



Baustein 8

IG Metall Wegbegleiter Pflege

Leistungen bei
stationärer Pflege

55plus

Impressum

Herausgeber:
IG Metall Vorstand
FB Sozialpolitik
Wilhelm-Leuschner-Straße 79
60329 Frankfurt
Telefon: 069 / 6693-0
Telefax: 069 / 6693-2843

Text:
Hans Nakielski, Rolf Winkel, Sozialtext Media, Köln

Redaktion:
Angelika Beier, Henning Groskreutz, Stefanie Janczyk

Gestaltung:
Werbeagentur Zimmermann GmbH
Frankfurt am Main
www.zplusz.de

Fotos:
Werner Krüper

Druck:
Dierichs Druck+Media GmbH & Co. KG, Kassel

2. aktualisierte Auflage, Juli 2020

Alle Inhalte dieses Wegbegleiters wurden sorgfältig recherchiert und formuliert; eine Haftung für die Vollständigkeit und Richtigkeit ist dennoch ausgeschlossen.

Inhaltsverzeichnis

1. Über den Wechsel ins Pflegeheim kann frei entschieden werden	3
Pflegekasse darf Umzug ins Heim nicht verhindern	4
Unterstützung durch das Sozialamt	4
Überprüfung durch das Sozialamt möglich	6
2. Leistungsbeträge für stationäre Pflege	9
3. Gleiche Pflegekosten bei Pflegegrad 2 bis 5	10
4. Hotel- und Investitionskosten	12
Was gehört zu den Investitionskosten?	12
Was gehört zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung?	13
5. Heimkosten bei Abwesenheit und im Sterbemonat	14
6. Tipps zur Suche eines geeigneten Heimes	15

Das Verhältnis von ambulanter zu stationärer Pflege hat sich durch gesetzliche Neuregelungen mit Beginn des Jahres 2017 verändert. Die Leistungen für die ambulante Pflege wurden tendenziell erhöht, während die Leistungen bei stationärer Pflege teilweise gesenkt wurden.

Diese Neuregelungen sorgen dafür, dass gerade für Personen mit niedrigem Pflegegrad der Umzug ins Heim finanziell gesehen wesentlich unattraktiver wird. Das wird auf Dauer dazu führen, dass der bisherige Trend noch verstärkt wird: Pflegebedürftige ziehen erst in einem höheren Alter und mit immer schwereren Beeinträchtigungen ins Pflegeheim.



1. Über den Wechsel ins Pflegeheim kann frei entschieden werden

Ein eherner Grundsatz der Pflegeversicherung ist in § 3 Sozialgesetzbuch (SGB) XI verankert. Dort heißt es: »Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.«

Dieser Grundsatz stimmt weitgehend mit den Wünschen vieler Menschen überein, so lange wie möglich innerhalb der eigenen vier Wände zu bleiben. Bislang lebt etwa ein Drittel der Pflegebedürftigen in Heimen.

Vor der Aufnahme verlangen die meisten Pflegeheime eine sogenannte Heimnotwendigkeitsbescheinigung. Im Gesetz ist eine solche Bescheinigung zwar nicht vorgesehen, tatsächlich stellen die Pflegekassen sie jedoch aus. Es handelt sich um die Bescheinigung darüber, welche Leistungen die Pflegekasse für die Pflegebedürftigen übernimmt. Diese muss auch dem Sozialhilfeträger vorgelegt werden, wenn die Einkünfte und das Vermögen der Betroffenen zusammen mit den Leistungen der Pflegekasse nicht ausreichen, um die Kosten des Heimaufenthalts zu decken – und zusätzliche Sozialhilfeleistungen beantragt werden müssen.

Pflegebedürftige, die in eine vollstationäre Einrichtung einziehen möchten, sollten vorab mit ihrer Pflegekasse sprechen und sich nach dem Verfahren erkundigen. Viele Kassen senden dann ein Formular zu, in dem auch nach

dem Grund für den beabsichtigten Wechsel in ein Heim gefragt wird. Vorgesehen sind hier als Gründe:

- es fehlt eine Pflegeperson,
- drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegepersonen,
- räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich ermöglichen keine häusliche Pflege,
- fehlende Bereitschaft der vorhandenen Pflegeperson,
- Eigen- oder Fremdgefährdung des Pflegebedürftigen.

Pflegekasse darf Umzug ins Heim nicht verhindern

Welcher Grund für einen Wechsel ins Heim ausschlaggebend ist, spielt aber letztlich keine Rolle. Denn Pflegebedürftigen steht es – zumindest was die Pflegeversicherung betrifft – völlig frei, sich entweder für die ambulante oder die stationäre Pflege zu entscheiden. Das hat auch der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages bei den Beratungen über das Pflegestärkungsgesetz II bestätigt.

Auch spielt es inzwischen für die Pflegeversicherung letztlich finanziell kaum eine Rolle, ob Pflegebedürftige im Heim oder zu Hause leben. Denn die Maximalleistungen der Pflegeversicherung für die häusliche Pflege durch professionelle Dienste sind teilweise sogar höher als die Leistungen für die Heimpflege.

Siehe dazu S. 9 und Wegbegleiter Pflege– **Baustein 4**

In jedem Fall sind die Unterschiede nicht mehr beträchtlich. Mit anderen Worten: Die Pflegeversicherung wird durch den Umzug in ein Pflegeheim nicht oder kaum höher belastet.

Unterstützung durch das Sozialamt

Schon jetzt kann ein erheblicher Teil der Menschen, die derzeit in Pflegeheimen leben, die monatlichen Heimkosten nicht aus eigenen Einkommen sowie den Zuschüssen der Pflegeversicherung tragen. Ein Pflegeheimplatz kostet im Bundesdurchschnitt etwa 3.300 Euro im Monat. Dabei

gibt es allerdings – je nach Bundesland, Lage und Ausstattung des Heimes – große Unterschiede. Die Kosten für ein Heim setzen sich zusammen aus den

- Pflege- und Betreuungskosten (nur dafür gibt es Zuschüsse der Pflegekassen),
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung,
- Kosten für Investitionen.

Ein Beispiel: Kosten für einen Heimplatz*



Pflege

1.950 Euro



Wohnen und Verpflegung

1.000 Euro



Investitionskosten

350 Euro



Gesamtkosten

3.300 Euro

* Die hier angeführte Aufteilung für die Kosten dient nur als Beispiel. Tatsächlich sind die Kosten je nach Lage und Ausstattung eines Heimes sehr unterschiedlich.

Oft können Pflegebedürftige nur einen Teil der Kosten, die nach Abzug der Zuschüsse von der Pflegeversicherung verbleiben, selbst tragen. Dann übernimmt das Sozialamt vielfach die Restkosten und kann diese von unterhaltspflichtigen Ehepartnern oder Kindern bzw. Eltern der Pflegebedürftigen einfordern. Seit Anfang 2020 können Kinder von pflegebedürftigen Eltern (oder Eltern von volljährigen Kindern) aber nur noch dann zur Kasse gebeten werden, wenn ihr Jahresbruttoeinkommen 100.000 Euro oder mehr beträgt. Dabei zählen neben dem Arbeitsentgelt

(brutto, nach Abzug von Werbungskosten) und dem Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit auch Kapitaleinkünfte und Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung mit.

Das Einkommen der Schwiegerkinder bleibt aber außen vor. Wenn also die Tochter einer Pflegebedürftigen nur wenig verdient, muss sie selbst dann nicht für ihre Mutter aufkommen, wenn ihr Mann ein Jahreseinkommen über 100.000 Euro hat.

Falls ein Pflegebedürftiger mehrere Kinder hat, dann zählt für die Einkommensgrenze nicht das Gesamteinkommen aller Kinder. Nur das Kind, das im Jahr auf mehr als 100.000 Euro kommt, darf zur Kasse gebeten werden.

Da nur wenige in Deutschland 100.000 Euro oder mehr im Jahr beziehen, gehen die Sozialämter im Regelfall davon aus, dass die Kinder (oder Eltern) weniger verdienen. Wenn es für die Ämter aber „hinreichende Anhaltspunkte für ein Überschreiten der Jahreseinkommensgrenze“ gibt, können sie entsprechende Belege über das Einkommen (z.B. Steuerbescheide) verlangen.

Überprüfung durch das Sozialamt möglich

Das Sozialamt verlangt bei einem geplanten Einzug ins Pflegeheim meist eine Heimnotwendigkeitsbescheinigung. Bevor es eine Kostenübernahmezusage macht, überprüft das Sozialamt dann oft, ob ein Wechsel ins Pflegeheim überhaupt notwendig ist.

Das Hauptaugenmerk wird dabei vielfach auf mögliche Alternativen zum Pflegeheim gelegt. Dabei geht es um Fragen wie:

- Ist durch eine Wohnungsanpassung ein Verbleib in den eigenen vier Wänden möglich?
- Kann durch verstärkte Nutzung einer Tagespflegeeinrichtung ein Wechsel ins Pflegeheim verhindert werden?

Die Klärung solcher Fragen kann durchaus im Interesse der Betroffenen sein. Unter Umständen kommen dabei Alternativlösungen zustande.

Beispiel

Die 86-jährige **Anne Schäfer** ist in Pflegegrad 3 eingestuft und wird von ihrer berufstätigen Tochter betreut. Anne Schäfer nutzt das Angebot einer Tagespflege an drei Tagen in der Woche. An diesen Tagen bringt ihre Tochter sie morgens auf dem Weg zur Arbeit in die Tagespfleeinrichtung und holt sie auf dem Rückweg nachmittags wieder ab. Die dreitägige Tagespflege wird vollständig aus dem hierfür vorgesehenen Etat der Pflegeversicherung finanziert. Wegen einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation von Anne Schäfer wären aber nun fünf Wochentage in der Tagespflege erforderlich. Doch hierfür reicht der für die Tagespflege bei Pflegegrad 3 vorgesehene Etat der Pflegeversicherung nicht aus.

Siehe Wegbegleiter Pflege – **Baustein 5**

Das ist ein entscheidender Grund für den Plan, ins Pflegeheim umzuziehen. In einem solchen Fall kann unter Umständen mit dem örtlichen Sozialamt vereinbart werden, dass das Amt die verbleibenden Restkosten für die Tagespflege übernimmt. Dann würde sich ein Umzug ins Heim erübrigen.



Unser Tipp:
Frühzeitig über örtliche Sozialhilfe-Regelungen informieren

Wer möglicherweise im Pflegeheim auf eine Unterstützung des Sozialamts angewiesen sein wird, sollte sich frühzeitig informieren, für welche Heime das Sozialamt die ungedeckten Kosten übernimmt. Denn die Heimentgelte – und damit auch die gegebenenfalls vom Sozialamt zu übernehmenden Restkosten – fallen je nach der gewählten stationären Einrichtung höchst unterschiedlich aus. Die Sozialämter übernehmen aber nur »angemessene« Kosten. Was darunter zu verstehen ist, wird in den Kommunen unterschiedlich gesehen. Dabei darf das Sozialamt die Pflegebedürftigen aber nicht zur Wahl des billigsten Pflegeheims verpflichten. Das hatte zuletzt das Bundessozialgericht mit einem Urteil vom 5. Juli 2018 (Az.: B 8 SO 30/16) bekräftigt. Unter Heimen, mit denen der Sozialhilfeträger rechtmäßig Pflegesätze vereinbart hat (das sind die meisten Heime), dürfen die Betroffenen frei auswählen. Generell übernehmen die Sozialämter aber keine ungedeckten Kosten für „Luxusresidenzen“.



2. Leistungsbeträge für stationäre Pflege

Die Pflegeversicherung übernimmt im Rahmen pauschaler, nach Pflegegraden gestaffelter Leistungsbeträge einen Teil der Kosten für die Betreuung und Pflege im Heim, einschließlich der medizinischen Behandlungspflege. Letztere umfasst alle Tätigkeiten, die auf ärztliche Verordnung hin von Pflegekräften durchgeführt werden – wie etwa Wundversorgung, Verbandswechsel, Medikamentengabe oder Blutdruck- und Blutzuckermessung.

Seit 2017 kann jeder zudem zusätzliche Betreuungsangebote – etwa für Vorlesen, Spielen oder Spaziergehen – bekommen. Hierzu muss jede stationäre Pflegeeinrichtung mit den Pflegekassen entsprechende Vereinbarungen schließen und zusätzliche Betreuungskräfte einstellen. Die Finanzierung erfolgt vollständig durch die Pflegeversicherung.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in vollstationären Einrichtungen sowie einen Anteil für die Investitionskosten der Häuser müssen die Heimbewohnerinnen und -bewohner selbst tragen (siehe Seite 12).

Am höchsten sind die Zuschüsse der Pflegekasse für Heimbewohnerinnen und -bewohner mit Pflegegrad 5. Sie bekommen 2.005 Euro im Monat. Zum Vergleich: Würden sie in den eigenen vier Wänden leben, so würde ihnen monatlich ein Etat in Höhe von 1.995 Euro für ambulante Pflegedienstleistungen zur Verfügung stehen. Der Unterschied ist also gering.

Monatliche Leistungen für vollstationäre Pflege (in Euro)	
Pflegegrad 1	125
Pflegegrad 2	770
Pflegegrad 3	1.262
Pflegegrad 4	1.775
Pflegegrad 5	2.005

3. Gleiche Pflegekosten bei Pflegegrad 2 bis 5

Die Leistungen der Pflegeversicherung reichen in der Regel nicht aus, um die pflegebedingten Kosten in stationären Einrichtungen zu finanzieren. Folglich müssen die Pflegebedürftigen einen Eigenanteil für die Pflegekosten selbst aufbringen.

Seit 2017 müssen alle Pflegebedürftigen mit den Pflegegraden 2 bis 5 in einem Heim denselben Eigenanteil für die Pflege- und Betreuungskosten aufbringen (mit Ausnahme derjenigen, für die noch ein Bestandschutz gilt). Dies regelt der § 84 Abs. 2 SGB XI.

Allerdings ist dieser Eigenanteil von Pflegeheim zu Pflegeheim unterschiedlich. Denn die Pflege- und Betreuungskosten sind in den einzelnen Heimen unterschiedlich. Im Bundesdurchschnitt lag der von den Pflegebedürftigen zu zahlende einrichtungseinheitliche Eigenanteil für die Pflegekosten Anfang 2020 bei 731 Euro im Monat. Er war



aber regional sehr unterschiedlich (421 Euro in Thüringen, 1.006 Euro in Baden-Württemberg).

Der Eigenanteil an den Pflegekosten steigt jedenfalls nicht, wenn jemand zunehmend unselbstständiger ist und in einen höheren Pflegegrad eingestuft wird. Dies schafft für die Betroffenen Kalkulationssicherheit. Schon beim Einzug ins Pflegeheim informieren die Heime über die Pflegekosten sowie die Eigenanteile, die – bis auf jährliche Anpassungen – konstant bleiben (in der Regel bis zum Tod). Auch Vergleichsportale im Internet bieten diese Informationen.

Die Regelung wirkt wie folgt:

- Zum einen findet innerhalb der Heimbewohner eine Art Querfinanzierung statt. Wer Pflegegrad 2 hat, zahlt deutlich zu viel für die eigene Pflege. Personen mit Pflegegrad 4 oder 5 werden dagegen entlastet.
- Zum anderen steigt die Belastung von Personen mit niedrigem Pflegegrad, was viele von einem frühzeitigen Umzug ins Pflegeheim – etwa bereits mit Pflegegrad 2 – abhält. Ein Umzug wird dann vielfach aus finanziellen Gründen eher ab Pflegegrad 3 oder 4 erfolgen.



4. Hotel- und Investitionskosten

Zum Eigenanteil an den Pflegekosten kommen noch die jeweils heimindividuellen monatlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sogenannte Hotelkosten) sowie Investitionskosten hinzu. Hier gibt es eine erhebliche Spannweite zwischen den einzelnen Heimen.

Was gehört zu den Investitionskosten?

Das sind die Kosten für das Gebäude, für dessen Herstellung und Renovierung, für die Möbel, die Küche, aber auch die Datenverarbeitung der Verwaltung. Die Kosten dafür werden über viele Jahre verteilt und auf die Bewohner umgelegt. Im Bundesdurchschnitt lagen die von den Bewohnern zu tragenden Investitionskosten Anfang 2020 bei 453 Euro im Monat.



Was gehört zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung?

Dies sind die eigentlichen »Hotelkosten«. Hierzu gehören zum Beispiel die Kosten für die Zubereitung und das Bereitstellen von Speisen und Getränken, die Ver- und Entsorgung (Strom, Wasser, Heizung, Abfall), die Reinigung aller Räumlichkeiten oder die Wartung und Unterhaltung der Gebäude. Im Bundesdurchschnitt lagen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Januar 2020 bei 756 Euro im Monat (Sachsen-Anhalt: 573 Euro, NRW: 1.024 Euro).

Das Heim muss die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und die Investitionskosten getrennt ausweisen. Sie werden nicht von den Pflegekassen übernommen.



5. Heimkosten bei Abwesenheit und im Sterbemonat

Interessenkonflikte zwischen Pflegeheim und Bewohnern kann es bei einer längeren Abwesenheit von Pflegebedürftigen geben – bedingt etwa durch einen Krankenhausaufenthalt oder einen Urlaub. Hierzu trifft § 87a SGB XI eine Regelung: Soweit der Zeitraum der Abwesenheit mehr als drei Tage dauert, sind Abschläge von mindestens 25 Prozent der Pflegevergütung sowie der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung vorzusehen.

Auch die Pflegeheimkosten im Sterbemonat sind immer wieder strittig. Das Bundesverwaltungsgericht hat mit einer Entscheidung vom 2. Juni 2010 klargestellt (Az.: 8 C 24/09): Die Heimverträge enden mit dem Sterbetag der Bewohnerinnen oder -bewohner. Faktisch entlastet das Urteil die Erben – in manchen Fällen auch die Sozialhilfeträger, die sonst noch längere Zeit für die Heimkosten aufkommen müssten.



6. Tipps zur Suche eines geeigneten Heimes

Auf die Suche nach einem passenden Heim sollten sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen nicht erst dann machen, wenn ein Heimplatz dringend benötigt wird. Die Suche sollte am besten lange vorher beginnen, wenn die Interessentinnen und Interessenten noch relativ selbstständig sind und sich selbst ein realistisches Bild von den Einrichtungen machen können.

Viele Heime führen lange Wartelisten. Durch die Eintragung in diese Listen verpflichtet sich niemand zum späteren Einzug. So wird aber das Recht zum Einzug gesichert, wenn in der gewünschten Einrichtung ein Platz frei wird und die Reihe an denjenigen ist, die oben auf der Liste stehen. Falls dann ein Anruf vom Heim kommt, kann die Entscheidung zum Einzug ohne Probleme nochmals aufgeschoben werden.

Sehr nützlich bei der Pflegeheimsuche sind mehrere Internetportale. So zum Beispiel die Portale der Krankenkassen

www.pflege-navigator.de (der AOKen)

www.bkk-pflegefinder.de (der BKKen)

www.pflegelotse.de (der Ersatzkassen)

www.der-pflegekompass.de (der Knappschaft)

Auf allen genannten Portalen werden nach der Eingabe einer Postleitzahl und dem Entfernungsradius in der Regel zahlreiche stationäre Pflegeeinrichtungen angezeigt. Zugleich gibt es erste Informationen zu den jeweiligen Heimen (Preise, freie Plätze, Pflegequalität).

Mit Hilfe des Internetportals der Weissen Liste (www.weisse-liste.de/de/pflege) lässt sich eine auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Checkliste für die Heimsuche erstellen. Bei der Erstellung solcher Listen geht es um Themen wie:

- Lage und Erreichbarkeit,
- Wohnen und Ausstattung,
- Pflege und Betreuung,
- ärztliche Betreuung,
- Hauswirtschaft und Sauberkeit,
- Verpflegung und Tagesgestaltung,
- Leistungen und Kosten,
- Versorgung bei Demenz.

Dazu finden sich jeweils Frage-Vorgaben, die per Klick an- oder abgewählt werden können. So können sich Interessentinnen und Interessenten leichter über ihre eigenen Präferenzen klar werden.

Die Weisse Liste ist ein Projekt der Bertelsmann Stiftung. Strategische Partner und Co-Initiatoren der Weissen Liste sind die Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen.

Ohne eine persönliche Besichtigung oder – besser noch – ein Probewohnen sollte man die Entscheidung für ein Pflegeheim nicht treffen.

Unser Tipp:

Kurzzeitpflege zum Probewohnen nutzen

Viele Heime halten Plätze für die Kurzzeitpflege vor. Dieses von der Pflegeversicherung weitgehend finanzierte Angebot können Pflegebedürftige zur Erprobung eines von ihnen favorisierten Heimes nutzen.

*Siehe Wegbegleiter Pflege – **Baustein 5***

