

| Hinweise zur Verhinderungspflege                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anspruchsvoraussetzungen:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Anspruchsbetrag:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Zur Inanspruchnahme der Verhinderungspflege müssen die Voraussetzungen zur Einstufung in mindestens den Pflegegrad 2 vorliegen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ab dem 01.07.2025 steht ein Leistungsbetrag in Höhe von 3.539,00 € im Rahmen des gemeinsamen Jahresbetrags (gemeinsamer Anspruch auf Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege) zur Verfügung.                                                                                                |
| <b>Anspruchsdauer:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Verhinderungspflege und (Kombi-)Pflegegeld:</b>                                                                                                                                                                                                                                         |
| Ist die Pflegeperson ganztags (länger als 8 Stunden pro Tag) abwesend, ist die Dauer der Verhinderungspflege auf maximal acht Wochen begrenzt.<br><br>Ist die Pflegeperson stundenweise (weniger als 8 Stunden pro Tag) abwesend, wird keine zeitliche Begrenzung vorgegeben.                                                                                                                                                                                                           | Bei einer ganztägigen Abwesenheit der Pflegeperson (bspw. wegen Urlaub) wird bei gleichzeitiger Inanspruchnahme der Verhinderungspflege das (anteilige) Pflegegeld zur Hälfte weitergezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld ungekürzt gezahlt. |
| <b>Verhinderungspflege durch Verwandte oder Verschwägte bis zum 2. Grad:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis bis zum 2. Grad zwischen dem Pflegebedürftigen und der Ersatzpflegekraft ist der Anspruchsbetrag der Verhinderungspflege auf das 2,0-fache des Pflegegeldes begrenzt. Sofern der verwandten oder verschwägerten Ersatzpflegekraft Aufwendungen (z.B. Verdienstausfall oder Fahrkosten) wegen der Übernahme der Pflege entstanden sind, können diese auf Nachweis erstattet werden. Die Höhe der Erstattung wird stets für den Einzelfall geprüft. |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Bitte beachten Sie, dass es sich bei diesem Hinweisblatt um allgemeine Informationen handelt. Gerne können Sie sich bei weiteren Fragen an unsere Spezialisten der Pflegekasse wenden. Weitere Informationen erhalten Sie auch auf unserer Internetseite: <a href="http://www.salus-bkk.de/pflege">www.salus-bkk.de/pflege</a>                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## Antrag auf Verhinderungspflege

Name und Vorname des Versicherten

Versicherungsnummer

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

Grund der Verhinderungspflege:

- ☐ Erholungsurlaub der Pflegeperson (tageweise Verhinderungspflege)  
☐ Krankheit der Pflegeperson (tageweise Verhinderungspflege)  
☐ sonstige Gründe (stundenweise Verhinderungspflege) : \_\_\_\_\_

Die Pflegeperson ist vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ verhindert.

In dieser Zeit wurde ich gepflegt von:

(Ersatzpflegeperson oder ambulante Pflegeeinrichtung):

\_\_\_\_\_

(Name und vollständige Anschrift)

Ich bin mit der Ersatz-Pflegekraft bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert

(bis zum 2. Grad verwandt sind: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister

bis zum 2. Grad verschwägert sind: Stiefeltern, Stiefkinder, Schwiegereltern, Enkelkinder des Ehegatten, Schwiegersohn, Schwiegertochter, Ehegatten der Enkelkinder, Großeltern der Ehegatten, Schwager, Schwägerin, Stiefgroßeltern)

☐ nein

☐ ja Verwandt-/Verschwägerungsverhältnis: \_\_\_\_\_  
(z. B. Eltern oder Schwiegertochter/-sohn)

Hiermit versichere ich, dass alle von mir auf diesem Formular gemachten Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Mir ist bekannt, dass der in Empfang genommene Betrag gegebenenfalls steuerpflichtiges Einkommen darstellt und von mir dem zuständigen Finanzamt zu melden ist.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Ersatz-Pflegekraft)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Versicherten oder gesetzlichen Vertreters)



Antwort an

Salus BKK  
Barfußgäschen 15  
04109 Leipzig



## Abrechnung der ausgeführten Verhinderungspflege

Bitte diese Seite nach Beendigung der Maßnahme einreichen

Name und Vorname des Versicherten

Versicherungsnummer

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

Angaben zur Ersatzpflegekraft:

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Verhältnis zum/zur Pflegebedürftigen (z.B. Tochter, NachbarIn usw.) \_\_\_\_\_



Im Folgenden bitte nur den zutreffenden Abschnitt ausfüllen (stunden- oder tageweise Verhinderung).



1.) Die stundenweise Verhinderungspflege (täglich weniger als acht Stunden) wurde übernommen

Von:             bis              
Pflegestunden (gesamt): \_\_\_\_\_

Zu einem Stundensatz:       €

Betrag für pflegerische Aufwände (Pflegestunden x Stundensatz):            €

2.) Die tageweise Verhinderungspflege (täglich acht Stunden und mehr) wurde übernommen

Von:             bis              
Pflegetage (gesamt): \_\_\_\_\_

Zu einem Tagessatz:       €

Betrag für pflegerische Aufwände (Pflegetage x Tagessatz):            €





Ggf. zusätzlich angefallene Kosten:

Fahrkosten PKW:

Anz. Fahrten    x gefahrene km    x 0,20 €/km =    ,   €

Fahrkosten öffentliche Verkehrsmittel (*Bitte Belege beifügen!*):    ,   €

Verdienstausfall (*Bitte Nachweis beifügen!*):      ,   €

Insgesamt entstand. Aufwendungen / Gesamtbetrag (EUR):      ,   €

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass sämtliche Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.*

Datum

Unterschrift der Ersatz-Pflegekraft

Bankverbindung / Empfangsbestätigung

Der Gesamtbetrag soll auf folgendes Konto erstattet werden:

Kontoinhaber/in:

IBAN:



D E



(Datum)

(Unterschrift des Versicherten oder gesetzlichen Vertreters)

Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V, § 94 SGB XI). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden.

Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter [www.salus-bkk.de/datenschutz](http://www.salus-bkk.de/datenschutz)

