

Verhinderungspflege

Kann eine Pflegeperson die Pflege vorübergehend wegen Urlaubs oder einer Erkrankung nicht durchführen, unterstützt Sie die Pflegekasse der BMW BKK mit der Verhinderungspflege.

Der Anspruch besteht für Pflegebedürftige, die von Angehörigen oder Freunden ehrenamtlich mindestens seit sechs Monaten zu Hause gepflegt worden sind.

Die Pflege kann dann durch einen weiteren Angehörigen, durch Freunde, Nachbarn oder durch einen ambulanten Pflegedienst erfolgen.

Auch Pflegebedürftige, die ihre Pflege normalerweise durch einen Pflegedienst zusammen mit privaten Personen organisieren, haben Anspruch.

Wird die Pflege ausschließlich durch einen Pflegedienst sichergestellt, ist eine Verhinderungspflege grundsätzlich leider nicht möglich.

Die Pflegekasse der BMW BKK beteiligt sich an den Kosten für längstens 42 Tage im Kalenderjahr und bis zu einem Betrag von 1.612,00 Euro. Der Anspruch kann sich um bis zu 806,00 EUR erhöhen, wenn eine Kurzzeitpflege noch nicht anderweitig verwendet wurde.

Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grad oder Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, haben einen Leistungsanspruch in Höhe des vorher bezogenen Pflegegeldes. Zusätzlich können nachgewiesene Aufwendungen wie Fahrkosten und Verdienstaufschlag bis zum Höchstbetrag übernommen werden.

Wird die Verhinderungspflege von entfernteren Angehörigen, Bekannten oder Freunden erbracht, entscheidet die pflegebedürftige Person über die Höhe der Vergütung.

Das bisher bezogene Pflegegeld wird während der Verhinderungspflege von der Pflegekasse der BMW BKK zur Hälfte weitergezahlt.

Manchmal muss die Pflegetätigkeit für wenige Stunden unterbrochen werden (z. B.: Arztbesuche, Behördengänge, Einkäufe, etc.). Auch dann übernimmt die Pflegekasse die Kosten der Ersatzpflege bis zum kalenderjährlichen Höchstbetrag. Dabei werden Tage mit einer Verhinderung unter acht Stunden nicht auf den Gesamtanspruch von 42 Tagen angerechnet und auch das monatliche Pflegegeld wird dann nicht gekürzt.

Durch die Verhinderungspflege eingetretene Überzahlungen des Pflegegeldes werden mit der nächsten fälligen Pflegegeldzahlung verrechnet.

Antrag auf Verhinderungspflege

Pflegebedürftiger: _____
(Name und Vorname des Versicherten)

Versichertennummer: _____

Die Pflege erfolgt grundsätzlich durch:

(Name, Vorname und Anschrift der Pflegeperson)

und kann wegen:

Krankheit **Erholungsurlaub**

oder sonstiger Gründe (bitte angeben): _____

von _____ bis voraussichtlich _____ nicht durchgeführt werden.

Die Pflegeperson ist dabei wie folgt abwesend:

mindestens 8 Stunden täglich (vollständige Verhinderung)

weniger als 8 Stunden täglich (stundenweise Verhinderung)

PFLEGEPERSON

Während der Abwesenheit der Pflegeperson wird die **Pflege vorübergehend übernommen von:**

(Name und Anschrift der Ersatzkraft bzw. der Pflegeeinrichtung)

Telefonnummer der Ersatzkraft für Rückfragen: _____

Name der Krankenkasse und Versichertennummer der Ersatzkraft:

Ist die Ersatzkraft mit der pflegebedürftigen Person **verwandt oder verschwägert?**

Nein

Ja (bitte angeben wie): _____

(bei Beschäftigung bitte Arbeitgeber-Bescheinigung über einen evtl. Netto-Verdienstaufschlag beifügen)

Wurde in diesem Kalenderjahr bereits eine Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege gewährt?

Nein

Ja, von _____ bis _____ / von _____ bis _____

Erhalten Sie Zuschüsse der Eingliederungshilfe zu einer geplanten bzw. durchgeführten Ferienfreizeit?

Nein

Ja

Sofern der zur Verfügung stehende Betrag der Verhinderungspflege zur Kostendeckung nicht ausreicht, soll der Anspruch aus der **Kurzzeitpflege bis zu maximal 806,00 Euro übertragen** werden:

Nein

Ja

Bei einer **etwaigen Überzahlung von Pflegegeld** durch die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege **stimme ich einer Verrechnung** mit zukünftigen Pflegeleistungen durch meine Pflegekasse zu.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

Ort, Datum, Unterschrift des Pflegebedürftigen/
Bevollmächtigten

Ort, Datum, Unterschrift der Ersatzkraft bzw.
des Leistungserbringers

VERHINDERUNGSPFLEGE

Bestätigung der privaten Ersatzkraft bei Verhinderungspflege

Pflegebedürftiger: _____
(Name und Vorname des Versicherten)

Versichertennummer: _____

Die Verhinderungspflege wurde **durchgeführt von:**

(Name und Anschrift der Ersatzkraft bzw. des Leistungserbringers)

Ist die Ersatzkraft mit der pflegebedürftigen Person **verwandt bzw. verschwägert?**

Nein

Ja (bitte angeben wie): _____

(bei Beschäftigung bitte Arbeitgeber-Bescheinigung über einen evtl. Netto-Verdienstausschlag beifügen)

Die Verhinderungspflege wurde zu folgenden Zeiten durchgeführt (bitte genaue Angaben):

Tag oder Zeitraum der Verhinderungspflege	Uhrzeit (von – bis)	Erhaltene Vergütung

VERHINDERUNGSPFLEGE

Für die Durchführung der Verhinderungspflege wurde eine Gesamtvergütung von _____ EUR an die Ersatzkraft geleistet.

Die Zahlung der Vergütung erfolgte per:

Überweisung

Barzahlung

Bitte dem Antrag jeweils entsprechende Nachweise (z. B. Kontoauszug, Zahlungsquittung, usw.) beifügen.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

Ort, Datum, Unterschrift des Pflegebedürftigen / Bevollmächtigten

Ort, Datum, Unterschrift der Ersatzkraft bzw. der Pflegeeinrichtung