

Mein Pflege-Café

Podcast-Handout

Vollstationäre Pflege – Leistungen, Kosten, Qualität

Stand: Mai 2026

1. Was ist vollstationäre Pflege?

Vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI meint die Pflege in einer zugelassenen Einrichtung nach § 71 Abs. 2 SGB XI – das sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft gepflegt werden und **ganztagig untergebracht und gepflegt** werden können. Wohnen, Pflege, Betreuung und Verpflegung kommen aus einer Hand, rund um die Uhr. Das unterscheidet das Pflegeheim fundamental von allen ambulanten Versorgungsformen.

Der Anspruch besteht für Pflegebedürftige der **Pflegegrade 2 bis 5**, wenn die häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Als Gründe gelten das Fehlen einer Pflegeperson, mangelnde Pflegebereitschaft vorhandener Angehöriger, drohende Verwahrlosung, Überforderung der Pflegeperson oder Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen. Seit 2017 prüfen die Pflegekassen die Heimnotwendigkeit nicht mehr gesondert – dieser Verwaltungsaufwand entfällt.

2. Zulassung: Wer darf ein Pflegeheim betreiben?

Eine vollstationäre Pflegeeinrichtung muss durch einen **Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI** zugelassen sein. Dieser Vertrag regelt zwischen den Pflegekassen und dem Einrichtungsträger die Sach- und Dienstleistungen, auf die die Versicherten gesetzlichen Anspruch haben. Für privat geführte Einrichtungen gelten dieselben Zulassungs- und Vergütungsvorschriften wie für kommunale oder freigemeinnützige Träger. Die Pflegesätze werden auf Basis von Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI und einrichtungsindividuellen Vereinbarungen nach § 84 SGB XI festgesetzt.

3. Leistungsbeträge der Pflegeversicherung (§ 43 SGB XI)

Die Pflegekasse übernimmt einen pauschalen Monatsbetrag für Pflege, soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege. Die Beträge wurden zum **01.01.2025 um 4,5 Prozent** angehoben und gelten **unverändert auch 2026**. Die nächste Anpassung ist frühestens zum **01.01.2028** vorgesehen.

Pflegegrad	Leistungsbetrag § 43 SGB XI (ab 01.01.2025 / 2026)
Pflegegrad 1	131 € – als Kostenerstattung (kein Sachleistungsbetrag)
Pflegegrad 2	805 €
Pflegegrad 3	1.319 €
Pflegegrad 4	1.855 €
Pflegegrad 5	2.096 €

Pflegebedürftige mit **Pflegegrad 1** dürfen vollstationär versorgt werden, erhalten jedoch keinen Sachleistungsbetrag aus der Pflegeversicherung. Sie können jedoch den **Entlastungsbetrag von 131 Euro monatlich** (§ 45b SGB XI) für die stationäre Versorgung einsetzen.

4. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE)

Seit 2017 zahlen alle Bewohner einer Einrichtung der Pflegegrade 2 bis 5 denselben pflegebedingten Eigenanteil – unabhängig vom Pflegegrad. Wer von PG 2 auf PG 3 hochgestuft wird, zahlt innerhalb seiner Einrichtung keinen höheren pflegebedingten Eigenanteil. Dieses System – der **einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE)** – beseitigt den früheren Fehlanreiz, Höherstufungsanträge

zu vermeiden. Der EEE ist je Einrichtung unterschiedlich; **bundesweit liegt er 2026 durchschnittlich zwischen 1.000 und 1.400 Euro pro Monat**

Die **Gesamtkosten im Pflegeheim** setzen sich zusammen aus: dem pflegebedingten Eigenanteil (EEE), den Kosten für Unterkunft und Verpflegung (bundesweit ca. 700–1.100 Euro monatlich je nach Bundesland), den Investitionskosten sowie gegebenenfalls gesondert berechenbaren Zusatzleistungen. Nur der pflegebedingte Eigenanteil wird durch den Leistungszuschlag der Pflegekasse reduziert – Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten trägt der Bewohner stets vollständig selbst.

5. Der Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI

Seit 2022 zahlt die Pflegekasse Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in vollstationärer Pflege einen **gestaffelten Zuschlag zum pflegebedingten Eigenanteil** – ohne dass ein Antrag erforderlich wäre. Je länger die Person in der Einrichtung lebt, desto höher fällt der Zuschlag aus. Seit 01.01.2024 gelten folgende Staffeln:

Aufenthaltsdauer (Bezug § 43-Leistungen)	Leistungszuschlag auf den pflegebedingten Eigenanteil
Bis einschließlich 12 Monate	15 %
Mehr als 12 Monate	30 %
Mehr als 24 Monate	50 %
Mehr als 36 Monate	75 %

Der Leistungszuschlag gilt ausschließlich für die **pflegebedingten Aufwendungen**. Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten werden nicht einbezogen. Die Zahlung erfolgt direkt vom Pflegekasse an die Einrichtung, die den Betrag mit dem Eigenanteil des Bewohners verrechnet. Ein Wechsel der Pflegekasse oder des Pflegeheims sowie eine vorübergehende Abwesenheit von bis zu 42 Tagen im Jahr verändern den prozentualen Anteil des Leistungszuschlags nicht. Maßgeblich ist allein die **Gesamtdauer des Bezugs vollstationärer Leistungen nach § 43 SGB XI** – nicht bloß die Aufenthaltsdauer in einer einzelnen Einrichtung. Ab dem **01.07.2026** berechnet die Pflegekasse den Leistungszuschlag auf Grundlage von Daten, die die vollstationäre Einrichtung übermittelt, was den Verwaltungsaufwand für Bewohner weiter reduziert.

6. Was die Pflegeversicherung nicht übernimmt

Das ist die häufigste Überraschung für Familien: Die Pflegeversicherung ist keine Vollkaskoversicherung. Sie übernimmt die pflegebedingten Kosten – aber nicht mehr. **Unterkunft und Verpflegung** (sog. Hotelkosten) müssen vollständig selbst getragen werden, ebenso die **Investitionskosten** der Einrichtung (Miete, Gebäudeinstandhaltung, Ausstattung). Gesondert berechenbare Zusatzleistungen wie ein Einzelzimmer, besondere Ausstattung oder spezielle Serviceangebote sind ebenfalls privat zu finanzieren. Die **medizinische Behandlungspflege** läuft über die Krankenversicherung (§ 37 SGB V) – soweit sie in der Einrichtung erbracht wird, ist sie jedoch in den Leistungsbeträgen nach § 43 SGB XI enthalten.

7. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung (§ 43b SGB XI)

Alle Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen haben einen individuellen Rechtsanspruch auf **zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebote** nach § 43b SGB XI. Dazu zählen beispielsweise Spaziergänge, Ausflüge, Bewegungsübungen, Gedächtnistraining oder die Begleitung beim Besuch kultureller Veranstaltungen und Gottesdienste. Diese Leistungen werden vollständig von der Pflegekasse übernommen und sind von den pauschalen Leistungsbeträgen nach § 43 SGB XI unabhängig.

8. Wenn das Geld nicht reicht: Hilfe zur Pflege (SGB XII)

Reichen Rente, Vermögen und Leistungen der Pflegeversicherung nicht aus, um die Heimkosten zu decken, springt das Sozialamt mit der **Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII** ein. Diese

Sozialhilfeleistung ist nachrangig – das bedeutet, das eigene Vermögen muss zunächst (bis auf ein Schonvermögen von 10.000 Euro) aufgebraucht sein. Kinder werden seit 2020 erst dann zum Unterhalt herangezogen, wenn ihr eigenes Jahreseinkommen **100.000 Euro** übersteigt – für die meisten Familien greift diese Regelung damit nicht mehr. Heimbewohnern in Sozialhilfe steht ein monatliches **Taschengeld von mindestens 152,01 Euro** in bar zu (27 Prozent der Regelbedarfsstufe 1, Stand 2026).

9. Sonderfall: Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI)

Lebt ein Pflegebedürftiger in einer vollstationären Einrichtung, deren Zweck vorrangig die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ist, greift **§ 43a SGB XI**. Die Pflegekasse übernimmt in diesem Fall nicht den vollen Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI, sondern pauschal **zehn Prozent des vereinbarten Heimentgelts – maximal 266 Euro monatlich**. Mit dieser Einrichtungsform kann kein regulärer Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen werden.

10. Qualitätssicherung: Wie wird ein Pflegeheim geprüft?

Die Qualität vollstationärer Pflegeeinrichtungen wird durch ein dreigliedriges System gesichert, das seit November 2019 gilt.

Interne Qualitätsdaten (Ergebnisindikatoren): Seit Januar 2022 sind alle vollstationären Einrichtungen verpflichtet, halbjährlich Qualitätsdaten zur Versorgung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner zu erheben – etwa zu Dekubitusprävalenz, Stürzen oder Gewichtsentwicklung – und an eine Datenauswertungsstelle (DAS) zu übermitteln. Diese Stelle vergleicht die Daten mit bundesweiten Benchmarks.

Externe Prüfung durch den Medizinischen Dienst (§ 114 SGB XI): Der MD prüft Einrichtungen regelm. äßig unangemeldet auf Basis einer Zufallsstichprobe von Bewohnern. Die Prüfung wird von zwei bis drei speziell geschulten Pflegefachkräften durchgeführt und dauert in der Regel ein bis zwei Tage. Zehn Prozent der Prüfungen werden durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV-Prüfdienst) durchgeführt. Einrichtungen mit nachgewiesener guter Qualität können einen **verlängerten Prüfrhythmus von bis zu zwei Jahren** erhalten – eine Entlastungsmöglichkeit, die das BEEP-Gesetz seit 2026 auch auf ambulante Dienste ausgeweitet hat.

Öffentliche Qualitätsdarstellung: Die Ergebnisse der Indikatorenerhebung, der MD-Prüfung sowie allgemeine Angaben zur Einrichtungsstruktur werden auf den Webportalen der Pflegekassen veröffentlicht. Pflegebedürftige und Angehörige können diese Informationen bei der Einrichtungsauswahl nutzen. Stellt der MD Mängel fest, kann die Pflegekasse Auflagen erteilen, eine Wiederholungsprüfung veranlassen, die Vergütung kürzen oder im äußersten Fall den Versorgungsvertrag kündigen.

11. Alle relevanten Paragraphen auf einen Blick

Paragraph	Inhalt
§ 43 SGB XI	Vollstationäre Pflegeleistungen – Leistungsbeträge PG 1 bis 5
§ 43a SGB XI	Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe (max. 266 €/Monat)
§ 43b SGB XI	Zusätzliche Betreuung und Aktivierung (Extraleistung der Pflegekasse)
§ 43c SGB XI	Leistungszuschlag zum EEE: 15 % → 30 % → 50 % → 75 % je nach Dauer
§ 45b SGB XI	Entlastungsbetrag 131 €/Monat (auch für PG 1 in vollstationärer Pflege nutzbar)
§ 71 Abs. 2 SGB XI	Definition vollstationäre Pflegeeinrichtung
§ 72 SGB XI	Versorgungsvertrag (Zulassung der Einrichtung)
§ 75 SGB XI	Rahmenverträge (Grundlage der Pflegesatzverhandlungen)
§ 84 SGB XI	Einrichtungsindividuelle Pflegesatzvereinbarungen
§ 113 SGB XI	Maßstäbe und Grundsätze der Qualitätssicherung
§ 114 SGB XI	Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst
§§ 61 ff. SGB XII	Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe als nachrangiges Auffangnetz)

Mein Pflege-Café Podcast | Didar Dünder & Jens Henseleit GbR

Dieses Handout dient ausschließlich der allgemeinen Information und ersetzt keine individuelle Rechts-, Pflege- oder Sozialberatung.
 Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit, Aktualität oder inhaltliche Richtigkeit der Angaben erhoben.
 Eine Haftung – gleich aus welchem Rechtsgrund – wird ausgeschlossen, soweit gesetzlich zulässig.