



Ausgabe 12/2020

26.Juni 2020

## Nutzen Sie Zuschüsse im Rahmen der Pflegeversicherung, die Ihnen zustehen?

**PFLEGESACHLEISTUNGEN:** Wenn Sie zu Hause von einem ambulanten Pflegedienst gepflegt werden und mindestens Pflegegrad 2 besitzen, haben Sie Anspruch auf Pflegesachleistungen. Das sind zum Beispiel grundpflegerische Tätigkeiten wie Hilfe bei der Körperpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung. Die Höhe richtet sich nach dem vorhandenen Pflegegrad. Wichtig zu wissen: Wenn Sie die Pflegesachleistungen nicht aufbrauchen, können Sie bis zu 40 Prozent davon für Angebote zur Unterstützung im Alltag nutzen, so der Verband Pflegehilfe.

**PFLEGEGELD:** Wird die Pflege zu Hause selbst sichergestellt, zum Beispiel durch Angehörige oder eine 24-Stunden-Pflege, steht Ihnen ab Pflegegrad 2 Pflegegeld zu. Die Höhe richtet sich auch hier nach dem vorhandenen Pflegegrad. Dieses wird direkt an den zu Pflegenden überwiesen, der das Geld meist als finanzielle Anerkennung an die Pflegeperson weitergibt. Empfänger von Pflegegeld sind verpflichtet, sich regelmäßig von einem Pflegeberater persönlich beraten zu lassen.

**KOMBINATIONSLEISTUNG:** Erfolgt die Pflege zu Hause durch Angehörige und wird gleichzeitig durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützt, macht es Sinn, bei der Pflegekasse einen Antrag auf Kombinationsleistung zu stellen, rät der Verband. Dabei wird das Pflegegeld anteilig berechnet: Wenn Sie 75 Prozent der Pflegesachleistungen verbraucht haben, stehen Ihnen noch 25 Prozent des Pflegegelds zu. Nach einer Bewilligung des Antrags sind Sie für sechs Monate an diese Kombination gebunden. Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Betreuungs- und Entlastungsleistungen (Arztbesuche, Einkaufen gehen etc.) stehen Ihnen bei vorhandenem Pflegegrad pro Monat 125 EUR zu. Diese werden erst gewährt, wenn tatsächlich Leistungen in Anspruch genommen wurden. Die Rechnungen und Quittungen müssen bei der Pflegekasse eingereicht werden. Pflegedienste mit Kassenzulassung können direkt mit der Kasse abrechnen, wenn Sie eine Abtretungserklärung unterzeichnen. Wird der volle Betrag nicht bis Jahresende genutzt, kann man das bis zum 30. Juni des Folgejahres nachholen.

**VERHINDERUNGSPFLEGE:** Bei einem Ausfall der Pflegeperson können Sie einen Antrag auf Verhinderungspflege stellen. Voraussetzungen dafür: Der zu Pflegenden muss seit mindestens sechs Monaten zu Hause gepflegt werden und Pflegegrad 2 oder höher besitzen. Sie können die Verhinderungspflege maximal sechs Wochen beziehungsweise bis zu einem Kostenaufwand von 1.612 EUR pro Jahr in Anspruch nehmen. Der Antrag muss nicht zwingend vor der Verhinderung gestellt werden, sondern wird gegen Vorlage der Belege auch rückwirkend erstattet. Diese Leistungen können Sie mit der Kurzzeitpflege kombinieren, wenn diese nicht vollständig genutzt wurde.

**KURZZEITPFLEGE:** In manchen Situationen ist es zeitweise nicht möglich, die Pflege zu Hause durchzuführen. In diesem Fall haben Sie ab Pflegegrad 2 Anspruch auf eine vollstationäre Kurzzeitpflege. Diese darf eine Dauer von 56 Tagen pro Jahr nicht überschreiten und wird mit maximal 1.612 EUR bezuschusst. Wenn Sie die 56 Tage nicht vollständig nutzen, können Sie die restliche Zeit auf die Verhinderungspflege umlagern.

**WOHNUMFELD:** Damit es mit dem Treppensteigen und Duschen auch mit abnehmender Mobilität klappt, stehen Ihnen bei Pflegegrad einmalig bis zu 4.000 Euro für die Wohnumfeldverbesserung (etwa der Einbau eines Treppenlifts oder der barrierefreie Badumbau) zu. Ausnahme: Wenn Sie einen höheren Pflegegrad erhalten, haben Sie erneut Anspruch auf bis zu 4.000 Euro. Ein Tipp: Auch die Kreditanstalt für Wiederaufbau gewährt einen Zuschuss für die Reduzierung von Barrieren von bis zu 6.250 Euro.

**HILFE AUF REZEPT:** Bei einigen Hilfsmitteln besteht die Möglichkeit, diese vom Arzt per Rezept verordnen und von der Krankenkasse finanzieren zu lassen. Dazu zählen zum Beispiel die Sechs-km/h-Varianten von E-Mobilen und -Rollstühlen oder ein Badewannenlifter. Man kann sich einen Vorkostenanschlag besorgen und diesen mit dem Rezept und einem Anschreiben bei der Krankenkasse einreichen. Sollte diese den Antrag ablehnen, besteht ein Widerrufrecht.