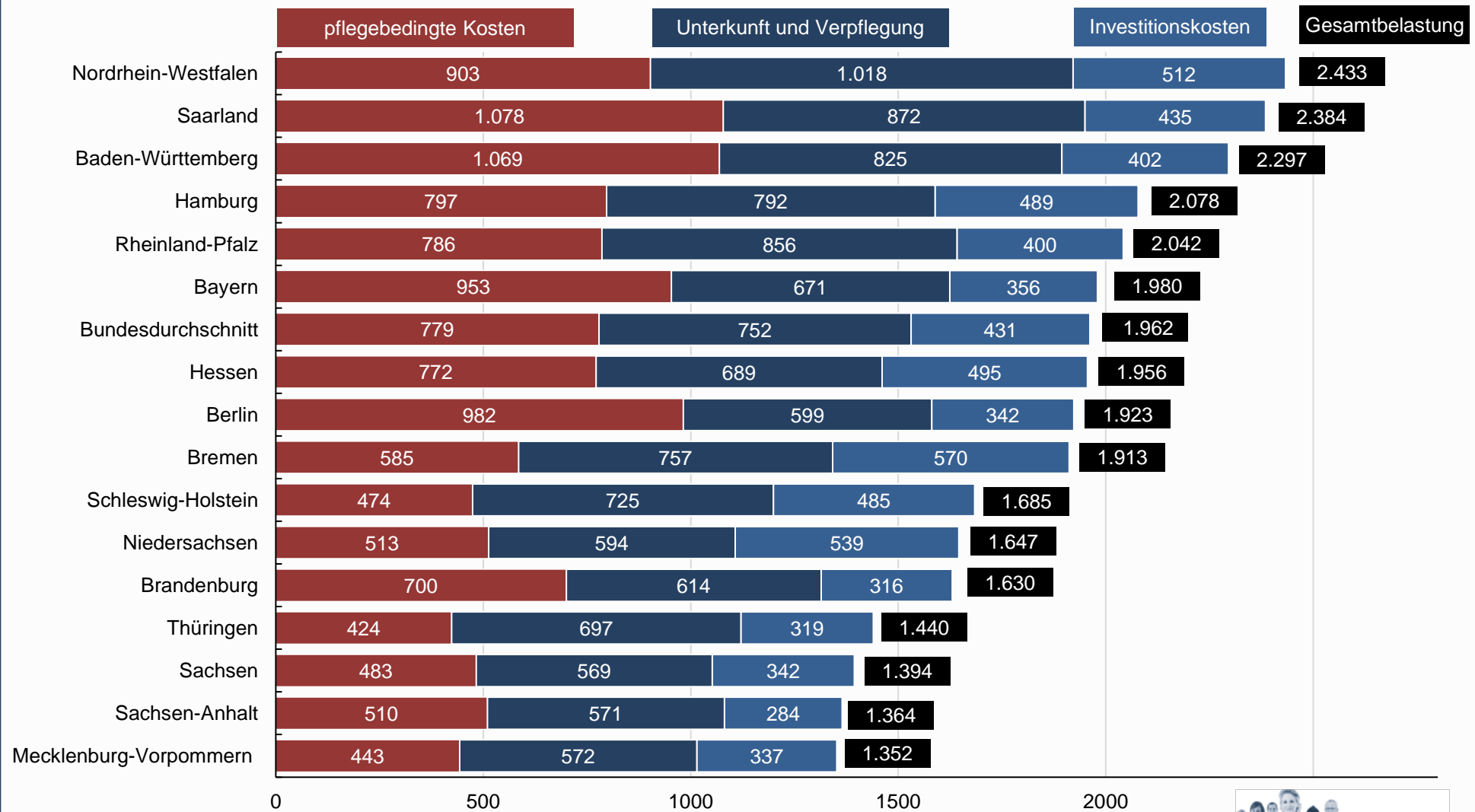


## ■ Eigenanteile bei der Heimpflege 2018 nach Bundesländern und Kostenarten in Euro/Monat



Quelle: AOK, Pflegenavigator (2019), Stand 01.10.2019

## Hohe Eigenanteile bei der Heimpflege – mit erheblichen regionalen Unterschieden

### Kurz gefasst

- Die soziale Pflegeversicherung deckt nur einen Teil der Kosten ab, die in Folge einer Pflegebedürftigkeit entstehen. Es handelt sich um eine Teilkostenversicherung, die lediglich pauschale, nach Pflegegraden gestaffelte Zuschüsse zu den Pflegekosten leistet. Und bei einer Heimunterbringung müssen die Pflegebedürftigen die sog. Hotelkosten (Unterkunft und Verpflegung) wie auch die Investitionskosten in voller Höhe selbst übernehmen.
- Die Leistungen der Pflegeversicherung bei vollstationärer Pflege bewegen sich zwischen 770 Euro (Pflegegrad II) bis zu 2.005 Euro (Pflegegrad V). Die bei einer Unterbringung von den Heimen tatsächlich erhobenen Pflegekosten liegen aber deutlich höher, sie werden in Pflegesatzverhandlungen zwischen den Einrichtungen und den Kostenträgern (Pflegekassen und Sozialhilfeträger) festgelegt. Die Differenz muss dann von den Heimbewohner\*innen als Eigenanteil selbst getragen werden.
- Die Eigenanteile zu den reinen Pflegekosten variieren von Bundesland zu Bundesland sehr stark. Am höchsten liegen sie in den alten Bundesländern, mit Baden-Württemberg (1.069 Euro) und dem Saarland (1.078 Euro) deutlich an der Spitze, und am niedrigsten in den neuen Ländern, mit Thüringen (424 Euro) am Ende.
- Rechnet man die Hotel- und Investitionskosten noch hinzu, müssen bis zu gut 2.400 Euro im Monat (NRW) privat finanziert werden. Sind die Betroffenen – nach Auflösung eines womöglich vorhandenen Vermögens – dazu nicht oder nur teilweise in der Lage, müssen sich ggf. die Angehörigen (Elternunterhalt) beteiligen (seit 2020 allerdings nur noch im Falle ganz hoher Einkommen) oder die Sozialhilfe springt ein.
- Die erheblichen regionalen Abweichungen lassen sich auf Unterschiede in den Unterkunfts- und Investitionskosten und vor allem in den Personalkosten zurückführen. Bei den „preiswerten“ Heimen in den neuen Bundesländern ist von sehr niedrigen Löhnen auszugehen. Eine Rolle spielen zudem die jeweiligen Länderunterschiede bei den Personalschlüsseln und der Praxis der Investitionskostenmitfinanzierung.
- Das Problem hoher Eigenanteile wird sich in den nächsten Jahren vergrößern, denn alle Maßnahmen, die auf eine bedarfsgerechte Personalausstattung in der Pflege, bessere Arbeitsbedingungen und eine Anhebung der Gehälter abstellen, führen zu steigenden Personalkosten und Pflegesätzen. Da die Leistungen der Pflegeversicherung keiner Anpassungsdynamik unterliegen, die die Steigerungen der Personalkosten berücksichtigt, ist es unvermeidlich, dass die Eigenanteile weiter steigen. Ein wachsender Kreis der Pflegebedürftigen muss dann auf die Sozialhilfe zurückgreifen.
- Die Grundorientierung der Pflegeversicherung als Teilkostenversicherung ohne verlässliche Dynamisierung der Leistungshöhen stößt an ihre Grenzen. Die Folge ist ein unkalkulierbares Kostenrisiko bei Pflegebedürftigkeit, bis hin zum Verarmungsrisiko. Das aber widerspricht fundamental dem Anspruch der Pflegeversicherung und gefährdet die Legitimation einer Sozialversicherung. Vor diesem Hintergrund hat die Forderung nach einer Vollversicherung der Pflegekosten an Gewicht gewonnen.

- Leichter finanzierbar und durchsetzbar als eine Vollversicherung sind Zwischenschritte. Erforderlich wäre eine Erhöhung und kostenbezogene Dynamisierung der Leistungen. Oder aber es müssten die Eigenleistungen in ihrer Höhe gedeckelt werden. Danach gäbe es einen nach Pflegegraden gestaffelten festen Betrag, den die Pflegebedürftigen selbst zahlen müssen. Alles, was diesen Sockel übersteigt, trägt die Pflegeversicherung (Spitze-Sockel-Tausch). Derzeit ist es umgekehrt: Die Pflegeversicherung übernimmt einen festen Betrag und alle weiteren Kosten tragen die Betroffenen.

## Hintergrund

Die Zahl der Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung ist seit 1995 kontinuierlich angestiegen. Mittlerweile zählt die Statistik rund 3,7 Mio. Pflegebedürftige, die ambulant, teilstationär oder stationär versorgt werden und Geld- sowie Sachleistungen der Pflegekassen erhalten ([vgl. Abbildung VI.47b](#)). Hinter dieser Entwicklung stehen mehrere Ursachen: Zum einen steigt aufgrund der demografischen Entwicklung die Zahl der älteren und pflegebedürftigen Menschen an. Zum anderen haben aber auch Veränderungen im Leistungsrecht eine große Bedeutung. Von grundlegender Bedeutung ist dabei die mit dem Pflegestärkungsgesetz II eingeführte Neuregelung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Fünf für alle Pflegebedürftigen einheitlich geltende Pflegegrade haben das bisherige System der drei Pflegestufen ersetzt. Hinzu gekommen sind dadurch neue Leistungsempfänger, nämlich jene, die nach dem alten Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht anspruchsberechtigt waren.

Gut 0,8 Mio. Pflegebedürftige werden in Heimen versorgt, das entspricht rund einem Viertel aller Pflegebedürftigen (vgl. [Abbildung VI.10](#)). Die geläufige Auffassung, dass die älteren, pflegebedürftigen Angehörigen in Heime „abgeschoben“ werden, findet also keine empirische Bestätigung. Vielmehr ist es so, dass noch nie so viele Pflegebedürftige von ihren Angehörigen (vor allem Ehepartner, Kinder, Schwiegerkinder) - ergänzt z.T. durch ambulante Pflegedienste - versorgt werden, wie heute. Zwar ist die Zahl der in Heimen lebenden Pflegebedürftigen im Laufe der Jahre deutlich gestiegen – von 563 Tausend (1999) auf 818 Tausend in 2017 – aber der Anteil der stationär Versorgten an allen Pflegebedürftigen entwickelt sich rückläufig (vgl. [Abbildung VI.16](#)).

Bei einer vollstationären Pflege erreichen die Leistungen der Pflegeversicherung maximal 2.005 Euro im Monat (vgl. [Tabelle VI.11](#)). Vergleicht man die Leistungsbeträge zwischen häuslicher und stationärer Versorgung, so sind durch die verschiedenen Pflegereformen der vergangenen Jahre die Leistungen bei häuslicher Versorgung, ergänzt um Pflegesachleistungen (ambulante und teilstationäre Dienste bzw. Einrichtungen, Verhinderungspflege usw.) deutlich stärker angehoben worden als die Leistungsbeträge bei einer Heimunterbringung. Der Umzug in ein Heim ist mit erheblich höheren Kosten für die Pflegebedürftigen verbunden und alles andere als finanziell attraktiv. Für Angehörige gilt seit 2020, dass bei der Bedürftigkeitsprüfung im Rahmen der Hilfe zur Pflege Unterhaltsansprüche der Leistungsberechtigten gegen ihre Kinder, sofern deren Jahresbruttoeinkommen 100.000 Euro unterschreitet, nicht berücksichtigt werden.

Mit der Einführung eines einrichtungseinheitlichen pflegebedingten Eigenanteils (EEE) durch das Pflegestärkungsgesetz II sind seit 2017 die zuvor in den einzelnen Einrichtungen bestehenden unterschiedlichen Zuzahlbeträge zu den pflegebedingten Heimkosten vereinheitlicht worden und seither in den einzelnen Einrichtungen ab Pflegegrad II gleich. Damit wurden die vorherigen Unterschiede in den Belastungen zwischen den Heimbewohner\*innen einer Einrichtung aufgrund der Zuordnung zu unterschiedlichen Pflegestufen/-graden abgeschafft. Eine Höherstufung in einen höheren Pflegegrad hat insofern keine finanziellen Auswirkungen mehr auf den pflegebedingten Eigenanteil den/die betroffene/n Bewohner\*in.

Für die Ermittlung des EEE werden pro Fall die Pflegekosten um die jeweilige Leistung der Pflegeversicherung vermindert und die Gesamtsumme der so ermittelten Eigenanteile durch die Anzahl der Heimbewohner\*innen geteilt. Ausgenommen ist der Pflegegrad I, was als Anreiz gelten soll, in weniger pflegeintensiven Bedarfslagen so lange wie möglich eine ambulante Versorgung zu organisieren. Der EEE ist allerdings von Heim zu Heim unterschiedlich.

Ganz offensichtlich kommt es aber auch darauf an, in welchem Bundesland sich die Heime befinden. Wie die Abbildung zeigt, stellen die Pflegeheime in den einzelnen Bundesländern Kosten für die Pflege, für Unterbringung und Verpflegung sowie für Investitionen in sehr unterschiedlicher Höhe in Rechnung. Das betrifft vor allem die Eigenanteile zu den reinen Pflegekosten. Am höchsten liegen sie in den alten Bundesländern, mit Baden-Württemberg (1.069 Euro) und dem Saarland (1.078 Euro) deutlich an der Spitze, und am niedrigsten in den neuen Ländern, mit Thüringen (424 Euro) am Ende. Aber auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen weichen je nach Bundesland stark voneinander ab.

In der Summe müssen Pflegebedürftige bis zu gut 2.400 Euro im Monat (NRW) privat finanzieren. In Mecklenburg-Vorpommern sind es hingegen „nur“ 1.352 Euro. Sind die Betroffenen – nach Auflösung eines womöglich vorhandenen Vermögens – dazu nicht oder nur teilweise in der Lage, müssen sich ggf. die Angehörigen (Elternunterhalt) beteiligen (seit 2020 allerdings nur noch im Falle ganz hoher Einkommen) oder die Sozialhilfe springt ein.

Die erheblichen regionalen Abweichungen lassen sich auf Unterschiede vor allem in den Personalkosten zurückführen. Bei den im Schnitt „preiswerten“ Heimen in den neuen Bundesländern ist davon auszugehen, dass hier die Löhne für die Pflegekräfte und weiteres Personal sehr niedrig liegen. Von zentraler Bedeutung ist zudem, welche Personalschlüssel in den Bundesländern zur Anwendung kommen, d.h. welche Relation zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen besteht.

Durch eine Vollversicherung der Pflegekosten (nicht der Hotelkosten) ließe sich das Problem der hohen Eigenleistungen mindern. Allerdings ist das Ziel einer Vollversicherung äußerst weitgesteckt. Zu erwarten sind nicht nur erhebliche Kostenzuwächse, sondern auch grundsätzliche Probleme bei der Bestimmung des Leistungsumfangs. So muss vor allem in der ambulanten Versorgung festgelegt werden, was – analog zur gesetzlichen Krankenversicherung und unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots – pflegerisch notwendige Leistungen sind.

Leichter finanzierbar und durchsetzbar als eine Vollversicherung sind Zwischenschritte. Erforderlich wäre eine Erhöhung und kostenbezogene Dynamisierung der Leistungen. Oder aber es müssten die Eigenleistungen in ihrer Höhe gedeckelt werden. Danach gäbe es einen nach Pflegegraden

gestaffelten festen Betrag, den die Pflegebedürftigen selbst zahlen müssen. Alles, was diesen Sockel übersteigt, trägt die Pflegeversicherung (Spitze-Sockel-Tausch). Derzeit ist es umgekehrt: Die Pflegeversicherung übernimmt einen festen Betrag und alle weiteren Kosten tragen die Betroffenen.

Weiter steigende Beitragssätze in Folge der von der Pflegeversicherung zu finanzierenden steigenden Ausgaben ließen sich begrenzen, wenn der Dualismus von sozialer und privater Pflegeversicherung aufgelöst und die gesamte Bevölkerung in der sozialen Pflegeversicherung abgesichert würde. Denn über diesen Weg ließe sich – bei gegebenen Beitragssätzen – ein erheblich höheres Beitragsaufkommen realisieren.

Kurzfristig gilt es, die Heimbewohner\*innen von ihnen systemwidrig aufgebürdeten Kosten zu entlasten. Dies betrifft zum einen ihre Beteiligung an den Investitionskosten, die von den Bundesländern zu finanzieren sind. Zum anderen erfolgt eine Ungleichbehandlung bei den Kosten einer Behandlungspflege, die im Fall einer Erkrankung erforderlich wird. Pflegebedürftige, die zu Hause leben, erhalten Leistungen der Behandlungspflege ohne Zuzahlungen oder Eigenleistungen. Für Pflegebedürftige, die in einem Heim leben, gilt dies nicht. Für die Behandlungspflege ist hier die Pflegeversicherung zuständig. Entsprechend dem Grundsatz der Teilkostenabdeckung fallen dann Eigenanteile an.

### **Methodische Hinweise**

Die Daten entstammen dem AOK-Pflegenavigator, Stand 1.10.2019 (<https://gg-digital.de/2019/12/modelle-fuer-die-pflegefinanzierung/index.html>)

### **Thema des Monats Februar 2020 – Kontakt:**

Prof. Dr. Gerhard Bäcker | Institut Arbeit und Qualifikation | Forsthausweg 2 | 47057 Duisburg | 0203 379 2573 | [gerhard.baecker@uni-due.de](mailto:gerhard.baecker@uni-due.de)