Hauptsitz:

KE!N EINZELFALL e.V.

Schiffbeker Höhe 30

22119 Hamburg

Unsere Landesstellen:

Bayern I Berlin

Sachsen-Anhalt

Schleswig-Holstein

Der **KE!N EINZELFALL e.V.** steht für **Sichtbarkeit, Gehör und Unterstützung**!

Gern möchten wir dich unterstützen und stellen dir Informationsmaterial zur Verfügung.
Unser Informationsmaterial dient ausschließlich der Aufklärung. Es ersetzt keine Rechtsberatung und keine Therapie, oder medizinische Beratung.

Thema: Antrag / Anfrage Verhinderungspflege

Worum geht es?

Mit diesem Schreiben kannst Du bei Deiner Pflegekasse **Verhinderungspflege beantragen beziehungsweise die Erstattung bereits entstandener Kosten beantragen**.

Verhinderungspflege kommt in Betracht, wenn eine Pflegeperson, die einen Menschen mit **mindestens Pflegegrad 2** in der häuslichen Umgebung pflegt, wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen vorübergehend an der Pflege gehindert ist. Die notwendige Ersatzpflege kann für **bis zu acht Wochen je Kalenderjahr** übernommen werden.

Wann ist Verhinderungspflege sinnvoll?

Das kann besonders sinnvoll sein, wenn die bisherige Pflegeperson vorübergehend ausfällt, zum Beispiel wegen

- Krankheit,
- Urlaub,
- eigener Termine,
- notwendiger Erholung oder
- anderer vorübergehender Verhinderung.

Die Ersatzpflege kann je nach Situation zum Beispiel durch einen Pflegedienst, eine andere geeignete Person oder auch Angehörige übernommen werden. Für nahe Angehörige und Personen, die mit der pflegebedürftigen Person zusammenleben, gelten teilweise besondere Regeln zur Höhe der Erstattung.

Kontakt:

kontakt@kein-einzelfall.de
verwaltung@kein-einzelfall.de
presse@kein-einzelfall.de
Webseite:

www.kein-einzelfall.de

KE!N EINZELFALL e.V.

Vereinsregister Hamburg

Vereinsregisternr. 25873

Finanzamt Hamburg

17/432/18244

Bankverbindung:

KEIN EINZELFALL e. V. – Opferhilfe für soziale Gerechtigkeit
Deutsche Skatbank
IBAN DE79 8306 5408 0006 8893 10
BIC GENODEF1SLR

Ihr wollt uns unterstützen?

Wir freuen uns über eure Hilfe. Kontaktiert uns gern oder unterstützt uns durch eine Spende auf unser Bankkonto oder per Paypal an:
paypal@kein-einzelfall.de

© KE!N EINZELFALL e.V.

Hauptsitz:

KE!N EINZELFALL e.V.

Schiffbeker Höhe 30

22119 Hamburg

Unsere Landesstellen:

Bayern I Berlin

Sachsen-Anhalt

Schleswig-Holstein

Wichtig: Seit 2026 muss eine vorherige Antragstellung **nicht zwingend vor Beginn der Ersatzpflege** erfolgen. Für die Kostenerstattung müssen die nachgewiesenen Kosten aber spätestens bis zum Ende des Kalenderjahres beantragt werden, das auf die Durchführung der Verhinderungspflege folgt.

BEISPIELTEXT:

An:
[Name der Pflegekasse]
[Adresse]

Versichertennummer: [Versichertennummer]

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei mir besteht Pflegegrad **[Pflegegrad]**.

Meine Pflege wird normalerweise durch

[Name beziehungsweise Verhältnis der Pflegeperson, soweit gewünscht]

sichergestellt.

Da meine Pflegeperson im Zeitraum

vom [Datum] bis [Datum]

wegen

[z. B. Krankheit / Urlaub / sonstiger Verhinderung]

an der Pflege gehindert ist beziehungsweise war, benötige ich für diesen Zeitraum eine Ersatzpflege.

Die Ersatzpflege wird beziehungsweise wurde durchgeführt durch:

[Name / Pflegedienst / sonstige Ersatzpflegeperson]

Kontakt:

kontakt@kein-einzelfall.de
verwaltung@kein-einzelfall.de
presse@kein-einzelfall.de
Webseite:

www.kein-einzelfall.de

KE!N EINZELFALL e.V.

Vereinsregister Hamburg

Vereinsregisternr. 25873

Finanzamt Hamburg

17/432/18244

Bankverbindung:

KEIN EINZELFALL e. V. – Opferhilfe für soziale Gerechtigkeit
Deutsche Skatbank
IBAN DE79 8306 5408 0006 8893 10
BIC GENODEF1SLR

Ihr wollt uns unterstützen?

Wir freuen uns über eure Hilfe. Kontaktiert uns gern oder unterstützt uns durch eine Spende auf unser Bankkonto oder per Paypal an: paypal@kein-einzelfall.de

© KE!N EINZELFALL e.V.

Hauptsitz:

KE!N EINZELFALL e.V.

Schiffbeker Höhe 30

22119 Hamburg

Unsere Landesstellen:

Bayern I Berlin

Sachsen-Anhalt

Schleswig-Holstein

Die Verhinderungspflege soll / wurde erbracht als:

[stundenweise / tageweise / für den gesamten genannten Zeitraum].

Ich bitte um Übernahme beziehungsweise Erstattung der nachgewiesenen Kosten der notwendigen Ersatzpflege im Rahmen der gesetzlichen Voraussetzungen.

Die voraussichtlichen beziehungsweise entstandenen Kosten betragen:

[Betrag] Euro.

Folgende Unterlagen füge ich bei beziehungsweise werde ich noch nachreichen:

- [Rechnung / Kostenaufstellung]
- [Nachweis über entstandene Aufwendungen]
- [gegebenenfalls Nachweis über Fahrkosten oder Verdienstausfall]
- [weitere Unterlagen]

Bitte teilen Sie mir mit, welcher Betrag aus dem **gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege** in meinem Fall noch zur Verfügung steht und welche weiteren Nachweise Sie für die Bearbeitung benötigen.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

[Vorname Nachname]

Kontakt:

kontakt@kein-einzelfall.de
verwaltung@kein-einzelfall.de
presse@kein-einzelfall.de
Webseite:

www.kein-einzelfall.de

KE!N EINZELFALL e.V.

Vereinsregister Hamburg

Vereinsregisternr. 25873

Finanzamt Hamburg

17/432/18244

Bankverbindung:

KEIN EINZELFALL e. V. – Opferhilfe für soziale Gerechtigkeit
Deutsche Skatbank
IBAN DE79 8306 5408 0006 8893 10
BIC GENODEF1SLR

Ihr wollt uns unterstützen?

Wir freuen uns über eure Hilfe. Kontaktiert uns gern oder unterstützt uns durch eine Spende auf unser Bankkonto oder per Paypal an: paypal@kein-einzelfall.de

© KE!N EINZELFALL e.V.