

99154035000000

# Rechte und Voraussetzungen für den Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung

Heruntergeladen am 30.06.2025

<https://fimportal.de/xzufi-services/102837940/B100019>

Modul	Sachverhalt
Leistungsschlüssel	99154035000000
Leistungsbezeichnung I	Rechte und Voraussetzungen für den Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung
Leistungsbezeichnung II	In stationäre Pflegeeinrichtungen einziehen
Typisierung	11 - SDG: Allgemeine Rechte und Pflichten
Quellredaktion	Bund
Freigabestatus Katalog	unbestimmter Freigabestatus
Freigabestatus Bibliothek	unbestimmter Freigabestatus
Begriffe im Kontext	Versorgungsauftrag, Hilfe zur Pflege, Pflegekasse, Pflegebedürftigkeit, Medizinischer Dienst, Heimtypen, Sozialamt, Begutachtungs-Richtlinien, Sachleistung, qualifizierten Pflegekraft, Vergütungsvereinbarungen, Versorgungsvertrag, Investitionskostenförderung
Leistungstyp	Leistungsobjekt
Leistungsgruppierung	SDG allgemeine Rechte und Pflichten (154)

Modul	Sachverhalt
Verrichtungskennung	
SDG-Informationsbereich	Rechte und Voraussetzungen für den Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung
Lagen Portalverbund	Pflege (1130400)
Einheitlicher Ansprechpartner	Nein
Fachlich freigegeben am	13.12.2022
Fachlich freigegeben durch	* Bundesministerium für Gesundheit (BMG) * Pflegekassen * Pflegestützpunkte
Handlungsgrundlage	• Soziale Pflegeversicherung
Teaser	Hier bekommen Sie Informationen über Ihre Rechte und Voraussetzungen für den Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung.
Volltext	<p>Vollstationäre Pflegeheime für pflegebedürftige Menschen und wie sie geregelt sind</p> <p>Grundsätzlich gibt es unterschiedliche Heimtypen wie beispielsweise das Altenwohnheim oder das Seniorenpflegeheim.</p> <p>Im Bereich der sozialen Pflegeversicherung können Einrichtungsbetreiber eine Zulassung erhalten, um im Rahmen eines so genannten Versorgungsauftrages pflegebedürftige Menschen stationär</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zu versorgen</li> <li>• zu pflegen</li> <li>• zu betreuen.</li> </ul> <p>Dazu wird ein Versorgungsvertrag abgeschlossen. Der Versorgungsvertrag regelt vertraglich zwischen den Pflegekassen und den Einrichtungsbetreibern die Sach- und Dienstleistungen, auf die die Versicherten einen gesetzlichen Anspruch haben. Eine wesentliche Voraussetzung ist, dass die Betroffenen aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit professionelle Unterstützung und Betreuung unter ständiger Verantwortung einer qualifizierten Pflegekraft benötigen. Für privat geführte</p>

## Modul

## Sachverhalt

Pflegeeinrichtungen gelten die gleichen Zulassungs- und vergütungsrechtlichen Vorgaben wie für kommunal oder freigemeinnützig getragene Einrichtungen. Die vertraglichen Festlegungen im Versorgungsvertrag sind immer für alle Vertragsparteien verbindlich. Es gilt, dass zwischen den Kostenträgern, also den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern, und den Einrichtungsträgern die (vereinbarten) Pflegevergütungen und Pflegesätze wirtschaftlich und leistungsgerecht sein müssen. Eine nachträgliche Kostenerstattung ist nicht möglich. Es wird auch hierbei nicht zwischen verschiedenen Trägern unterschieden.

Regelung: §§ 72, 71 Absatz 2, SGB XI Zulassung zur Pflege; zu den Rechten und Pflichten der Pflegeeinrichtungen siehe auch § 11 SGB XI)

Bedingungen für den Zugang zu zugelassenen Pflegeheimen

Voraussetzung für die Leistungen der Pflegekassen ist das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit. Ob und in welchem Grad Pflegebedürftigkeit vorliegt, wird gemäß der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Begutachtungs-Richtlinien) in einem strukturierten Verfahren durch den Medizinischen Dienst oder durch andere von der Pflegekasse beauftragte Gutachter beziehungsweise Gutachterinnen festgestellt. Bei privat Versicherten erfolgt die Begutachtung durch den medizinischen Dienst der privaten Versicherungsunternehmen "Medicproof". (siehe §§ 14,15 und 18 SGB XI)

Nahezu die gesamte Bevölkerung ist in Deutschland über einen der beiden Pflichtversicherungszweige versichert. Es gilt der Grundsatz "Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung". Jeder, der gesetzlich krankenversichert ist, ist automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Personen, die in der privaten Krankenversicherung gegen das Risiko der Krankheit mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen abgesichert sind, sind verpflichtet, zur Absicherung des Risikos der

## Modul

## Sachverhalt

Pflegebedürftigkeit eine entsprechende private Pflege-Pflichtversicherung abzuschließen.

Den Pflegekassen obliegt als Versicherungsträger der gesetzliche Sicherstellungsauftrag im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten. Sie haben keine eigenen Einrichtungen, sondern schließen zu diesem Zwecke Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit Trägern von stationären Einrichtungen und ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten und Verträge mit einzelnen geeigneten selbständigen Pflegekräften.

Jede Einrichtung, die die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt, hat einen gesetzlichen Anspruch auf Zulassung zur Leistungserbringung. Damit gibt es ein Nebeneinander von Einrichtungen in kommunaler, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft, die den Pflegebedürftigen zur Wahl stehen.

Art von finanziellem Beitrag für zugelassene Pflegeheime und wer ist für die Zahlung verantwortlich?

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sollen dazu beitragen, die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden physischen, psychischen und gleichzeitig auch die finanziellen Belastungen der Versicherten und ihrer Angehörigen zu mildern. Die Pflegeversicherung deckt hierbei häufig nicht alle Kosten der Pflege ab. Sie wird deshalb auch als "Teilleistungssystem" bezeichnet.

Im Rahmen der Sachleistung nach § 43 SGB XI übernehmen die Pflegekassen monatlich die Kosten für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im

- Pflegegrad 2: in Höhe von €770
- Pflegegrad 3: in Höhe von €1.262
- Pflegegrad 4: in Höhe von €1.775
- Pflegegrad 5: in Höhe von €2.005.

## Modul

## Sachverhalt

Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 erhalten einen Zuschuss in Höhe von €125 monatlich.

Darüber hinaus haben die Pflegebedürftigen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in der Pflegeeinrichtung gemäß § 43b SGB XI. Die Pflegeeinrichtungen erhalten hierfür gesonderte Vergütungszuschläge, die vollständig von den Pflegekassen übernommen werden.

Sofern die gesamten pflegebedingten Aufwendungen des Einzelnen den gesetzlich gedeckelten Leistungsbetrag der Pflegeversicherung übersteigen, ist die Differenz als Eigenanteil vom Pflegebedürftigen zu tragen..

Die Höhe der pflegebedingten einrichtungsindividuellen Eigenanteile ist seit Januar 2017 für alle Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege bei den Pflegegraden 2 bis 5 innerhalb einer Pflegeeinrichtung gleich.

Um Pflegebedürftige vor Überforderung durch steigende Pflegekosten zu schützen, zahlt die Pflegeversicherung neben dem nach Pflegegrad differenzierten Leistungsbetrag einen Leistungszuschlag zum pflegebedingten Eigenanteil der pflegebedürftigen Person, der mit der Dauer der vollstationären Pflege steigt: Im ersten Jahr trägt die Pflegekasse fünf Prozent des pflegebedingten Eigenanteils, im zweiten Jahr 25 Prozent, im dritten Jahr 45 Prozent und ab dem vierten Jahr dauerhaft 70 Prozent.

Zusätzlich zum pflegebedingten Eigenanteil fallen bei vollstationärer Pflege üblicherweise weitere Kosten an. Hierzu zahlen Kosten für die Unterbringung und Verpflegung. Auch müssen Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung gegebenenfalls gesondert berechenbare Investitionskosten übernehmen.

Sonstige finanzielle Unterstützung für die Kosten der Heimpflege

## Modul

## Sachverhalt

Die Bundesländer haben die Möglichkeit, notwendige Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen zu fördern. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen die Länder die Einsparungen einsetzen, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen. Über die Art und den Umfang dieser Förderung sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen berichten die Länder jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit.

Der Sozialhilfeträger oder das Sozialamt übernimmt unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten für die Pflege, wenn nicht genügend eigene finanzielle Mittel vorhanden sind und auch die Angehörigen nicht zur Zahlung der Pflegekosten herangezogen werden können.

Sofern die Leistungen der Pflegeversicherung zur Deckung pflegerischer Bedarfe nicht ausreichen und die Eigenanteile nicht durch die Pflegebedürftigen selbst getragen werden können, kommen gegebenenfalls Leistungen der Hilfe zur Pflege in Betracht. Die Hilfe zur Pflege ist eine nachrangige Leistung der Sozialhilfe, deren Rechtsgrundlagen sich im Siebten Kapitel des Zwölften Buches Gesetzbuch (SGB XII) finden. Bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen wie Pflegebedürftigkeit und finanzielle Bedürftigkeit wird die Hilfe zur Pflege bedarfsdeckend gewährt.

### Erforderliche Unterlagen

### Voraussetzungen

### Kosten

### Verfahrensablauf

### Bearbeitungsdauer

### Frist

### weiterführende

<b>Modul</b>	<b>Sachverhalt</b>
<b>Informationen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• "Ratgeber Pflege"-Broschüre des Bundesministerium für Gesundheit (BMG)</li><li>• "Ratgeber für Menschen mit Behinderung"-Broschüre des Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)</li></ul>
<b>Hinweise</b>	
<b>Rechtsbehelf</b>	
<b>Kurztext</b>	
<b>Ansprechpunkt</b>	
<b>Zuständige Stelle</b>	
<b>Formulare</b>	
<b>Ursprungsportal</b>	Rechte und Voraussetzungen für den Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung, Rights and conditions for moving to a residential care home