



# Fragen und Antworten zur Haushaltshilfe

Sie können sich auf uns verlassen: Auch in schwierigen Zeiten stehen wir Ihnen als starker Partner zur Seite und prüfen selbstverständlich Ihren Anspruch auf eine Haushaltshilfe. Hier erfahren Sie alles Wichtige rund um das Thema Haushaltshilfe und welche Voraussetzungen dafür notwendig sind.

## 1. Was ist eine Haushaltshilfe?

Eine Haushaltshilfe ist eine Person, die Ihnen hilft, vorübergehend den Haushalt weiterzuführen. Die Haushaltshilfe übernimmt unter anderem die Kinderbetreuung, wenn Ihnen das aus gesundheitlichen Gründen selbst nicht möglich ist.

**Sie können die Haushaltshilfe selbst auswählen.** Diese Aufgabe kann eine vertraute Person aus Ihrem näheren Umfeld übernehmen – oder z. B. eine Fachkraft von einem Pflegedienst.

## 2. Wann habe ich Anspruch auf eine Haushaltshilfe?

Bei Ihnen lebt ein Kind, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das durch eine Behinderung auf Hilfe angewiesen ist? Dann haben Sie in den folgenden Fällen einen Anspruch auf Haushaltshilfe:

- Sie befinden sich in stationärer Krankenhausbehandlung.
- Ihnen ist die Weiterführung des Haushalts nicht möglich aufgrund einer schweren Krankheit, einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung (Dauer begrenzt auf max. 26 Wochen).
- Sie nehmen an einer Kur teil, deren Kosten ganz oder teilweise von uns getragen werden.
- Sie erhalten häusliche Krankenpflege nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) V, wodurch eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird.
- Sie müssen ambulant operiert werden.
- Sie können wegen einer Schwangerschaft und/oder Entbindung die Haushaltsführung nicht weiter übernehmen.

Wenn kein Kind in Ihrem Haushalt lebt, können Sie in den folgenden Fällen eine Haushaltshilfe für die Dauer von maximal vier Wochen beantragen:

- Wenn Ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit nicht möglich ist.
- Wenn Sie wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung den Haushalt nicht weiterführen können.

### 3. Wann habe ich keinen Anspruch auf eine Haushaltshilfe?

---

#### Wichtig:

- **Wenn eine andere im Haushalt lebende Person diesen weiterführen kann** (z. B. an Wochenenden, in den Abendstunden, während der Arbeitsunfähigkeit, an arbeitsfreien Tagen oder an Urlaubstagen), **ist der Anspruch ausgeschlossen bzw. gemindert.**
- Eine Haushaltshilfe kann ebenfalls nicht zur Verfügung gestellt werden, wenn der Haushalt nicht von Ihnen geführt wurde.
- Wenn die Haushaltshilfe bis zum 2. Grad mit Ihnen verwandt oder verschwägert ist, können die erforderlichen Fahrkosten und der Verdienstausfall erstattet werden. Ein angemessenes Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten wird dabei vorausgesetzt.

### 4. Besonderheiten bei Schwangerschaft und Entbindung

---

Wenn Beschwerden während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung der Grund für eine Haushaltshilfe sind, müssen Sie keine Zuzahlung leisten.

### 5. Wann und wie stelle ich den Antrag?

---

**Bitte stellen Sie den Antrag auf Haushaltshilfe, bevor Sie die Leistung in Anspruch nehmen möchten.** Wir benötigen Ihre Angaben für die Entscheidung darüber, ob wir die Kosten übernehmen können.

**Gut zu wissen:** Nutzen Sie das beiliegende Formular, um die Haushaltshilfe zu beantragen. Ob und in welchem Umfang wir uns an den Kosten beteiligen, können wir erst nach Erhalt Ihrer kompletten Unterlagen feststellen.

### 6. Wie hoch ist meine Zuzahlung?

---

Sofern Sie 18 Jahre oder älter sind, beträgt Ihre gesetzliche Zuzahlung 10 % der Kosten pro Kalendertag, an dem die Haushaltshilfe in Anspruch genommen wurde.

Die Zuzahlung beträgt täglich mindestens 5,00 Euro und maximal 10,00 Euro.

### 7. Wie weise ich die Zahlung an die Haushaltshilfe nach?

---

Damit wir Ihnen die Kosten für Ihre selbstbeschaffte Haushaltshilfe erstatten können, benötigen wir einen **Zahlungsnachweis in Form eines Kontoauszugs**. Eine formlose Bestätigung Ihrer Haushaltshilfe über eine Barzahlung ist nicht ausreichend.

Bei berufstätigen Angehörigen benötigen wir einen entsprechenden Arbeitszeitnachweis.

#### Haben Sie Fragen?

Wir beraten Sie gen persönlich.

Besuchen Sie einen unserer Service-Points. Öffnungszeiten und die Möglichkeit zur Terminvereinbarung finden Sie auf [mobil-krankenkasse.de/kontakt](https://mobil-krankenkasse.de/kontakt)

Oder rufen Sie uns an.

Ihre kostenlose Service-Hotline:

**0800 255 0800**

[mobil-krankenkasse.de](https://mobil-krankenkasse.de)

# Antrag auf Haushaltshilfe

Damit wir schnellstmöglich Ihren Anspruch auf eine Haushaltshilfe prüfen können: Füllen Sie bitte diesen Antrag aus – und senden Sie ihn unterschrieben an uns zurück.

Gleich ausfüllen und absenden

## 1. Angaben des Versicherten (der haushaltsführenden Person)

Name, Vorname

Versicherten-Nr.

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Straße/Hausnummer

Geburtsdatum

PLZ

Ort

**Berufstätig an folgenden Tagen** (bitte Arbeitszeiten ergänzen):

<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/> Fr	<input type="checkbox"/> Sa	<input type="checkbox"/> So

## 2. Angaben des Ehepartners oder Lebenspartners

Name, Vorname

Geburtsdatum

Tätigkeit/Beruf

**Berufstätig an folgenden Tagen** (bitte Arbeitszeiten ergänzen und Nachweise beifügen):

<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/> Fr	<input type="checkbox"/> Sa	<input type="checkbox"/> So

Eine stundenweise Freistellung ist möglich: Ja  Nein

Besteht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit? Ja  Nein

Name des Arbeitgebers

Straße/Hausnummer

PLZ

Ort

# Antrag auf Haushaltshilfe

Name, Vorname

Versicherten-Nr.

## 3. Kinder unter 12 Jahren/ Kinder mit einer Behinderung

(Bitte fügen Sie ggf. eine Bescheinigung über die Art der Behinderung bei.)

### Kind 1

Name, Vorname

Geburtsdatum

Leistungen der Pflegeversicherung Ja  Nein  beantragt

#### Die Betreuung erfolgt normalerweise

Einrichtung Mo Di Mi Do Fr Sa So Zeit (von-bis)

in der Schule/Kita

### Kind 2

Name, Vorname

Geburtsdatum

Leistungen der Pflegeversicherung Ja  Nein  beantragt

#### Die Betreuung erfolgt normalerweise

Einrichtung Mo Di Mi Do Fr Sa So Zeit (von-bis)

in der Schule/Kita

### Kind 3

Name, Vorname

Geburtsdatum

Leistungen der Pflegeversicherung Ja  Nein  beantragt

#### Die Betreuung erfolgt normalerweise

Einrichtung Mo Di Mi Do Fr Sa So Zeit (von-bis)

in der Schule/Kita

# Antrag auf Haushaltshilfe

Name, Vorname

Versicherten-Nr.

## 4. Weitere im Familienhaushalt des Versicherten lebende Personen

(z. B. Kinder ab 12 Jahren)

### 1. Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

#### Kann den Haushalt nicht weiterführen

Begründung	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Zeit (von-bis)
<input type="checkbox"/> in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

### 2. Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

#### Kann den Haushalt nicht weiterführen

Begründung	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Zeit (von-bis)
<input type="checkbox"/> in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

In Behandlung begibt/befindet sich  der Versicherte selbst  der Ehe-/Lebenspartner

## 5. Grund der Antragstellung (bitte nur ausfüllen, wenn es zutrifft)

In Behandlung begibt/befindet sich  der Versicherte selbst  der Ehe-/Lebenspartner

Arbeitsunfall

Berufskrankheit

Versorgungsleiden

Schädigung durch Dritte

Haben Sie Leistungen der Pflegeversicherung gestellt oder beabsichtigen Sie diese innerhalb der nächsten Monate zu stellen?

Nein  Ja, am

Ich beantrage für die Zeit vom  bis

Ersatz für Verdienstausschlag bei Arbeitnehmern wegen unbezahltem Urlaub.

Angemessenen Kostenersatz für eine selbst beschaffte, fremde Haushaltshilfe.

# Antrag auf Haushaltshilfe

Name, Vorname

Versicherten-Nr.

## Als selbstbeschaffte Haushaltshilfe habe ich vorgesehen:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ

Ort

Beruf

Arbeitgeber

## Meine unter 12 Jahre alten Kinder werden für die Dauer der genannten Behandlung regelmäßig wie folgt untergebracht:

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Zeit (von-bis)
<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> außerhalb meines Haushalts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Wenn außerhalb meines Haushalts: Bei wem und wo? (Name, Anschrift)

Kostenersatz für Haushaltshilfe durch die Ersatzkraft einer karitativen Einrichtung, wie z. B. Sozialstation.

## Genauere Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung

Auslagenersatz für die Weiterführung des Haushalts durch Verwandte.

## Die Haushaltshilfe ist mit mir

verwandt. Art der Verwandtschaft:

verschwägert.

## Art der entstehenden Kosten

Verdienstausschlag (Bitte tragen Sie den Arbeitgeber ein (Name, Anschrift))

Fahrkosten

## Ersatz für Einkommensausfall bei Selbstständigen

Name und Anschrift der Firma

Anzahl der Mitarbeiter

Genauere Tätigkeitsbeschreibung

# Antrag auf Haushaltshilfe

Name, Vorname

Versicherten-Nr.

**Die Haushaltshilfe ist notwendig, weil keine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt weiterführen kann.**

Der Haushalt wurde bisher durchgeführt

von mir     von meinem Ehe-/Lebenspartner     von einer sonstigen Person.

**Es entstehen mir (voraussichtlich) Kosten von**

Euro je Stunde für:     Stunden täglich     Stunden wöchentlich

**Zu Ihrer Information:** Damit wir Ihnen die Kosten für Ihre selbstbeschaffte Haushaltshilfe erstatten können, benötigen wir einen **Zahlungsnachweis in Form eines Kontoauszugs.**

Eine formlose Bestätigung Ihrer Haushaltshilfe über eine Barzahlung ist nicht ausreichend.

## 6. Angaben zur Bankverbindung

Name des Geldinstituts

IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig

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

Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

**Datenschutzhinweis:** Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge im Rahmen von § 26 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) IV. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

Datum

Unterschrift des Antragstellers

## Senden Sie bitte diese Seiten ausgefüllt zurück

**Per Post:**

Mobil Krankenkasse  
20091 Hamburg

**Per E-Mail:**

Unterlagen scannen und senden an  
[info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)

**Per App MOBIL ME:**

Unterlagen fotografieren  
und hochladen

# Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Haushaltshilfe

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versicherten-Nr.

## Daten zur Schwangerschaft/Entbindung

Die Versicherte benötigt eine Haushaltshilfe.

Sie ist nach ärztlicher Untersuchung vom

zur Weiterführung des Haushalts ab dem

nicht mehr  nur eingeschränkt in der Lage.

## Die Haushaltshilfe ist erforderlich wegen

drohender Frühgeburt/vorzeitiger Wehen.

einer stationären Krankenhausbehandlung.

Zeitraum vom:

bis:

einer bestehenden Schwangerschaft, vorauss. Entbindungstermin

einer bereits erfolgten Entbindung am

Begründung: ICD-10

Diagnose:

## Aufgrund dieser Diagnose ist die Patientin in folgendem Maße eingeschränkt

### Teilweise Einschränkung bei der Haushaltsführung

kein Heben über  kg möglich

kein Bücken möglich

Kinderbetreuung/-beaufsichtigung  eingeschränkt möglich

nicht möglich

keine leichten hauswirtschaftlichen Arbeiten möglich

Sonstiges

### Vollständige Einschränkung bei der Haushaltsführung oder Kinderbetreuung

Verordnung kompletter Bettruhe

Vollständige Bewegungsunfähigkeit liegt vor

Die nächste ärztliche Untersuchung ist am

Die Haushaltshilfe wird benötigt für die Dauer von

Tag(en) in der Woche,

für

Woche/n, zu jeweils

Std./Tag.

Datum

Stempel

Unterschrift

Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig. Es kann die Porto-Kostenpauschale 40110 (0,81 Euro) abgerechnet werden, wenn der Brief per Post verschickt wird.

Die Abrechnung von Telefaxen erfolgt über die neue Fax-Kostenpauschale 40111 (0,10 Euro).

Zum 1. Juli 2021 wird die Bewertung der Fax-Kostenpauschale 40111 auf 0,05 Euro pro Fax-Versand gesenkt.

Die Bestimmungen bis zum 30.06.2020 des EBM zu den Portokosten sind in einer Übergangszeit weiterhin gültig.