
Verwaltungsanweisung Hilfe zur Pflege

Dritter Teil: Leistungen der ambulanten Pflege nach dem SGB XII

0. Inhaltsverzeichnis

0. Inhaltsverzeichnis	1
1. Bedarfsfeststellung	2
1.1 Feststellung des Bedarfs mit Hilfe von Leistungskomplexen	2
1.2 Das Verfahren der Bedarfsfeststellung	3
1.3 Sozialhilferechtlicher Umgang mit den Leistungen nach § 45b SGB XI	7
1.4 Aufgaben des zuständigen Sozialdienstes im Umgang mit dem § 45b SGB XI	8
1.5 Aufgaben der Wirtschaftlichen Hilfen	8
1.6 Hinweise zur Nutzung des Formulars „Hilfeplan für Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII“ - Vordruck V 188c	9
2. Entscheidung und verwaltungsrechtliche Abwicklung	9
2.1 Inanspruchnahme des Dolmetscherdienstes Bremen	10
3. Pflegestärkungsgesetz 1 und Pflege-Neuausrichtungsgesetz und Wirkung in das Sozialhilferecht.....	11
3.1 Rechtsgrundlagen für die häusliche Pflege	12
3.2. Assistenzpflegebedarf gem. § 63 Abs.1 Satz 4 SGB XII.....	12
3.3. Pflegegeld § 64 SGB XII.....	13
3.4. Verbindliche Beratungsbesuche für nichtpflegeversicherte Menschen	14
3.5. Andere Leistungen gemäß § 65 SGB XII	16
3.6. Sonderrechtsnachfolge des § 19 Abs.6 SGB XII für ambulante Pflegedienste	18
3.7 Investitionsbedingte Aufwendungen	19
3.8. Besitzstandsregelung gem. Art. 51 Pflege-Versicherungsgesetz	20
3.9. Beiträge für eine angemessene Alterssicherung der Pflegeperson	22
4. Ambulante Maßnahme Persönliche Assistenz (ISB).....	24
5. Akzent-Wohnen	27
5.1 Wohngemeinschaft der Paritätischen Dienste Bremen gGmbH	32
6. Die Woge.....	35
7. Hausnotrufzentrale, ggf. mit Telefonanschluss (§ 61 SGB XII).....	42
8. Service-Wohnen	43
9. Mobiler Begleitsdienst der Paritätischen Pflegedienste Bremen	45
10. Wohnumfeldverbesserung	46
11. Tagesbetreuung für Demenz.....	47
12. Tages- und Nachtpflege	49
13. Leistungskonkurrenzen/ Zweckidentität	50
13.1. SGB XI / Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	50
13.2. SGB XI / Hilfe zur Pflege und SGB V / Hilfe zur Gesundheit.....	50
13.3. SGB XI / Hilfe zur Pflege und Landespflegegeld	52
13.4. SGB XI / Hilfe zur Pflege und andere Rechtsvorschriften	52
13.5. Hilfe zur Pflege nach SGB XII und Blindenhilfe nach § 72 SGB XII	52
13.6. SGB XI und Blindenhilfe	52
13.7. Kürzungen gem. § 66 Abs.2 SGB XII	52

1. Bedarfsfeststellung

1.1 Feststellung des Bedarfs mit Hilfe von Leistungskomplexen

Die Feststellung der Bedarfe und auch die Abrechnung der Leistungen erfolgt entsprechend der notwendigen Pflegeverrichtungen, die in 20 sogenannten Leistungskomplexen zusammengefasst sind.

Die Leistungskomplexe sind mit Punkten versehen, die mit € - Beträgen vergütet werden, unabhängig davon, wie viel Zeit z.B. für das morgendliche Waschen, Anziehen etc. tatsächlich gebraucht wird. Die Punktzahlen stellen Durchschnittswerte dar, die je nach Pflegebedarf in der Einzelfallpraxis über- oder unterschritten werden können, ohne dass sich die Vergütung dafür ändert (Grundwerte). Die Pflegedienste sind vertraglich verpflichtet, die Pflegeleistung nach individuellem Bedarf zu erbringen.

Die Leistungskomplexe beinhalten aktivierende Pflege. Dies ergibt sich daraus, dass jeder Leistungskomplex gemäß § 14 Abs. 3 SGB XI und erläuternd in den Richtlinien zur Pflegebedürftigkeit über folgende Elemente verfügt und für den Hilfebedarf individuell zu bestimmen ist:

- Unterstützung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens
- teilweise oder vollständige Übernahme der Verrichtungen
- Beaufsichtigung zur eigenständigen Übernahme der Verrichtungen
- Anleitung zur eigenständigen Übernahme der Verrichtungen

Seitens der Wirtschaftlichen Hilfen können Anteile für aktivierende Pflege über die vereinbarte Punktzahl der Leistungskomplexe hinaus in der Regel nicht bewilligt werden.

Bei Pflegebedürftigen, die bei den benötigten Leistungskomplexen einen sehr hohen Hilfebedarf auf Dauer haben, reichen die den Leistungskomplexen hinterlegten Punktzahlen teilweise nicht aus und können auch nicht in dem erforderlichen Umfang bei anderen Leistungskomplexen ausgeglichen werden. Diese Personen können zusätzliche Punkte erhalten, die sich an dem zusätzlichen durchschnittlichen Bedarf bemessen. Der Durchschnittsbedarf orientiert sich an Mittelwertschwankungen, angelegt auf eine absehbare Zeit und auf einen insgesamt gesehen üblichen Tagesablauf.

Eine Erhöhung der vorgegebenen Punktzahlen der Leistungskomplexe 1 bis 17 gilt im Regelfall nur für die Pflegestufe III und in besonderen Einzelfällen auch für die Pflegestufe II. Weitere Voraussetzungen sind,

- das der Pflegeaufwand regelmäßig so außergewöhnlich hoch ist, das in einzelnen Leistungskomplexen die vorgegebenen Punkt-/ Zeitwerte deutlich überschritten werden **und**
- ein Ausgleich bei den anderen Leistungskomplexen nicht erfolgt.

Nicht alle Hilfen werden nach dem SGB XI geleistet. Insbesondere für demenziell Erkrankte (z.B. Alzheimer) decken die Leistungskomplexe der ambulanten Pflege den tatsächlichen Hilfebedarf nicht ab. Daher sind in Bremen den 20 Leistungskomplexen nach SGB XI drei zusätzliche Leistungskomplexe hinzugefügt worden, die ausschließlich nach dem SGB XII bewilligt werden.

Diese Leistungskomplexe stellen im Wesentlichen auf beaufsichtigende und unterstützende Verrichtungen ab, die in der Regel von Familienangehörigen, Nachbarn usw. erbracht werden, ohne dass dafür Aufwendungen entstehen. Ein Bedarf kann somit nur dann gegeben sein, wenn dieser Personenkreis nicht oder nur teilweise für diese Leistungen verfügbar ist.

Der rechtliche Hintergrund für diesen Bedarf findet sich in den in § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII genannten andere Verrichtungen, für die nach dem SGB XI keine Leistungen vorgesehen sind.

1.2 Das Verfahren der Bedarfsfeststellung

Grundlage für eine Veränderung des Verfahrens der Bedarfsfeststellung und Erstellung der Hilfeplanung sind die Beschlüsse der städtischen Deputation für Gesundheit am 16.10.2014 und der städtischen Deputation für Soziales, Kinder und Jugend am 09.10.2014. Die Deputationen haben den Fachkonzepten des Amtes für Soziale Dienste und des Gesundheitsamtes zugestimmt. Sie sind Grundlage dieses Verfahrens.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie der Pflegestufe erfolgt für pflegeversicherte Menschen durch die Pflegekasse auf der Grundlage des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) auf Antrag des Versicherten. Der MDK beurteilt die Pflegebedürftigkeit nach den „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“.

Diese Entscheidung ist für den Sozialhilfeträger nach § 62 SGB XII bindend.

Für nichtversicherte pflegebedürftige Menschen begutachten die Pflegefachkräfte des Gesundheitsamtes den Grad der Pflegebedürftigkeit (die Pflegestufe).

Die Bedarfsfeststellung erfolgt entsprechend der notwendigen Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs.4 SGB XI durch die Pflegefachkräfte des Gesundheitsamtes anhand des Formulargutachtens.

Für Leistungen, die nicht Inhalt der verrichtungsbezogenen Pflege (LK1-17) nach dem SGB XI sind, sondern einem Hilfebedarf nach § 61 Abs.1 Satz 2 SGB XII zuzuordnen sind, ist für die Bedarfsfeststellung der Sozialdienst Erwachsene zuständig (LK 21-23).

Aufgaben des Sozialdienstes Erwachsene

- Der Sozialdienst Erwachsene (SDE) im Amt für Soziale Dienste Bremen ist für die Hilfeplanung der Hilfe zur Pflege im Rahmen seiner örtlichen und sachlichen Zuständigkeit fallführend und fallverantwortlich. Im Rahmen seiner Fallverantwortung ist der SDE für die Einleitung der einzelnen Maßnahmen verantwortlich.
- Der SDE führt das Hilfeplanverfahren durch; dieses schließt die soziale Anamnese und Einschätzung der Probleme ein.
- Der SDE koordiniert die gemeinsamen Hausbesuche mit der Pflegefachkraft und möglichen weiteren Kooperationspartnern. Die Einholung von Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung, die Anforderung von MDK-Gutachten und ggf. die Einbeziehung des Dolmetscherdienstes wird vom SDE veranlasst.
- Der SDE erstellt den Hilfeplan auf Grundlage der Analyse und Einschätzung der Probleme sowie dem Pflegegutachten der Pflegefachkraft des Gesundheitsamtes über die verrichtungsbezogene Pflege (LK1-17) und medizinischen Bedarfe. Er beziffert die sich daraus ergebende Wegepauschale bei Einsatz durch einen Pflegedienst (LK 20).
- Der Sozialdienst Erwachsene überprüft die Hilfeplanung anlassbezogen oder nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes.
- Bei **Eilfällen**, in denen eine Beteiligung des GA nicht möglich ist, erhebt der SDE sämtliche verrichtungsbezogenen Bedarfe (LK1-17), führt die pflegebegründenden Diagnosen auf, beschreibt die aktuelle Pflegesituation und begründet den Pflegebedarf.

Aufgaben der Pflegefachkräfte des Gesundheitsamtes

- Erstellung von Pflegegutachten für alle verrichtungsbezogenen Bedarfe (LK1-17).
- Ermittlung zusätzlich bestehender medizinischer Bedarfe, wie z.B. Hilfsmittel, medizinische Rehabilitation, Therapien.
- Pflegeeinstufung nach den Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit bei Nichtversicherten.
- Beratungsbesuche (als Teil der Pflege-Evaluation) analog der Inhalte nach § 37 Abs.3 SGB XI bei Nichtversicherten.
- Risikoabschätzung bei „unzureichender Pflege“
- Bei Bedarf werden medizinische Vorinformationen z.B. von Ärzten, Kliniken eingeholt.

Zusammenwirken der Fachkräfte, Pflegefachkräfte des Gesundheitsamtes und des Sozialdienstes Erwachsene

In der Regel soll ein gemeinsamer Hausbesuch erfolgen. Die Verabredungen erfolgen zwischen den Fachkräften.

Ebenso wirken die Fachkräfte in der Regel in den gemeinsamen Fallbesprechungen und den gemeinsamen Hausbesuchen zusammen. Die Zusammenarbeit erfolgt kooperativ und kollegial. Gemeinsame Fallbesprechungen dienen dem Austausch zu:

- notwendigen Informationen vor dem Hausbesuch
- über den Hilfebedarf nach erfolgtem Hausbesuch
- über potentielle Risiken

Das Ergebnis der Fallbesprechung ist im Hilfeplan zu dokumentieren.

Zusammenwirken der Fachkräfte, Pflegefachkräfte des Gesundheitsamtes und des Sozialdienstes Erwachsene bei Wiederholungsbegutachtungen, wenn keine Änderung des Pflegebedarfes (LK 1-11) notwendig ist

- Bei Wiederholungsbegutachtungen nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes und berichtetem gleichbleibendem Pflegebedarf in der Grundpflege beurteilt der SDE nach Hausbesuch, ob der Hilfeplan mit diesem gleichbleibenden Pflegebedarf fortgeschrieben wird. Änderungen im hauswirtschaftlichen Bereich führen nicht zu einer Beteiligung der PFK. Die dann durch den SDE fortgeschriebenen Hilfepläne sind an das Gesundheitsamt zu senden.
- Eine Beteiligung der PFK erfolgt in Wiederholungsgutachten, wenn z.B. schon bei der Erstbegutachtung eine Veränderung des Pflegebedarfes abzusehen ist, etwa bei progressivem Krankheitsverlauf. Im Pflegegutachten ist dann mit Begründung ausgeführt, warum eine Beteiligung der PFK als notwendig angesehen wird.
- Selbstverständlich ist weiterhin eine Beteiligung der PFK jederzeit möglich.

Konfliktregelung

Sollte es zwischen den Fachkräften des Amtes für Soziale Dienste und den Fachkräften des Gesundheitsamtes zu unterschiedlichen Einschätzungen des Pflegebedarfes kommen, wird dies zeitnah mit dem Ziel der Herstellung eines Konsenses erörtert und im Hilfeplan dokumentiert.

Kommt ein Einvernehmen nicht zustande, so ist eine einvernehmliche Entscheidung gemeinsam mit den nächsten Vorgesetzten anzustreben.

Kann dann immer noch keine Einigung erzielt werden, verbleibt wegen der Fallverantwortung des Sozialdienstes Erwachsene für die Hilfeplanung die Entscheidung beim zuständigen Sozialzentrum.

Aufgaben der Wirtschaftlichen Hilfen

- Der Fachdienst Wirtschaftliche Hilfe führt die sozialhilferechtliche Prüfung durch.
- Die Umsetzung in das Verwaltungsverfahren beinhaltet die Bescheiderteilung an den Leistungsberechtigten und eine Kostenzusicherung an die Leistungserbringer.

Hilfeplan (Formular V 188c)

- Die Hilfeplanung berücksichtigt die Autonomiewünsche des pflegebedürftigen Menschen, bezieht die vorhandenen und umsetzbaren Ressourcen und die des Umfeldes mit ein. Im Prozess der Hilfeplanung wird mit dem pflegebedürftigen Menschen der „Pflege-Mix“ be- und abgesprachen.
- Die Hilfeplanung bezieht zur Stützung des ambulanten Versorgungssystems die pflegenden Angehörigen mit ein und berücksichtigt deren Entlastungsbedarfe. Der Sozialdienst Erwachsene nutzt bzw. berät über Möglichkeiten der ambulanten und teilstationären Versorgungssysteme.
- Im Hilfeplan werden die vorrangigen Leistungsansprüche gegenüber Pflegekassen / Krankenkassen etc. dokumentiert.
- Bevor die im Hilfeplan vorgesehenen Maßnahmen umgesetzt werden, leitet der SDE die Kostenabsicherung beim Fachdienst Wirtschaftlichen Hilfen ein. Die Kostenzusage kann in Eilfällen zunächst auch mündlich erfolgen.
- Nach erfolgter Kostenzusage durch den Fachdienst Wirtschaftliche Hilfen werden die im Hilfeplan dargestellten Maßnahmen umgesetzt.
- Der Hilfeplan wird vom SDE elektronisch an die Pflegefachkraft des Gesundheitsamtes übersandt.
Der Fachdienst Wirtschaftlichen Hilfen erhält eine unterschriebene Ausfertigung des Hilfeplanes.

Der Hilfeplan umfasst:

- die Grunddaten des/r Antragsteller/In
- die soziale Anamnese und deren Bewertung
- die Maßnahmeplanung mit Leistungskomplexen. In der Maßnahmeplanung führt der SDE sämtliche Eigen- und Unterstützungsleistungen auf, die vom pflegebedürftigen Menschen, durch Pflegedienste, Pflegepersonen, pflegende Angehörige etc. erbracht werden
- die Dokumentation der Ergebnisse der Fallbesprechung
- die Ziele der Maßnahmen
- die Hilfeplanübersicht. In der Hilfeplanübersicht wird die Gesamtheit der finanziellen, gesundheitsfördernden, präventiven, heilenden, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen und pflegerischen Maßnahmen dargestellt.

Dieses Verfahren ist ausschließlich für Menschen anzuwenden, für die der Sozialdienst Erwachsene zuständig ist.

Die Verfahren für Menschen in der Zuständigkeit der Psychiatrie/Sucht und Drogenhilfe (Behandlungszentren, Sozialdienst der Drogenhilfe) bleiben davon unberührt.

1.3 Sozialhilferechtlicher Umgang mit den Leistungen nach § 45b SGB XI

-Verhältnis der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach § 61 Absatz 1 Satz 2 SGB XII

Durch das Pflegestärkungsgesetz 1 sind die Leistungen nach § 45b SGB XI vom Leistungsumfang und auch von den Zugangsvoraussetzungen erweitert worden.

Ab 01.01.2015 besteht ein Anspruch auf Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Dieses ist beispielhaft:

Bisher zählen zu den zusätzliche **Betreuungsleistungen** unter anderem:

- Betreuungsgruppen für Menschen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf,
- Helferinnenkreise zur stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger,
- Tagesbetreuung in Kleingruppen.

Als zusätzliche **Entlastungsleistungen** sind beispielhaft genannt:

- Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen (z.B. Hauswirtschaft),
- Alltagsbegleiter,
- Pflegebegleiter.

Den Anspruch auf diese zusätzlichen Leistungen haben ab dem 01.01.2015

- Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III,
- Pflegebedürftige unterhalb der Pflegestufe I, die einen Bedarf an Grundpflege haben und in der Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI eingeschränkt sind.

Die Gesetzesänderung erfolgte ausschließlich für den Rechtskreis der Pflegeversicherung. Neu ist, dass Entlastungsleistungen auch für haushaltsnahe Dienstleistungen möglich sind. Ein Anspruch auf diese Leistungen besteht somit im Sozialhilferecht nicht!

Der § 13 Abs. 3 a SGB XI hat weiterhin Bestand: "Die Leistungen nach §45 b SGB XI finden bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach Abs. 3 Satz 1 keine Berücksichtigung". Laut Gesetzesbegründung sollen pflegende Angehörige zusätzliche Möglichkeiten der Entlastung erhalten. Zu diesem Zweck sieht die Ergänzung des § 13 SGB XI im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen vor, dass bei der Gewährung von Hilfe zur Pflege durch andere Sozialleistungsträger die zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistung der Pflegeversicherung nicht angerechnet werden darf.

Soweit Leistungsberechtigte der Hilfe zur Pflege nach dem 7.Kapitel des SGB XII einen Leistungsanspruch haben, ist im Einzelfall zu prüfen, ob die nach dem SGB XII zu erbringende Leistung mit der tatsächlichen Leistung nach § 45b SGB XI zweckidentisch ist. Zweckidentisch sind neben den Leistungen für Tagespflege, Tagesbetreuung und Kurzzeitpflege in der Regel die Leistungen für die Leistungskomplexe 21+23 (nicht Grundpflege und Hauswirtschaft).

Bei der Prüfung des sozialhilferechtlichen Bedarfes ist zu berücksichtigen:

dass die Inanspruchnahme der Leistungskomplexe für die Ziele

- der Beaufsichtigung des Tagesablaufs (LK 21) oder

- der Begleitung und Unterstützung bei der Herstellung und Pflege von Sozialkontakten, die den Verbleib im ambulanten System dienen (LK 23)
notwendig sind,
- die eigenen oder familiären Möglichkeiten des pflegebedürftigen Menschen nicht ausreichend sind und durch nahestehende Personen oder Nachbarschaftshilfe trotz Hinwirkung im Sinne des § 63 SGB XII nicht erbracht werden können,
- pflegende Angehörige durch diese Leistungen entlastet werden
- andere Selbsthilfemöglichkeiten im Sinne des § 2 SGB XII genutzt werden.

1.4 Aufgaben des zuständigen Sozialdienstes im Umgang mit dem § 45b SGB XI

Der zuständige Sozialdienst stellt im Hilfeplan den sozialhilferechtlich notwendigen und angemessenen Bedarf der Hilfe zur Pflege fest. Auf die Regelungen des Hilfeplanverfahrens wird verwiesen.

Die Bedarfe, die durch Pflegepersonen/Pflegedienste erbracht werden, aber durch Leistungen nach § 45b SGB XI finanziert sind und zweckidentisch sind, werden im Hilfeplan in der Zeile für pflegende Angehörige dargestellt.

Die Hilfeleistungen für andere Verrichtungen gemäß § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII können nur dann gewährt werden, wenn Familienangehörige, Nachbarn etc. für die notwendigen Hilfen nicht zur Verfügung stehen. Vorrangig sind dann Pflegepersonen / Nachbarschaftshilfen in Anspruch zu nehmen. Nur wenn wegen der besonderen Pflegesituation im Einzelfall die Hilfe eines Pflegedienstes notwendig ist, kann ein solcher in Anspruch genommen werden.

1.5 Aufgaben der Wirtschaftlichen Hilfen

In der Bescheiderteilung und der Kostenzusicherung ist nur die Leistung zu beschreiben, die sich für den Sozialhilfeträger nach dem SGB XII ergibt. Die Leistungen, die bereits durch die Leistungen nach § 45b SGB XI erbracht werden und damit auch keinen sozialhilferechtlichen Bedarf auslösen, sind im Bescheid und der Kostenzusicherung nicht aufzuführen.

Die Leistungen nach § 61 Abs.1 Satz 1 SGB XII (LK 1-17) und nach § 61 Abs.1 Satz 2 SGB XII (LK 21-23), sind weiterhin getrennt voneinander zu gewähren. Entsprechendes gilt für die Kostenzusicherungen.

Diese Regelung gilt ausschließlich nur für die Fallkonstellationen, in denen die Leistungen nach dem 7.Kapitel des SGB XII und die Leistungen nach § 45b SGB XI zweckidentisch sind.

Angebote für dementiell erkrankte Menschen in Bremen von der Demenz Informations- und Koordinierungsstelle der LAG finden Sie in <http://www.diks-bremen.de/>

1.6 Hinweise zur Nutzung des Formulars „Hilfeplan für Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII“ - Vordruck V 188c

Zur Bedarfsfeststellung ist der Vordruck V 188c zu verwenden.

Die Empfehlung des Sozialdienstes über die Dauer des Bewilligungszeitraumes ist in dem Formular zu dokumentieren. Die Bewilligungsdauer kann bis zu 2 Jahre betragen.

Die Ausfüllhinweise sind zu beachten.

2. Entscheidung und verwaltungsrechtliche Abwicklung

Der Sozialdienst Wirtschaftliche Hilfen entscheidet auf Grundlage der Bedarfsfeststellung und ist für das Verwaltungsverfahren zuständig. Bei von der Bedarfsfeststellung abweichenden Entscheidungen wird auf die Geschäftsordnung verwiesen.

Der Bescheid geht an die/den Leistungsberechtigte/n sowie in Kopie an den Sozialdienst. Die Leistungserbringenden erhalten Kostenzusicherungen mit Angaben über die bewilligten Leistungskomplexe (als Anlage zur Kostenzusicherung). Die Kostenzusicherung soll den vom Sozialdienst Erwachsene empfohlenen Bewilligungszeitraum entsprechen.

Die Umrechnung der Punkte in Zeit wird in der folgenden Tabelle dargestellt:

	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Pflegezeitaufwand	mind. 1,5 Std. tgl.	mind. 3 Std. tgl.	mind. 5 Std. tgl.
Pflegedienst LK 1 – 11 (1 Min. = 10 Punkte)	wchtl. Punktzahl / 10 Punkte / 7 Tage / 60 Minuten = tgl. Stundensatz		
LK 12 – 17 (1 Min. = 6 Punkte)	wchtl. Punktzahl / 6 Punkte / 7 Tage / 60 Minuten = tgl. Stundensatz		
Pflegepersonen alle LK (1 Min. = 3,65 Punkte)	wchtl. Punktzahl / 3,65 Punkte / 7 Tage / 60 Minuten = tgl. Stundensatz		

2.1 Inanspruchnahme des Dolmetscherdienstes Bremen

- im Zusammenhang der Begutachtung und Bedarfsfeststellung der Hilfe zur Pflege nach den §§ 61-66 SGB XII, der Haushilfe nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII und der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes nach § 70 SGB XII

Inhalte und Ziele:

Ziel der Übernahme der Inanspruchnahme des Dolmetscherdienstes ist die Verbesserung der Verständigungsmöglichkeit mit nicht deutsch sprechenden und verstehenden Menschen bei den Begutachtungen und Bedarfsfeststellungen der Hilfearten der Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 ff SGB XII, der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes nach § 70 SGB XII und der Haushilfen nach dem 3 und 4 Kapitel im SGB XII. Ziel ist es, Art und Umfang der im Einzelfall erforderlichen Hilfe beurteilen zu können und dadurch eine qualitätsgesicherte Hilfeplanung zu ermöglichen und zu implementieren. Die Inanspruchnahme des Dolmetscherdienstes soll auch die Möglichkeit der Sprachmittlung durch Pflegedienste eingrenzen.

Inanspruchnahme:

Es ist der Dolmetscherdienst Bremen für Migrantinnen und Migranten des Gesundheitsamtes in Anspruch zu nehmen.

Die an dem Verfahren beteiligten Dienste beurteilen die Notwendigkeit der Inanspruchnahme in eigener Verantwortung. Diese Beurteilung ist verbindlich. Stellt der Fachdienst Soziales im Sozialzentrum die Notwendigkeit der Inanspruchnahme eines Dolmetschers fest, teilt er der begutachtenden Pflegefachkraft des Gesundheitsamtes dies mit.

Kosten:

Die aktuellen Kosten werden gesondert mitgeteilt. Der Dolmetscherdienst erstellt die Rechnung an das zuständige Sozialzentrum. Die Kosten sind über Open Prosoz zu zahlen.

Bei den Dolmetscherkosten handelt es sich um Verfahrenskosten des Sozialleistungsträgers.

Nach § 19 SGB X ist zwar die Amtssprache Deutsch, aber die Behörde kann sich freiwillig auf die notwendige ausländische Sprache einlassen. Dies entspricht der Nichtförmlichkeit des Verfahrens aus § 9 SGB X und dem Grundsatz, das Verfahren möglichst schnell und ökonomisch durchzuführen. Durch die Beteiligung des Dolmetscherdienstes und der hierzu erlassenen Regelung hat sich die Behörde auf die Sprachmittlung freiwillig eingelassen. Mit dem Auftrag gelten die Kosten durch den Sozialhilfeträger als Verfahrenskosten zugesagt.

[hier geht es zum Dolmetscherdienst des Gesundheitsamtes Bremen](#)

3. Pflegestärkungsgesetz 1 und Pflege-Neuausrichtungsgesetz und Wirkung in das Sozialhilferecht

Das Pflegestärkungsgesetz 1 (PSG 1) und das Pflege-Neuausrichtungsgesetz regeln einige Leistungsangebote der Pflegeversicherung neu. Nach dem Willen des Gesetzgebers wirkt es nicht in das Sozialhilferecht. Deshalb ist das SGB XII auch nicht angepasst worden. Die verbesserten und neuen Leistungen des PSG 1 und des PNG werden dadurch nicht Bestandteil des Sozialhilferechtes und können deshalb nach den Bestimmungen des SGB XII nicht geleistet werden.

Dies gilt insbesondere für die verbesserten Leistungen des § 123 SGB XI (z.B. höheres Pflegegeld), Häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI und den zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gem. § 38a SGB XI (Leistungen für Präsenzkkräfte).

Dies gilt unverändert wie bisher auch für die Leistungen nach § 45b SGB XI.

- Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 123 SGB XI

Die Leistungen des § 123 SGB XI sind als zweckidentische Leistungen zu den Leistungen der häuslichen Pflege nach § 63 SGB XII zu bewerten. Um Doppelleistungen verschiedener Sozialleistungssysteme zu vermeiden, sind sie auf die Hilfe zur Pflege anzurechnen. Eine Anrechnung entspricht der Rechtssystematik eines bedarfsdeckenden Sozialhilfesystems, das den notwendigen und angemessenen Bedarf eines pflegebedürftigen Menschen sichert.

- Häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI

Die Häusliche Betreuung und die dazu im Land Bremen verhandelten Leistungskomplexe 26 und 27 können nicht zu Lasten des Sozialhilfeträgers abgerechnet werden. Dies ist in der Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung für das Land Bremen zur Vergütung von Leistungen bei häuslicher Pflege zwischen den Kostenträgern und den Leistungsanbietern entsprechend vereinbart worden.

Für sozialpflegerische Leistungen im Sinne anderer Verrichtungen nach § 61 Abs.1 Satz 2 SGB XII gelten die vereinbarten Leistungskomplexe 21-23 unverändert weiterhin fort.

- Zeitabhängige Vergütung

Die Verhandlungen über eine zeitabhängige Vergütung wurden im Land Bremen abgeschlossen und gelten auch für den Sozialhilfeträger.

Der Leistungsberechtigte darf nach dem Willen des Gesetzgebers zwischen einer zeitabhängigen Vergütung (in Minuten/Stunden) und einer zeitunabhängigen Vergütung (nach Leistungskomplexen) wählen.

Entscheidet sich der Leistungsberechtigte für eine zeitabhängige Vergütung, verwendet er dafür die im Hilfeplanverfahren (siehe Ziffer 1) festgestellte und danach errechnete Leistung der Hilfe zur Pflege und verpflichtet sich zur Sicherstellung der Pflege im festgestellten Umfang.

3.1 Rechtsgrundlagen für die häusliche Pflege

Die Leistungsberechtigung von Hilfe zur Pflege ist im § 61 SGB XII für die gesamte Hilfe zur Pflege als Grundvorschrift geregelt.

Die Rechtsgrundlage für die Häusliche Pflege ist § 63 SGB XII. § 63 SGB XII greift aus dem umfassenden Spektrum diejenigen Sachverhalte heraus, in denen Leistungen der häuslichen Pflege den pflegerischen Bedarf abdecken.

§ 63 SGB XII greift zunächst den Subsidiaritätsgedanken des Sozialhilferechtes auf, dass die Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahe stehen, oder als Nachbarschaftshilfe übernommen wird. Mit Pflege sind die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung gemeint. Nahe stehende Personen sind in erster Linie Familienangehörige, Haushaltsangehörige, enge Freunde und gute Bekannte. Die in Bremen über die Dienstleistungszentren organisierte Nachbarschaftshilfe fällt nicht unter diese Begrifflichkeit.

Der Sozialhilfeträger soll darauf hinwirken, dass die Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahe stehen, durchgeführt wird. Daraus ergibt sich eine eindeutige Hinwirkungspflicht des Sozialhilfeträgers, nahe stehende Personen in die pflegerische Versorgung einzubeziehen, wenn diese erreichbar sind.

Gem. § 63 Abs.1 Satz 3 SGB XII erhalten pflegebedürftige Menschen keine Leistungen der häuslichen Pflege während eines stationären oder teilstationären Aufenthaltes. Der Sozialhilfeträger hat hier kein Ermessen. Damit scheidet Leistungen während eines teilstationären oder stationären Aufenthaltes aus. Damit entfällt auch der Anspruch auf ein Pflegegeld nach § 64 SGB XII unabhängig, ob es gem. § 66 Abs.2 SGB XII gekürzt oder ungekürzt geleistet wird.

Da das Pflegegeld eine pauschale Leistung darstellt und deshalb keine Nachweispflicht über die Verwendung des Pflegegeldes besteht, wird es in der Praxis schwierig sein, innerhalb eines Bedarfsmonats eine Einstellung des Pflegegeldes wegen eines stationären Aufenthaltes zu realisieren. Es ist deshalb bei einem stationären Aufenthalt erst mit Beginn des Folgemonats einzustellen. Eine Weitergewährung erfolgt mit dem Tag der Entlassung aus einer stationären Einrichtung.

Bei einem teilstationären Aufenthalt, z.B. in einer Tagespflege ist davon auszugehen, dass ein Pflegegeld für die häusliche Pflege verwendet wird.

Die Regelung, dass häusliche Pflege nicht während eines teilstationären oder stationären Aufenthaltes zu gewähren ist, gilt nicht für den sogenannten Assistenzpflegebedarf.

Die Einzelheiten regeln die §§ 64 bis 66 SGB XII.

3.2. Assistenzpflegebedarf gem. § 63 Abs.1 Satz 4 SGB XII

für pflegebedürftige Menschen, die ihre Pflege durch selbstbeschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen

Durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30.07.2009 und vom 20.12.2012 gilt die Regelung des 3.Satzes nicht:

bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Vorsorge-oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs.2 SGB V, wenn der pflegebedürftige Mensch seine Pflege durch von ihm selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellt.

In diesen Fällen wird durch diese Gesetzesregelungen sichergestellt, dass die Leistungen der Hilfe zur Pflege auch während eines Krankenhausaufenthaltes nach § 108 SGB V oder eines Aufenthaltes in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs.2 SGB V gewährt werden können.

Der Gesetzgeber hat damit auf ein Praxisproblem reagiert und geht deshalb von der Annahme aus, dass die pflegerische Versorgung von behinderten Menschen während eines vorübergehenden Krankenhausaufenthaltes in einem Krankenhaus nicht im ausreichenden Maße sichergestellt ist. Es handelt sich also um den pflegerischen Bedarf, der über die Leistungen der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V hinausgehend ist.

In der Praxis werden einen Anspruch auf Assistenzpflege im Krankenhaus oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegebedürftigen Menschen haben, die die Pflege im Rahmen des Persönlichen Budgets oder durch Arbeitgebermodelle selbst sicherstellen und einen hohen Pflegebedarf haben. Der Bedarf an Assistenzpflege ist individuell zu beurteilen. Im Einzelfall ist abzugrenzen, welcher Bedarf durch die Leistungen der Krankenhausbehandlung umfasst ist und welcher Bedarf im Sinne einer Assistenz zusätzlich notwendig ist. Die Leistungen der Krankenhausbehandlung sind nach dem SGB XII nicht zu übernehmen.

Gem. § 34 Abs.2 SGB XI wird das Pflegegeld für den genannten Personenkreis auch nach den ersten vier Wochen weiter gezahlt. Die Leistungen nach dem SGB XI sind auf die Leistungen nach dem SGB XII anzurechnen.

3.3. Pflegegeld § 64 SGB XII

Die Bestimmung über die Gewährung von Pflegegeld im SGB XII übernimmt die Stufen der Pflegebedürftigkeit des § 15 SGB XI. Die Höhe der Pflegegelder ist identisch mit denen des § 37 SGB XI; sie stellen die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung - wie nach dem SGB XI - umfassend sicher. Das pauschalierte Pflegegeld wird ungeachtet der tatsächlichen Aufwendungen und eines darüber zu führenden Nachweises als Geldleistung gewährt. Der Zweck des Pflegegeldes liegt auch darin, neben der Abdeckung des entstehenden Pflegeaufwandes, es dem Pflegebedürftigen zu ermöglichen, die Pflegebereitschaft der in § 63 Abs.1 SGB XII genannten Personen zu erhalten oder zu wecken.

Die Voraussetzungen an das Pflegegeld werden konkret qualifiziert und quantifiziert ohne einen zeitlichen Pflegeaufwand zu nennen.

Wird ein Pflegebedürftiger von seinem Partner oder von seinem Verwandten ersten oder zweiten Grades gepflegt, ist davon auszugehen, dass das Pflegegeld nicht weiter geleitet wird, und zwar unabhängig davon, ob die Betroffenen in einem gemeinsamen Haushalt wohnen. Das Pflegegeld wird somit nicht als Einkommen der Pflegeperson berücksichtigt.

Ob Anspruch auf Pflegegeld für nichtpflegeversicherte Pflegebedürftige besteht, begutachtet das Gesundheitsamt, der Sozialmedizinische Dienst Erwachsene bzw. die Sozialpädiatrische Abteilung für Kinder, sowie bei psychisch kranken Menschen die sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in den regionalen Behandlungszentren. Bei der Begutachtung der genannten Stellen wird der Grad der Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen nach der Richtlinie der Spitzenverbände der Pflegekassen, den „Pflegebedürftigkeits- Richtlinien, festgestellt. Mit der Begutachtung erfolgt auch die Feststellung einer Einschränkung der Alltagskompetenz.

Zum Pflegegeld für pflegeversicherte Pflegebedürftige wird auf die Leistungskonkurrenz nach § 66 Abs. 2 SGB XII verwiesen.

Besteht bei der Pflegekasse ein Anspruch auf Pflegegeld nach den §§ 37 und 38 SGB XI und leistet der Sozialhilfeträger zusätzlich Leistungen nach § 64 und/oder § 65 SGB XII, können die Leistungsberechtigten von der Umwidnungsmöglichkeit des § 45b Abs.3 SGB XI keinen Gebrauch machen. Sie sind gem. § 66 Abs.1 SGB XII verpflichtet die vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung in voller Höhe auszuschöpfen. Die Umwidnungsmöglichkeit bezieht sich auch auf das Pflegegeld nach §§ 37 und 38 SGB XI. Sie beinhaltet die Inanspruchnahme von niedrighschwelligem Angeboten im Umfang bis zu 40% der Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, dem Pflegegeld nach § 37 SGB XI und der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI.

3.4. Verbindliche Beratungsbesuche für nichtpflegeversicherte Menschen

- bei Erhalt von ungekürztem Pflegegeld nach § 64 SGB XII

Nichtpflegeversicherte Menschen haben einen Anspruch auf ein nicht gekürztes Pflegegeld nach § 64 SGB XII, wenn das Gesundheitsamt eine Pflegestufe festgestellt hat.

Eine Qualitätssicherung ist im SGB XI nach § 37 Abs.3 SGB XI durch verbindliche Beratungsbesuche geregelt. Im SGB XII fehlt diese Regelung. Eine Qualitätskontrolle für Empfänger von Pflegegeld nach § 64 SGB XII findet nicht statt.

Im Sinne einer Qualitätssicherung der Pflege ist auch für Leistungsempfänger von Pflegegeld nach § 64 SGB XII die Einführung eines Verfahrens notwendig, das die Qualität der Pflege bewertet.

Ziel

Zielsetzung dieser Beratungsbesuche ist die Hilfestellung, Beratung zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und mögliche erforderliche Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation zu empfehlen. Sie sind pflegfachliche Unterstützung zur Optimierung der Versorgungssituation.

Der Leistungsinhalt der Beratung bezieht sich auf:

die Bewertung der Pflegesituation

Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation.

Die Zielsetzungen der Beratungsbesuche entsprechen denen des SGB XI.

Durchführung

Die Beratungsbesuche werden von den Pflegefachkräften des Gesundheitsamtes vom Sozialmedizinischen Dienst für Erwachsene und für pflegebedürftige Kinder von der sozialpädiatrischen Abteilung des Gesundheitsamtes durchgeführt.

Diese beurteilen die Häufigkeit eines Beratungseinsatzes. Standard ist ein Beratungsbesuch einmal jährlich, anlassbezogen werden auf Empfehlung der Pflegefachkraft häufigere Beratungsbesuche durchgeführt.

Verfahren

1. Das Sozialzentrum informiert die Leistungsbezieher zeitgleich mit dem Versenden des Fragebogens zur Ablaufüberprüfung über die Einführung des Verfahrens und beauftragt das Gesundheitsamt mittels standardisierten Vordrucks zur Durchführung der Beratungsbesuche für die erstmalige Beratung.
2. Die weitere Koordination der zu beauftragenden Pflegefachkräfte erfolgt durch die Fachkoordination Hilfe zur Pflege und dem Gesundheitsamt.
3. Das Gesundheitsamt führt den Beratungsbesuch in den vorgesehenen Zeitabständen durch und leitet die Beratungsberichte an das zuständige Sozialzentrum.
4. Das Sozialzentrum wertet die Empfehlungen des Beratungseinsatzes aus und entscheidet ggf. über Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
5. Das Sozialzentrum teilt dem Gesundheitsamt das Ende der Leistungsgewährung mit und beendet damit das Auftragsverhältnis.
6. Die Auswertung erfolgt durch die Fachkoordination Hilfe zur Pflege.

Verbindlichkeit und Pflegesicherstellung

Die Beratungsbesuche sind verbindlich in Anspruch zu nehmen. Sie fallen unter die Mitwirkungspflichten der §§ 62-65 SGB I. Auf § 66 Abs.2 SGB I wird verwiesen. Das Pflegegeld dient dem Zweck, dass die erforderliche Pflege durch den Pflegebedürftigen bzw. bei pflegebedürftigen Kindern durch die Personensorgeberechtigten in geeigneter Weise selbst sichergestellt wird. Wird dieser Zweck nicht erfüllt, wird auf § 64 Abs.5 SGB XII verwiesen.

Auswertung

Das Ergebnis wird durch die Fachkoordination Hilfe zur Pflege dokumentiert und im standardisierten Berichtswesen veröffentlicht.

3.5. Andere Leistungen gemäß § 65 SGB XII

§ 65 SGB XII umfasst die Leistungen, die über das Pflegegeld hinaus allen Pflegebedürftigen zu gewähren ist. Sie gilt daher für jeden Grad der Pflegebedürftigkeit.

Die Leistungen im Einzelnen:

- Erstattung angemessener Aufwendungen der Pflegeperson (§ 65 Abs.1, 1.Halbsatz SGB XII)

Es ist der im Einzelfall entstehende, notwendige Bedarf, der einer Pflegeperson selbst in Folge der Übernahme der Pflege als erhöhter Aufwand entsteht. Im Einzelfall müssen die Aufwendungen notwendig und dürfen preislich nicht überhöht sein (Angemessenheit).

Die Aufwendungen müssen vom Pflegebedürftigen nachgewiesen sein und werden dann erstattet.

Beispiele: Fahrtkosten zum Pflegebedürftigen, Beschaffung und Reinigung von Pflegebekleidung, aber keine Lohnersatzleistung.

Eine Erstattung angemessener Aufwendungen der Pflegeperson sind auch für nahe stehende Personen im Sinne des § 63 SGB XII möglich.

Besteht ein Anspruch auf Pflegegeld nach § 64 SGB XII, scheidet ein Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen der Pflegeperson in der Regel deshalb aus, weil sie aus dem Pflegegeld zu bestreiten sind. Im Einzelfall ist zu beurteilen, ob eine Zweckidentität mit dem Pflegegeld besteht.

- Leistung angemessener Beihilfen (§ 65 Abs.1, 2.Halbsatz SGB XII)

Angemessene Beihilfen können geleistet werden. Es ist also eine Kann-Leistung des Sozialhilfeträgers. Sie können zur Erzielung oder zur Erhaltung einer Pflegebereitschaft zusätzlich zu den angemessenen Aufwendungen oder anstelle dieser als Pauschalleistung gewährt werden.

Leistungen angemessener Beihilfen sind auch für nahe stehende Personen im Sinne des § 63 SGB XII möglich.

Beispiele:

Beihilfen als Pauschalbetrag zur Erzielung oder zum Erhalt der Pflegebereitschaft unterhalb der Pflegestufe I (sog. Pflegestufe 0),

Beihilfen für Aufwendungen für Pflegepersonen, wenn die Aufwendungen nicht oder nur unter hohem Aufwand nachgewiesen werden kann.

Auch hier gilt, dass wenn ein Anspruch auf Pflegegeld nach § 64 SGB XII besteht, ein Anspruch auf angemessene Beihilfen in der Regel deshalb ausscheidet, weil sie aus dem Pflegegeld zu bestreiten sind. Im Einzelfall ist zu beurteilen, ob eine Zweckidentität mit dem Pflegegeld besteht.

- Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung siehe Ziffer 3.8
- Heranziehung einer besonderen Pflegekraft (§ 65 Abs.1 Satz 2 SGB XII)

Die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft ist erst dann erforderlich, wenn die Pflege einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung trotz Hinwirkungspflicht des Sozi-

alhilfeträgers nicht durch Personen im Sinne des § 63 SGB XII erfolgen kann (Familienangehörige, Haushaltsangehörige, enge Freunde und gute Bekannte).

Der Begriff der „besondere Pflegekraft“ im Sinne dieser Bestimmung ist nicht mit der Bezeichnung z.B. einer Fachkraft eines Pflegedienstes vergleichbar, sondern ist weiter auszulegen.

„Besondere Pflegekräfte“ sind z.B. KrankenpflegerInnen, KrankenpflegehelferInnen, AltenpflegerInnen, AltenpflegehelferInnen, PflegeassistentInnen, Gemeindeschwestern, oder auch sonstige hierfür nicht besonders ausgebildete, aber geeignete Personen und auch ein anerkannter Pflegedienst.

Nur für „besondere Pflegekräfte“ kann eine Entlohnung im angemessenen Umfang erfolgen. Handelt es sich nicht um eine „besondere Pflegekraft“, sondern um eine nahe stehende Person im Sinne des § 63 SGB XII, kommt nur die Erstattung von Aufwendungen oder eine angemessene Beihilfe nach § 65 Abs.1, Satz 1 SGB XII in Betracht. (Rechtsprechung des LSG Niedersachsen-Bremen L8 SO 399/10 vom 25.04.2013). Das Gericht führt in dem Urteil aus, dass mit dieser Regelung des § 65 Abs.1 Satz 2 SGB XII dem Leistungsberechtigten nur ein Leistungsanspruch zugesprochen werden soll, wenn es einer besonderen Pflegekraft bedürfe und deshalb ist eine Kostenübernahme nur hierfür vorgesehen.

Leistungen für nahe stehende Personen sind demnach nur nach den Regelungen des § 65 Abs.1 Satz 1 SGB XII (Erstattung angemessene Aufwendungen und Leistung angemessener Beihilfen) möglich.

Die Angemessenheit ist hinsichtlich des Bedarfsumfanges und hinsichtlich der Vergütung zu beurteilen.

Angemessen sind die Kosten, die nach der Gegebenheit des Einzelfalles notwendig sind, die Pflege nach den anerkannten Standards des SGB XI zu sichern, d.h. den unerlässlichen Pflegeaufwand für die notwendigen Pflegeleistungen. Die angemessenen Kosten ergeben sich aus dem Hilfeplanverfahren.

Angemessen sind die ortsüblichen und vereinbarten Entgelte

Die einzelnen Leistungen des § 65 Abs.1 Satz 1 und Satz 2 SGB XII können nebeneinander gewährt werden.

Werden nach § 65 Absatz 1 Satz 2 SGB XII Leistungen für einen Pflegedienst erbracht, können die Leistungsberechtigten von der Umwidmungsmöglichkeit des § 45b Abs.3 SGB XI keinen Gebrauch machen. Sie sind gem. § 66 Abs.4 Satz 1 SGB XII verpflichtet die vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung in voller Höhe auszuschöpfen. Die Umwidmungsmöglichkeit des § 45b Abs.3 SGB XI beinhaltet die Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Angeboten im Umfang bis zu 40% der Pflegesachleistungen des § 36 SGB XI.

Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und Leistungen nach § 65 SGB XII:

§ 61 Abs.2 Satz 2 SGB XII bestimmt den Inhalt der Leistungen, die in Analogie der Pflegeversicherung auch in der Hilfe zur Pflege des SGB XII anzuwenden sind. Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ist in § 61 Abs.2 Satz 2 SGB XII nicht aufgeführt. Insofern finden die Inhalte dieser Leistung in der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII keine Anwendung.

Die Verhinderungspflege nach dem SGB XI sieht Leistungen vor, wenn die Pflegeperson aus verschiedenen Gründen verhindert ist. In der Hilfe zur Pflege des SGB XII wird in dieser Situation der angemessene Pflegebedarf unter Berücksichtigung der Abwesenheit der Pflegeperson neu entschieden. Eine neue Entscheidung ist unter Beachtung des § 63 SGB XII, der Angemessenheit und Notwendigkeit zu treffen.

Für die hauswirtschaftlichen Verrichtungen ist es Ziel der Stadtgemeinde Bremen, Haushaltshilfen weitgehend über die dezentral in den Stadtteilen verorteten Dienstleistungszentren

tren (DLZ) im Rahmen der sogenannten Organisierten Nachbarschaftshilfe zu organisieren. Der Sozialdienst hat im Rahmen seiner Beratungstätigkeit auf die Option der Organisierten Nachbarschaftshilfe hinzuwirken. Gleichwohl ist festzuhalten, dass diese Form der Haushaltshilfe nicht zwingend ist (siehe „Verwaltungsanweisung zu Leistungen für hauswirtschaftliche Verrichtungen – Haushaltshilfe“).

Auf die Regelungen in der Verwaltungsanweisung zu „Leistungen für hauswirtschaftliche Verrichtungen – Haushaltshilfe“ unter Punkt 6 – Private Haushaltshilfen wird verwiesen. Diese Regelungen gelten analog auch in der Hilfe zur Pflege sowohl bei der Ausführung von Grundpflege, als auch bei den hauswirtschaftlichen Verrichtungen.

Die in der Verwaltungsanweisung „Leistungen für hauswirtschaftliche Verrichtungen – Haushaltshilfe“ beschriebene Regelung den Bedarf für Haushaltshilfen und Organisierter Nachbarschaftshilfe nach Leistungskomplexe zu ermitteln und in Stunden/Minuten darzustellen ist auch in der Hilfe zur Pflege anzuwenden. Das Endergebnis ist hier ebenfalls auf volle 30 Minuten aufzurunden.

Die in der Verwaltungsanweisung „Leistungen für hauswirtschaftliche Verrichtungen – Haushaltshilfe“ beschriebene Regelung über private Haushaltshilfen zur Anmeldung einer hausnahen Dienstleistung oder der Anmeldung bei Überschreitung des Einkommens aus einer geringfügigen Beschäftigung, ist auch für privat gesuchte besondere Pflegekräfte im Sinne des § 65 SGB XII anzuwenden.

Die in der Verwaltungsanweisung „Leistungen für hauswirtschaftliche Verrichtungen – Haushaltshilfe“ beschriebenen Regelungen unter Punkt 10 zur Höhe der Leistungen gelten auch für den hauswirtschaftlichen Bedarf, wenn dieser dem 7. Kapitel des SGB XII zugeordnet ist.

3.6. Sonderrechtsnachfolge des § 19 Abs.6 SGB XII für ambulante Pflegedienste

§ 19 Abs.6 SGB XII regelt den Anspruch von Berechtigten auf Leistungen für Einrichtungen oder auf Pflegegeld nach dem Tod des Berechtigten, soweit ein Anspruch besteht und die Leistung erbracht wurde.

Unter den Einrichtungsbegriff fallen keine ambulanten Pflegedienste, ambulante Pflegedienste haben keinen Anspruch auf Vergütung auf die erbrachten Leistungen, wenn die leistungsberechtigte Person verstirbt, bevor über die Bewilligung von Hilfe zur Pflege entschieden werden konnte. Das Bundessozialgericht hat diese Regelung bestätigt und bestätigt, dass ambulante Pflegedienste nicht unter den Einrichtungsbegriff fallen.

Der Deutsche Städtetag befürchtet durch diese Auslegung negative Auswirkungen auf die ambulante Versorgungslandschaft. Der Deutsche Städtetag bezieht sich auf konkrete Fälle, in denen ambulante Pflegedienste wegen des bestehenden Kostenrisikos eine Pflegeübernahme ablehnen. Er sieht eine ernsthafte Gefährdung der Versorgung, wenn ein ambulanter Pflegedienst erst dann tätig wird, wenn eine Kostenzusage durch den Sozialhilfeträger erfolgt ist.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sieht keine Notwendigkeit eine Gesetzesänderung vorzunehmen. In der Begründung wird ausgeführt, dass ambulante Dienste als nicht besonders schutzwürdig eingestuft wurden, weil diese in der Regel eine Zusage zur Kostenübernahme vor der Leistungsgewährung durch den Sozialhilfeträger erhalten.

Aus Sicht des Sozialhilfeträgers in Bremen ist eine Kostenzusage vor der Leistungsgewährung eines ambulanten Pflegedienstes nicht immer sichergestellt. Einzelfälle bestätigen diesen Sachverhalt.

Zur Sicherstellung der Versorgung ist es notwendig, dass ein Pflegedienst mit der Leistung beginnt, auch bevor eine Kostenzusage erfolgt ist. Er muss auch dann auf eine Leistung des Sozialhilfeträgers im angemessenen Umfang vertrauen können.

§ 19 Abs.6 SGB XII ist nicht anzuwenden, wenn die Bewilligung bereits erfolgt ist, aber die Kosten noch nicht gezahlt sind. In diesem Fall kann der Leistungsanbieter den aus der Bewilligung gegenüber dem Leistungsberechtigten erwachsenen unmittelbaren Anspruch gegenüber dem Sozialhilfeträger geltend machen.

Eine mündliche Kostenzusage durch den Fachdienst Soziales des zuständigen Sozialzentrums ist einer formalen schriftlichen Kostenzusage gleichzusetzen.

Lösung:

Die Leistung eines ambulanten Pflegedienstes ist deshalb trotz Tod des Berechtigten auch ohne formale Bescheiderteilung und Kostenzusage in der Höhe wie sie erbracht worden wäre, für längstens 10 Wochen nach Feststellung über das Vorliegen der Voraussetzungen zu zahlen.

Diese Voraussetzungen liegen vor, wenn

- die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen vorliegen und
- der angemessene und notwendige pflegerische Bedarf durch ein Pflegegutachten des Gesundheitsamtes bzw. des Sozialdienstes festgestellt wurde und
- die Leistung tatsächlich erbracht wurde.

3.7 Investitionsbedingte Aufwendungen

Ambulante Pflege gem. SGB XII

- Die investitionsbedingten Aufwendungen (Bereitstellung und Erhaltung der betriebsnotwendigen Anlagen einschl. ihrer Ausstattung des ambulanten Pflegedienstes) werden von den Pflegekassen aus Mitteln des SGB XI nicht übernommen.
- Das Pflegesatzreferat der Behörde hat mit einigen privaten Pflegediensten als auch mit einigen Pflegediensten der Wohlfahrtsverbände Vereinbarungen gem. §§ 75 SGB XII geschlossen, die vorsehen, dass investitionsbedingte Aufwendungen in einer bestimmten Höhe aus Mitteln der Sozialhilfe übernommen werden, sofern im Einzelfall
- ein Anspruch auf ambulante Pflege nach den Leistungsvorschriften des SGB XI besteht
und
- aufgrund der persönlichen finanziellen Verhältnisse ein Anspruch auf Leistung nach den Vorschriften des SGB XII besteht.

- Die Investitionskosten sind somit Teil der ambulanten Pflege nach dem 7.Kapitel des SGB XII. Werden nur Investitionskosten im Rahmen der Hilfe zur Pflege beantragt, weil die Pflegesachleistungen durch die Pflegekasse vollständig geleistet werden, sind diese bei Vorliegen der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen zu leisten.

3.8. Besitzstandsregelung gem. Art. 51 Pflege-Versicherungsgesetz

Die im SGB XI vorgenommenen Dynamisierungen der Leistungen der §§ 36 bis 38 und 41 SGB XI mindern den Anspruch nach Art.51 Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG). Es sind deshalb Änderungen in der Leistungshöhe des Anspruchs nach Art. 51 PflegeVG bei Änderung der vorgenannten Leistungen des SGB XI vorzunehmen.

Regelung des Art. 51 PflegeVG:

Personen, die am 31.3.1995 ein Pflegegeld nach § 69 BSHG bezogen haben (auch wenn ein Pflegegeld nach § 57 SGB V – damaliger Stand – angerechnet wurde) erhalten ab 1. April 1995 den Betrag, den sie als Gesamtpflegegeld (§ 57 SGB V und § 69 BSHG) nach BSHG am 31.3.1995 bezogen haben.

Entscheidend für den Besitzstand ist nicht, dass zum damaligen Zeitpunkt eine (erhebliche) Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorgelegen hat, oder ein Pflegegeld nach § 57 SGB V bezogen wurde, sondern es **muss** ein Anspruch auf BSHG Pflegegeld zum 31.3.1995 bestanden haben.

Festlegung der Leistung:

Zur Festlegung des Besitzstandes wurden am 1.4.1995 die maßgeblichen Grundbeträge der Einkommensgrenzen nach §§ 79 und 81 BSHG (Stand: 31.3.1995) sowie die maßgeblichen Beträge der Durchführungsverordnung des § 88 (2) Nr.8 BSHG (ebenfalls Stand 31.3.1995) zugrunde gelegt. Die Einkommensgrenzen wurden zwar zum 1.1.2005 neu geregelt, sind aber für diesen Personenkreis nicht relevant. Im Übrigen gelten die Vorschriften des SGB XII. Hiermit ist gemeint, dass die Besitzstandsregelung nur solange gilt, wie Sozialhilfebedürftigkeit vorliegt. Wird der Hilfebezug längerfristig unterbrochen (Einstellung aufgrund höherer Einkommens- oder Vermögenswerte), besteht bei erneuter Antragsstellung keine Besitzstandsregelung mehr.

Der Besitzstand mindert sich um:

- den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI,
- den Wert der Sachleistungen nach § 36 SGB XI,
- den Wert der Kombinationsleistung nach § 38 oder 41 SGB XI,
- den Betrag des Pflegegeldes des § 69a BSHG¹,
- die Kostenübernahme nach § 69b (1) Satz 2 BSHG².

¹ ab 1.1.2005 der § 64 SGB XII

² ab 1.1.2005 der § 65 SGB XII

Wegen der Anhebungen der Pflegeleistungen (§§ 36,37,38 und 41) im SGB XI und damit im SGB XII analog müssen erstmalig am 1.7.2008 die Fälle - in denen Besitzstand vorhanden ist - angepasst werden.

Ruhen und Verlust der Besitzstandswahrung:

Ist der Anspruchsberechtigte in einer stationären Einrichtung (z.B. Kurzzeitpflege), ruht der Anspruch auf das ambulante Pflegegeld und somit der Besitzstand.

Der Anspruch auf die Besitzstandsregelung entfällt, wenn die Voraussetzungen des § 69 BSHG in der Fassung vom 31.3.1995 nicht mehr vorliegen, oder die Dauer der Unterbringung in der stationären Einrichtung 12 Monate überschreitet.

3.9. Beiträge für eine angemessene Alterssicherung der Pflegeperson

Besteht ein Anspruch auf Leistungen nach § 63 SGB XII, ist zu prüfen, ob Beiträge für eine angemessene Alterssicherung der Pflegeperson zu übernehmen sind.

Auf die Vorrangigkeit der Leistungen der Pflegeversicherung nach § 44 SGB XI (Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen) wird verwiesen.

Die Übernahme von Beiträgen nach § 63 SGB XII scheidet aus, wenn

- die Pflegeperson bereits Altersruhegeld oder eine vergleichbare Leistung bezieht,
- die Entrichtung von Beiträgen versicherungsrechtlich nicht zulässig ist.

Bei der Prüfung der Ansprüche jüngerer Pflegepersonen ist der übliche Verlauf des Lebens zu unterstellen, so das z. B. aus den Ansprüchen des Ehemannes oder des Lebenspartners eine ausreichende Altersversorgung erwächst.

Ist der Ehepartner der Pflegeperson voll erwerbstätig und hat er die Wartezeit von 60 Kalendermonaten für das Altersruhegeld erfüllt, wird vermutet, dass die Altersversorgung anderweitig sichergestellt ist.

Wird im Einzelfall geltend gemacht, das die Altersversorgung nicht sichergestellt ist, sind sowohl der Anspruch der Pflegeperson aus eigener Versicherung, soweit die Wartezeit von 60 Kalendermonaten für das Altersruhegeld bereits erfüllt ist, als auch ggf. der abgeleitete Anspruch zu berechnen. Hierfür sind die Versicherungsverläufe vorzulegen. Zur Berechnung, die von gegenwärtigen Verhältnissen ausgehen soll, kann die Amtshilfe des Versicherungssamtes in Anspruch genommen werden.

Der eigene Anspruch und der abgeleitete Anspruch sind mit dem sozialhilferechtlichen Bedarf nach dem 4. Kapitel des SGB XII zum Lebensunterhalt zu vergleichen. Übersteigen die Ansprüche auf Altersversorgung den sozialhilferechtlichen Bedarf, sind Beiträge nicht zu übernehmen.

Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung stehen Beiträge gleich, die der Erfüllung eines Lebensversicherungsvertrages dienen, soweit der Vertrag bei Erreichen der Altersgrenze fällig wird und eine der Rentenversicherung vergleichbare Altersversorgung sicherstellt. Die Beiträge werden nur in der Höhe übernommen, wie sie zur Rentenversicherung vergleichbare Altersversorgung sicherstellt. Die Beiträge werden nur in der Höhe übernommen, wie sie zur Rentenversicherung zu übernehmen wären.

Welche Beiträge für die Pflegeperson "angemessen" sind, richtet sich nach dem zeitlichen Umfang der erbrachten Leistungen. Zu prüfen ist also in jedem Einzelfall, welche Beiträge für eine Alterssicherung bei der konkret geleisteten Pflgetätigkeit angemessen sind. Dabei ist die Pflege mit einer durchschnittlich vergüteten, versicherungspflichtigen Tätigkeit gleichzusetzen.

Ziel der Gesetzgebung ist, die Pflegeperson durch die Bestimmung so stellen, als ob sie mit ihrer Pflgetätigkeit eine versicherungspflichtige, durchschnittlich vergütete Voll- oder Teilzeittätigkeit ausübte. Orientierungspunkt kann hier das Entgelt für Haus- und Familienpflegerinnen bzw. -helferinnen sein.

Die Übernahme von Beiträgen für eine angemessene Alterssicherung der Pflegeperson ist eine zweckgebundene Leistung der Sozialhilfe an den Pflegebedürftigen. Es muss sichergestellt sein, dass der Pflegebedürftige sie an die Pflegeperson weitergibt und diese sie zweckentsprechend verwendet.

Der Pflegebedürftige hat für die Pflegeperson in regelmäßigen Abständen die Entrichtung der Beiträge nachzuweisen, was am besten durch Vorlage der Einzahlungsbelege geschieht.

Es bestehen keine Bedenken, wenn die Sozialhilfedienststelle mit Zustimmung des Leistungsberechtigten und der Pflegeperson die Beiträge direkt an den Rentenversicherungsträger überweist. Der Überweisungsträger muss die Versicherungsnummer, den Zeitraum, für den die Beträge gelten sollen, und die Aufteilung auf die abzudeckenden Monate enthalten.

Im Gegensatz zu Ermessensentscheidungen nach § 65 Abs.2 SGB XII besteht ein Rechtsanspruch des Pflegebedürftigen auf Erstattung der Beiträge der Alterssicherung der pflegenden Person, wenn ein Pflegegeld nach § 64 SGB XII gewährt wird.

Der Anspruch entfällt, sobald Ansprüche auf Alterssicherung erworben sind, die über der Grenze des eigenen sozialhilferechtlichen Bedarfs liegen.

4. Ambulante Maßnahme Persönliche Assistenz (ISB)

Ziel der Ambulanten Maßnahme Persönliche Assistenz (ISB)

Die ISB ist eine Leistung im Sinne der persönlichen Assistenz. Die persönliche Assistenz gewährleistet behinderten Menschen ein selbstbestimmtes Leben außerhalb einer stationären Einrichtung in einer selbstgewählten Umgebung. Die ISB ermöglicht es Menschen, die bei nahezu allen alltäglichen Verrichtungen Unterstützung benötigen, in der eigenen Wohnung, zu leben. Sie orientiert sich am individuellen Bedarf.

Dabei ist eine selbstbestimmte Lebensgestaltung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der Maßstab. Als gleichzeitig auf Pflege (im Sinne von Grundpflege), Hauswirtschaft und Eingliederung bezogenes Angebot verpflichtet sich die ISB zu einer ganzheitlichen Leistungserbringung. Dahinter steht das Prinzip der „Hilfen aus einer Hand“, was Alltagsabläufe -analog der nichtbehinderter Menschen- flexibel gestaltbar macht.

Zielgruppen

Die ISB ist eine ambulante Leistung für pflegebedürftige Menschen im Sinne der oben genannten Zielsetzung. Sie umfasst sämtliche Hilfestellungen bei Verrichtungen des Alltags, die die Leistungsberechtigten für eine (möglichst) selbstbestimmte Lebensführung in einem selbstgewählten Wohnumfeld benötigen, und die dem Grunde nach von den betroffenen Menschen selbst eingefordert und angeleitet werden können. Die Verrichtungen beziehen sich auf Pflege, Hauswirtschaft und Eingliederungshilfe. Innerhalb der ISB liegt das Direktionsrecht bei den Leistungsberechtigten.

Eine pädagogische oder therapeutische Hilfe durch die Assistentinnen und Assistenten ist nicht vorgesehen.

Der Zugang zur ISB setzt weiterhin voraus, dass das Direktionsrecht auch in sinnvoller Weise ausgeübt werden kann. Dies ist der Fall, wenn die Leistungsberechtigten selbst über genügend Anleitungs- und Alltagskompetenz verfügen, um selbstständig anzuleiten und/oder geeignete sonstige Maßnahmen getroffen werden können, die gewährleisten, dass die ISB im Sinne des Willens des Leistungsberechtigten erfolgt.

Die Fähigkeiten der Anleitungskompetenz und die Form des Ausdrucks dieser Fähigkeiten sind bei allen Menschen unterschiedlich und unterliegen Entwicklungen. Die Kompetenzen sind hier in dem Sinne der individuellen Willensäußerung zu sehen. Das Nachlassen der Fähigkeiten führt nicht zu einem Ausschluss aus der Maßnahme ISB.

Diese Fähigkeiten – verbunden mit der Einstufung in die Pflegestufe 2 – charakterisieren bisher den Zugang zur Leistung ISB.

Für Menschen, deren Pflegebedürftigkeit nach der Pflegestufe 1 festgestellt wurde, wird die Leistung ISB geöffnet.

Liegt ausreichende Anleitungskompetenz vor bzw. ist die Ausübung des Direktionsrechts in anderer Weise sichergestellt, können Menschen auf Wunsch ISB erhalten, bei denen die Pflegestufe 1 im Sinne des SGB XI vorliegt. Dies gilt insbesondere dann,

- wenn andere ambulante Versorgungsalternativen nicht zweckmäßig sind oder mit erheblichen Einschränkungen für eine selbstbestimmte Lebensführung verbunden sind und
- damit gegenüber einer anderen ambulanten Versorgungsalternative keine unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind oder
- wenn besondere Umstände wie z.B. eine fortschreitende Erkrankung oder Beeinträchtigung erwarten lassen, dass auf absehbare Zeit die Pflegebedürftigkeit ein Niveau erreicht, das der Pflegestufe 2 entspricht.

Die Maßnahme wird im Einzelfall durch den Sozialdienst Erwachsene (SDE) getroffen.

Gesetzliche Grundlagen

Die ISB ist eine ambulante Hilfe zur Pflege im Sinne des § 61 SGB XII sowie ambulante Eingliederungshilfe als Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft gemäß § 54 Absatz 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 SGB IX.

Die Leistungen der ISB können auch als Persönliches Budget nach § 17 SGB IX erbracht werden. Sie können auch als „Arbeitgebermodell“ nach § 66 Absatz 4 Satz 2 SGB XII ausgeführt werden.

Für die ISB gilt dann die „Rahmensetzung für Leistungen der Ambulanten Maßnahme Persönliche Assistenz (ISB).“

Träger der ISB

Leistungen der ISB bieten folgende Träger an:

- AWO Ambulant gGmbH
- Assistenzgenossenschaft Bremen eG
- Paritätische Dienste Bremen gGmbH

Die Träger leisten ISB auf der Grundlage von Leistungs- und Entgeltvereinbarungen gemäß § 89 SGB XI sowie § 75 SGB XII.

Die Leistungsentgelte pro Stunde werden durch die Verträge festgelegt.

Es ist mit allen drei Trägern ein einheitliches Entgelt für die Leistung der Pflege, Hauswirtschaft und Eingliederungshilfe vereinbart. Dies entspricht der ganzheitlichen Leistungserbringung der ISB.

Art und Umfang der Hilfe

Die ISB umfasst die persönliche Assistenz behinderter Menschen in und außerhalb der eigenen Wohnung. Sie wird durch Assistentinnen und Assistenten, die bei den Trägern angestellt sind, geleistet. Bei allen drei Trägern sind Pflegedienstleitungen tätig, die Pflegefachkräfte im Sinne des SGB XI sind, und die die Qualitätssicherung aus pflegefachlicher Sicht gewährleisten.

Die Assistentinnen und Assistenten werden durch die Träger fortgebildet. Die Fortbildung ist im Leistungsentgelt enthalten, sie soll entsprechend der Ergebnisse der Fachveranstaltung verbessert werden. Eine Zertifikats-Fortbildung in Form von Modulen ist in der Bearbeitung.

Regelmäßige Elemente der Hilfeleistung sind:

- Pflegeleistungen (Grundpflege), insbesondere Hilfe für die gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens, wie Aufstehen und Zubettgehen, Waschen, Duschen, Zahnpflege etc., An- und Auskleiden, Zubereiten und Aufnahme der Nahrung, Darm- und Blasenentleerung.
- Hauswirtschaftliche Versorgung, z.B. Einkaufen, Kochen, Spülen, Reinigen der Wohnung, Wechseln und Waschen der Wäsche.
- Hilfeleistungen für pflegerische Betreuung im Sinne anderer Verrichtungen gemäß § 61 Absatz 1 Satz 2 SGB XII, im Sinne einer notwendigen Präsenz des Assistenten zusätzlich zum festgestellten Pflegebedarf und zum notwendigen Bedarf der Eingliederungshilfe nach den Inhalten des LK 24. Die Notwendigkeit einer Präsenz des Assistenten ist durch die Fachkräfte des SDE festzustellen.
- Eingliederungshilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gemäß § 54 Absatz 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 SGB IX, insbesondere Unterstützung und Begleitung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten der allgemeinen Lebensführung, bei der Aufrechterhaltung persönlicher Kontakte, zum Besuch gesellschaftlicher und kultureller Veranstaltungen.

Bedarfsfeststellung

Der Dritte Teil der Verwaltungsanweisung Hilfe zur Pflege regelt unter Punkt 1.2 das Verfahren der Bedarfsfeststellung. Dies gilt hinsichtlich der Fachdienste auch für die ISB.

Nach Art und Umfang der Leistung handelt es sich bei der Individuellen Schwerstbehinderten-Betreuung um eine ambulant betreute Wohnmöglichkeit im Sinne des § 98 Abs.5 SGB XII. Nach § 98 Abs.5 SGB XII bleibt der Träger der Sozialhilfe örtlich zuständig, der vor Eintritt in diese Wohnform zuletzt örtlich zuständig war.

5. Akzent-Wohnen

Allgemeines

Die Paritätische Dienste Bremen gGmbH bieten in folgenden Häusern einen besonderen Service:

Steintor Seilerstr. 13

Weidedamm Ricarda-Huch-Straße 29

Kattenturm Alfred-Faust-Straße

Unter der Bezeichnung 'Akzent – Wohnen ist eine Rund-um-die-Uhr-Versorgungssicherheit für erwachsene Menschen mit körperlicher Behinderung und Pflegebedarf zu verstehen. Die Versorgungssicherheit wird durch einen Bereitschaftsdienst innerhalb der Häuser mit besonderem Service gewährleistet. Zugleich wird die notwendige häusliche Pflege- und Eingliederungshilfe in der eigenen Wohnung erbracht.

Rechtsgrundlage

Es handelt sich um eine Leistung der ambulanten Hilfe zur Pflege nach §§ 61 SGB XII ff. sowie Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 55 SGB IX.

Ziel und Zielgruppe

Akzent - Wohnen ist ein Angebot an erwachsene Menschen mit körperlicher Behinderung und Pflegebedarf (Pfleigestufe II oder III), die einen Bedarf an rollstuhlgerechten Wohnraum haben. Sie können durch die Rund-um-die-Uhr-Versorgungssicherheit in der eigenen Wohnung leben und verfügen über genügend Kompetenz, die Pflegekräfte und -personen selbstständig anzuleiten. Die behinderten Menschen müssen zu einer eigenverantwortlichen Lebensgestaltung in der Lage sein, d.h. ihre Hilfeleistungen verantwortlich abrufen und einsetzen sowie ihr soziales Umfeld eigenständig gestalten. Ebenso muss ein behinderungsbedingter Bedarf an einer Rund-um-die-Uhr-Versorgungssicherheit vorhanden sein, ohne dass die ständige Anwesenheit von Pflegekräften/-personen erforderlich ist.

Akzent – Wohnen soll den Menschen mit körperlicher Behinderung und Pflegebedarf ein selbstbestimmtes Leben im Rahmen der eigenen Wohnumgebung eröffnen und stationäre Versorgung vermeiden oder herauszögern helfen bzw. einen Wechsel aus der stationären in eine ambulante Versorgungsform ermöglichen. Der anspruchsberechtigte Personenkreis wohnt daher vor dem Einzug in das Akzentmodell

- im elterlichen Haushalt,
- in einer Wohnung oder
- in einer stationären Einrichtung.

Sofern behinderte Menschen beabsichtigen, aus dem elterlichen Haushalt in ein Servicehaus zu ziehen, ist seitens des Sozialdienstes die familiäre Situation zur Frage, ob die Pflege weiterhin durch die Eltern sichergestellt werden kann, umfassend zu beurteilen. Dabei ist

u.a. auch festzustellen, ob unterstützende Hilfeleistungen ausreichend sein können und welche alternativen Unterbringungsmöglichkeiten zu Akzent gegeben sind.

Bei behinderten Menschen, die mit einer/einem nicht behinderten Partnerin/Partner gemeinsam eine Wohnung im Rahmen von Akzent beziehen wollen, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass der Bedarf an Rund-um-die-Uhr-Versorgungssicherheit durch diese/diesen gedeckt ist. Folglich kann ein Einzug unter diesen Umständen nur in besonders begründeten Einzelfällen erfolgen.

Art und Umfang der Hilfe

Die Hilfe in den Häusern mit besonderen Service wird in und außerhalb der eigenen Wohnung geleistet.

Elemente der Hilfeleistung sind:

Häusliche Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI

Die Leistungsgewährung wird nach Leistungskomplexen vorgenommen. Sie werden vom Pflegedienst der Paritätischen Dienste angeboten, der direkt in den Häusern mit besonderen Service untergebracht ist.

Für die Hilfestellung gelten folgende Besonderheiten:

- **Leistungskomplex 9** (Darm- und Blasenentleerung) ist abrechenbar bei planbaren Einsätzen wie z.B. bei
- Pflegebedürftigen mit künstlichem Darmausgang oder Querschnittslähmung bzw. ähnlichem Krankheitsbild (z.B. spastischen Lähmungen) und
- Blasen- und Darmentleerungen, die z.B. im Zusammenhang mit der Morgen- und/oder Abendtoilette bzw. nach dem Aufstehen stehen.
- **Leistungskomplex 10** (Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung bis Haustür) kann nur bewilligt werden, wenn der Pflegebedürftige auch außerhalb der Wohnung der Hilfe bedarf. Ansonsten wird diese Hilfestellung vom Bereitschaftsdienst übernommen.
- **Leistungskomplex 20** (Wegezeit) ist aufgrund der Unterbringung des Pflegedienstes in den Servicehäusern regelmäßig nicht abrechenbar. Eine Ausnahme ist dann gegeben, wenn der Bereitschaftsdienst für Behinderte tätig wird, die in der näheren Umgebung der Servicehäuser wohnen.
- **Leistungskomplex 21** (Beaufsichtigung während des Tagesablaufes) kann nicht bewilligt werden, da diese Hilfeleistung nicht für diesen Personenkreis vorgesehen ist.
- **Leistungskomplex 22** (Bereitschaftsdienst nachts) ist nicht abrechnungsfähig, da diese Leistung vom Bereitschaftsdienst erbracht wird und in der Vergütung des Bereitschaftsdienstes berücksichtigt wurde.

- **Leistungskomplex 23** (Begleitung zu und Unterstützung von Sozialkontakten) kann nicht bewilligt werden, da diese Leistung nicht für diesen Personenkreis vorgesehen ist. Alternativ kann der Leistungskomplex 24 (siehe unten) bewilligt werden.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

- § 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 55 SGB IX

Im Rahmen der Eingliederungshilfeleistung können Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft als Leistungskomplex 24 bewilligt werden. Der Leistungskomplex umfasst die Hilfestellung für angemessene kulturelle und sonstige Anregungen, z.B. Hilfestellungen bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten, aber auch die Begleitung bei Spazierfahrten und bei Begegnungen mit anderen behinderten und nichtbehinderten Menschen. Die Hilfeleistung kommt für Personen mit besonders hohen Hilfebedarfen in Betracht, wenn Familienangehörige, Bekannte etc. hierfür nicht zur Verfügung stehen.

Neben der Leistungen der Eingliederungshilfe kann in der Wohngemeinschaft des Hauses mit besonderem Service der Seilerstraße zusätzlich befristet eine pädagogische Leistung gewährt werden. – siehe Weisung Wohngemeinschaft der Paritätischen Dienste unter Ziffer 5.1.

Bereitschaftsdienst (kurzfristige Hilfen im sozialpflegerischen Sinne)

Der Bereitschaftsdienst erbringt ergänzend zu den durch den Pflegedienst des PGSW nach Leistungskomplexen erbrachten Leistungen unverzügliche Hilfeleistungen bei spontan auftretenden Bedarfen. Bei diesen kurzfristigen Hilfen kann es sich z.B. um die Leistungskomplexe 9 und 10 sowie Notrufe (z.B. bei epileptischen oder spastischen Anfällen, MS-Schüben) handeln. Darüber hinaus gewährleistet der Bereitschaftsdienst eine Rund-um-die-Uhr-Versorgungssicherheit.

Der PGSW hat die Möglichkeit, auch behinderten Menschen in der näheren Umgebung der Häuser mit besonderem Service die Leistungen des Bereitschaftsdienstes zum vereinbarten Entgelt anzubieten.

Mietkosten als Kosten der Unterkunft nach § 35 SGB XII

Es gelten für die Service-Häuser bei der Mietkostenübernahme für die bis zu 60 m² großen Wohnungen unterschiedliche Regelungen.

In den Nebenkosten sind auch Stromkosten enthalten!

Seilerstraße

Kaltmiete	Nebenkosten	Heiz- und Warmwasser
pro m ² angemessene Wohnfläche	pro m ² tatsächliche Wohnfläche	bereits in den Nebenkosten enthalten
EURO 7,16		

Wenn die tatsächliche Größe der Wohnung die angemessene Wohnungsgröße (eine Person: 60 qm; eine Person mit Kind: 80 qm; Wohngemeinschaft mit 4 Personen: 30 qm pro behinderte Person) übersteigt, sind höchstens die auf die angemessene Wohnungsgröße entfallende Kosten der Kaltmiete zu übernehmen.

Ricarda-Huch-Straße (Weidedamm)

Kaltmiete	Nebenkosten	Heiz- und Warmwasser
pro m ² Förderfläche AWS ³	pro m ² tatsächliche Wohnfläche	bereits in den Nebenkosten enthalten
EURO 6,80		

Alfred-Faust-Straße (Kattenturm)

Kaltmiete	Nebenkosten	Heiz- und Warmwasser
pro m ² 'anerkannte' Wohnfläche ⁴	pro m ² tatsächliche Wohnfläche	bereits in den Nebenkosten enthalten
EURO 6,80		

Sonstiges

Bei Anträgen auf Übernahme der Kosten für eine behindertengerechte Küche ist ggf. auf die vorrangigen Leistungen der Pflegekassen gemäß § 40 Abs. 4 SGB XI (Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes) zu verweisen.

³ 48 m² = 1 Person, 60 m² = 2 Personen oder 1 Person mit elektrischem Rollstuhl

⁴ 55 m² = 1 Person, 60 m² = 2 Personen oder 1 Person mit elektrischem Rollstuhl

Kostenübernahme

Der Sozialdienst Wirtschaftliche Hilfen entscheidet nach Vorlage

- des Gutachtens über die Feststellung der Pflegestufe des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) bzw. des Gesundheitsamtes,
- der Bedarfsfeststellung des Sozialdienstes sowie
- ggf. der Stellungnahme zur Frage der Notwendigkeit des Einzugs in ein Haus mit Service

unter Beachtung von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit über die Kostenübernahme.

Dem Vorrang ambulanter Hilfen vor stationären Maßnahmen im Sinne der § 13 SGB XII soll bei der Hilfestellung Rechnung getragen werden.

Auf einen Gesamtplan gem. § 58 SGB XII wird verzichtet, da der Anteil Pflege den Anteil der Eingliederungshilfe regelmäßig erheblich übersteigt.

Beim Akzent-Wohnen handelt es sich um eine ambulant betreute Wohnmöglichkeit im Sinne des § 98 Abs.5 SGB XII. Nach § 98 Abs.5 SGB XII bleibt der Träger der Sozialhilfe örtlich zuständig, der vor Eintritt in diese Wohnform zuletzt örtlich zuständig war

5.1 Wohngemeinschaft der Paritätischen Dienste Bremen gGmbH

Pädagogische Hilfeleistungen als Eingliederungshilfe für Bewohner der **Wohngemeinschaft** in der **Seilerstraße**

Ziel und Zielgruppe der Wohngemeinschaft

Es besteht im Rahmen des Akzent – Wohnens nur in der Seilerstraße 13 eine Wohngemeinschaft. Nur hier kann eine begleitende pädagogische Hilfeleistung zum Erlernen von Selbstständigkeit zur Erlangung des Ziels der eigenverantwortlichen Lebensgestaltung bewilligt werden, wenn

- dies im Zusammenhang mit der Loslösung vom Elternhaus erforderlich ist oder
- die/der Pflegebedürftige bislang in einer stationären Eingliederungshilfeeinrichtung gelebt hat und nunmehr eine Unterstützung bei der Eingewöhnung im selbstständigen Leben benötigt.

Ziel der pädagogischen Hilfe ist das Erlernen von Fähigkeiten und Anleitungskompetenzen in u.a. folgenden Bereichen:

- eigenverantwortliche Ernährungsweise
- Pflege- und Gesundheitsvorsorge
- Umgang mit finanziellen Mitteln
- Umgang mit Institutionen und Behörden
- Strukturierung von Tages-, Wochen- und Jahresabläufen

Diese Hilfeleistung kann nur in dieser Wohngemeinschaft im Rahmen des Akzent - Wohnens bewilligt werden, nicht in dem übrigen Akzent-Wohnen.

Akzent-Leistungen

Neben der begleitenden pädagogischen Hilfe erhalten die Bewohner der Wohngemeinschaft Seilerstraße den besonderen Service des Hauses gem. der Weisung Akzent-Wohnen der Paritätischen Dienste Bremen gGmbH.

Rechtsgrundlage

Es handelt sich um eine Leistung nach gem. § 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 55 SGB IX und betrifft den Personenkreis nach § 53 SGB XII.

Art und Umfang der Hilfe, Abgrenzung zur Hilfe zur Pflege

Die pädagogische Hilfe wird zusätzlich zu den Leistungskomplexen der häuslichen Pflege und dem Bereitschaftsdienst des Akzent-Wohnens bewilligt.

Die pädagogische Hilfe richtet sich nach dem individuellen Unterstützungsbedarf des Bewohners und darf maximal 10 Stunden pro Woche umfassen. Der Umfang ist regelmäßig zu überprüfen und dem Bedarf anzupassen.

Die pädagogischen Hilfen umfassen auch die Eingliederungshilfeleistungen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, Hilfestellungen bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten, aber auch die Begleitung bei Spazierfahrten und bei der Begegnung mit anderen behinderten und nichtbehinderten Menschen. Der Leistungskomplex 24 der Bedarfsfeststellung bei Hilfe zur Pflege ist daher nicht zusätzlich zu gewähren.

Verfahren, Bewilligungszeitraum

Der zuständige Sozialdienst Erwachsene stellt neben der Bedarfsfeststellung für das Akzent-Wohnen den Bedarf der pädagogischen Hilfen fest. Art, Umfang und Ziel der pädagogischen Hilfe sind als „Ambulante Hilfen“ im Gesamtplan nach § 58 SGB XII zu beschreiben und zu begründen.

Die Notwendigkeit der pädagogischen Hilfe wird mindestens jährlich vom zuständigen Sozialdienst Erwachsene überprüft und dem Bedarf entsprechend angepasst.

Dabei ist zu prüfen,

- ob und welche Verrichtungen vom behinderten Menschen übernommen werden können und in welchen Bereichen eine Anleitungskompetenz erworben werden konnte, so dass sich der Anteil an pädagogischen Hilfen verringert;
- welche pädagogische Hilfen für alle Bewohner der Wohngemeinschaft gemeinsam geleistet werden können;
- ob eine Begleitung ggf. durch Angehörige, Bekannte oder Pflegepersonen erbracht werden kann;
- ob die mit der pädagogischen Hilfe verbundenen Ziele der Eingliederungshilfe erreicht worden sind.
- ob eine erneute Begutachtung durch den MDK oder das Gesundheitsamt erforderlich ist.

In Fällen, in denen die pädagogische Betreuung erfolgreich abgeschlossen wurde und eine Umstellung auf Akzent-Wohnen ohne pädagogische Betreuung erfolgt ist, kann der behinderte Mensch in der Wohngemeinschaft weiter wohnen, sofern der Platz mangels Bedarf nicht wieder belegt wird.

Kostenübernahme, Vergütung

Die so ermittelten Bedarfe an Leistungskomplexen der Hilfe zur Pflege und pädagogischen Hilfen gem. § 54 SGB XII werden getrennt in die Kostenzusicherung eingetragen.

Die Vergütung für die pädagogische Hilfe beträgt **€ 23,01** pro Stunde.

6. Die Woge

2. Änderung der fachlichen Richtlinie (Rahmenrichtlinie) zur Bewilligung von Leistungen nach dem SGB XII für Bewohner der Wohngemeinschaft „Die Woge“ in der Gastfeldstr. 26 d – g, 28201 Bremen

Mit der Einrichtung der Wohngemeinschaft „Die Woge“ wurde im Jahr 2002 in Bremen die erste Wohngemeinschaft für Demenzzranke gegründet. Da diese Wohngemeinschaft Modellcharakter hat, wurde mit der fachlichen Richtlinie vom 17.03.2004 geregelt, in welchem sozialhilferechtlichen Rahmen Bewilligungen von Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz erfolgen sollen.

Mit der Veröffentlichung dieser Richtlinie war klar, dass nach Vorlage von Erfahrungen und/oder Auswertungen Änderungen bei der Bewilligung von Sozialhilfeleistungen möglich sein können. Erste Erfahrungen liegen nunmehr vor. Von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wurden Gespräche mit dem Träger (Verein „Die Woge“), dem Hauspflegeverband (Pflegedienst AKS) und Betroffenenvertretern geführt.

Vom Träger, dem Hauspflegeverband und den Betroffenenvertretern wurde verdeutlicht, dass die damaligen Bewilligungen von Leistungen nach dem BSHG nicht ausreichen, insbesondere dann, wenn ausschließlich Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege zu erbringen sind. Hierfür ist folgende Ursache verantwortlich: Die Pflegeanteile in den vollstationären Pflegeeinrichtungen führen aufgrund der bisherigen Nichtberücksichtigung der Investitionskosten der vollstationären Einrichtungen zu einer nicht korrekten Vergleichsberechnung.

Zu berücksichtigen ist im Vergleich zu einer vollstationären Versorgung außerdem, dass Hilfeberechtigte der Pflegestufe II in der Wohngemeinschaft Leistungen nach dem SGB XI nur für eine ambulante, nicht aber für eine vollstationäre Versorgung erhalten.

Zu beachten ist die unterschiedliche Einkommensheranziehung in der Vergleichsberechnung bei ambulanter und stationärer Pflege. Während bei stationärer Pflege das gesamte Einkommen gem. § 88 SGB XII einzusetzen ist, kann das Einkommen bei ambulanter Pflege unterhalb der Einkommensgrenze gem. § 85 SGB XII i. V. mit § 87 SGB XII behalten werden.

Von Bedeutung ist sicher außerdem, dass das Pflegekonzept vom Verein und dem Pflegeverband sehr kostenintensiv ist. Dieses liegt u. a. daran, dass die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten vom Verband mit festangestellten Mitarbeitern bzw. geringfügig beschäftigten Angestellten wahrgenommen werden. Bereits hier hat es eine recht hohe Fluktuation gegeben. Kostengünstigere Mitarbeiter z. B. der Dienstleistungszentren sollen aus konzeptionellen Gründen (u. a. ständig wechselnde Mitarbeiterinnen) weiterhin nicht beschäftigt werden. Die senatorische Behörde vom Verein und dem Pflegeverband in der Zukunft eine Kostenreduzierung innerhalb des Pflegekonzeptes.

Unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit dieser ersten Wohngemeinschaft für Demenzzranke in Bremen ist es notwendig und angezeigt, die sozialhilferechtlich getroffenen Ent-

scheidungen anzupassen, ohne dabei allerdings unsere Grundsatzentscheidung in Bezug auf die Gesamtkosten (verbleibende vollstationäre Pflegekosten nach Abzug der Leistungen der Pflegeversicherung plus Zuschlag von 10 % wegen des Modellcharakters) in Frage zu stellen. Eine vollständige Übernahme der Kosten aus Mitteln der Sozialhilfe wird daher in jedem Einzelfall vor allem wegen des recht kostenintensiven Pflegekonzeptes weiterhin nicht möglich sein.

Unter Berücksichtigung der genannten Gründe ist bei der Bewilligung von Leistungen nach dem SGB XII für die Bewohner der Wohngemeinschaft „Die Woge“ nunmehr folgende veränderte Richtlinie zu beachten:

1. Rechtsgrundlage

Bei der Wohngemeinschaft handelt es sich um eine ambulant betreute Wohnmöglichkeit i. S. des § 98 Abs. 5 SGB XII. Insofern sind bei bestehender Hilfsbedürftigkeit Leistungen des 3. bzw. 4. Kapitels des SGB XII zu erbringen. Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege sind im Rahmen der §§ 61 ff SGB XII zu erbringen.

2. Ziel und Zielgruppe

In der Wohngemeinschaft erfolgt ein ambulantes Wohnen (ambulant betreute Wohnmöglichkeit) für demenzkranke Pflegebedürftige. Eine Bewilligung von Leistungen nach dem SGB XII kann nur dann erfolgen,

wenn

- 2.1 zumindest eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II und ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 45 a SGB XI) vorhanden ist,
 - 2.2 ein Wohnen im bisherigen eigenen Haushalt nicht mehr möglich ist,
 - 2.3 der MDK die Notwendigkeit einer stationären Versorgung bescheinigt.
3. Es erfolgt eine gemeinschaftliche Betreuung und Versorgung durch einen von den Bewohnern gewählten Pflegedienst. Ein bestimmter Teil der Leistungen im Rahmen der Hilfe an der Person wird selbstverständlich individuell erbracht. Die Betreuung im Tagesablauf erfolgt gemeinschaftlich, dieses gilt auch überwiegend für die hauswirtschaftlichen Leistungskomplexe.

4. Art und Umfang der Leistungen

Eine Bewilligung von Leistungen erfolgt im Rahmen des dritten, vierten und siebten Kapitels des SGB XII. Der Leistungsrahmen wird jedoch "gedeckt". Leistungen sind insgesamt nur bis zur Höhe der vergleichbaren Leistungen einer vollstationären Versorgung zu bewilligen. Unter Berücksichtigung des Modellcharakters der Maßnahme können ausnahmsweise Mehrkosten in Höhe von 10 % vom Sozialhilfebedarf (verbleibende vollstationäre Pflegekosten nach Abzug der Leistungen der Pflegeversicherung) im Einzelfall bewilligt werden. Als Vergleichsmaßstab sind die stationären Einrichtungen der Stadtgemeinde Bremen heranzuziehen, die für demenzerkrankte Personen besondere Wohngruppen vorgesehen haben. Eine entsprechende Einrichtung ist das Haus Rablinghausen der Bremer Heimstiftung. Der vergleichbare Pflegesatz dieser Einrichtung beträgt inklusiv Pflegebedarfsaufwand und Unterkunft/Verpflegung ohne Berücksichtigung von Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung z. Zt.

im Rahmen der Pflegestufe II z. Zt.	€ 113,21 tgl.*
im Rahmen der Pflegestufe III z. Zt.	€ 129,46 tgl.*

Grundsätzlich muss auch die Möglichkeit bestehen, dass Pflegebedürftige in die Wohngemeinschaft einziehen, die zwar einen Anspruch auf Hilfe zur Pflege, allerdings nicht auf Hilfe zum Lebensunterhalt haben. In diesen Fällen sind nur die Anteile des Pflegebedarfs zu berücksichtigen. Eine Orientierung sollte grundsätzlich an den Anteilen für Pflegeaufwand der o. g. Pflegesätze erfolgen:

im Rahmen der Pflegestufe II	z. Zt. € 67,98 tgl.*
im Rahmen der Pflegestufe III	z. Zt. € 84,98 tgl.*

*nach der Vereinbarung für die Zeit vom 01.01.2016 bis 31.12.2016

Der Monatsatz ergibt sich unter Beachtung der Bearbeitungspraxis der Heimhilfe durch eine Multiplikation des Tagessatzes mit dem Wert 30,42.

4.1 Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Sofern die Voraussetzungen gem. § 27 SGB XII bzw. § 41 SGB XII vorliegen, ist Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung zu gewähren.

4.1.1 Regelsatz

Für die Bewohner ist grundsätzlich der Regelsatz eines Haushaltsvorstandes zu berücksichtigen

4.1.2 Mehrbedarf

Bei Vorliegen der Voraussetzungen sind die Mehrbedarfe gem. § 30 SGB XII zu berücksichtigen.

4.1.3 Kosten der Unterkunft

Die vom Verein "Die Woge" vorgesehenen Unterkunftskosten sind deutlich zu hoch und können sozialhilferechtlich nicht akzeptiert werden. Bei der Beurteilung der Angemessenheit der Mietkosten ist die aktuelle fachliche Weisung zu § 29 SGB XII zu beachten. Die angemessene Höhe der Kosten ist unter Berücksichtigung des Punktes Betreutes Wohnen festzulegen. Der Personenkreis und die damit verbundene besondere Ausstattung des Wohnraumes sind in Bezug auf die Höhe der angemessenen Unterkunftskosten zu berücksichtigen.

4.2 Hilfe zur Pflege und Behandlungspflege

Grundsätzlich sind die Leistungen des SGB XI und des SGB V vorrangig. Sowohl die Grundpflege (SGB XI) als auch die Behandlungspflege (SGB V) sind durch einen Pflegeverband zu erbringen. Einzelne Leistungen können auch durch Angehörige oder im Rahmen von Ehrenamtlichkeit ergänzt werden.

Ergänzende Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege gem. §§ 61 ff BSHG sind in aller Regel erforderlich. Da bei der Bewilligung der Sozialhilfeleistungen für die Bewohner der Wohngemeinschaft eine Deckelung auf dem Niveau der vollstationären Heimkosten (eine Überschreitung grds. bis zu 10 % ist möglich) erfolgt, kann grundsätzlich auf eine Begutachtung der zusätzlichen Leistungen durch das Gesundheitsamt Bremen verzichtet werden.

Bei der Berücksichtigung der hauswirtschaftlichen Leistungskomplexe ist zu beachten, dass diese Leistungskomplexe gemeinsam für alle Bewohner erbracht werden. Sie müssen zwar individuell bewilligt werden, der Umfang entspricht allerdings nicht dem Umfang des Bedarfs einer alleinstehenden Person.

Die Leistungskomplexe 21 bis 23 der Weisung zur ambulanten Pflege sind grundsätzlich nicht zu bewilligen. Die Wohngemeinschaft wird sowohl am Tag als auch in der Nacht von Pflegekräften bzw. Präsenzkraften betreut, die innerhalb der übrigen Leistungskomplexe abgerechnet werden.

4.3 Leistungen gem. § 45 b SGB XI (Zusätzliche Betreuungsleistungen) bleiben bei der Bewilligung von Leistungen nach dem SGB XII für Bewohner der Wohngemeinschaft „Woge“ unberücksichtigt.

4.4 Den Bewohnern steht ein restliches Pflegegeld gem. § 64 SGB XII i. V. mit § 66 Abs. 2 SGB XII zur Verfügung. Dieses kann im Rahmen der Deckelung der Gesamtkosten ggf. zur Finanzierung der Pflegekosten gem. § 65 SGB XII eingesetzt werden.

4.5 Vergleichsberechnung ambulant/stationär

Sofern die Hilfen nach den Punkten 4.1 bis 4.4 im Einzelfall nicht ausreichend sind, können Mehrkosten bis zur in Punkt 4 beschriebenen Höhe übernommen werden (verbleibende vollstationäre Pflegekosten nach Abzug der Leistungen der Pflegeversicherung plus Aufschlag von grundsätzlich 10 %). Bei nicht pflegeversicherten Leistungsberechtigten erfolgt zur Berechnung des Zuschlags von 10 % eine fiktive Anrechnung der Leistungen des SGB XI. Der hier zu errechnende Betrag stellt auch die maximale Deckelung dar, wobei eine Anrechnung von Einkommen und Vermögen nach stationären Bedingungen (Einsatz des Einkommens gem. § 88 SGB XII) zu erfolgen hat.

Die Vergleichsberechnung kann nach folgenden Mustern vorgenommen werden:

Mögliche maximale Bewilligung im Rahmen der Pflegestufe II (Stand Januar 2016):

	01.01.2014	01.01.2015	01.01.2016
Pflegesatz Heimstiftung	3.294,79 €	3.346,20 €	3.443,85 €
Grundbarbetrag	105,57 €	107,73 €	109,08 €
Zusätzlicher Barbetrag, sofern Anspruch im Rahmen der Besitzstandsregelung besteht			
./. stationäre Pflegeversicherung	- 1.279,00 €	-1.330,00 €	-1.330,00 €
Sozialhilfebedarf (nach Abzug der SGB XI-Leistung)	2.121,36 €	2.123,93 €	2.222,93 €
Zuschlag von 10 % des Sozialhilfebedarfs	212,14 €	212,39 €	222,29 €
Sozialhilfebedarf (nach Abzug der SGB XI-Leistungen) einschl. Zuschlag	2.333,50 €	2.336,32 €	2.445,22 €
./. Einkommen (ggf. Aufwendungsersatz berücksichtigen, wenn z. B. Ehepartner noch eigenen Haushalt hat)			
Maximale Sozialhilfeleistung			
Ggf. zuzüglich Bekleidung 1/2jährlich auf Antrag			

Stand: **01.01.2013**: Pflege 63,60 €, Ausbildungszulage 0,92 €, Unterkunft 14,75 €, Verpflegung 9,83 €, Investitionskosten 16,48 € = 105,58 € x 30,42 Tage = **3.211,74 €**
 Stand: **01.01.2014**: Pflege 65,76 €, Ausbildungszulage 0,96 €, Unterkunft 15,07 €, Verpflegung 10,04 €, Investitionskosten 16,48 € = 108,31 € x 30,42 Tage = **3.294,79 €**
 Stand: **01.01.2015**: Pflege 65,52 €, Ausbildungszulage 1,36 €, Unterkunft 15,28 €, Verpflegung 10,19 €, Investitionskosten 17,65 € = 110,00 € x 30,42 Tage = **3.346,20 €**
 Stand: **01.01.2016**: Pflege 67,98 €, Ausbildungszulage 1,18 €, Unterkunft 15,85 €, Verpflegung 10,57 €, Investitionskosten 17,63 € (für LB von Sozialhilfe) = 113,21 € x 30,42 Tage = **3.443,85 €**

Mögliche maximale Bewilligung im Rahmen der **Pflegestufe III** (Stand Januar 2016):

	01.01.2014	01.01.2015	01.01.2016
Pflegesatz Heimstiftung	3.794,90 €	3.844,48 €	3.967,07 €
Grundbarbetrag	105,57 €	107,73 €	109,08 €
Zusätzlicher Barbetrag, sofern Anspruch im Rahmen der Besitzstandsregelung besteht			
./. stationäre Pflegeversicherung	-1.550,00 €	-1.612,00 €	-1.612,00 €
Sozialhilfebedarf (nach Abzug der SGB XI-Leistung)	2.350,47 €	2.340,21 €	2.464,15 €
Zuschlag von 10 % des Sozialhilfebedarfs	235,05 €	234,02 €	246,42 €
Sozialhilfebedarf (nach Abzug der SGB XI-Leistungen) einschl. Zuschlag	2.585,52 €	2.574,23 €	2.710,57€
./. Einkommen (ggf. Aufwendungsersatz berücksichtigen, wenn z. B. Ehepartner noch eigenen Haushalt hat)			
Maximale Sozialhilfeleistung			
Ggf. zuzüglich Bekleidung 1/2jährlich auf Antrag			

Stand: **01.01.2013**: Pflege 79,50 €, Ausbildungszulage 0,92 €, Unterkunft 14,75 €, Verpflegung 9,83 €, Investitionskosten 16,48 € = 121,48 € x 30,42 Tage = **3.695,42 €**
 Stand: **01.01.2014**: Pflege 82,20 €, Ausbildungszulage 0,96 €, Unterkunft 15,07 €, Verpflegung 10,04 €, Investitionskosten 16,48 € = 124,75 € x 30,42 Tage = **3.794,90 €**
 Stand: **01.01.2015**: Pflege 81,90 €, Ausbildungszulage 1,36 €, Unterkunft 15,28 €, Verpflegung 10,19 €, Investitionskosten 17,65 € = 126,38 € x 30,42 Tage = **3.844,48 €**
 Stand **01.01.2016**: Pflege 84,98 €, Ausbildungszulage 1,36 €, Unterkunft 15,85 €, Verpflegung 10,57 €, Investitionskosten 17,65 € (für LB von Sozialhilfe) = 130,41 € x 30,42 = **3.967,07 €**

Es sind jeweils die aktuellen Entgelt zu berücksichtigen.

Es wird empfohlen, hinsichtlich des zusätzlichen Barbetrages und in Bezug auf die Errechnung eines möglichen Aufwendungsersatzes einzelfallbezogen mit der Heimhilfe des Amtes für Soziale Dienste Rücksprache zu nehmen.

Bei den Maximalbeträgen ist ein zusätzliches Pflegegeld gem. § 66 SGB Abs. 2 XII nicht zu berücksichtigen.

Es ist davon auszugehen, dass wir mit einzelfallbezogenen Entscheidungen auf der Basis der oben beschriebenen Berechnung das Ermessen gem. §§ 9 und 13 SGB XII angemessen ausüben, wobei zunächst immer die Frage der Zumutbarkeit i. S. des § 13 Abs. 1 SGB XII zu prüfen ist.

Trotzdem kann es notwendig sein, dass im Einzelfall aus wichtigen Gründen abweichende und somit individuelle Entscheidungen zu treffen sind. Dieses kann ggf. dadurch erreicht werden, dass der grundsätzlich festgelegte Zuschlag von 10 % des Sozialhilfebedarfs angemessen zu erhöhen ist.

5. Sonstiges

- 5.1 Diese fachliche Richtlinie tritt mit sofortiger Wirkung in Kraft. Die Richtlinie vom 14.01.2005 wird mit sofortiger Wirkung außer Kraft gesetzt. Bisherige Leistungsgewährungen sind in einem angemessenen Zeitraum zu überprüfen.
- 5.2 Mit dem Verein "Die Woge" hat die senatorische Dienststelle vereinbart, dass Personen, die keinen gewöhnlichen Aufenthalt in der Stadtgemeinde Bremen haben, nicht in der Wohngemeinschaft aufgenommen werden.
- 5.3 Aufgrund des Modellcharakters der Maßnahme und der Deckelung der Gesamtkosten werden dem Amt für Soziale Dienste empfohlen, die Bearbeitung entsprechender Anträge und die Bewilligung von Leistungen nach dem SGB XII zentral wahrzunehmen.
- 5.4 Da das Modell dieser Wohngemeinschaft für demenzkranke Pflegebedürftige ausgewertet werden soll, sind die nach dem SGB XII geleisteten Hilfen und Kosten zu dokumentieren und den Referaten 400-52 und 400-55 zur Verfügung zu stellen. Dieses gilt insbesondere auch für die Herkunft der Bewohner der Wohngemeinschaft. Hierzu erfolgt eine gesonderte Verfahrensabsprache.
- 5.5 Bis zum Inkrafttreten einer allgemeinen Rahmenrichtlinie zur Bewilligung von Leistungen nach dem SGB XII für Bewohner von Pflegewohngemeinschaften sind Sozialhilfeleistungen für andere Pflegewohngemeinschaften auf der Basis dieser Rahmenrichtlinie unter Beachtung der Besonderheit des Einzelfalles zu gewähren.

Nach Art und Umfang der Leistung handelt es sich bei dieser Wohngemeinschaft um eine ambulant betreute Wohnmöglichkeit im Sinne des § 98 Abs.5 SGB XII. Nach § 98 Abs.5 SGB XII bleibt der Träger der Sozialhilfe örtlich zuständig, der vor Eintritt in diese Wohnform zuletzt örtlich zuständig war

7. Hausnotrufzentrale, ggf. mit Telefonanschluss (§ 61 SGB XII)

Die Übernahme der Kosten für den Anschluss an eine Hausnotrufzentrale kommt nach ärztlicher, pflegefachlicher oder sozialpädagogischer Stellungnahme nur in Betracht, wenn

- der Leistungsberechtigte alleinstehend ist und
- der Leistungsberechtigte seine Wohnung wegen einer nicht nur vorübergehenden Erkrankung oder wegen einer erheblichen Behinderung nicht ohne Hilfe verlassen kann oder
- bei dem Leistungsberechtigten eine Krankheit vorliegt, die ihn zwingt, nicht nur gelegentlich sofortige ärztliche oder andere Hilfe herbeizurufen und deshalb ein Hausnotruf notwendig ist.

Eine Ausnahme vom obengenannten Personenkreis ist möglich, wenn durch den Anschluss an eine Hausnotrufzentrale Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht erforderlich werden, z.B. bei Ehepaaren, wenn der eine Ehepartner bei Abwesenheit nicht unbeaufsichtigt bleiben kann und ansonsten eine Beaufsichtigung notwendig wäre.

Dem Hilfesuchenden sind die monatlichen Anschlusskosten an eine Hausnotrufzentrale sowie die Anschlussgebühren zu leisten. Ist ein Telefonanschluss nicht vorhanden, sind auch die Anschlusskosten für das Telefon zu leisten.

Für Leistungsberechtigte nach dem SGB XI werden die Kosten des Hausnotrufs von der Pflegekasse geleistet. Leistungen nach dem SGB XII für den Hausnotruf sind dann nicht zu leisten

Ein Zustand von Hilflosigkeit, der es ausschließt, telefonische Hilfe herbeizurufen, berechtigt nicht zur Gewährung der o.g. Leistung.

In begründeten Fällen kann gemäß § 71 Abs. 2 Nr.6 SGB XII außer den Anschlusskosten für das Telefon auch die monatliche Grundgebühr übernommen werden. Hierbei ist der in den Grundgebühren günstigste Anbieter zu wählen, mögliche Gebührenermäßigungen aus sozialen Gründen sind zu beachten. Die Kosten für die anfallenden Gespräche sind nicht aus Sozialhilfemitteln zu leisten.

8. Service-Wohnen

Verwaltungsanweisung nach §§ 61-66 und 71 SGB XII Kostenübernahme der Pauschale für Altenwohnanlagen mit Service

Das Angebot des Service-Wohnens in altengerechten und barrierearmen Wohnungen ermöglicht eine weitgehend selbstständige Lebensführung und bietet durch den Grundservice und abrufbare Wahlleistungen ein hohes Maß an Sicherheit und Unterstützung.

1. Die unter diese Regelung fallenden Wohnungen sind nach § 5 Abs.2 Bremisches Wohn- und Betreuungsgesetz – BremWoBeG angezeigte öffentlich geförderte Altenwohnungen mit Serviceangeboten, die aus einem Grundservice und abrufbaren Wahlserviceleistungen bestehen. Es handelt sich dabei
 - um öffentlich geförderten Wohnraum oder anderen Wohnraum aufgrund gesonderter Kooperation
 - mit einer Belegungsbindung durch die Zentrale Fachstelle Wohnen (ZFW).
2. Das Angebot richtet sich an Menschen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben und einen Wohnberechtigungsschein zum Bezug einer geförderten Mietwohnung haben, die zur Unterstützung und Erhalt der Selbständigkeit mindestens den Grundservice benötigen.

In besonders gelagerten Einzelfällen können auch Kosten für Menschen unterhalb der Altersgrenze übernommen werden.

3. Die Vermittlung von öffentlich geförderten Altenwohnungen und von öffentlich geförderten Altenwohnungen mit Service erfolgt durch die ZFW. Eine Vermittlung von Altenwohnungen mit Service durch die ZFW erfolgt nur, wenn ein Grundservice notwendig ist. Die Notwendigkeit des Grundservices wird durch die ZFW nach den in Ziffer 2 genannten Kriterien verbindlich festgestellt. Sollte die Notwendigkeit durch die ZFW nicht eindeutig festgestellt werden können, ist der Sozialdienst Erwachsene des zuständigen Sozialzentrums bzw. der zuständige Dienst zu beteiligen. Der Sozialdienst Wirtschaftliche Hilfen ist für die sozialhilferechtliche Prüfung und Bearbeitung, sowie für die Erteilung eines rechtsmittelfähigen Bescheides zuständig.
4. Der Grundservice ist eine Leistung der Hilfe zur Pflege nach dem 7.Kapitel des SGB XII gemäß §§ 61 – 66 ff SGB XII, bei fehlender Leistungsberechtigung nach dem 7.Kapitel nachrangig im Rahmen der Altenhilfe nach § 71 SGB XII.
Er wird mit einer monatlichen Pauschale bezahlt und umfasst:
 - Tag und Nacht besetzte Notrufanlagen,
 - schnelle Hilfe und Erreichbarkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern,
 - Erstversorgung in Notfällen und Organisation weitergehender Hilfen,
 - im Falle einer kurzen Erkrankung die Organisation der pflegerischen Versorgung, die Arztbegleitung und die Besorgung von kleineren Einkäufen und Medikamenten,
 - Vermittlung häuslicher Krankenpflege, teilstationärer Angebote und vollstationärer Pflege,
 - Hilfestellung bei Anträgen, Vermittlung von Dienstleistungen, Beratung und Organisation von Hilfen,
 - regelmäßige Sprechstunden
 - Unterstützung bei der Teilnahme und Organisation kultureller und geselliger Veranstaltungen.

Sofern Leistungen für den Hausnotruf einzelfallbezogen durch die Pflegekasse bzw. bei Nichtversicherten durch den Sozialhilfeträger bewilligt werden, sind diese von der Grundpauschale in Abzug zu bringen.

Der Wahlservice wird in den einzelnen Häusern individuell angeboten und ist nicht Gegenstand der Pauschale.

5. Von den verschiedenen Anbietern werden unterschiedliche Leistungen mit unterschiedlichen Kosten angeboten. Die folgenden Beträge sind deshalb Maximalkosten, die im Rahmen des Grundservices anerkannt werden können:
 - für einen 1-Personenhaushalt maximal 85,00 € monatlich.
 - für einen 2-Personenhaushalt maximal 127,50 € monatlich.
6. Eine Veröffentlichung der Kosten der jeweiligen Anbieter erfolgt gesondert.
7. Ein neues Angebot bedarf der Zustimmung der Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport. Hierzu müssen vom Leistungsanbieter eine Leistungsbeschreibung über den inhaltlichen und zeitlichen Umfang der Leistung und eine Kostenkalkulation vorgelegt werden.
8. Übergangsregelung:

Die Service-Pauschalen bleiben zunächst in bisheriger Höhe bestehen (Grundservice 66,47 € bzw. 99,70 €), solange nicht die unter Ziffer 7 genannte Zustimmung der SJFIS erfolgt ist.

Für vormals öffentlich geförderte Altenwohnungen mit Service, die die Voraussetzungen nicht mehr erfüllen (z.B. nicht mehr öffentlich geförderter Wohnraum, Belegungsbindung der ZFW ist entfallen), aber weiterhin einen Service anbieten, sind weiterhin die Leistungen für die Bewohnerinnen und Bewohner in bisheriger Höhe zu erbringen. Für Neueinzüge ist diese Übergangsregelung dann nicht mehr anzuwenden.

9. Mobiler Begleitdienst der Paritätischen Pflegedienste Bremen

Leistungsbeschreibung des Mobilen Begleitdienstes (MBD):

Im Rahmen des Mobilen Begleitdienstes werden insbesondere folgende persönliche Hilfen angeboten.

- Aktivierung (Spaziergänge, Gehübungen)
- Unterstützung bei der Herstellung und Pflege von Sozialkontakten
- Einkäufe, Kleine Besorgungen für den Leistungsberechtigten zusätzlich zu den hauswirtschaftlichen Leistungen der Haushaltshilfe/Nachbarschaftshilfe
- Begleitung bei Einkäufen gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten zusätzlich zu den hauswirtschaftlichen Leistungen der Haushaltshilfe/Nachbarschaftshilfe
- Stundenweise Betreuung zur Entlastung pflegender Angehöriger.

Die Leistung wird im Rahmen der fachlichen Verantwortung des Leistungserbringers von erfahrenen / geschulten Hilfskräften erbracht. In der Regel kann dabei – bei Bedarf – ein geeignetes KFZ eingesetzt werden. Die mobile Begleitung muss aber im Vordergrund stehen, die Leistung darf nicht zu einem ausschließlichen Fahrdienst werden.

Die Leistung wird in Zeiteinheiten von 30 Minuten abgerechnet. Pro angefangene halbe Stunde sind 12,50 € zu bewilligen.

Die Inanspruchnahme dieser Leistung ist rechtzeitig mit dem Leistungserbringer zu planen. Die regionale Verfügbarkeit ist noch nicht bremenweit gegeben. Zurzeit kann die Leistung in folgenden Regionen erbracht werden:

- Bremen-Nord/ West
PLZ: 28219, 28237, 28239, 28717, 28719, 28755, 28757, 28759, 28777, 28779
Tel. 960 37 880
- Bremen Süd (Huchting, Woltmershausen):
PLZ: 28197, 28199, 28259
Tel. 696 20 432
- Bremen Stadtgebiet/Ost
PLZ: 28207, 28209, 28211, 28213, 28307, 28309, 28325, 28327, 28329
Tel. 958 57 03

Die Leistung ist als **Ergänzung zur organisierten Nachbarschaftshilfe** der Dienstleistungszentren zu sehen. Sie steht in keiner Konkurrenz zur Haushaltshilfe und ist zusätzlich. Diese Leistung, die im Rahmen des LK 23 bei Bedarf erbracht und entsprechend bezahlt wird, mindert nicht die Bedarfsfeststellung für pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen; sie erfolgt zusätzlich und kann auch einmalig oder zeitlich begrenzt erbracht werden. Eine einmalige oder kurzzeitige Leistung ist im Hilfeplan gesondert darzustellen.

Sie ist insbesondere in Erwägung zu ziehen:

- wenn Personenbegleitung und ein KFZ erforderlich ist,
- für Begleitungen, wenn die zeitlichen Einsatzmöglichkeiten der Nachbarschaftshelfer/innen ausgeschöpft sind,
- wenn während der Begleitung auch pflegerische Hilfestellungen erforderlich sein könnten,
- wenn nur kleinere Unterstützungen notwendig sind, die über Nachbarschaftshilfe nicht organisierbar sind.

Ziel dieses Angebots ist es, pflegebedürftigen Menschen (auch unterhalb von Pflegestufe 1) die Teilhabe am öffentlichen / sozialen Leben zu ermöglichen.

Die Leistung wird regelmäßig im Rahmen des § 45b SGB XI erbracht. Auf die vorrangige Inanspruchnahme der Leistung nach dem SGB XI wird hingewirkt. Dies gilt auch für pflegebedürftige Personen, die noch keine Ansprüche nach dem SGB XI erworben haben.

Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen und der Paritätischen Pflegedienste Bremen haben sich darauf verständigt, dass eine Leistungserbringung auch im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII möglich ist. Die Zielsetzung entspricht dem Leistungskomplex 23. Deshalb kann bei Bedarf eine Leistungserbringung als LK 23 mit dem entsprechenden Entgelt für diesen Leistungskomplex auch erfolgen, wenn die Bedarfe den Rahmen der Leistung des § 45b SGB XI übersteigen.

10. Wohnumfeldverbesserung

- Wohnungsanpassungsmaßnahmen für mobilitätsbeeinträchtigte Personen

Für die Leistung, die im Rahmen der Hilfe zur Pflege gewährt wird, gilt die Verwaltungsanweisung „Wohnungsanpassungsmaßnahmen für mobilitätsbeeinträchtigte Personen“ nach § 53,54 SGB XII analog auch im Rahmen der Hilfe nach § 61 SGB XII.

11. Tagesbetreuung für Demenz

Tagesbetreuung für demenzkranke ältere Menschen

Gem. § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII wird für demenzkranke ältere Menschen im Sinne des § 45a SGB XI eine Tagesbetreuung angeboten. Die Tagesbetreuung erfolgt i.d.R. zweimal wöchentlich. Sie umfasst Mahlzeiten und den Hol- und Bringdienst.

Diese Betreuungsart enthält u. a. Maßnahmen des Realitäts-Orientierungs-Trainings, des Gedächtnistrainings und des Einübens motorischer Fertigkeiten und steht alten Menschen zur Verfügung, deren zeitweilige Betreuung und Versorgung in dem eigenen Haushalt durch Angehörige, Nachbarn oder sonstige ambulante Hilfen allein nicht sichergestellt werden kann. Es werden keine pflegerischen Tätigkeiten ausgeübt, wobei Hilfen beim Essen und Toilettengang nicht ausgeschlossen sind. Ziel dieser Maßnahme ist, ein möglichst weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Da sie auch betreuende Angehörige entlastet, werden stationäre Maßnahmen, wie z. B. stationäre gerontopsychiatrische Versorgung, vermieden.

Die Tagesbetreuung wird in der Regel zweimal wöchentlich besucht. An diesen Tagen werden ein Frühstück und ein Mittagessen serviert.

Sofern Hol- und Bringdienste angeboten werden, gehören diese zum Bestandteil der Maßnahme.

Insgesamt handelt es sich um eine ambulante Maßnahme. Die Maßnahme ist als zusätzliche Betreuungsleistung nach § 45b SGB XI anerkannt und kann deshalb auch im Rahmen dieser Leistung mit der Pflegekasse abgerechnet werden.

Aufgabe des Sozialdienstes Erwachsene

Er stellt den Hilfebedarf Personenkreiszugehörigkeit fest und übermittelt den Wirtschaftlichen Hilfen eine entsprechende Stellungnahme über die Notwendigkeit der Maßnahme sowie den dazugehörigen Antrag nebst Antragsunterlagen, z. B. über Einkommen und Vermögen. Die Stellungnahme soll die Frage der Notwendigkeit eines Hol- und Bringdienstes mit einschließen. Ggf. ist das Gesundheitsamt zu beteiligen. Die Abgrenzung zur Tagespflege ist zu beachten.

Der SDE prüft die vorrangige Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegekasse und beschreibt den sozialhilferechtlichen Bedarf erst dann, wenn eine Leistungsgewährung nach § 45b SGB XI ausgeschöpft ist. Hierzu wird auf die Regelungen im Abschnitt 1.3 und 1.4 verwiesen.

Aufgabe der Wirtschaftlichen Hilfen

Die Wirtschaftlichen Hilfen treffen die Leistungsentscheidung auf der Grundlage der Stellungnahme des Sozialdienstes. Es handelt sich um eine ambulante Hilfe nach § 61 Abs.1 Satz 2 SGB XII. Der Einkommens- und Vermögenseinsatz richtet sich nach dem Elften Kapitel. Die Regelung über den Kostenbeitrag bei Unterbringung in einem Tagespflegeheim gilt sinngemäß (häusliche Einsparungen). Weiterbewilligungen dürfen nur dann erfolgen, wenn eine befürwortende Stellungnahme des Sozialdienstes vorliegt.

Die Kostenhöhe richtet sich nach der Entgeltvereinbarung.

12. Tages- und Nachtpflege

Allgemeines

Die Landesverbände der Pflegekassen, der SHT Bremen, Bremerhaven und die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene haben über die pflegerische Versorgung in Einrichtungen der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) gem. § 75 Abs. 1 SGB XI hierzu einen Rahmenvertrag abgeschlossen.

Personenkreis

Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Für die Tages- oder Nachtpflege besteht keine zeitliche Begrenzung. Sie besteht zur Ergänzung der häuslichen Pflege und verhindert vollstationäre Pflege!

Leistungen

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Fahrtkosten bis zu einer Höhe, die den Leistungen nach § 36 SGB XI und § 123 SGB XI (Pflegesachleistung) für die jeweilige Pflegestufe entsprechend ist.

Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten werden von der Pflegekasse nicht übernommen.

Nach § 61 Abs.2 SGB XII werden die durch die Pflegekasse nicht gedeckten Kosten übernommen, wenn

- die Versorgung in einer Tagespflege notwendig ist
- und die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen vorliegen.

Die Notwendigkeit und die Häufigkeit des Besuchs in einer Tagespflege beurteilt der Sozialdienst im Rahmen seiner Hilfeplanung. Die Notwendigkeit wird analog den Bestimmungen im SGB XI beurteilt.

Für die Sozialhilfe ist zu beachten:

Vergütungen

Die Leistungen für die Tagespflegeeinrichtung richten sich nach den abgeschlossenen Entgeltvereinbarungen nach § 75 SGB XII.

Mit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes besteht auch für die Tages- und Nachtpflege ein Anspruch auf einen Vergütungszuschlag für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf. Dieser Anspruch nach § 87b SGB XI schmälert nicht den Leistungsanspruch nach § 45b SGB XI.

Mit dem Sozialhilfeträger bestehen keine analogen Leistungsvereinbarungen für Vergütungszuschläge in der Tages- und Nachtpflege und in der Kurzzeitpflege wie für die stationäre Dauerpflege.

13. Leistungskonkurrenzen/ Zweckidentität

13.1. SGB XI / Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Erhalten behinderte Menschen im Sinne des SGB IX auch Leistungen nach dem SGB XI und/oder dem 7. Kapitel SGB XII, ist im Einzelfall der Hilfebedarf der Eingliederungshilfe nach dem Kapitel 6 SGB XII zu prüfen, um Überschneidungen zu vermeiden.

Dieses Verfahren ist näher in der Rahmenrichtlinie gem. § 5 Abs.2 BremAG SGB XII zu § 3 53, 54 SGB XII beschrieben. In dieser Rahmenrichtlinie wird das Verhältnis der SGB XI/SGB XII – Pflege zu den Leistungen des Betreuten Wohnens im Rahmen der Eingliederungshilfe „ dargestellt.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass entscheidend für die Zuordnung die Zielsetzung ist, die für die in Frage stehenden Leistungen überwiegend bestimmt ist.

Soweit bei Personen, die wegen einer Behinderung der Hilfe bedürfen, die Erhaltung und Sicherung der vorhandenen Lebensmöglichkeiten im Vordergrund steht, ist Hilfe zur Pflege zu gewähren.

Bei Wohnumfeldverbesserungen ist aus Zweckmäßigkeitsgründen i.d.R. davon auszugehen, dass Antragsteller ab Pflegestufe I der Hilfe zur Pflege, Antragsteller mit einem Pflegebedarf unter der Pflegestufe I oder ohne Pflegebedarf der Eingliederungshilfe zuzuordnen sind. Vorrangige Leistungen nach § 40 Abs.4 SGB XI sind zu beachten.

13.2. SGB XI / Hilfe zur Pflege und SGB V / Hilfe zur Gesundheit

Hilfsmittel

Die Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen SGB XI und SGB V betreffen in erster Linie die Hilfsmittel. In der Sozialhilfepraxis werden diese Fragen bei Leistungsberechtigten entstehen, die nicht pflegeversichert sind.

Pflegehilfsmittel grenzen sich von Hilfsmitteln im Sinne der Krankenversicherung dadurch ab, dass sie weder der Krankheitsbehandlung noch dem Ausgleich von Behinderung dienen.

Die Zuständigkeit nach dem SGB V ergibt sich somit für Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen.

Die Zuständigkeit nach dem SGB XI ergibt sich für Hilfsmittel (Pflegehilfsmittel), wenn diese zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Die Gewährung eines Pflegehilfsmittels nach § 40 SGB XI setzt voraus, dass ein Anspruch nach dem SGB V nicht besteht.

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, Haushaltshilfe, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 37 Abs.1a SGB V, § 38 SGB V, § 39c SGB V)

Durch das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10.12.2015 ist durch Artikel 6 eine im SGB V bestehende Versorgungslücke geschlossen worden.

„Versicherte können wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einen Bedarf an grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung haben, weil sie sich im Hinblick auf die erheblichen Auswirkungen der Behandlungen zuhause nicht selbst pflegen und versorgen können. Versicherte bedürfen in dieser Konstellation der Unterstützung durch Leistungen der Grundpflege und/oder der hauswirtschaftlichen Versorgung, soweit nicht andere, insbesondere im Haushalt lebende Personen dies leisten können.

Diese Versorgung ist im Einzelfall nicht immer gegeben. Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege scheidet dies bisher grundsätzlich daran, dass diese nur im Zusammenhang mit medizinischer Behandlungspflege verordnet werden kann. Ähnliche Versorgungsprobleme können sich insbesondere nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung zeigen“ (Auszug aus der Gesetzesbegründung zum Artikel 6 des KHSG).

Um diese „Versorgungslücke“ zu schließen, hat der Gesetzgeber die maßgeblichen Regelungen im SGB V geändert.

Durch die Gesetzesänderung besteht ab 01.01.2016 ein Leistungsanspruch bei der Unterstützung durch Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (§ 37 Abs.1a SGB V), auf Versorgung durch Haushaltshilfen (§ 38 SGB V) und auf Leistungen für Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 39c SGB V) wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere

- nach einem Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder
- nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung.

Voraussetzungen sind, dass keine Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI gegeben ist (z.B. weil der Unterstützungsbedarf nur von kurzer Dauer ist) und soweit nicht andere, insbesondere im Haushalt lebende Personen diese leisten können.

Der Anspruch bei der Haushaltshilfe ist nach § 38 SGB V auf 4 Wochen begrenzt, verlängert sich auf längstens 26 Wochen, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Als Satzungsleistungen können die Krankenkassen bei der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V über den Pflichtleistungsanspruch hinausgehende Ansprüche vorsehen, die z. B. eine längere Leistungsdauer regeln.

Der Leistungsanspruch auf Kurzzeitpflege ist an die Leistungsdauer (4 Wochen), Leistungshöhe (Stand: 01.01.2015 € 1.612 €) und an die Leistungsinhalte des § 42 SGB XI angelehnt. Die Kurzzeitpflege kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem SGB XI oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Ein Anspruch auf eine Leistungserhöhung oder

Verlängerung des zeitlichen Leistungsanspruchs nach § 42 Abs.2 Satz 3 SGB XI wegen Nichtinanspruchnahme von Verhinderungspflege besteht nicht.

13.3. SGB XI / Hilfe zur Pflege und Landespflegegeld

Das Landespflegegeld ist eine gleichartige Leistung im Sinne von § 66 Abs.1 SGB XII, auch wenn das Landespflegegeld wegen Blindheit geleistet wird. Das LPG ist auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege anzurechnen.

13.4. SGB XI / Hilfe zur Pflege und andere Rechtsvorschriften

Auf das Pflegegeld nach § 64 SGB XII sind die Pflegezulagen nach §§ 35 BVG, 269 LAG sowie Pflegegeld nach § 44 SGB VII als gleichartige Leistung anzurechnen.

13.5. Hilfe zur Pflege nach SGB XII und Blindenhilfe nach § 72 SGB XII

Die Blindenhilfe gem. § 72 SGB XII ist auf das Pflegegeld gem. § 64 SGB XII gem. § 66 Abs.1 SGB XII mit 70% anzurechnen.

13.6. SGB XI und Blindenhilfe

Auf die Blindenhilfe sind Leistungen des SGB XI gem. § 72 SGB XII, auch soweit es sich um Sachleistungen handelt, mit 70% des Pflegegeldes der Pflegestufe I und bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen II und III mit 50% des Pflegegeldes der Pflegestufe II anzurechnen (höchstens jedoch 50% der Blindenhilfe).

13.7. Kürzungen gem. § 66 Abs.2 SGB XII

Gem. § 66 Abs.2 SGB XII werden die Leistungen nach § 65 SGB XII (Pflegesachleistung) und nach § 64 SGB XII (Pflegegeld) nebeneinander geleistet. Nach § 66 Abs.2 Satz 2 SGB XII kann dann das Pflegegeld um bis zu zwei Drittel gekürzt werden. Es wird dann ein Restpflegegeld in Höhe von einem Drittel geleistet. Diese Kürzung ist eine Kann-Bestimmung, in der im Einzelfall auch begründet abgewichen werden kann. Eine höhere Kürzung als um zwei Drittel ist nicht möglich. Bei der Anrechnung des Pflegegeldes auf die Kosten für eine selbst gewählte Pflegekraft (auch Pflegeperson) ist das Pflegegeld nach dem SGB XI und die Leistungsaufstockung gem. § 65 SGB XII insgesamt wie eine Pflegesachleistung anzusehen.

Daneben ist mindestens ein um zwei Drittel gekürztes Pflegegeld zu leisten.

Beispielsberechnungen:

*Anspruchsvoraussetzungen für Landespflegegeld, Blindenhilfe, **Pflegesachleistung nach dem SGB XI** der Pflegestufe I und Pflegesachleistung/Pflegegeld nach dem SGB XII liegen vor.*

01.01.2015	01.07.2015			
376,63 € -468,00 € =0,00 €	384,53 € -468,00 € =0,00 €	LPG wg. Blindheit Pflegesachleistung SGB XI LPG wg. Blindheit	Anrechnung gem. § 4 LPG	1.Schritt: Berechnung des vorrangigen An- spruchs nach dem LPGG
640,51 € -170,80 € =469,71 €	653,94 € -170,80 € =483,14 €	Blindenhilfe Pflegegeld SGB XI* Blindenhilfe	*auch bei Pflegesachlei- stung Anrechnung gem. § 72 SGB XII 70% des Pflegegeldes Stufe I, bei Pflegestufe II und III 50% des Pflegegeldes Stufe II	2.Schritt: Berechnung des Anspruchs auf Blin- denhilfe
244,00 € -162,67 € mind. =81,33 €	244,00 € -162,67 € mind. =81,33 €	Pflegegeld SGB XII Kürzung wg. Leistungen nach § 65 Abs.1 SGB XII gem. § 66 Abs.2 SGB XII* Pflegegeld nach § 64 SGB XII	* eine Kürzung von bis zu 2/3 des Pflegegeldes kann erfolgen, wenn Leistungen nach § 65 SGB XII gewährt wer- den. Ermessen ist aus- zuüben.	
81,33 € -328,80 € = 0,00 €	81,33 € -338,20 € = 0,00 €	Pflegegeld SGB XII anzurechnende Blindenhilfe Pflegegeld SGB XII	gem. § 66 Abs.1 SGB XII, 70% der Blindenhilfe	3. Schritt: Berechnung eines evtl. bestehenden Anspruchs auf „Pfle- gegeld“
Leistung 0,00 € 469,71 € 0,00 € 468,00 €	Leistung 0,00 € 483,14 € 0,00 € 468,00 €	LPG Blindenhilfe Pflegegeld SGB XII Pflegesachleistung SGB XI		

Beispielsberechnungen:

*Anspruchsvoraussetzungen für Landespflegegeld, Blindenhilfe, **Pflegegeld nach dem SGB XI** der Pflegestufe I liegen vor.*

01.01.2015	01.07.2015			
376,63 € -244,00 € =132,63 €	384,53 € -244,00 € =140,53 €	LPG wg. Blindheit Pflegegeld SGB XI LPG wg. Blindheit	Anrechnung gem. § 4 LPG	1.Schritt: Berechnung des vorrangigen Anspruchs nach dem LPGG
640,51 € -132,63 € -170,80 € =337,08 €	653,94 € -140,53 € -170,80 € =342,61 €	Blindenhilfe LPG Pflegegeld SGB XI* Blindenhilfe	§ 72 Abs.1.1 SGB XII *Anrechnung gem. § 72 SGB XII 70% des Pflegegeldes, bei Pflegestufe II und III 50% des Pflegegeldes Stufe II	2.Schritt: Berechnung des Anspruchs auf Blindenhilfe
132,63 € 337,08 € 244,00 €	140,53 € 342,61 € 244,00 €	LPG Blindenhilfe Pflegegeld SGB XI		

Beispielsberechnungen:

*Anspruchsvoraussetzungen für Landespflegegeld, Blindenhilfe, **Pflegesachleistung nach dem SGB XI** der Pflegestufe II und Pflegesachleistung/Pflegegeld nach dem SGB XII liegen vor.*

01.01.2015	01.07.2015			
376,63 € -1144,00 € =0,00 €	384,53 € -1144,00 € =0,00 €	LPG wg. Blindheit Pflegesachleistung SGB XI LPG wg. Blindheit	Anrechnung gem. § 4 LPG	1.Schritt: Berechnung des vorrangigen An- spruchs nach dem LPGG
640,51 € -229,00 € =411,51 €	653,94 € -229,00 € =424,94 €	Blindenhilfe Pflegegeld SGB XI* Blindenhilfe	*auch bei Pflegesachlei- stung Anrechnung gem. § 72 SGB XII 70% des Pflegegeldes Stufe I, bei Pflegestufe II und III 50% des Pflegegeldes Stufe II	2.Schritt: Berechnung des Anspruchs auf Blin- denhilfe
458,00 € -305,33 € mind. 146,67 €	458,00 € -305,33 € mind. 152,67 €	Pflegegeld SGB XII Kürzung wg. Leistungen nach § 65 Abs.1 SGB XII gem. § 66 Abs.2 SGB XII* Pflegegeld nach § 64 SGB XII	* eine Kürzung von bis zu 2/3 des Pflegegeldes kann erfolgen, wenn Leistungen nach § 65 SGB XII gewährt wer- den. Ermessen ist aus- zuüben.	
152,67 € -288,06 € =0,00 €	152,67 € -297,46 € =0,00 €	Pflegegeld SGB XII Blindenhilfe Pflegegeld SGB XII	gem. § 66 Abs.1 SGB XII, 70% der Blindenhilfe	3. Schritt: Berechnung eines evtl. bestehenden Anspruchs auf „Pfle- gegeld“
Leistung 0,00 € 411,51 € 0,00 € 1144,00 €	Leistung 0,00 € 424,94 € 0,00 € 1144,00 €	LPG Blindenhilfe Pflegegeld SGB XII Pflegesachleistung SGB XI		