

**KNAPPSCHAFT**  
**Fachzentrum Pflege**  
**45095 Essen**

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Bei Rückfragen/  
 Schriftwechsel bitte  
 unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der / des Versicherten

**Pflegeversicherung**  
**Antrag auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI**

Hiermit beantrage ich die Erstattung von Kosten der Verhinderungspflege.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten \*

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der verhinderten Pflegeperson \*

\* Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich nachstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

**! Wichtige Hinweise zur Verhinderungspflege entnehmen Sie bitte der Anlage !**

**Bitte immer ausfüllen**

Welche Sie normalerweise  
 betreuende Person ist/war  
 verhindert?

In welchem Zeitraum ist/war diese  
 Person verhindert?

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

Vom

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Bis

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ganztägig

stundenweise

Die Verhinderungspflege erfolgte in einer stationären  
 Einrichtung

Aus welchen Gründen ist/war diese  
 Person verhindert?

Urlaub

sonstige Gründe



|  |  |
|--|--|
| Bei einem Antrag auf stundenweise Verhinderungspflege bitte immer ausfüllen:   | <input type="checkbox"/> Die üblicherweise pflegende Person war im o.g. Zeitraum an insgesamt ____ Tagen an der Durchführung der Pflege gehindert.<br><input type="checkbox"/> Dabei umfasst die Verhinderung weniger als 8 Stunden pro Tag. |
| Die häusliche Pflege wird seit mindestens sechs Monaten durch meine Pflegeperson erbracht.   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein   |
| Ich wünsche, dass für die Verhinderungspflege - sofern erforderlich und möglich - bis zu 806,00 Euro aus der Kurzzeitpflege verwendet werden. (Erläuterungen siehe Anlage) | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein   |

**A Bitte nur ausfüllen, wenn Sie für die Verhinderungspflege eine private Pflegeperson (Verwandte, Schwägerte, Nachbarn, Freunde oder Bekannte) in Anspruch genommen haben.**

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|---|
| Wer führt(e) während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch? (Ersatzpflegeperson) | _____   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | Name, Vorname   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | _____   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | Adresse   |  |  |  |  |  |  |  |   |
| In welcher Beziehung steht Ihre Ersatzpflegeperson zu Ihnen?                                    | <input type="checkbox"/> Ehegatte<br><input type="checkbox"/> Elternteil (des Ehegatten) / Stiefelternteil<br><input type="checkbox"/> Kind / Stiefkind / Schwiegerkind<br><input type="checkbox"/> Großeltern (des Ehegatten) / Stiefgroßeltern<br><input type="checkbox"/> Bruder / Schwester (des Ehegatten)<br><input type="checkbox"/> Enkelkind / Stiefenkelkind / Schwiegerenkel<br><input type="checkbox"/> Nachbar / Freund / Bekannte / sonstige Person |  |  |  |  |  |  |  |   |
| Leben Sie mit Ihrer Ersatzpflegeperson in einem gemeinsamen Haushalt?                           | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| Höhe der gezahlten Vergütung  | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>   |  |  |  |  |  |  |  | Euro<br>Bitte untenstehende Quittung ausfüllen oder separate Nachweise beifügen |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |   |

**Von der Ersatzpflegeperson bitte immer anzugeben:**

|  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| Haben Sie in den letzten 12 Kalendermonaten bereits einen weiteren Pflegebedürftigen im Rahmen der Verhinderungspflege versorgt? | <input type="checkbox"/> ja<br>_____ |  |
|  | Name, Vorname des Pflegebedürftigen  |  |
|  | vom _____ bis _____                  |  |
|  | <input type="checkbox"/> nein        |  |



**Quittung: Von der Ersatzpflegeperson auszufüllen, sofern keine separate Quittung eingereicht wird**

Für die Verhinderungspflege habe ich für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ insgesamt \_\_\_\_\_ Euro für pflegebedingte Aufwendungen erhalten.

Zudem mache ich folgende Aufwendungen geltend:

Fahrkosten \_\_\_\_\_ Euro

**Bitte Nachweise (Fahrbelege, Verdienstausschüttungsbefragungen o.ä.) beifügen**

Verdienstausschüttung \_\_\_\_\_ Euro

Mir ist bekannt, dass der in Empfang genommene Betrag gegebenenfalls steuerpflichtiges Einkommen darstellt und von mir dem zuständigen Finanzamt zu melden ist.

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson

**B Bitte nur ausfüllen, wenn Sie durch einen professionellen Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst) Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben.**

Wer führt(e) während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Name des Leistungserbringers

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Straße

Hausnummer

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PLZ

Ort

Höhe der gezahlten Vergütung (Bitte Rechnungsbeleg im Original beifügen)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Euro

Soll der Erstattungsbetrag direkt an den Leistungserbringer gezahlt werden?

ja  
 nein

**C Bitte nur ausfüllen, wenn Sie in einer Einrichtung außerhalb Ihres üblichen Haushaltes Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben.**

In welcher Einrichtung wird/wurde die Verhinderungspflege durchgeführt?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Name der Einrichtung

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Straße

Hausnummer

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PLZ

Ort

Höhe der **pflegebedingten** Vergütung (Bitte Rechnungsbeleg im Original beifügen)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Euro

Soll der Erstattungsbetrag direkt an die Einrichtung gezahlt werden?

ja  
 nein



┌

┐

└

┘

## Wichtige Hinweise zur Verhinderungspflege

Wenn Ihre Pflegeperson verweist, erkrankt oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist, haben Sie Anspruch auf Verhinderungspflege.

Allerdings müssen Sie zuvor mindestens sechs Monate von einer privaten Pflegeperson in Ihrem häuslichen Bereich gepflegt worden sein.

Weitere Voraussetzung ist, dass Sie zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft sind.

### 1.) Verhinderungspflege in der häuslichen Umgebung

Wird die Verhinderungspflege durch eine Ersatzpflegeperson erbracht, die mit Ihnen bis zum **2. Grade** verwandt oder verschwägert ist oder mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebt, ist die Kostenübernahme grundsätzlich auf den Betrag des Pflegegeldes des jeweils festgestellten Pflegegrades für bis zu sechs Wochen begrenzt.

Wird die Verhinderungspflege über einen Zeitraum von mehr als sechs Wochen erbracht oder hat Ihre Ersatzpflegeperson im laufenden Jahr bereits einen anderen Anspruchsberechtigten im Rahmen der Verhinderungspflege über einen Zeitraum von mehr als einer Woche versorgt, ist Erwerbsmäßigkeit anzunehmen.

Wird die Verhinderungspflege durch entfernte Verwandte oder Verschwägerter (ab dem 3. Grade) oder durch Nachbarn, Freunde oder Bekannte erbracht, ist ebenfalls generell von **erwerbsmäßiger Pflege** auszugehen. Dies gilt auch, wenn ein ambulanter Pflegedienst die Verhinderungspflege übernimmt.

Im Rahmen der erwerbsmäßigen Verhinderungspflege erstatten wir die pflegebedingten Aufwendungen grundsätzlich bis zu 1.612,00 Euro für sechs Wochen im Kalenderjahr.

#### Hinweis:

Sofern Ihrer Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege weitere notwendige Aufwendungen entstanden sind (z. B. Verdienstaufschlag oder Fahrkosten), können diese auf Nachweis zusätzlich bis zum entsprechenden Höchstbetrag erstattet werden.

**Bitte beachten Sie**, dass wir nur nachgewiesene Kosten erstatten können. Bei einer Verhinderungspflege durch private Pflegepersonen können Sie die Quittung im Antragsformular nutzen. Bei einer Verhinderungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst können Sie uns die Rechnung des Pflegedienstes einreichen.

### 2.) Verhinderungspflege in einer Einrichtung

Sofern die Verhinderungspflege in einer Einrichtung wie z.B. Schule, Internat oder einem Wohnheim für behinderte Menschen durchgeführt wird, übernehmen wir die nachgewiesenen **pflegebedingten** Aufwendungen grundsätzlich bis zu 1.612,00 Euro für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr. Als Kostennachweis können Sie die Rechnung der Einrichtung einreichen.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen (z. B. Einzelzimmerzuschlag, Telefongebühren usw.) sind selbst zu tragen.

### 3.) Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes

Während einer Verhinderungspflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt, sofern zuvor ein Anspruch auf Zahlung des Pflegegeldes bestand.

### 4.) Stundenweise Verhinderungspflege

Eine stundenweise Verhinderungspflege liegt vor, wenn die üblicherweise pflegende Person **weniger als acht Stunden am Tag** an der Durchführung der Pflege gehindert ist, z. B. aufgrund von Arztbesuchen oder sonstigen privaten Gründen.

Hierbei erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Leistungsbetrag, nicht aber auf die Höchstdauer von 42 Tagen. Gleichzeitig besteht Anspruch auf das Pflegegeld in voller Höhe.

## **5.) Verwendung nicht in Anspruch genommener Mittel der Kurzzeitpflege**

Reicht der Betrag für die Verhinderungspflege nicht aus, können Sie den Leistungsbetrag um bis zu 806,00 Euro aus der Kurzzeitpflege aufstocken. Dies ist aber nur dann möglich, wenn Ihnen für die Kurzzeitpflege noch ein entsprechender Betrag zur Verfügung steht.

Machen Sie von dieser Möglichkeit Gebrauch, vermindert sich Ihr Anspruch auf Kurzzeitpflege entsprechend.

## **6.) Wie wirkt sich ein Beihilfe- oder Heilfürsorgeanspruch auf die Leistungsbeträge aus?**

Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften bzw. Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, reduzieren sich die vorgenannten Leistungsbeträge gemäß § 28 Abs. 2 SGB XI auf die Hälfte. Die andere Hälfte ist bei der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu beantragen.