle

Geschäftsführer der Linimed Gruppe



AUSSERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE: WAS MUSS ICH WISSEN?



Unter der außerklinischen Intensivpflege, bzw. der ambulanten Intensivpflege, wird die hochspezialisierte Pflege außerhalb der Kliniken verstanden.

Die außerklinische Intensivpflege ist in der häuslichen Einzelversorgung und auch in der Mehrfachversorgung (mit mehreren intensivpflegebedürftigen Menschen) in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft möglich. Beide Versorgungsformen werden durch die Linimed Gruppe angeboten.

Außerklinische Intensivpflege wird verordnet, wenn, ohne die ständige Interventionsbereitschaft einer anwesenden Pflegefachkraft, Lebensgefahr entstehen kann.

Gesundheitliche Einschränkungen und Symptome, die eine außerklinische Intensivpflege erforderlich machen, können durch verschiedene Krankheitsbilder verursacht werden. Dazu zählen beispielsweise:

- Multiple Sklerose (MS)
- neurologische / neuromuskuläre Krankheitsbilder (Duchenne Muskeldystrophie, Epilepsie, Amyotrophe Lateralsklerose – ALS)

- (hohe) Querschnittverletzung
- Wachkoma
- Locked-In-Syndrom
- Menschen mit Luftröhrenschnitt (Tracheostoma) und/oder einer maschinellen Beatmung
- Menschen mit ausgeprägter Schluck- und Abhuststörung

Unser Team des Casemanagements kann Sie von Beginn an professionell und persönlich vom Übergang aus der Klinik in die ambulante Versorgung unterstützen. Oftmals sind unsere Mitarbeitenden selbst Pflegefachkräfte und stehen Ihnen fachlich umfassend zur Seite. Bei Formalitäten und Beantragung von Kostenübernahmen unterstützen und beraten wir Sie gern.

Sie haben Fragen zur außerklinischen Intensivpflege oder zur Patientenübernahme? Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Telefon: 0800/5464633

E-Mail: beratung@linimed-gruppe.de

Webseite: www.linimed-gruppe.de



DIE FINANZIERUNG DER AUSSERKLINISCHEN INTENSIVPFLEGE



Rund um die Vergütung der intensivpflegerischen Maßnahmen durch die Kranken- und Pflegekasse ist es in der Regel so, dass mit Ausnahme der Berufsgenossenschaften und einzelner privaten Krankenkassen keine Vollfinanzierung bzw. komplette Kostenübernahme stattfindet.

Das bedeutet, dass es im Rahmen der Vergütung von grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen im SGB XI, durch die geringe Höhe der Pflegesachleistung, zu einer Finanzierungslücke kommt. Aktuell findet in Deutschland folgende monatliche Vergütung der Pflegesachleistungen an uns als Pflegedienst durch die Pflegekassen statt:

Pflegegrad	Leistung der Pflegeversicherung im Monat
Pflegegrad 2	796 Euro
Pflegegrad 3	1.497 Euro
Pflegegrad 4	1.859 Euro
Pflegegrad 5	2.299 Euro

Um die Vergütung der Behandlungspflege festzuschreiben, wurde 2017 die Kostenabgrenzungsrichtlinie etabliert. Das bedeutet, dass bundesweit festgeschrieben wurde, wie viele Stunden und Minuten am Tag über die Krankenkasse im Rahmen der Erbringung der Behandlungspflege an den Pflegedienst vergütet werden müssen:

Pflegegrad	Pauschale Minutenwerte
Pflegegrad 2	37
Pflegegrad 3	76
Pflegegrad 4	104
Pflegegrad 5	141

In einigen Bundesländern haben die Pflegekassen Stundensätze für grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen erlassen, in anderen Regionen werden Einzelleistungen abgerechnet. Festzuhalten ist, dass die Höhe des Pflegegrades in der Regel nicht zur vollen Kostendeckung ausreicht.

Somit muss zur vollen Kostenabdeckung ein Eigenanteil vom Versicherten bzw. bei nicht vorhandener Leistungsfähigkeit von einem sozialen Träger (SGB XII) erhoben werden. Hierzu wird von Seiten des Pflegedienstes ein Kostenvoranschlag erstellt, dazu besteht eine Verpflichtung.

In der Regel findet in der entlassenden Klinik eine Schnelleinstufung in den Pflegegrad 2 statt, die endgültige Einstufung findet durch den Medizinischen Dienst in der eigenen Häuslichkeit oder der ambulant betreuten Wohngemeinschaft statt. Hier kann es dann auch zu einer Nachberechnung der Kosten für die Grundpflege seit dem Aufnahme datum kommen, wenn der Pflegegrad korrigiert wird.



DIE HILFE ZUR PFLEGE (SGB XII)



Wenn Menschen pflegebedürftig werden, ist oftmals pflegerische Unterstützung im Alltag notwendig. Nach Feststellung des Pflegegrades erhalten die Betroffenen Leistungen der Pflegeversicherung.

Diese Leistungen decken bei besonders hohem Pflegeaufwand leider häufig nicht die gesamten Kosten für die Pflege. Der nicht abgedeckte Mehraufwand muss durch die Pflegebedürftigen selbst gezahlt werden. Hat der Betroffene ein zu geringes Einkommen oder eine zu geringe Rente, kann finanzielle Unterstützung beim zuständigen Sozialhilfeträger über das SGB XII beantragt werden.

Hier wird geprüft, in welcher Höhe der Betroffene Anspruch auf ‚Hilfe zur Pflege‘ hat. Wenn kein Anspruch auf Leistungen der Pflegekasse besteht, übernimmt das Sozialamt auch diesen Teil der Kosten.

Die Voraussetzungen

Wenn Sie „Hilfe zur Pflege“ in Anspruch nehmen möchten, müssen Sie als Betroffener folgende Voraussetzungen mitbringen:

- Sie sind pflegebedürftig gemäß § 61a SGB XII und deshalb in Ihrer Selbstständigkeit nachhaltig eingeschränkt. Den Pflegegrad ermittelt Ihre Pflegekasse im Rahmen eines Gutachtens durch den Medizinischen Dienst.

- Die Absicherung durch die soziale Pflegeversicherung oder die private Pflegezusatzversicherung reicht in der Regel nicht aus, um die anfallenden Pflegekosten vollständig abzufangen.
- Weder Sie als Betroffener noch Ihr Ehegatte besitzen genügend Einkommen oder Vermögen, um selbst für die Finanzierung der Pflege aufzukommen. Damit die zuständige Behörde Ihre finanzielle Situation nachvollziehen kann, müssen Sie Ihr Einkommen und Vermögen dort im Rahmen der Antragsstellung zur Hilfe zur Pflege offenlegen.

Wenn eine oder mehrere Voraussetzungen nicht erfüllt sind, wird der vorliegende Antrag zur Hilfe zur Pflege abgelehnt. Hier wird dann im Einzelfall empfohlen, die Ablehnung im Detail zu prüfen und in ein Widerspruchsverfahren zu gehen, falls aus Ihrer Sicht die Ablehnung nicht korrekt ist.

Die Beantragung

Die Hilfe zur Pflege wird beim zuständigen Sozialamt oder Bezirk gestellt. Der Antrag läuft mit Bekanntgabe des Unterstützungsbedarfs (persönlich, telefonisch oder per E-Mail). Am besten hat sich aber ein kurzes Fax mit dem entsprechenden Sendebericht bewährt. Idealerweise wird sofort ein Kostenvoranschlag für die Leistungen der Pflegeversicherungen und dem Eigenanteil des Pflegedienstes mitgesendet.



DIE ZUSÄTZLICHEN BETREUUNGSLEISTUNGEN NACH §45B SGB XI



Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen monatlichen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro.

Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen, beispielsweise für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der

Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Er dient zudem der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten im Rahmen der ambulanten Pflege zu Hause oder in ambulant betreuten Wohngemeinschaften entstehen.

Über den Entlastungsbeitrag können zudem anfallende hauswirtschaftliche Leistungen oder andere Themenfelder in ambulant betreuten Wohngemeinschaften mit bezahlt werden.



DER WOHNGRUPPEN- ZUSCHLAG



Der Wohngruppenschlag in Höhe von 224 Euro pro Monat ab der Antragstellung wird vom Bewohner bzw. dem gesetzlichen Betreuer direkt bei der Pflegekasse beantragt. Grundlage ist der § 38a SGB XI.

Der Wohngruppenschlag wird bei Vorliegen der Voraussetzungen durch die Pflegeversicherung gezahlt. Der Wohngruppenschlag

ist für zusätzliche Aufwendungen innerhalb der ambulant betreuten Wohngemeinschaft gedacht.

Allgemeine betreuende, verwaltende und organisatorische Tätigkeiten oder auch für hauswirtschaftliche Unterstützung werden hiermit unterstützend finanziert. Gerne unterstützen wir Sie bei der entsprechenden Antragstellung.



DIE GRUNDSICHERUNG



Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine Leistung der Sozialhilfe (SGB XII). Sie sichert den Lebensunterhalt von Menschen, die wegen ihres Alters oder dauerhafter voller Erwerbsminderung durch bspw. eine Erkrankung nicht mehr arbeiten können, und deren Einkünfte bzw. Ersparnisse für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

Die Höhe und der Umfang der Grundsicherung sind mit der Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe vergleichbar.

Eigenes Einkommen und Vermögen werden auf die Grundsicherung angerechnet. Die Grundsicherung muss beim Sozialhilfeträger beantragt werden und ist gegenüber der Hilfe zum Lebensunterhalt vorrangig.

Eine dauerhafte volle Erwerbsminderung liegt immer dann vor, wenn das Leistungsvermögen wegen Krankheit oder Behinderung vermindert ist, so dass man auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein (Erwerbsminderungsrente). Die Feststellung der Dauerhaftigkeit setzt voraus, dass unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann.

Die Grundsicherung ist abhängig von der Bedürftigkeit und entspricht der Höhe nach der Hilfe zum Lebensunterhalt in der Sozialhilfe. Daher wird eigenes Einkommen und Vermögen ebenfalls, wie in der Hilfe zum Lebensunterhalt, berücksichtigt.

Unterhaltspflichtige Kinder oder Eltern mit einem Jahreseinkommen von jeweils bis einschließlich 100.000 Euro müssen nicht dafür aufkommen, wenn ihre Angehörigen die Grundsicherung in Anspruch nehmen. Auf eine Kostenerstattungspflicht durch die Erben wird ebenfalls verzichtet.

Darüber hinaus gilt in der Grundsicherung nicht die sozialhilferechtliche Vermutung, dass derjenige, der in Haushaltsgemeinschaft mit Verwandten oder Verschwägerten lebt, von diesen Personen Leistungen zum Lebensunterhalt erhält. So erhalten insbesondere behinderte Menschen mit einer dauerhaft vollen Erwerbsminderung, die häufig bei ihren Eltern oder sonstigen Verwandten leben, durch die Grundsicherung eine eigenständige materielle Absicherung ihres Lebensunterhalts.

(Quelle: <https://www.freistaat.bayern/dokumente/leistung/295757274442>)



DAS WOHNUNGSGELD



Der Staat leistet einkommensschwachen Bürgern bei ihren Wohnkosten eine finanzielle Hilfe. Dieses Wohngeld wird als monatlicher Zuschuss gezahlt. Einen Mietzuschuss erhalten auf Antrag beispielsweise Mieter einer Wohnung, Untermieter oder Heimbewohner. Eigentümer eines Eigenheimes, einer Eigentumswohnung oder einer landwirtschaftlichen Nebenerwerbsstelle können Wohngeld als Lastenzuschuss für den selbstgenutzten Wohnraum beantragen.

Ob ein Anspruch auf Wohngeld besteht und wenn ja, in welcher Höhe, hängt von drei Faktoren ab: von der Anzahl der Haushaltsmitglieder, von der Höhe des Gesamteinkommens und von der Höhe der Miete beziehungsweise der finanziellen Belastung.

Zu den Haushaltsmitgliedern, die berücksichtigt werden, können neben der wohngeldberechtigten Person beispielsweise Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, Eltern oder Geschwister zählen. Empfänger von Arbeitslosengeld II, von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder von Sozialhilfe erhalten kein Wohngeld, wenn die Kosten der Unterkunft bereits bei der Berechnung dieser Leistung eingeflossen sind.

Das Wohngeld wird nur auf Antrag beim zuständigen sozialen Träger analog der Grundsicherung und der Hilfe zur Pflege geleistet. Gerne können wir Sie bei der Antragstellung auch hier unterstützen. Schreiben Sie uns gerne an beratung@linimed-gruppe.de.



DER SCHWER- BEHINDERTENAUSWEIS



Den Schwerbehindertenausweis beantragen Sie bei Ihrem Versorgungsamt oder bei Ihrem Bürgerbüro. Die Adresse des zuständigen Amtes erfahren Sie auch beim Bürgeramt oder Bürgerbüro Ihrer Stadt oder Ihres Kreises. In jedem Bundesland gibt es Unterschiede.

Wozu braucht man einen Schwerbehindertenausweis?

Menschen mit Behinderung haben durch ihre Behinderung oft einen größeren Aufwand im Alltag. So müssen sie zum Beispiel mehr Geld für Medikamente, ein barrierefreies Auto oder für die Pflege ausgeben. Um diese und andere Nachteile zumindest etwas auszugleichen, gibt es sogenannte Nachteilsausgleiche.

Um bestimmte Nachteilsausgleiche zu bekommen, müssen Sie eine Schwerbehinderung mit einem Schwerbehindertenausweis nachweisen.

Der Schwerbehindertenausweis ist die amtliche Anerkennung Ihrer Schwerbehinderung. Sie erhalten zum Beispiel nur mit einer anerkannten Schwerbehinderung einen besonderen Kündigungsschutz an Ihrem Arbeitsplatz. Oder Sie bekommen wegen Ihrer Schwerbehinderung zusätzliche Urlaubstage von Ihrem Arbeitgeber zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie Steuervergünstigungen aufgrund Ihrer Behinderung bekommen möchten, ist der Ausweis auch sehr hilfreich.



DIE ZUZAHLUNGSBEFREIUNG



Eine Zuzahlungsbefreiung in der gesetzlichen Krankenversicherung lohnt sich für unsere optimal versorgten Patienten, sobald die persönliche finanzielle Belastungsgrenze erreicht wurde.

Diese liegt bei allen gesetzlichen Versicherten bei zwei Prozent – und bei chronisch kranken Menschen bei einem Prozent ihres jährlichen Haushalts-Bruttoeinkommens. Bei Bezieherinnen und Beziehern von Sozialhilfe (SGB XII) gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der Belastungsgrenze für die gesamte Bedarfsgemeinschaft.

Krankenkassen benachrichtigen ihre Versicherten nicht automatisch, sobald diese ihre Belastungsgrenze erreicht haben. Deshalb raten wir Versicherten bzw. pflegebedürftigen Personen ihre Zuzahlungen selbst im Auge zu behalten und die Quittungen zu sammeln. Zum Beispiel gibt es oftmals in Apotheken Unterlagen, Computerausdrucke oder auch Nach-

weishefte, in denen die Zuzahlungen quittiert werden können.

Sobald Versicherte die Belastungsgrenze innerhalb eines Kalenderjahres erreichen, können sie bei ihrer Krankenkasse eine Befreiung schriftlich beantragen. Erst dann bekommen sie gegebenenfalls einen Bescheid erteilt, dass sie für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr leisten müssen (Zuzahlungsbefreiung).

Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger, die bereits innerhalb kurzer Zeit hohe Zuzahlungen leisten müssen, können mit den Sozialhilfeträgern darlehensweise eine Übernahme der Zuzahlungen vereinbaren. Dadurch können sie ihre Belastung über mehrere Monate verteilen. Voraussetzung ist, dass sich zuvor auch die Krankenkassen mit den Sozialhilfeträgern auf ein solches Verfahren verständigen. Hier empfiehlt es sich, beim zuständigen Sachbearbeiter schriftlich oder telefonisch nachzufragen.



WANN GILT MAN ALS „CHRONISCH KRANK“?



Zu den chronischen Krankheiten, die eine Dauerbehandlung erfordern, können zum Beispiel Diabetes mellitus, Asthma, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, ein Tracheostoma oder die koronare Herzkrankheit gehören.

Wer bescheinigt ein „chronisch krank“?

Zum Nachweis der Belastungsgrenze von einem Prozent müssen chronisch kranke Versicherte der Krankenkasse eine ärztliche Bescheinigung vorlegen, in der der Arzt die Krankheit angeben und dem Patienten oder der Patientin therapiegerechtes Verhalten bestätigen muss.

Warum muss ich bei Zuzahlungsbefreiung trotzdem eine Zuzahlung leisten?

Eine Befreiung schließt jedoch keine Festbetragsaufzahlung ein. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels über dem festgelegten Erstattungspreis der Krankenkassen, zahlen betroffene Patienten die Differenz zwischen Abgabepreis und Festbetrag. Diese Mehrkosten zählen auch nicht in die Zuzahlungsbefreiung mit ein. Hier empfiehlt es sich, mit dem behandelnden Arzt ggf. ein anderes, komplett erstattungsfähiges Medikament auszuwählen und verordnen zu lassen.

Was fällt unter die Zuzahlungsbefreiung?

Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel für nahezu alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierunter fallen auch Krankenhausaufenthalte, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, häusliche Krankenpflege, die Bezahlung einer (notwendigen) Haushaltshilfe und die Übernahme von notwendigen Fahrkosten.



DIE FINANZIELLE ERSTATTUNG DER BETRIEBSKOSTEN (STROM) EINES HILFSMITTELS



Die Kassen sind gesetzlich verpflichtet, die beim Betreiben elektrischer Hilfsmittel anfallenden Stromkosten zu bezahlen.

Diese Hilfsmittel müssen allerdings ausdrücklich vom Arzt verordnet worden sein. Dazu gehören beispielsweise Beatmungs- und Absaugungsgeräte sowie Inhalatoren und Luftbefeuchter. Auch Elektromobile, Elektrorollstühle, Lifter, Monitore oder Wechseldruckmatratzen, wie sie bei Dekubitus benötigt werden, können viel Strom verbrauchen.

Gerade in der häuslichen Pflege kommen oft mehrere medizinisch und pflegerisch notwendige Hilfsmittel zum Einsatz. Da summieren sich die anfallenden Stromkosten für die eingesetzten Geräte schnell zu einem größeren Geldbetrag.

Wenn Pflegebedürftige Hilfsmittel selbst kaufen und diese nicht ärztlich verordnet sind, muss der Strom dafür vom Betroffenen selbst bezahlt werden. Bis zu vier Jahre können Stromkosten rückwirkend geltend gemacht werden.

Dabei ist zu beachten, dass jede Krankenkasse

ihre eigenen Regelungen hat. Manche Krankenkassen rechnen über eine Pauschale ab, andere nach dem tatsächlichen Verbrauch. Daher sollte man als pflegebedürftige Person gezielt nachfragen, ob es ein spezielles Formular gibt oder ob ein formloser Antrag für die krankheitsbedingte Übernahme der Stromkosten ausreicht.

Der Strom lässt sich anhand der täglichen Betriebszeit und Wattzahl des Geräts sowie der Zahl der Nutzungstage pro Jahr und den Kosten für ein Kilowatt Strom berechnen. Manche Krankenkassen haben dafür einen Vordruck, in den man die einzelnen Posten nur noch einzutragen braucht und im Anschluss eine Kopie der erhaltenen Stromrechnung beifügt.

Bei anderen Krankenkassen müssen in einem formlosen Anschreiben die tatsächlich anfallenden Kosten pro genau benanntem elektronischen Gerät nachgewiesen werden. Wollen die Krankenkassen die Stromkosten für verordnete Hilfsmittel nicht übernehmen, sollte man Widerspruch einlegen. Gerne unterstützen wir hierbei.



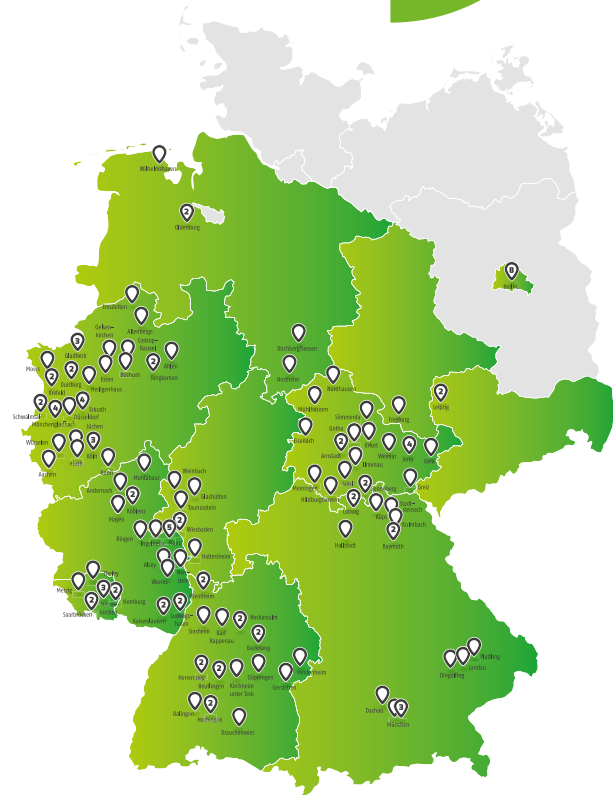
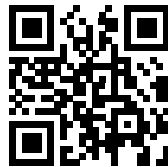
DIE LINIMED GRUPPE: WIR UNTERSTÜTZEN SIE!

Die Linimed Gruppe ist mit ihren angebotenen 19 Pflegediensten bundesweit in der Versorgung von intensivpflegebedürftigen Patientinnen und Patienten aktiv. Neben unserem fachlichen Schwerpunkt in der außerklinischen Intensivpflege bieten wir ebenfalls zahlreiche andere Versorgungskonzepte wie das betreute Wohnen, die ambulante Hauskrankenpflege, Demenzpflege oder Tagespflege an.

Über 4.000 Pflegefachkräfte tragen täglich mit herausragender Pflegequalität, Professionalität und viel Empathie dazu bei, unsere Patient:innen optimal und vor allem individuell auf ihre Bedürfnisse abgestimmt, zu versorgen. Mit einem interdisziplinären Team aus hochqualifizierten Pflegekräften, externen Spezialist:innen und dem/der behandelnden Ärzt:in leisten wir aktivierende Pflege und haben das Ziel, die uns anvertrauten Patient:innen zu rehabilitieren, wenn ihr Gesundheitszustand es ermöglicht.

Einen umfassenden Einblick in unsere Arbeit und ein passendes Pflegeangebot in Ihrer Nähe erhalten Sie unter www.linimed-gruppe.de

Erleben Sie das Wohn-
ambiente unserer
Standorte im
3D-Rundgang.



**Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne
jederzeit zur Verfügung:**

Casemanagement der Linimed Gruppe
Telefon: 0800/5464633
E-Mail: beratung@linimed-gruppe.de

linimed
gruppe

www.linimed-gruppe.de