



Neues Wohnen im Alter

Selbstständig, gemeinsam, mit Service oder Pflege

1. Auflage 2020, 192 Seiten, 16,90 Euro
ISBN 978-3-86336-133-4

Stand dieser Aktualisierung:
April 2024

Auf den Seiten 107, 141, 165 und 169 unseres Ratgebers "Neues Wohnen im Alter" informieren wir über die Leistungen der Pflegeversicherung. Die Pflegereformen der vergangenen Jahre haben hier einige Änderungen gebracht. So gibt es für verschiedene Pflegeleistungen mehr Geld – zum Beispiel einen höheren Zuschuss zu den Pflegekosten im Heim.

Das Wichtigste in Kürze

- Viele Leistungen der Pflegeversicherung sind gestiegen, darunter die Pflegesachleistungen, also die Beträge für den ambulanten Pflegedienst, das Pflegegeld und die Kurzzeitpflege.
- Durch höhere Zuschüsse zu den Pflegekosten im Heim sollen Bewohnerinnen und Bewohner finanziell entlastet werden.
- Erstattungsansprüche gegenüber der Pflegeversicherung können unter bestimmten Bedingungen auch noch nach dem Tod einer pflegebedürftigen Person geltend gemacht werden.
- Zusätzlich besteht ein Anspruch gegen die Krankenversicherung auf Übergangspflege im Krankenhaus.

Höhere Zuschüsse zu Pflegekosten im Heim

Um die finanzielle Belastung der pflegebedürftigen Menschen abzumildern, wird für die Pflegegrade 2 bis 5 seit 1. Januar 2022 ein Leistungszuschlag zu den Pflege- und Ausbildungskosten gewährt und so der Eigenanteil an den Pflege- und Ausbildungskosten schrittweise verringert. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen werden nach wie vor in der Regel nicht bezuschusst. In einigen Bundesländern (NRW, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein) gibt es für die Investitionskosten allerdings unter bestimmten Voraussetzungen Pflegegeld.

Die Höhe der Zuschüsse richtet sich nach dem Zeitraum, in dem Leistungen der vollstationären Pflege bezogen werden. Wer in Pflegegrad 1 eingestuft ist, hat keinen Anspruch auf den neuen Zuschuss.

Für Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegegrad 2 bis 5 beträgt der Leistungszuschlag

- 15 % des Eigenanteils an den Pflegekosten innerhalb des ersten Jahres,
- 30 % des Eigenanteils an den Pflegekosten, wenn sie mehr als 12 Monate,
- 50 % des Eigenanteils an den Pflegekosten, wenn sie mehr als 24 Monate und
- 75 % des Eigenanteils an den Pflegekosten, wenn sie mehr als 36 Monate

in einem Pflegeheim leben.

Angefangene Monate in Pflegeeinrichtungen werden als voll angerechnet. Der Leistungszuschlag muss nicht beantragt werden. Die zuständige Pflegekasse teilt den Pflegeeinrichtungen für jeden Bewohner und jede Bewohnerin mit den Pflegegraden 2 bis 5 die bisherige Dauer des Bezugs vollstationärer Leistungen mit.

Trotz der Zuschüsse ist Pflege im Heim teurer geworden. Die Bewohnerinnen und Bewohner mussten am 1. Januar 2024 durchschnittlich im ersten Jahr 2.576 Euro monatlich für Unterkunft und Verpflegung, Pflege und Investitionen bezahlen. Wer schon länger im Pflegeheim lebt, bekommt höhere Zuschüsse und hat deshalb etwas niedrigere Kosten.

Mehr Pflegegeld, höhere Pflegesachleistungen, mehr Geld für Kurzzeitpflege

Die Pflegereformen brachten finanzielle Entlastungen für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, die in

den eigenen vier Wänden versorgt werden. Zum 1. Januar 2024 wurden die Beträge für Pflegegeld, Pflegesachleistungen und Kurzzeitpflege erhöht.

Pflegegeld:

- Pflegegrad 2: **332 Euro** statt 316 Euro
- Pflegegrad 3: **573 Euro** statt 545 Euro
- Pflegegrad 4: **765 Euro** statt 728 Euro
- Pflegegrad 5: **947 Euro** statt 901 Euro

Pflegesachleistungen:

- Pflegegrad 2: **761 Euro** statt 689 Euro
- Pflegegrad 3: **1.432 Euro** statt 1.298 Euro
- Pflegegrad 4: **1.778 Euro** statt 1.612 Euro
- Pflegegrad 5: **2.200 Euro** statt 1.995 Euro

Die Leistungen der **Kurzzeitpflege** steigen um 10 Prozent von 1.612 Euro auf 1.774 Euro pro Kalenderjahr. Um die Anhebung zu erhalten, müssen pflegebedürftige Menschen keinen separaten Antrag stellen.

Erstattungsansprüche über den Tod hinaus

Früher galt: Erstattungsansprüche gegenüber der Pflegeversicherung erlöschen mit dem Tod des versicherten Pflegebedürftigen. Das betraf beispielsweise Kosten für

- eine Verhinderungspflege durch einen Pflegedienst oder in einem Pflegeheim,
- Entlastungsleistungen oder
- wohnumfeldverbessernde Maßnahmen.

Die Rechtsnachfolger oder Erben konnten diese vorfinanzierten Leistungen nach dem Tod der pflegebedürftigen Person nicht erstattet bekommen.

Seit 1. Januar 2022 bleiben Kostenerstattungsansprüche nach dem Tod des Versicherten bestehen und können innerhalb von zwölf Monaten geltend gemacht werden können. Seit der Gesetzesänderung haben Angehörige mehr Zeit, die Erstattung bei der Pflegekasse einzufordern.

Es gilt aber weiterhin: Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft in der Pflegekasse. Die erweiterte Regelung gilt nur für den Fall des Todes.

Beratung: Angebote bei Beantragung aller Leistungen

Anspruch auf Beratung haben Pflegebedürftige und deren Angehörige in allen Phasen. Damit sie dieses Angebot gezielt nutzen können, müssen Pflegekassen nicht nur eine Pflegeberatung mit einem konkreten Ansprechpartner anbieten, wenn der Antrag auf einen Pflegegrad eingeht, sondern auch dann, wenn weitere Leistungen bei der Pflegeversicherung beantragt werden.

Die Pflegeberatung muss innerhalb einer Frist von zwei Wochen angeboten werden. Dies gilt auch bei der Beantragung unter anderem von Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Kombinationsleistungen, Pflegehilfsmitteln, wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, digitalen Pflegeanwendungen, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, vollstationärer Pflege, kurzzeitiger Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld sowie Pflegekursen.

Die Pflegeberatung kann durch die Pflegekasse selbst erbracht werden oder mittels eines Beratungsgutscheins erfolgen. In diesem Fall muss die Pflegekasse Beratungsstellen nennen, bei denen die Beratung innerhalb von zwei Wochen erfolgen kann.

Umwandlung von Entlastungsleistungen: Ohne Antrag möglich

Nach wie vor kann ein Teil der Pflegesachleistungsbeträge für Entlastungsleistungen genutzt werden, die nach dem jeweiligen Recht der Bundesländer anerkannt sind. Bis zu 40 Prozent der ungenutzten Pflegesachleistungsbeträge dürfen ohne vorherigen Antrag für Entlastungsleistungen verwendet werden.

Übergangspflege im Krankenhaus

Die Übergangspflege ist ein Angebot, das über die Krankenversicherung finanziert wird. Die Übergangspflege kann in Anspruch genommen werden, wenn im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt die Versorgung nicht oder nur mit erheblichem Aufwand sichergestellt werden kann.

Das kann zum Beispiel sein, wenn häusliche Krankenpflege, eine Reha-Behandlung, Kurzzeitpflege oder weitere Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (Verhinderungspflege, Tagespflege oder andere) nicht verfügbar sind.

Dann können Betroffene in dem Krankenhaus, in dem sie ihre Behandlung erhalten haben, für bis zu zehn Tage eine Übergangspflege in Anspruch nehmen. Der Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung.

Tipp: Betroffene sollten frühzeitig mit dem Sozialdienst im Krankenhaus oder mit der Krankenkasse in Kontakt treten, um offene Fragen zur Übergangspflege zeitnah zu klären. Um Irritationen bei der Beantragung zu vermeiden, sollte beachtet werden, dass die Krankenkasse des Betroffenen und nicht die Pflegekasse für die Übergangspflege zuständig ist.

BÜCHER DER VERBRAUCHERZENTRALE

Alle Bücher und E-Books der Verbraucherzentrale finden Sie in unserem Shop:
www.vzhh.de/shop