



Leistungen bei häuslicher Pflege I:

PFLEGE GELD UND PFLEGEDIENST- LEISTUNGEN

Baustein 4

IG Metall Wegbegleiter Pflege

Impressum

IG Metall,
Wilhelm-Leuschner-Str. 79,
60329 Frankfurt
Vertreten durch den Vorstand
1. Vorsitzender: Jörg Hofmann
Kontakt: vorstand@igmetall.de

V.i.S.d.P./Verantwortlich nach § 18 Abs. 2 MStV:
Christoph Ehlscheid, IG Metall Vorstand, FB Sozialpolitik,
Wilhelm-Leuschner-Str. 79, 60329 Frankfurt
Kontakt: spa@igmetall.de

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

Redaktion:
Katharina Grabietz, Stefanie Janczyk

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

Fotos:
Werner Krüper

2. aktualisierte Auflage, Februar 2023

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

INHALTSVERZEICHNIS

1. Frei verfügbares Pflegegeld 2

Wann wird das Pflegegeld ausgezahlt?	4
Welche Pflichten haben Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld?	4
Gibt es Sanktionen, wenn keine verpflichtende Beratung vorgenommen wird?	6
Was ist steuerlich und sozialversicherungsrechtlich zu beachten?	6
Kann das Pflegegeld mit Leistungen von Pflegediensten kombiniert werden?	6
Wird Pflegegeld auch ins europäische Ausland überwiesen?	6

2. Häusliche Dienstleistungen von einem Pflegedienst 8

Wie können Geld- und Sachleistungen kombiniert werden?	10
Können auch mehrere Pflegebedürftige gemeinsam Leistungen von Pflegediensten in Anspruch nehmen?	14
Werden gemeinschaftliche Wohnformen gefördert?	15
Werden Pflegesachleistungen auch im Ausland gewährt?	16

Sonderregelungen wegen der Corona-Pandemie

Dieser Baustein erläutert die regulären Bestimmungen. Nach Beginn der Corona-Pandemie wurden aber zahlreiche befristete Sonderregelungen und Erleichterungen verabschiedet, die auch diesen Baustein betreffen. Einige dieser Regelungen wurden mehrfach verlängert. Ob aktuell noch Sonderregelungen gelten und welche das sind, erfahren Leserinnen und Leser, wenn sie mit Hilfe eines Smartphones oder Tablets den nebenstehenden QR-Code scannen.



1. FREI VERFÜGBARES PFLEGEgeld

Die bei der Pflegeversicherung am häufigsten in Anspruch genommene Leistung ist das Pflegegeld. Anspruch hierauf haben Pflegebedürftige, die von Angehörigen, Nachbarn oder Freundinnen und Freunden gepflegt werden und nicht in einem Pflegeheim leben.

Das Pflegegeld wird abgestuft nach dem jeweiligen Grad der Pflegebedürftigkeit gezahlt. Das Geld wird auf das Konto der Pflegebedürftigen überwiesen. Sie können hierüber frei verfügen, es zum Beispiel auch an Angehörige weitergeben, die sie versorgen. Über die Verwendung des Geldes müssen sie keine Rechenschaft abgeben.

Das Pflegegeld beträgt seit 2017 unverändert zwischen 316 Euro (bei Pflegegrad 2) und 901 Euro (bei Pflegegrad 5). Für Menschen, die nur geringe Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit haben und deshalb in Pflegegrad 1 eingestuft sind, gibt es kein frei verfügbares Pflegegeld.

Monatliches Pflegegeld bei der Pflege zu Hause (in Euro)	
Pflegegrad 1	–
Pflegegrad 2	316
Pflegegrad 3	545
Pflegegrad 4	728
Pflegegrad 5	901

Die oben genannten Beträge werden nur dann gezahlt, wenn während des gesamten Monats Pflegebedürftigkeit besteht. Tritt die Pflegebedürftigkeit erst im Laufe eines Monats ein, wird das Pflegegeld nur anteilig gezahlt. Der Monat wird dabei generell mit 30 Tagen angesetzt.

Beispiel

*Der Medizinische Dienst stellte bei **Anita Meier** (85) Pflegegrad 2 fest. Ihre anerkannte Pflegebedürftigkeit besteht seit dem Tag, an dem sie einen Schlaganfall erlitten hat. Das war der 11. Januar. Folglich erhält sie für den Rest des Januars – 20 Tage – Pflegegeld. Das sind 316 Euro : 30 Tage x 20 Tage = 211 Euro.*

Eine anteilige Auszahlung erfolgt auch, wenn die Pflege um mehr als vier Wochen unterbrochen wird, z. B. durch

- ▶ eine stationäre Krankenhausbehandlung,
- ▶ eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme oder
- ▶ häusliche Krankenpflege mit Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (bezahlt von der Kranken- und nicht der Pflegekasse).

Die Vier-Wochen-Frist beginnt mit der Aufnahme ins Krankenhaus oder die Reha-Klinik bzw. mit dem ersten Tag der häuslichen Krankenpflege.

Beispiel

***Lisa Bertram** bezieht Pflegegeld und muss vom 21. April bis einschließlich 31. Mai ins Krankenhaus. Der Aufenthalt dort dauert also länger als vier Wochen. Die Zahlungen des Pflegegeldes im Monat April werden folglich um zehn Dreißigstel (10/30) gekürzt, die des Monats Mai entfallen ganz.*

Bei jeder Maßnahme beginnt die Vier-Wochen-Frist erneut. Ausnahme: Zwei Maßnahmen folgen unmittelbar aufeinander. Folgt also auf einen zehntägigen Krankenhausaufenthalt unmittelbar eine Rehabilitationsmaßnahme im Umfang von drei Wochen, so werden die beiden Zeiten zusammengezählt. Sie gelten als »eine« Maßnahme.

Wann wird das Pflegegeld ausgezahlt?

Das Pflegegeld wird in der Regel monatlich im Voraus gezahlt. Das ergibt sich aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 25. Oktober 1994 (Az.: 3/1 RK 51/93). Die private Pflegeversicherung zahlt allerdings vielfach rückwirkend. Kommt es zu Überzahlungen, z. B. weil ein Krankenhausaufenthalt erfolgte, so sind die Leistungen anteilig zurückzuzahlen bzw. werden mit den Zahlungen des Folgemonats verrechnet.

Nach dem Tod von Pflegebedürftigen wird das Pflegegeld bis zum Ende des Sterbemonats überwiesen.

Welche Pflichten haben Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld?

Wer Pflegegeld bezieht, nimmt in aller Regel Laienpflege von Angehörigen in Anspruch. Um sicherzustellen, dass die laienhafte Pflege nicht zu einer Fehlversorgung führt, müssen



Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger eine regelmäßige Beratung durch Fachkräfte nachweisen. Um die Situation bewerten zu können und hilfreiche Tipps zu geben, erfolgt die (erstmalige) Beratung bei der zu pflegenden Person zu Hause.

In Pflegegrad 2 und 3 ist eine Beratung halbjährlich vorzunehmen, in Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich. Das bestimmt § 37 Abs. 3 des Sozialgesetzbuches (SGB) XI. Wer in Pflegegrad 1 eingestuft ist, muss zwar keine Beratung nachweisen, hat aber gegenüber der Pflegekasse einen Anspruch auf eine solche Beratung. Die Beratung muss von entsprechenden für die häusliche Pflege zugelassenen Fachkräften durchgeführt werden. Wenn Pflegebedürftige es wünschen, kann bis zum 30. Juni 2024 auch jede zweite Beratung per Videokonferenz erfolgen. Der dazu beauftragte Pflegedienst erstellt einen Bericht, der an die Pflegekasse weitergeleitet wird. Die Kosten der Beratung trägt die Kasse.



Gibt es Sanktionen, wenn keine verpflichtende Beratung vorgenommen wird?

Die Pflegekasse kann bei fehlender Beratung das Pflegegeld kürzen oder sogar ganz streichen. Die Beratung ist auf jeden Fall sinnvoll und sollte immer genutzt werden. Nicht nur, um eventuelle Sanktionen zu vermeiden, sondern auch, weil dabei oft Hilfen und Tipps im Umgang mit der Pflege gegeben werden. Die fachliche Beratung sollte daher nicht als »Schikane« verstanden werden.

Was ist steuerlich und sozialversicherungsrechtlich zu beachten?

Das Pflegegeld ist keine steuerpflichtige Einnahme. Auch werden darauf keine Sozialversicherungsbeiträge erhoben. Geben Pflegebedürftige das Geld an eine Person weiter, die sie pflegt, muss diese den Betrag weder versteuern, noch darauf Beiträge zur Sozialversicherung zahlen. Wenn die pflegende Person beitragsfrei in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert ist, bleibt sie das auch dann, wenn sie Pflegegeld bekommt.

Siehe auch Wegbegleiter Pflege – **Baustein 7**

Achtung:

Geben Pflegebedürftige mehr als das Pflegegeld an pflegende Angehörige weiter, so gilt der übersteigende Teil für die Empfängerinnen und Empfänger als steuer- und sozialversicherungspflichtige Leistung.

Kann das Pflegegeld mit Leistungen von Pflegediensten kombiniert werden?

Ja, das ist möglich – mehr dazu in Kapitel 2 dieses Bausteins.

Wird Pflegegeld auch ins europäische Ausland überwiesen?

Der Europäische Gerichtshof entschied 1998 (Az.: C-160/96), dass dies möglich ist. Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld können diese Leistung daher bei einem längeren Auslandsurlaub und sogar bei einem Umzug ins europäische Ausland weiter erhalten. Die Leistung kann dabei auf Dauer nur in ein Land der Europäischen Union (EU) sowie



nach Island, Liechtenstein, Norwegen oder die Schweiz mitgenommen werden. Soweit die Pflegebedürftigkeit erst im Ausland eintritt, beauftragt die deutsche Pflegeversicherung ortsansässige Ärzte mit der Begutachtung oder entsendet eigene Ärztinnen oder Ärzte.

Achtung:

Das gilt nicht, wenn Versicherte außerhalb der EU oder einem der genannten Länder einen Langzeiturlaub machen bzw. dorthin umziehen. Hier gibt es das Pflegegeld nur bei einem vorübergehenden Aufenthalt für die Dauer von längstens sechs Wochen.

2. HÄUSLICHE DIENSTLEISTUNGEN VON EINEM PFLEGEDIENST

Pflegebedürftige, die zu Hause leben, haben das Recht, auf Kosten ihrer Pflegekasse Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch zu nehmen. Das dafür zur Verfügung stehende Geld richtet sich nach den jeweiligen Pflegegraden. Es wird nicht ausgezahlt, sondern steht als Budget für Dienstleistungen von Pflegefachkräften zur Verfügung – etwa für Hilfen beim Aufstehen, bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken, beim Gang zur Toilette oder bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Der Gesetzgeber spricht hier von »Pflegesachleistungen« (im Gegensatz zum frei verwendbaren Pflegegeld), der Begriff »Pflegedienstleistungen« trifft die Sache aber besser. Die Pflegedienste bieten schließlich keine Sachen, sondern Dienste an. Die Pflegedienste haben einen sogenannten Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen. Die Bezahlung erfolgt nach einem vereinbarten Vergütungssystem für die einzelnen Dienstleistungen (wie etwa Körperpflege).

Neben der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung können ambulante Dienste auch Betreuungs- und



Entlastungsleistungen anbieten und von der Pflegekasse bezahlt bekommen. Dazu zählen z. B. »Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen« und »Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags«. Solche Leistungen können gleichberechtigt abgerechnet werden. Gegebenenfalls kann ein Pflegebedürftiger allein solche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (z. B. fürs Vorlesen oder Spazierengehen) als »Pflegesachleistungen« in Anspruch nehmen.

Siehe Wegbegleiter Pflege – **Baustein 6**

Monatlicher Betrag für Leistungen von ambulanten Pflegediensten (in Euro)	
Pflegegrad 1	–
Pflegegrad 2	724
Pflegegrad 3	1.363
Pflegegrad 4	1.693
Pflegegrad 5	2.095

Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen Pflegedienst und Pflegekasse. Soweit die Leistungen eines Pflegedienstes das von der Pflegekasse vorgegebene Budget überschreiten, wird der zusätzliche Betrag der oder dem Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt.

Die erwünschte Unterstützung durch den Pflegedienst wird in einem Pflegevertrag festgehalten, der zwischen dem Pflegedienst und der zu pflegenden Person abgeschlossen wird. Daraus gehen auch die Kosten für die verschiedenen Pflegeleistungen hervor, etwa für die Teilwaschung, eine Ganzwaschung oder Lagern/Betten. Dieser Pflegevertrag kann jederzeit geändert werden, wenn sich herausstellt, dass der Pflegedienst zusätzliche oder weniger Leistungen erbringen soll. In der Praxis kostet die häusliche Pflege jeden Monat meist unterschiedlich viel. Oft gibt es zwischendurch eine Pause für den Pflegedienst, etwa weil der Betroffene im Krankenhaus war oder weil ein Angehöriger

für einige Tage die Pflege allein übernommen hat. Wird das Budget, das die Pflegekasse für die monatliche Pflegesachleistung zur Verfügung stellt, dann nicht ausgeschöpft, zahlt die Pflegekasse rückwirkend für den entsprechenden Monat einen Teil des Pflegegeldes aus. Dafür muss niemand einen Antrag stellen.

Ein solcher Mix von Pflegedienstleistung und Pflegegeld nennt sich „Kombinationsleistung“.

Unser Tipp:
Pflege-Profis nutzen

Pflegeexperten raten, ambulante Pflegedienste frühzeitig und flexibel zu nutzen und die Leistungen von Pflege-Profis zumindest teilweise zusätzlich zum Pflegegeld in Anspruch zu nehmen. Die Nutzung professioneller Dienstleister ist oft besonders sinnvoll, wenn der Pflegefall plötzlich eintritt. Dann können sich Angehörige zunächst erst einmal bei den Profis ansehen, wie die Pflege im Einzelnen funktioniert, wie z. B. im Bett umgelagert oder aufgerichtet wird. Wenn ein Angehöriger sich später zutraut, die Pflege allein zu bewältigen, kann der Vertrag mit dem Pflegedienst gekündigt oder eingeschränkt werden. Stattdessen kann erstmals Pflegegeld oder mehr Pflegegeld in Anspruch genommen werden.

Wie können Geld- und Sachleistungen kombiniert werden?

Die Berechnung des Pflegegeldes funktioniert dann so: Ausgehend vom Umfang der in Anspruch genommenen professionellen Pflegeleistungen wird das Pflegegeld um den prozentualen Anteil gekürzt, der beim Etat für die Profi-Pflege in Anspruch genommen wird.

Beispiel

Emmi Meier (86) ist in Pflegegrad 3 eingestuft. Somit beträgt ihr monatliches Pflegegeld maximal 545 Euro und die maximale häusliche Sachleistung 1.363 Euro. Sie nimmt in einem Monat 681,50 Euro für pflegerische Dienstleistungen in Anspruch. Damit hat sie genau 80 Prozent des dafür zur Verfügung stehenden Etats abgerufen. Somit sind 80 Prozent der Sachleistungen verbraucht. Deshalb können weitere 20 Prozent des Pflegegelds beansprucht werden. Sie erhält daher noch 109 Euro Pflegegeld neben den Leistungen des ambulanten Pflegedienstes.

Es kann auch ein festes Verhältnis von Sach- und Geldleistungen vereinbart werden. So kann etwa das halbe Budget für Pflegedienstleistungen und das halbe Pflegegeld in Anspruch genommen werden. In diesem Fall zahlt die Pflegekasse das (halbe) Pflegegeld vorab am Monatsanfang aus. Wer diese Variante wählt – was nicht unbedingt empfehlenswert ist – ist an die einmal gewählte Aufteilung sechs Monate lang gebunden.

Unser Tipp:

Bei geänderter Pflegesituation Aufteilung ändern

Eine vorzeitige Änderung der Aufteilung zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistung muss den Pflegebedürftigen jedoch zugestanden werden, wenn eine wesentliche Änderung der Pflegesituation eingetreten ist. Falls etwa eine pflegende Angehörige wegen einer Arbeitsaufnahme nicht mehr im bisherigen Umfang für die Pflege zur Verfügung steht, können jederzeit in erhöhtem Umfang Sachleistungen beansprucht werden. Wenn die Pflegekasse dies anders sieht, kann unter Bezug auf § 48 Abs. 1 Sozialgesetzbuch X widersprochen werden.

Das Gemeinsame Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene vom 15. Juli 2008 regelt aber: Die Sechsmonats-Frist ist nicht zu beachten, wenn Pflegebedürftige nur noch die Pflegesachleistung oder nur noch das Pflegegeld in Anspruch nehmen wollen oder wenn Pflegegeld oder Pflegesachleistung neben der Tages- oder Nachtpflege bezogen wird. Dabei werden zu Hause lebende Pflegebedürftige zeitweise in Einrichtungen betreut, die tagsüber oder nachts die Pflege und Versorgung übernehmen. Siehe dazu Wegbegleiter Pflege – **Baustein 5**



Unser Tipp:

Tages- oder Nachtpflege zusätzlich nutzen

Wenn pflegende Angehörige die Last der Pflege nicht allein schultern können oder wollen, sollten sie nicht nur die Einschaltung eines ambulanten Pflegedienstes in Betracht ziehen. Oft ist stattdessen oder zusätzlich die Nutzung einer Tages- oder Nachtpflege sinnvoller und unter Umständen auch weit günstiger. So kann der Rahmen für ein solches teilstationäres Angebot voll ausgeschöpft werden (das sind beispielsweise bis zu 1.612 Euro bei Pflegegrad 4) und dennoch erhält der Pflegebedürftige weiterhin das volle Pflegegeld, vorausgesetzt die Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes werden nicht zusätzlich genutzt.



Können auch mehrere Pflegebedürftige gemeinsam Leistungen von Pflegediensten in Anspruch nehmen?

Pflegebedürftige können Leistungen flexibler in Anspruch nehmen, indem sie diese gemeinsam mit anderen abrufen. In der Gesetzesbegründung wird dieses Verfahren als »Poolen« (Zusammenlegen von Ansprüchen) bezeichnet. Geregelt ist das in § 36 Abs. 4 Sozialgesetzbuch XI. Dort heißt es: »Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.«

Für mehrere Pflegebedürftige, die etwa in der Nachbarschaft, in einem Gebäude, in einer Wohngruppe oder in einer Wohn- oder Hausgemeinschaft wohnen, können so Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Das ist z. B. dann möglich, wenn der Gesamtzeitaufwand einer Pflegekraft durch unmittelbar nacheinander erbrachte Hilfeleistungen in einer Wohngruppe minimiert wird. Einsparmöglichkeiten ergeben sich insbesondere durch das Einkaufen und Kochen für eine größere Anzahl von Personen.



So können Mittel freigesetzt werden, die für Betreuungsleistungen der »poolenden« Gruppe nutzbar sind, z. B. gemeinsames Singen, Basteln, Turnen oder Gedächtnistraining, ebenso Spaziergänge, der (betreute) Besuch bei Verwandten oder der gemeinsame Gang zum Friedhof.

Unser Tipp:

Poolen in Wohngemeinschaften

Das »Poolen« macht neue Wohnformen – etwa Wohngemeinschaften von Älteren und Pflegebedürftigen – attraktiver. Wer gemeinsam wohnt, kann so unter Umständen im Alter seine Pflege selbstbestimmter organisieren und bessere Pflegeleistungen erhalten.

Werden gemeinschaftliche Wohnformen gefördert?

Ambulant betreute Pflege-Wohngruppen mit einer Pflegekraft werden zusätzlich gefördert. Unter bestimmten Umständen gibt es für solche Wohngemeinschaften je



pflegebedürftiger Person 214 Euro pro Monat zusätzlich. Das regelt § 38a SGB XI. Laut Gesetzesbegründung sollen damit »gemeinschaftliche Pflegewohnformen außerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen und außerhalb des klassischen betreuten Wohnens leistungsrechtlich besonders« unterstützt werden.

Werden Pflegesachleistungen auch im Ausland gewährt?

Nein, die Kosten von Pflegesachleistungen im Ausland werden generell nicht übernommen. Der Europäische Gerichtshof befand hierzu am 16. Juli 2009 (Az.: C-208/07): Die Regelung in § 34 Sozialgesetzbuch XI, wonach der Anspruch auf diese Leistungen ruht, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält, verstoße nicht gegen europäisches Recht.

Die Folge: Wer im Ausland professionelle ambulante oder stationäre Pflege benötigt, muss einen großen Teil der Kosten dafür selbst übernehmen. Er oder sie bekommt innerhalb der EU sowie in Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz lediglich das niedrigere Pflegegeld.

Unser Tipp:

Vor längerer Reise ins Ausland Pflegegeld beantragen

Wer Pflegesachleistungen erhält, sollte vor dem Antritt einer längeren Reise ins europäische Ausland rechtzeitig auf das frei verwendbare Pflegegeld umsteigen. Dies geht in aller Regel mit einem formlosen Antrag. Eine Begründung hierfür ist nicht erforderlich. Denn Pflegebedürftige haben die freie Wahl zwischen Sach- und Geldleistungen. Die Betroffenen bekommen dann bei ihrem Auslandsaufenthalt in der EU oder den oben genannten Ländern zumindest das Pflegegeld.

