

Knappschaft

Postleitzahl

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Rückfragen/
Schriftwechsel bitte
unbedingt angeben!

Name der / des Versicherten

Vorname der / des Versicherten

Geburtsdatum der / des Versicherten

Zutreffendes bitte ankreuzen

Pflegeversicherung

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - (SGB XI)

Hiermit beantrage ich die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI.

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 Verhinderung entnehmen Sie bitte der Anlage !

Bitte immer ausfüllen	
<p>Welche Sie normalerweise betreuende Person ist/war verhindert? In welchem Zeitraum ist/war diese Person verhindert? Aus welchen Gründen ist/war diese Person verhindert?</p>	<p>Name, Vorname vom _____ bis _____ Frau/Herr _____ ist/war ganztätig wegen <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Entbindung <input type="checkbox"/> Kurmaßnahme <input type="checkbox"/> Rehamaßnahme Frau/Herr _____ ist/war stundenweise (bitte Anlage 2 und 3 ausfüllen) wegen <input type="checkbox"/> Entlastung <input type="checkbox"/> sonstige private Gründe (z. B. Arzt- besuche) verhindert.</p>
Seit wann werden Sie von Ihrer Pflegeperson pflegerisch betreut?	seit dem _____
Ich bin einverstanden, dass für die Erstattung von Verhinderungspflege - sofern erforderlich und möglich - bis zu 50 Prozent des Kurzzeitpflegebetrages genutzt werden (Erläuterungen siehe Anlage 1)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

A Bitte nur ausfüllen, wenn Sie durch eine private Pflegeperson (z. B. Verwandte, Schwägerte, Bekannte) Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben.

Wer führt(e) während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch?	<p>Name, Vorname _____ Adresse _____</p>															
In welcher Beziehung steht Ihre Ersatzpflegekraft zu Ihnen?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ehegatte</td> <td><input type="checkbox"/> Elternteil</td> <td><input type="checkbox"/> Kind/ Stiefkind</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Großeltern</td> <td><input type="checkbox"/> Bruder/ Schwester</td> <td><input type="checkbox"/> Schwager/ Schwägerin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enkel/ Enkelin</td> <td><input type="checkbox"/> Schwiegermutter/ Schwiegervater</td> <td><input type="checkbox"/> sonstige Person</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stiefeltern</td> <td><input type="checkbox"/> Stiefenkelkind</td> <td><input type="checkbox"/> Schwieger- kind</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schwiegerenkel</td> <td><input type="checkbox"/> Großeltern des Ehegatten</td> <td><input type="checkbox"/> Stiefgroß- eltern</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Elternteil	<input type="checkbox"/> Kind/ Stiefkind	<input type="checkbox"/> Großeltern	<input type="checkbox"/> Bruder/ Schwester	<input type="checkbox"/> Schwager/ Schwägerin	<input type="checkbox"/> Enkel/ Enkelin	<input type="checkbox"/> Schwiegermutter/ Schwiegervater	<input type="checkbox"/> sonstige Person	<input type="checkbox"/> Stiefeltern	<input type="checkbox"/> Stiefenkelkind	<input type="checkbox"/> Schwieger- kind	<input type="checkbox"/> Schwiegerenkel	<input type="checkbox"/> Großeltern des Ehegatten	<input type="checkbox"/> Stiefgroß- eltern
<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Elternteil	<input type="checkbox"/> Kind/ Stiefkind														
<input type="checkbox"/> Großeltern	<input type="checkbox"/> Bruder/ Schwester	<input type="checkbox"/> Schwager/ Schwägerin														
<input type="checkbox"/> Enkel/ Enkelin	<input type="checkbox"/> Schwiegermutter/ Schwiegervater	<input type="checkbox"/> sonstige Person														
<input type="checkbox"/> Stiefeltern	<input type="checkbox"/> Stiefenkelkind	<input type="checkbox"/> Schwieger- kind														
<input type="checkbox"/> Schwiegerenkel	<input type="checkbox"/> Großeltern des Ehegatten	<input type="checkbox"/> Stiefgroß- eltern														

Leben Sie mit Ihrer Ersatzkraft in einem gemeinsamen Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Höhe der gezahlten Vergütung a) allgemeine Aufwendungen b) Fahrkosten c) Verdienstausfall d) Sonstiges	_____ Euro _____ Euro _____ Euro _____ Euro

Bitte entsprechende Nachweise (Quittungen*, Fahrbelege, Verdienstausfallbescheinigungen, etc.) beifügen.
*siehe auch nachfolgende Quittung

Von der Ersatzpflegekraft bitte immer anzugeben:	
Haben Sie in den letzten 12 Kalendermonaten bereits einen weiteren Pflegebedürftigen im Rahmen der Verhinderungspflege versorgt?	<input type="checkbox"/> ja Name, Vorname des Pflegebedürftigen _____ vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein

B Bitte nur ausfüllen, wenn Sie durch einen professionellen Vertragsleistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst) Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben.	
Welcher professionelle Vertragsleistungserbringer (Pflegedienst) führt(e) während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch?	_____ Bezeichnung des Vertragsleistungserbringers _____ Adresse _____
Höhe der gezahlten Vergütung (Bitte entsprechenden Rechnungsbeleg im Original beifügen)	_____ Euro
Soll eine Erstattung der Kosten der Verhinderungspflege direkt an den Vertragsleistungserbringer erfolgen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

C Bitte nur ausfüllen, wenn Sie in einer Einrichtung außerhalb Ihres üblichen Haushaltes Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben.	
In welcher Einrichtung wird/wurde während der Zeit der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durchgeführt?	_____ Bezeichnung der Einrichtung _____ Adresse _____
Höhe der pflegebedingten Vergütung (Bitte entsprechenden Rechnungsbeleg im Original beifügen)	_____ Euro
Soll eine Erstattung der Kosten der Verhinderungspflege direkt an die Einrichtung erfolgen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wichtige Hinweise zur Verhinderungspflege

Wenn Ihre Pflegeperson verreist, erkrankt oder aus anderen Gründen verhindert ist, haben Sie Anspruch auf Verhinderungspflege. Allerdings müssen Sie zuvor mindestens sechs Monate von einer privaten Pflegeperson in Ihrem häuslichen Bereich gepflegt worden sein!

Verhinderungspflege durch private Pflegepersonen

a) Nicht erwerbsmäßige Pflege

Sofern die Verhinderungspflege durch eine Pflegeperson erbracht wird, die mit Ihnen bis zum **2. Grade** verwandt oder verschwägert ist oder mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebt, handelt es sich in der Regel um **nicht erwerbsmäßige** Pflege. In diesen Fällen ist die Kostenübernahme grundsätzlich auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes der jeweils festgestellten Pflegestufe begrenzt.

Weitere nachgewiesene Aufwendungen wie z. B. Verdienstausschlag oder Fahrkosten werden zusätzlich erstattet. Hinsichtlich der Fahrkosten ist eine Kostenerstattung grundsätzlich auf die Aufwendungen begrenzt, wie sie bei Inanspruchnahme öffentlicher Verkehrsmittel entstanden wären. Insgesamt übernehmen wir im Rahmen der Verhinderungspflege maximal 1.612,00 Euro* für sechs Wochen pro Kalenderjahr.

Verwandte bis zum 2. Grad sind

- Eltern
- Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und angenommenen Kinder)
- Großeltern
- Enkelkinder
- Geschwister

Verschwägte bis zum 2. Grad sind

- Stiefeltern
- Stiefkinder
- Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten)
- Schwiegereltern
- Schwiegerkinder (Schwiegersohn/Schwiegertochter)
- Schwiegerenkel
- Großeltern des Ehegatten
- Stiefgroßeltern
- Schwager/Schwägerin

b) Erwerbsmäßige Pflege

Wird die Verhinderungspflege über einen Zeitraum durchgeführt, der länger als sechs Wochen andauert oder wurde durch Ihre Ersatzpflegeperson im laufenden Jahr bereits ein anderer Anspruchsberechtigter im Rahmen der Verhinderungspflege über einen Zeitraum von mehr als einer Woche versorgt, so ist anzunehmen, dass die Verhinderungspflege der Erzielung von Erwerbseinkommen dient.

Liegt einer dieser **Ausnahmefälle** vor, werden für die Verhinderungspflege durch die mit Ihnen bis zum 2. Grade verwandte oder verschwägte bzw. mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebende Ersatzpflegeperson die pflegebedingten Aufwendungen über den 1,5-fachen Betrag des jeweiligen Pflegegeldes hinaus grundsätzlich bis zu 1.612,00 Euro* für sechs Wochen erstattet.

Sofern die Verhinderungspflege durch entfernte Verwandte / Verschwägte (ab dem 3. Grad) oder durch Nachbarn, Freunde oder Bekannte geleistet wird, ist generell von **erwerbsmäßiger Pflege** auszugehen. Demzufolge erstatten wir die pflegebedingten Aufwendungen über den 1,5-fachen Betrag des jeweiligen Pflegegeldes hinaus grundsätzlich bis zu 1.612,00 Euro* für sechs Wochen im Kalenderjahr. Als Nachweis genügt hier bereits ein von der Ersatzpflegeperson quittierter Beleg.

Unabhängig hiervon können weitere tatsächlich nachgewiesene Aufwendungen (z. B. Verdienstausschlag oder Fahrkosten) - unter Berücksichtigung des Höchstbetrages - berücksichtigt werden.

Verhinderungspflege durch einen professionellen Vertragsleistungserbringer

Bei Verhinderungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst übernehmen wir die nachgewiesenen Aufwendungen grundsätzlich bis zu 1.612,00 Euro* für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr.

Verhinderungspflege in einer Einrichtung

Sofern die Verhinderungspflege in einer Einrichtung wie z. B. Krankenwohnung, Schule, Internat oder einem Wohnheim für behinderte Menschen durchgeführt wird, werden von uns die nachgewiesenen **pflegebedingten** Aufwendungen grundsätzlich bis zu 1.612,00 Euro* für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr übernommen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen (z. B. Einzelzimmerzuschlag, Telefongebühren, usw.) sind von dem Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes

Im Rahmen der Verhinderungspflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt, sofern zuvor ein Anspruch auf Zahlung des Pflegegeldes bestand. Für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme besteht grundsätzlich Anspruch auf Pflegegeld in voller Höhe.

Stundenweise Verhinderungspflege

Maßgebend für die Erstattung von Aufwendungen im Rahmen stundenweiser Verhinderungspflege ist, dass die üblicherweise pflegende Person **vorübergehend** an der Durchführung der Pflege gehindert ist. Beispielhaft sind hier Verhinderungsgründe wie eine stundenweise Entlastung von der Pflege, Arztbesuche oder sonstige private Verpflichtungen zu nennen. Allerdings ist hierbei stets zu beachten, dass die grundsätzliche Pflegebereitschaft der Pflegeperson weiterhin vorhanden sein muss.

Bei der Beurteilung, ob es sich um eine stundenweise Verhinderungspflege handelt, wird auf den tatsächlichen Zeitraum der Verhinderung der üblicherweise pflegenden Person und nicht auf den täglichen Zeitaufwand der Ersatzpflegeperson abgestellt. Von einer stundenweisen Verhinderungspflege spricht man, wenn die Pflegeperson an weniger als acht Stunden am Tag an der Pflege gehindert ist.

Bei der stundenweise Verhinderungspflege erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag, nicht aber auf die Höchstdauer. Für den Zeitraum der stundenweise Verhinderungspflege besteht Anspruch auf Pflegegeld in voller Höhe.

Verwendung des 50%-igen Kurzzeitpflegebetrages

Wenn der Betrag für die Verhinderungspflege in Höhe von 1.612,00 Euro nicht ausreicht, kann der Leistungsbetrag seit dem 1. Januar 2015 um bis zu 806,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Die flexible Inanspruchnahme ist jedoch ausgeschlossen, wenn die Verhinderungspflege **nicht erwerbsmäßig** durch Pflegepersonen erbracht wird, die mit dem Anspruchsberechtigten bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben (vergleiche a).

Wie wirkt sich ein Beihilfe- oder Heilfürsorgeanspruch auf die Leistungsbeträge aus?

Wenn Sie 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.

Anlage 2

Zeitraum der Verhinderung der Pflegeperson bei stundenweiser Verhinderungspflege

Anlage 3

Quittung für stundenweise Verhinderungspflege

Anlage 4

Nachweis der im Rahmen der Verhinderungspflege entstandenen Kosten

* Hinweis:

Für Verhinderungspflegen vor dem 1. Januar 2015 betrug der entsprechende Höchstwert 1.550,00 Euro.

Knappschaft

Postleitzahl

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

	Bei Rückfragen/ Schriftwechsel bitte unbedingt angeben!
Name der / des Versicherten	
Vorname der / des Versicherten	
Geburtsdatum der / des Versicherten	
Telefon	
Fax	

Anlage 4

Nachweis der im Rahmen der Verhinderungspflege entstandenen Kosten

(bei Inanspruchnahme einer privaten Ersatzpflegeperson auszufüllen)

Hiermit bestätige ich, dass mir für die Verhinderungspflege in der Zeit vom _____ bis _____ folgende Kosten entstanden sind:

Allgemeine pflegerische Aufwendungen	_____ Euro täglich, insgesamt _____ Euro
Fahrkosten (Bitte entsprechende Nachweise [Fahrbelege] beifügen)	_____ Euro täglich, insgesamt _____ Euro
Verdienstausschlag (Bitte entsprechende Nachweise [Verdienstausschlagbescheinigungen] beifügen)	_____ Euro täglich, insgesamt _____ Euro
Sonstige Aufwendungen (bitte näher erläutern) _____ _____	_____ Euro täglich, insgesamt _____ Euro

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten*

Von der Ersatzpflegeperson auszufüllen:

Für die Verhinderungspflege in der Zeit vom _____ bis _____ habe ich
insgesamt _____ Euro erhalten.

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*

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