Auf einen Blick

Welche Voraussetzungen sind zu erfüllen?

Um Anspruch auf Verhinderungspflege zu haben, muss der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 haben.

Welche Kosten übernimmt die Pflegekasse?

Die Pflegekasse übernimmt bis zu 1.685,00 Euro für längstens 6 Wochen je Kalenderjahr für tageweise Verhinderung der Pflegeperson (ab 8 Stunden / Tag, z. B. Urlaub oder Krankenhausbehandlung).

Alternativ kann die stundenweise Verhinderungspflege für sonstige Verhinderung (unter 8 Stunden / Tag) gewählt werden. Dieser Leistungsbetrag kann sich bei der Verhinderungspflege um bis zu 843,00 Euro aus nicht in Anspruch genommener Kurzzeitpflege erhöhen. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Während der (tageweisen) Verhinderungspflege besteht der Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes in Höhe der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für maximal 42 Tage Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege wird das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt.

Wird die Ersatzpflege in Form der häuslichen Pflege durch eine Pflegeperson durchgeführt, die mit dem Anspruchsberechtigten bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist und / oder mit ihm in einem Haushalt lebt, sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nach § 37 Abs. 1 Satz 3 SGB XI zugrunde zu legen.

Beispiel bis 30.06.2025: 347,00 Euro x 1,5 = 520,50 Euro

Der Betrag kann auf bis zu 1.685,00 Euro erhöht werden, wenn die Pflegeperson entsprechend höhere notwendige Aufwendungen nachweist (z. B. Verdienstausfall oder Fahrtkosten).

Verhinderungspflege nach dem 1. Juli 2025 - neue Voraussetzungen

Neu seit Juli 2025: Es gibt keine Mindestdauer der Pflege mehr, die die pflegende Person leisten muss, um Anspruch auf Verhinderungspflege zu haben. Bisher war eine Mindestpflegezeit von 6 Monaten erforderlich.

Wird die Ersatzpflege in Form der häuslichen Pflege durch eine Pflegeperson durchgeführt, die mit dem Anspruchsberechtigten **bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist und / oder mit ihm in einem Haushalt lebt**, sind die Aufwendungen auf den 2-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades zugrunde zu legen:

Beispiel ab 01.07.2025: 347,00 Euro x 2 = 694,00 Euro

Verwandte bis zum zweiten Grad sind: Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern und Geschwister. Verschwägerte bis zum zweiten Grad sind: Schwiegerkinder (Schwiegersohn, Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Schwiegereltern, Schwager / Schwägerin, Großeltern des Ehegatten, Stiefkinder, Stiefgroßeltern, Stiefeltern, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten).

Zurück an:

Continentale BKK
Zentraler Posteingang
30645 Hannover

Continentale
Betriebskrankenkasse

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege für

Angaben zur pflegebedürftigen Person	
Nachname:	Vorname:
Straße, Hausnr.:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	Telefon: (freiwillige Angabe)

Ich beantrage	
1. ☐ **stundenweise** Verhinderungspflege für das Kalenderjahr: *Wenn die Pflegeperson an einzelnen Tagen **weniger als acht Stunden verhindert** ist. Voraussetzung ist ferner, dass die Pflegeperson an diesen Tagen auch selbst eine Pflegeleistung erbringt.*	**2.** ☐ **tageweise** Verhinderungspflege für den Zeitraum von bis *Wenn die Pflegeperson für einen zusammenhängenden Zeitraum **acht Stunden oder mehr verhindert** ist.*

3. Die stunden - oder tageweise Verhinderungspflege ist erforderlich,
☐ weil meine Pflegeperson wegen **Urlaub/Krankheit** vorübergehend verhindert ist
☐ weil meine Pflegeperson aus sonstigen Gründen ***vorübergehend*** verhindert ist (z. B: eigene Termine – Behördengänge, Arzttermine, Einkäufe, Freizeitaktivitäten …)

4. Name und Anschrift der Person, die ansonsten pflegt:	
Nachname:	Vorname:
Straße, Hausnr.:	PLZ, Ort:

5. Die Verhinderungspflege wird durchgeführt von:	
a) Einer (volljährigen) **Privatperson** (Angehörige, Nachbarn, Freunde,…) ☐	Name und Anschrift dieser Ersatzperson: Telefon (freiwillige Angabe):
Sind Sie mit dieser Privatperson verwandt oder verschwägert?	☐ Ja, wie? ☐ Nein
Leben Sie mit dieser Privatperson in häuslicher Gemeinschaft?	☐ Ja ☐ Nein
b) Einem **Pflegedienst** oder einer **Pflegeeinrichtung** ☐	Name und Anschrift des Pflegedienstes oder der Pflegeeinrichtung:

Ort, Datum	Unterschrift der pflegebedürftigen Person oder des / der Bevollmächtigten (Vollmacht bitte ggf. beifügen)

Datenschutzhinweis: Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Continentale BKK notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Website https://www.continentale-bkk.de/datenschutz/informationen-zur-datenverarbeitung/ oder fordern Sie diese Informationen direkt bei uns an.

Hinweis: Mit der Bewilligung für private Ersatzpflege erhalten Sie die notwendigen Abrechnungsformulare.