

Verwaltungsanweisung Hilfe zur Pflege

Vierter Teil: Leistungen der stationären Pflege nach dem SGB XII

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
1. Berechnungssystematik stationärer Leistungen.....	2
2. Prüfung der Heimnotwendigkeit.....	5
3. Dolmetscherdienst.....	6
4. Vollstationäre Dauerpflege	7
4.1 Inhalt der Leistung.....	7
4.2 Hilfsmittel.....	7
4.3 einzelne Hilfsmittel.....	8
4.4 Abwesenheiten.....	9
5. Vergütungszuschläge.....	10
6. Besondere Formen der vollstationären Versorgung.....	12
6.1. vollstationäre Pflege nach SGB XI in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach SGB XII	12
6.2. Gerontopsychiatrische Pflege.....	13
7. Hospiz.....	15
8. Kurzzeitpflege.....	17
9. Leistungskonkurrenz	19
9.1 Leistungen des Landespflegegeldgesetzes in vollstationärer Dauerpflege	19
9.2 Leistungen der Blindenhilfe nach § 72 SGB XII in vollstationärer Dauerpflege	19

1. Berechnungssystematik stationärer Leistungen

Die stationären Leistungen werden nach der sogenannten 3-Säulen-Berechnung errechnet.

3-Säulen Berechnung der Leistungen in Open Prosoz:

1. Säule (Berechnung SGB XII – Grundsicherung)

Der Anspruch nach dem 4.Kapitel SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung - GSi) hat Vorrang vor dem Anspruch nach dem 3.Kapitel SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt - HLU). Es ist daher zunächst zu prüfen, ob die Leistungsberechtigten die persönlichen Voraussetzungen zum Bezug der Leistungen nach dem 4.Kapitel SGB XII erfüllen. Hierzu wird auf die fachliche Weisung zur Grundsicherung verwiesen.

Der Bedarf nach dem 4.Kapitel setzt sich zusammen aus dem Regelbedarf, den pauschalisierten Mietkosten und bei Bestehen der Anspruchsvoraussetzungen und der Bedarfslage den Mehrbedarf und Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Sofern das bereinigte Einkommen dem Bedarf entspricht oder ihn übersteigt, ist dieser damit gedeckt und es besteht kein Anspruch auf Leistungen nach dem 4.Kapitel SGB XII.

Sofern ein Anspruch besteht, fließt dieser Anspruch als Einkommen in die Berechnung der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3.Kapitel(2. Säule) und eventuell in die Berechnung der weiteren Hilfen (3. Säule) ein.

2. Säule (Berechnung SGB XII – HLU in Einrichtungen)

Diese Säule beginnt mit der Berechnung des „fiktiven Bedarfes nach dem 3.Kapitel“. „Fiktiv“ (so auch im Bescheid formuliert) deshalb, weil er der Höhe nach dem Bedarf der Grundsicherung entspricht, diesem aber gegenüber nachrangig und pauschalisiert ist und wird ergänzt um die HLU - Leistungen in Einrichtungen (HLU - Gesamtbedarf).

Der HLU - Gesamtbedarf ergibt sich in der Regel aus der Summe
des fiktiven HLU - Bedarfes,
des Barbetrages,
des Zusatzbarbetrages in Besitzstandsfällen und
die beantragte Bekleidungs pauschale.

Dieser Gesamtbedarf wird dem Einkommen, zu dem auch der in der 1. Säule errechnete Anspruch nach dem 4.Kapitel zählt, gegenübergestellt und es ergibt sich der Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt.

3. Säule (Berechnung SGB XII – Weitere Hilfen)

In dieser Säule wird der Bedarf der stationären Maßnahme ermittelt und unter Berücksichtigung der Ansprüche nach dem 4. und 3.Kapitel SGB XII und dann unter Berücksichtigung des einzusetzenden Einkommens die Leistung berechnet.

1.Beispiel:

ein 70jähriger Mensch lebt in einer Einrichtung der Dauerpflege in Bremen, Pflegestufe 2, Einkommen 300€ Rente (Stand: 01-2016).

1. Säule: Berechnung des Anspruchs nach dem 4.Kapitel (Grundsicherung)

Regelbedarf	324,00€
KdU – pauschal	391,29€ (ab 01.11.2015)
Summe der Bedarfe	715,29€
abzüglich Einkommen	300,00€
Anspruch 4.Kapitel	415,29€

2.Säule: Berechnung des Anspruchs nach dem 3.Kapitel (Hilfe zum Lebensunterhalt)

Regelbedarf	324,00€
KdU – pauschal	391,29€
fiktiver HLU-Bedarf:	715,29€
Barbetrag § 35 SGB XII	109,08€
Summe der Bedarfe:	824,37€
abzüglich Einkommen	300,00€
abzüglich Einkommen	415,29€ (Anspruch 4.Kapitel)
Anspruch 3.Kapitel	109,08€

3.Säule: Berechnung des Anspruchs nach dem 7.Kapitel (Hilfe zur Pflege)

Maßnahmekosten	2900,00€
abzüglich Pflegevers.	1330,00€
abzüglich Einkommen	715,29€ (fiktiver HLU-Bedarf)
Anspruch 7.Kapitel:	854,71€

sich aus der vorgenannten Berechnung ergebende Leistung:

Anspruch 4.Kapitel	415,29€
Anspruch 3.Kapitel	109,08€
Anspruch 7.Kapitel	854,71€
Gesamtanspruch	1379,08€

2.Beispiel:

ein 75jähriger Mensch lebt in einer Einrichtung der Dauerpflege in Bremen, Pflegestufe 1, Einkommen 900€ Rente (Stand: 01-2016).

1. Säule: Berechnung des Anspruchs nach dem 4.Kapitel (Grundsicherung)

Regelbedarf	324,00€
KdU – pauschal	391,29€
Summe der Bedarfe	715,29€
abzüglich Einkommen	900,00€
Anspruch 4.Kapitel	0,00€

2.Säule: Berechnung des Anspruchs nach dem 3.Kapitel (Hilfe zum Lebensunterhalt)

Regelbedarf	324,00€
KdU – pauschal	391,29€
fiktiver HLU-Bedarf:	715,29€
Barbetrag § 35 SGB XII	109,08€
Summe der Bedarfe:	824,37€
abzüglich Einkommen	900,00€
Anspruch 3.Kapitel	0,00€

3.Säule: Berechnung des Anspruchs nach dem 7.Kapitel (Hilfe zur Pflege)

Maßnahmekosten	2194,18€
abzüglich Pflegevers.	1064,00€
abzüglich Einkommen	715,29€ (fiktiver HLU-Bedarf)
Bedarf 7.Kapitel:	414,89€

Einkommenseinsatz:

Einkommen:	900,00€
abzgl. bereits auf LU gem. § 35 SGB XII angerechnet	824,37€
einzusetzendes Eink.	75,63€
Anspruch 7.Kapitel:	
Bedarf 7.Kapitel:	414,89€
einzusetzendes Eink.	75,63€
Anspruch 7.Kapitel:	339,26€

2. Prüfung der Heimnotwendigkeit

Prüfung der Notwendigkeit einer stationären Versorgung

- **für nichtpflegeversicherte Personen**
- **für alle Personen, die einen Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I haben**
- **für alle Personen, die die Vorversicherungszeiten nach § 33 SGB XI nicht erfüllt haben**

Die Prüfung der Notwendigkeit der vollstationären Versorgung in einer Einrichtung nach SGB XI oder in einer anderen vollstationären Versorgungsform für ältere und pflegebedürftige Menschen erfolgt federführend durch den Sozialdienst Erwachsene des Amtes für Soziale Dienste

- für die Personen, die pflegebedürftig und nicht pflegeversichert sind,
- für Personen, die pflegebedürftig sind, pflegeversichert sind, aber keine Leistungen nach dem SGB XI erhalten, weil
- sie einen Versorgungsbedarf unterhalb der Pflegestufe I haben,
- sie die Vorversicherungszeiten nach § 33 SGB XI noch nicht er

reicht haben.

Die Begutachtung erfolgt für den Personenkreis für den der Sozialdienst Erwachsene zuständig ist (siehe Bearbeitungszuständigkeiten des SDE in den Sozialzentren des Amtes für Soziale Dienste)

Die Sozialdienste prüfen, ob die gegenwärtige ambulante oder teilstationäre Versorgung für die Zukunft ausreichend ist, bzw. aus welchem Grunde eine stationäre Versorgung erforderlich erscheint.

Zur Prüfung sind von den Sozialdiensten bei Bedarf folgende Unterlagen hinzuzuziehen:

- Gutachten des Gesundheitsamtes zur Pflegeeinstufung,
- die Bedarfsfeststellung für die ambulante pflegerische Versorgung,
- das Gutachten des MDK, wenn dort die Prüfung für eine Pflegestufe erfolgte.

Die Sozialdienste prüfen die Notwendigkeit der stationären Versorgung nach folgenden Kriterien (analog zu den Kriterien nach SGB XI, Begutachtungsrichtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen):

- Fehlen einer Pflegeperson,
- fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen,
- drohende oder bereits eingetretene Überforderung von Pflegepersonen,
- drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
- Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen,
- räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht verbessert werden kann.

Das Gesundheitsamt ist dann als Gutachter einzuschalten, wenn zusammen mit der geplanten heimstationären Aufnahme eine Erhöhung der Pflegestufe beantragt wurde oder eine höhere Pflegestufe wegen neu hinzukommender Pflegeprobleme zu erwarten ist. Es

kann eingeschaltet werden, wenn eine Notwendigkeit zur aktuellen Einschätzung der medizinisch-pflegerischen Aspekte der Gesamtsituation gesehen wird.

Bezogen auf den Personenkreis, der einen Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I aufweist, kommt in der Regel eine stationäre Versorgung nur in Frage, wenn die Problembereiche "Verwahrlosung" oder "Selbst- und Fremdgefährdung" relevant sind und eine weitere ambulante Versorgung ausschließen. In diesen Fällen ist zu begründen, woraus es sich ableitet, dass eine Pflegestufe entsprechend SGB XI nicht erreicht wird.

Die Entscheidung des Sozialhilfeträgers zur Übernahme der Kosten für stationäre Versorgung ist auf der Grundlage der Feststellungen der Sozialdienste zu treffen und hat (möglichst) vor dem Wechsel in eine stationäre Versorgungsform zu erfolgen.

3. Dolmetscherdienst

In Einzelfällen ist auch in der stationären Pflege eine Sprachmittlung durch neutrale Sprachmittler notwendig. Beispiele: bei der Prüfung der Heimnotwendigkeit oder bei der Begutachtung der Pflegestufe.

Auch für stationäre Leistungen besteht deshalb die Möglichkeit den Dolmetscherdienst Bremen für die Sprachmittlung zu beauftragen. Die in der ambulanten Hilfe veröffentlichte Weisung zur Inanspruchnahme des Dolmetscherdienstes Bremen gilt für stationäre Leistungen analog.

4. Vollstationäre Dauerpflege

Es besteht ein Anspruch auf vollstationäre Dauerpflege nach § 61 Abs.2 SGB XII, wenn die Voraussetzungen für eine vollstationäre Dauerpflege analog § 43 SGB XI vorliegen. Für pflegeversicherte Menschen entscheidet die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes die zuständige Pflegekasse nach den „Pflegebedürftigkeitsrichtlinien“ der Spitzenverbände der Pflegekassen, für nichtpflegeversicherte Menschen beurteilt der zuständige Sozialdienst die Notwendigkeit im Rahmen der hierzu geltenden Regelungen.

Die Kosten für eine vollstationäre Dauerpflege sind nur für die Einrichtungen anzuerkennen, die eine Entgeltvereinbarung abgeschlossen haben. Im Rahmen der in dieser Vereinbarung vereinbarten Entgelte, sind die Kosten anzuerkennen. Für auswärtige Einrichtungen ist die mit dem dortigen Sozialhilfeträger geschlossene Entgeltvereinbarung anzuwenden.

Mit der Aufnahme in einer vollstationären Dauerpflege scheidet häusliche Pflege aus (§ 63 Satz 3 SGB XII).

4.1 Inhalt der Leistung

Der Inhalt der Leistung bestimmt sich nach § 43 SGB XI, dem Bremischen Landesrahmenvertrag nach § 79 Abs.1 SGB XII (BremLRV SGB XII) und die Vergütung aus den einzelnen Vergütungsvereinbarungen gem. § 85 SGB XI für Leistungen der vollstationären Pflege.

Inhalt der Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung der Aktivitäten. Die Hilfen sollen insbesondere diejenigen Maßnahmen enthalten, die Pflegebedürftigkeit mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorbeugen. Damit fallen auch die Kosten der Fußpflege regelmäßig unter die allgemeinen Pflegeleistungen und können nicht als Zusatzleistungen abgerechnet werden. Es ergibt sich nur ein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V, bei einer krankheitsbedingten Diagnose, z.B. „diabetischer Fuß“(VO vom Podologen ist notwendig).

Die Durchführung und Organisation der Pflege richten sich nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. Die Pflegeleistungen sind in Form der aktivierenden Pflege unter Beachtung der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI zu erbringen.

4.2 Hilfsmittel

Zum Erhalt und zur Förderung einer selbständigen Lebensführung sowie zur Erleichterung der Pflege und Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen sind Pflegehilfsmittel gezielt einzusetzen und zu ihrem Gebrauch ist anzuleiten. Stellt die Pflegekraft bei der Pflege fest, dass Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen erforderlich sind, veranlasst sie die notwendigen Schritte. Bei der Auswahl sonstiger geeigneter Hilfsmittel ist der Pflegebedürftige zu beraten.

Die Abgrenzung der Leistungspflicht für notwendige Hilfsmittel bei Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen kann nicht allgemeinverbindlich und rein produktspezifisch vorgenommen werden. Vielmehr ist in der Praxis jeder einzelne Versorgungsfall insbesondere auch

unter Berücksichtigung der Einrichtungsstruktur und der Bewohnerklientel der stationären Pflegeeinrichtung individuell zu prüfen.

Grundsatz:

Pflegeheime haben für die im Rahmen **des üblichen Pflegebetriebes notwendigen Hilfsmittel** zu sorgen. Sie sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen ausreichend und angemessen zu pflegen, sozial zu betreuen und mit medizinischer Behandlungspflege zu versorgen (§ 43 und 43a SGB XI).

Die GKV ist für medizinisch notwendige, **individuell für die einzelnen Versicherten angepasste Hilfsmittel**, die ihrer Natur nach nur für die einzelnen Versicherten bestimmt und grundsätzlich nur für ihn verwendbar sind, leistungspflichtig.

Sie hat auch für Produkte einzustehen, die regelmäßig zur Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses **außerhalb der stationären Einrichtung** oder **zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben** benötigt werden.

In Zweifelsfällen wird die Krankenkasse - ggf. unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen - entscheiden, ob das beantragte Hilfsmittel vom Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung bereitzustellen ist oder ob das Hilfsmittel von der GKV zu zahlen ist.

Die Pflegekassen sind lediglich für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln im häuslichen Bereich zuständig, da der § 40 SGB XI in der Systematik des SGB XI den Leistungen bei häuslicher Pflege zugeordnet ist. Die Begrenzung auf die häusliche Pflege ist sachgerecht, weil Pflegehilfsmittel im Pflegeheim wegen der dort vorhandenen Ausstattung regelmäßig nicht mehr benötigt werden. Eine Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel durch die soziale Pflegeversicherung ist für Pflegeheimbewohner nicht möglich.

4.3 einzelne Hilfsmittel

Zur Vorhaltepflcht eines Pflegeheimes gehören nur Dekubitus- Matratzen, die allgemein der Prophylaxe dienen, ohne das ein Dekubitus besteht. Ist ein Dekubitus diagnostiziert und eine Dekubitus-Matratze aus medizinischer oder pflegewissenschaftlicher notwendig, handelt es sich um ein Hilfsmittel, das der Krankenbehandlung dient und dem Versicherten von der Krankenkasse zur Verfügung zu stellen ist.

Auch Rollstühle unterliegen unter bestimmten Umständen der Vorhaltepflcht der Pflegeheime. Dies ist immer dann der Fall, wenn der Bewohner aufgrund einer kurzfristigen und vorübergehenden Einschränkung nicht in der Lage ist, Transfers innerhalb und außerhalb der Einrichtung zu bewältigen. Besteht eine dauerhafte Indikation für die Notwendigkeit eines Rollstuhls gehört dieses nicht mehr zur Vorhaltepflcht der vollstationären Dauerpflege. Wird ein Rollstuhl als Hilfsmittel verordnet, fällt dieses Hilfsmittel in den Leistungsbereich nach dem SGB V.

Eine differenzierte Beschreibung der einzelnen Hilfen ist im Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI beschrieben.

4.4 Abwesenheiten

Aus dem BremLRV SGB XII und der Vergütungsvereinbarung ergibt sich die Abwesenheitsregelung.

Abwesenheiten von bis zu 3 Tagen führen zu keiner Reduzierung der Vergütung (BremLRV SGB XII). Diese Frist gilt bei jeder erneuten vorübergehenden Abwesenheit als neu eintretend.

Ab dem 4.Tag richtet sich die Vergütung bei vorübergehender Abwesenheit nach den jeweiligen Vergütungsvereinbarungen der einzelnen Einrichtungen. In Bremen ist vereinbart, dass ab dem 4. Tag vorübergehender Abwesenheit eine Vergütung von 75% des vereinbarten Pflegesatzes geleistet wird. Bei vorübergehender Abwesenheit ist die Einrichtung für einen Abwesenheitszeitraum von 42 Tagen im Kalenderjahr verpflichtet den Pflegeplatz freizuhalten. Für diesen Zeitraum ist auch der auf 75% reduzierte Pflegesatz zu leisten. Darüber hinausgehende Ansprüche werden nicht abgeleitet.

Für auswärtige Einrichtungen ist die mit dem dortigen Sozialhilfeträger geschlossene Entgeltvereinbarung anzuwenden.

5. Vergütungszuschläge

- analog der Leistungen § 87b SGB XI im Rahmen des § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII für Nichtversicherte

(gilt nur für den § 87b SGB XI in der Fassung bis zum 31.12.2014 für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI)

Der Gesetzgeber hat für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf in vollstationären Einrichtungen im § 87b SGB XI Möglichkeiten einer zusätzlichen Betreuung analog § 45a SGB XI im ambulanten Bereich geschaffen. Nach § 87b SGB XI haben die Einrichtungen der vollstationären Pflege einen Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung, sofern die Voraussetzungen des § 87 b SGB XI erfüllt werden.

Für pflegeversicherte Menschen werden die Vergütungszuschläge von den Pflegekassen getragen. Hierzu wurde für das Bundesland Bremen ein Verfahren vereinbart und eine Vereinbarung abgeschlossen.

Inzwischen liegt auch eine Vereinbarung für nicht pflegeversicherte pflegebedürftige Menschen unter analoger Anwendung der Vereinbarung zur Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vor.

Die vollstationäre Einrichtung beantragt bei den Verbänden der Pflegekassen im Lande Bremen die Vereinbarung eines entsprechenden Vergütungszuschlages. Die Pflegekassenverbände im Lande Bremen – für auswärtige Heime die dortigen Pflegekassenverbände - prüfen die grundsätzliche Anerkennung der gesetzlichen Voraussetzungen des § 87b SGB XI - u.a. Personaleinsatz, Anzahl der pflegebedürftigen Menschen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf, Konzept des zusätzlichen Betreuungsangebotes.

Sie bestätigen im Rahmen einer Vereinbarung das Vorliegen der Voraussetzungen.

Der Abschluss dieser Vereinbarung ist auch Voraussetzung für die Gewährung von Vergütungszuschlägen durch die Sozialhilfeträger für den Personenkreis der nicht versicherten Pflegebedürftigen. Es bedarf deshalb keine gesonderte Prüfung der grundsätzlichen Anspruchsvoraussetzungen.

Die vollstationäre Einrichtung beantragt bei der zuständigen Pflegekasse und für nicht pflegeversicherte Menschen beim zuständigen Sozialhilfeträger die Zahlung eines Zuschlages mittels einer Einzelliste, in der die einzelnen Heimbewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz aufgeführt sind. In dieser Einzelliste wird das Vorliegen einer Vereinbarung nach Punkt 1. bestätigt. Die Bestätigung ist ausreichend.

Für pflegeversicherte pflegebedürftige Menschen liegt in der Regel eine Begutachtung des MDK über eine Einstufung nach § 45a SGB XI vor. Für nicht pflegeversicherte Menschen ist eine Begutachtung nach § 45a SGB XI nicht erfolgt. Das Heim übermittelt in der Einzelliste die Einschätzung, dass die Voraussetzungen nach § 45a SGB XI vorliegen durch Ankreuzen der Items. Die Bedeutung der Items und die Voraussetzungen eines Anspruches nach § 45a SGB XI sind in der Verwaltungsanweisung Erster Teil in Ziffer 8.13 beschrieben.

Für nichtpflegeversicherte Menschen nimmt das Gesundheitsamt in jeder Begutachtung über die Einstufung einer Pflegestufe auch eine Begutachtung zur Feststellung einer erheblichen Einschränkung in der Alltagskompetenz vor. Diese erfolgt dann analog der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen.

In älteren Begutachtungen des Gesundheitsamtes ist die Feststellung einer erheblichen Einschränkung in der Alltagskompetenz noch nicht vorgenommen worden. Die Entscheidung, ob ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf besteht, soll dann auf Grundlage der Beschreibungen im GA-Gutachten möglichst nach Aktenlage erfolgen. Nur in Zweifelsfällen soll das Gesundheitsamt beauftragt werden, den Fall zu begutachten.

Für den Sozialhilfeträger Bremen ist die Vereinbarung mit dem **01.01.2009** in Kraft getreten. Die Zuschläge können deshalb auch erst ab 01.01.2009 geleistet werden. Hierzu wird auf die Open-Prosoz Mitteilung 35 verwiesen. Auf die Regelungen des § 18 SGB XII – Einsetzen der Sozialhilfe - wird ebenfalls verwiesen.

Für die Berechnung des Zuschlages wird im Lande Bremen bis zum Abschluss einrichtungsindividueller Vereinbarungen von durchschnittlichen Jahrespersonalkosten ausgegangen und daraus ein Zuschlag pro Belegungstag errechnet. Die Abwesenheitsregelung findet keine Anwendung.

Durch die Neuregelungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes besteht ein Anspruch der zugelassenen stationären Pflegeeinrichtung gegenüber der Pflegekasse auch für Einrichtungen der anerkannten Kurzzeitpflege und der Tages- und Nachpflege. Für Nichtversicherte im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII gilt dieser Anspruch in analoger Anwendung des § 87b SGB XI nur für die Einrichtungen der stationären Dauerpflege. Der Sozialhilfeträger hat mit Einrichtungen der anerkannten Kurzzeitpflege und der Tages- und Nachpflege keine Vereinbarungen abgeschlossen.

Für auswärtige Heime gelten die dortigen Regelungen.

6. Besondere Formen der vollstationären Versorgung

6.1. vollstationäre Pflege nach SGB XI in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach SGB XII

6.1.1. Pflege gemäß § 43 SGB XI in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Wesentlich behinderte Menschen können sowohl die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllen, wie auch die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII, die eng verknüpft ist mit den Leistungen der Rehabilitation und der Teilhabe nach SGB IX. Da die Leistungen der Pflegeversicherung einerseits den Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Fürsorgeprinzip (§ 2 SGB XII) vorgehen, sowie andererseits rechtlich nur mit den Leistungen der Hilfe zur Pflege als zweckidentisch (§§ 61 ff., 83 SGB XII) bewertet werden können (§ 13 Abs. 2 SGB XI ist zu beachten), wurde bei der Gestaltung der Angebote – gemeinsam mit den Pflegekassen und den Leistungsanbietern - in der Praxis im Ausnahmefall die Möglichkeit eröffnet, in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe stationäre Pflegeleistungen nach SGB XI und stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe durch getrennte Verträge nach den gesetzlichen Vorgaben des SGB XI und denen des SGB XII zu erbringen.

Voraussetzung für den Ausnahmefall ist, dass in diesen stationären Einrichtungen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung steht, sondern die Leistungen der Pflege. Um als Einrichtung im Sinne dieser Vorschrift tätig zu werden, bedarf es der Zulassung. Für die Zulassung müssen die Einrichtungen einen entsprechenden Versorgungsvertrag sowie Leistungs- und Entgeltvereinbarungen mit den Vertragspartnern nach SGB XI für die Pflegeleistungen (Träger der Einrichtung, Pflegekassen und zuständige Träger der Sozialhilfe) und nach SGB XII (Träger der Einrichtung, zuständiger Träger der Sozialhilfe) abgeschlossen haben. Die Wohneinrichtung der Behindertenhilfe hat dann die gesetzlichen Vorgaben gemäß § 71 ff. SGB XI und die des 10. Kapitels SGB XII (Einrichtungen) zu erfüllen.

Die Leistungsverträge wurden so ausgestaltet, dass die pflegebedürftigen und behinderten Menschen stationäre Pflegeleistungen ausschließlich nach dem SGB XI (keine Aufstockung durch Hilfe zur Pflege nach SGB XII) erhalten und zusätzlich stationäre Eingliederungshilfe nach SGB XII bekommen. Somit sind in solchen Fällen die Pflegeleistungen der Höhe nach auf den Leistungsbetrag gemäß § 43 SGB XI (entsprechend der Pflegestufe) begrenzt. Der Gesamthilfebedarf nach SGB XI und SGB XII ist durch die Einrichtung zu erbringen.

Pflegeleistungen nach SGB XI und Eingliederungsleistungen nach SGB XII können sowohl psychisch Kranke als auch für körperlich und / oder geistig behinderte Menschen – in jedem Alter- in Frage kommen. Die Pflegeleistungen für behinderte Menschen umfassen in der Regel die Unterstützung, die Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme von Verrichtungen gemäß § 14 Abs. 2 und 3 SGB XI. Daher wurde für diese Zielgruppen von dem Ausnahmetatbestand entsprechende nach beiden Leistungsgesetzen ausgestaltet.

6.1.2. Pflege gemäß § 43a SGB XI in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Für pflegebedürftige Menschen, die in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe leben, in denen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Vordergrund des Einrichtungszieles steht, übernehmen die Pflegekassen für Pflegeleistungen gemäß § 43a SGB XI 10 % des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts, maximal jedoch den im Gesetz festgeschriebenen Betrag in Euro pro Kalendermonat. Voraussetzung für die Pauschalleistung ist, dass bei der pflegebedürftigen Person mindestens Pflegestufe I vorliegt. Diese Regelung korrespondiert mit der Sonderregelung nach § 55 SGB XII, wonach die Leistungen der Eingliederungshilfe auch die Pflegeleistungen in der Einrichtung umfassen. Die Sozialhilfeträger vereinnahmen die Leistungen nach § 43a SGB XI; sie werden im Gegensatz zu den Leistungen nach § 43 SGB XI nicht an die Einrichtung ausgezahlt.

6.2. Gerontopsychiatrische Pflege

Die Einrichtungen

Haus Fichtenhof (Abteilung Geronto)

Egestorff-Stiftung (Gerontoabteilung)

Heimstätte am Grambker See (Geronto)

sind Einrichtungen der gerontopsychiatrischen Pflege mit dem Schwerpunkt auf die Hilfe zur Pflege.

Der gerontopsychiatrische Hilfebedarf geht über das, was die Pflegeversicherung erfasst, weit hinaus. Die Hilfebedarfseinschätzung der Pflegeversicherung bezieht sich hauptsächlich auf organisch/hirnorganisch bedingte Beeinträchtigungen, soweit diese regelmäßig wiederkehrende kompensatorische Hilfeleistungen erfordern. Überschreiten diese kompensatorisch notwendigen Hilfestellungen in ihrer Summe einen bestimmten Tageszeitwert, wird eine bestimmte Pflegestufe zugeordnet.

Voraussetzung für die Zuordnung zu einem spezialisierten gerontopsychiatrischen Heimplatz ist das Vorliegen einer seelischen Erkrankung mit entsprechender Symptomatik sowie sich daraus ergebende Verhaltensstörungen, die einen spezifischen Pflegebedarf bedingen.

Die Zuordnung darf nur erfolgen, wenn bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung mindestens eine stark ausgeprägte Verhaltensstörung vorliegt und die notwendigen pflegerischen Maßnahmen nur im Rahmen eines spezialisierten gerontopsychiatrischen Heimes durchgeführt werden können und vorhandene häusliche, ambulante und teilstationäre Hilfen nicht ausreichen.

Die Hilfeleistungen haben bezogen auf die vorliegenden psychischen Beeinträchtigungen sowohl eine kompensatorische als auch eine rehabilitative Funktion im Sinne aktivierender Pflege.

Vergütung und Buchung der Leistungen

Für die Vergütung gelten die gültigen Entgeltvereinbarungen und die vereinbarten Ergänzungsleistungen. Die gerontopsychiatrischen Einrichtungen haben mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe eine Leistungs- und Entgeltvereinbarung für das SGB XII dahingehend, dass auch Leistungen der Hilfe zur Pflege gemäß § 61 ff. SGB XII gewährt werden können.

Die Ergänzungsleistungen in den genannten Pflegeeinrichtungen der gerontopsychiatrischen Pflege werden aus der Haushaltsstelle 3418/671 36-9 (Produktgruppe 41.06.02) gebucht.

Die Erstbewilligung der Leistungen erfolgt nur, wenn der Bedarf einer gerontopsychiatrischen Pflege beschrieben und begutachtet ist (Gesamtplan und dem Zusatzbogen - Gerontopsychiatrie).

Für die Erstbegutachtung sind in der Regel die Behandlungszentren (Gesundheit) zuständig. Bei der Einschätzung einer gerontopsychiatrischen Erkrankung ist in der Regel von einem dauerhaften Bedarf auszugehen, deshalb ist zurzeit von einer Folgebegutachtung abzusehen..

7. Hospiz

Für Menschen die an einer Erkrankung leiden, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat oder bei denen eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung erforderlich ist, die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt und solange eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist, wird eine Hospizunterbringung angeboten (z. Zt. nur im Hospiz-Brücke)

Diese Betreuungsart enthält eine palliativ-medizinische* Behandlung und steht Menschen zur Verfügung, deren ambulante Versorgung im eigenen Haushalt durch Angehörige, Nachbarn oder sonstige ambulante Hilfen allein nicht sichergestellt werden kann, weil der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörigen etc.) und der ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (häusliche Krankenpflege, etc.) übersteigt.

Eine palliativ-medizinische Behandlung in einem Hospiz kommt regelmäßig nur bei einer der folgenden Krankheitsbilder in Betracht:

Fortgeschrittene Krebserkrankung

Vollbild der Infektionskrankheit AIDS

Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen

Endzustand einer chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.

Die Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei Patienten vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. In Einzelfällen kann, soweit die angemessene Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen nicht möglich ist, unter o.g. Voraussetzungen davon abgewichen werden.

Eine Behandlung wird als palliative Behandlung bezeichnet, wenn sie auf die besonderen persönlichen Bedürfnisse und medizinischen Erfordernisse Sterbender ausgerichtet ist, bei denen keine ursächliche, sondern nur noch eine symptomatische Behandlung möglich ist.

Aufgabe der Wirtschaftlichen Hilfen

Die Wirtschaftlichen Hilfen treffen die Leistungsentscheidung auf der Grundlage der Entscheidung der GKV, die auf Grundlage einer ärztlichen Stellungnahme ihre Entscheidung trifft.

Nach der Vergütungsvereinbarung werden 90% des tagesbezogenen Bedarfssatzes berücksichtigt. Die restlichen 10% sind durch die Hospiz in Form von Spenden, ehrenamtlicher Mitarbeit, Mitgliedsbeiträgen und sonstigen Zuwendungen aufzubringen. Die GKV zahlt den nach § 39a SGB V in Verbindung mit ihrer Satzung festgesetzten Zuschuss zur stationären

Hospizversorgung. Die Pflegekasse leistet zunächst von der Pflegestufe unabhängige Leistungen nach § 42 und § 39 SGB XI. Ab dem 57. Tag des Aufenthaltes in der Hospizversorgung erfolgen Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI in abhängiger Höhe von der Pflegestufe. Besteht ein Leistungsanspruch nach dem SGB XI und ist eine Pflegestufe festgestellt, ergibt sich nach der gültigen Entgeltvereinbarung, kein Eigenanteil.

Der Zuschuss des Sozialhilfeträgers ist vorbehaltlich der Einkommens- und Vermögensprüfung als Hilfe nach § 61 Abs.2 SGB XII im Rahmen der vollstationären Hilfe zur Pflege in Höhe des nach Abzug der vorrangigen Leistungen noch verbleibenden Betrages zu übernehmen.

Grundlage für die Kostensätze und der Verfahrensweise ist die aktuelle Vergütungsvereinbarung für stationäre Hospizversorgung zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven, dem BKK LV NS-Bremen, dem IKK LV Bremen, dem VdAK Bremen, dem AEV Bremen und der Freien Hansestadt Bremen, sowie der Zentrale für Privat Fürsorge

8. Kurzzeitpflege

Personenkreis:

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Kurzzeitpflege, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann. Reicht teilstationäre Tagespflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt entweder für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen (§ 42 Abs. 1 Nr. 1) oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist (§ 42 Abs. 1 Nr. 2).

Dieser Grundsatz des § 42 SGB XI gilt auch für die Anerkennung der Notwendigkeit im SGB XII. Die Begutachtung und Bewertung von Versicherten erfolgt nach Antragstellung bei den jeweiligen Pflegeversicherungen durch deren Medizinischen Dienst (MDK). Aufgrund der Begutachtung des MDK erfolgt eine Entscheidung durch die Pflegekasse.

Für Nichtversicherte gilt die Regelung zur Prüfung von Heimnotwendigkeit analog.

Für Pflegebedürftige ist auch im SGB XII die Regelung des § 42 Abs.3 SGB XI anzuwenden. Danach besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige in begründeten Einzelfällen, wenn sie zu Hause gepflegt werden, auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen. Voraussetzung ist, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar ist.

Genehmigungspraxis bei Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt.

Die Verbände der Pflegekassen im Lande Bremen haben vereinbart die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI, die direkt nach einer stationären Krankenhausversorgung im Sinne des § 39 SGB V stattfindet, nur noch mit Pflegeeinrichtungen zu genehmigen, die über einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI für Leistungen nach § 42 SGB XI verfügen (sogenannte Solitäreinrichtungen).

Das bedeutet, dass Streubetten in Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege zu diesem Zweck in der Regel nicht mehr finanziert und somit nicht belegt werden können.

Für Personen, die nicht pflegeversichert sind und für die der Träger nach SGB XII die Kosten der Kurzzeitpflege zu tragen hat, gilt die oben dargestellte Regelung analog.

Dies heißt, dass die Kosten für Kurzzeitpflege nach Krankenhausbehandlung grundsätzlich nur für die Versorgung in Einrichtungen mit einem entsprechenden Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI übernommen werden können.

Ausnahme:

- Stehen keine ausreichenden Plätze in „Solitäreinrichtungen“ zur Verfügung, können auch sogenannte „Streubetten“ belegt werden. Der vermittelnde Sozialdienst muss in diesem Falle bestätigen, dass eine andere Versorgungslösung zum Zeitpunkt der Vermittlung nicht möglich war.

- Von einer Versorgung in einer anerkannten Kurzzeitpflege kann nur in besonders begründeten Einzelfällen abgewichen werden, z.B. die Notwendigkeit einer wohnort-nahen Versorgung zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte.

Behandlung von Anträgen, wenn von der Pflegekasse keine Pflegestufe zuerkannt worden ist

Eine Gewährung der genannten Leistungen kann auch dann erfolgen, wenn Pflegebedarfe unterhalb der Pflegestufe I im Sinne des SGB XI festgestellt werden und eine pflegerische Versorgung außerhalb der eigenen Häuslichkeit notwendig ist (besonderer Einzelfall). Hierfür reicht die Feststellung des zuständigen Sozialdienstes dann aus, wenn bereits die Pflegekasse den ablehnenden Bescheid getroffen hat. Sofern bei Nichtversicherten eine Pflegestufe unterhalb Pflegestufe I festgestellt wurde, ist zweckmäßigerweise vom Sozialdienst auch die Frage der notwendigen Versorgung außerhalb der eigenen Häuslichkeit mitprüfen zu lassen.

Leistungen

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen der sozialen Betreuung. Bei dem Pflegeaufwand der Kurzzeitpflege wird derzeit von einer Stufe ausgegangen.

Der Sozialhilfeträger übernimmt gem. § 61 Abs.2 SGB XII die Leistungen in mit dem Einrichtungsträger vereinbarter Höhe, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichend sind.

Die nach § 75 SGB XII anerkannten Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege bieten in der Regel auch Kurzzeitpflegeplätze an. Für diese sogenannten „Streubetten“ bestehen keine gesonderten Vereinbarungen, so dass für die Kurzzeitpflege die Vergütung für die vollstationäre Dauerpflege anzuwenden ist. Für Kurzzeitpflege im Anschluss eines Krankenhausaufenthaltes sind nur die Kosten der nach § 42 SGB XI anerkannten Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu übernehmen (siehe Genehmigungspraxis bei Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt).

In Fällen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI wird seit dem 30.10.2012 die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt. Der Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes ist für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe (Pflegegeld nach § 123 SGB XI Pflegestufe 0) auf die Verhinderungspflege nach § 39 beschränkt.

Das von der Pflegekasse nach § 37 SGB XI gezahlte hälftige Pflegegeld nach dem SGB XI ist auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach § 61 Abs.2 SGB XII für die Kurzzeitpflege nicht anzurechnen.

Bei ergänzender Kurzzeitpflege ist in der Regel die zeitliche Begrenzung gem. § 42 SGB XI verbindlich. Ist ein längerer Aufenthalt notwendig, beurteilt der Sozialdienst analog den Regelungen zur Prüfung der Heimnotwendigkeit die Notwendigkeit eines längeren Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege.

9. Leistungskonkurrenz

9.1 Leistungen des Landespflegegeldgesetzes in vollstationärer Dauerpflege

Gem. § 4 Abs. 1 des Bremischen Gesetzes über die Gewährung von Pflegegeld an Blinde und schwerstbehinderte Menschen (Landespflegegeldgesetz, LPG) werden die Leistungen der Pflegeversicherung oder andere Leistungen, die dem Ausgleich behinderungsbedingter Mehraufwendungen dienen, in voller Höhe auf die Leistungen des LPG angerechnet. Die Anrechnung bezieht sich auf die häuslichen, als auch auf die stationären Leistungen nach dem SGB XI.

Selbstzahler in stationären Pflegeeinrichtungen mit Ansprüchen nach SGB XI bzw. vergleichbaren Leistungen haben anrechnungsbedingt keinen Anspruch auf Landespflegegeld.

Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen hat in der Weisung zu § 4 Abs. 3 Landespflegegeldgesetz ausgeführt, dass Menschen, die nach Anrechnung der stationären Leistungen nach SGB XI bzw. vergleichbaren Leistungen anteilige Kosten der stationären Pflege durch den Sozialhilfeträger erhalten, ein Pflegegeld in Höhe von 50 % des Grundbetrages nach § 2 Abs. 1 LPG zu zahlen ist.

Bei stationärer Eingliederungshilfe und voller Übernahme der Kosten durch den Sozialhilfeträger gilt § 2 Abs. 2 LPG, wonach Anspruchsberechtigte ebenfalls das Landespflegegeld in Höhe von 50 % erhalten. Dies gilt auch bei laufend gewährter Pauschalpflegeleistung nach § 43 a SGB XI.

9.2 Leistungen der Blindenhilfe nach § 72 SGB XII in vollstationärer Dauerpflege

Gem. § 72 SGB XII wird blinden Menschen zum Ausgleich der durch Blindheit bedingten Mehraufwendungen Blindenhilfe gewährt. Im § 72 Abs.5 SGB XII ist die Anspruchsberechtigung beschrieben. Diese Anspruchsberechtigung ist mit der im Landespflegegeldgesetz genannten Anspruchsberechtigung für blinde Menschen identisch.

Die Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz sind vorrangige Leistungen, d.h. im ersten Schritt ist ein Anspruch auf die Leistungen nach dem LPG zu prüfen.

Gem. § 72 Abs.3 SGB XII steht auch blinden Menschen in einer stationären Einrichtung Blindenhilfe zu. Im § 72 Abs.3 Satz 1 ist formuliert, dass sich dieser Anspruch um höchstens 50% vermindert, wenn die Kosten der Einrichtung ganz oder teilweise aus Mitteln öffentlich-rechtlicher Leistungsträger getragen werden. Zu den öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern gehören in diesem Kontext alle Leistungsträger, die für den Aufenthalt in der Einrichtung zweckbestimmt Leistungen gewähren, z.B. der Sozialhilfeträger, die Pflegeversicherung oder die gesetzliche Krankenversicherung.

Die Blindenhilfe mindert sich um den Betrag, den der oder die öffentlich-rechtlichen Leistungsträger für die Kosten der Einrichtung aufbringen, jedoch um höchstens 50%. In der Regel wird eine Minderung um 50% zutreffend sein, da zu den Aufwendungen nicht nur die Kosten des Sozialhilfeträgers, sondern auch die der Pflegeversicherung zugeordnet werden.

Zweck der Minderung ist, das in Einrichtungen regelmäßig ein großer Teil der notwendigen pflegerischen und sonstigen Betreuung wahrgenommen wird, so das blinden Menschen geringere blindheitsbedingte Mehraufwendungen entstehen, als wenn sie außerhalb einer Einrichtung leben würden. So soll vermieden werden, dass doppelt öffentliche Leistungen ge-

währt werden. Daraus folgt, dass wenn der blinde Mensch die Kosten des stationären Aufenthaltes selbst trägt, d.h. der blinde Mensch keine Leistungen eines öffentlich-rechtlichen Leistungsträgers im Sinne des § 72 Abs.3 SGB XII in Anspruch nimmt, eine Minderung des Anspruchs nach § 72 Abs.3 SGB XII nicht in Betracht kommt. Die blindenbedingten Mehraufwendungen brauchen nicht gesondert nachgewiesen werden.

Zu beachten ist, das gem. § 72 Abs. 4 SGB XII bei Bezug von Blindenhilfe ein Barbetrag nach § 35 Abs. 2 SGB XII nicht zu gewähren ist.

Die Bestimmungen des 11.Kapitels finden entsprechende Anwendung.

Beispielberechnung:

Anspruchsberechtigung für Landespflegegeld wegen Blindheit, Anspruch auf Blindenhilfe nach § 72 SGB XII und Leistungen der vollstationären Dauerpflege nach SGB XI und SGB XII

01.07.2014	01.07.2015			
188,31 €	192,26 €	50% LPG wg. Blindheit	gem. § 4 Abs.3 LPG	1.Schritt: Berechnung des vorrangigen Anspruchs nach dem LPG
640,51 €	653,94 €	Blindenhilfe nach § 72 SGB XII		2.Schritt: Berechnung des Anspruchs auf Blindenhilfe
bis zu -320,26 €	bis zu -326,97 €	Minderung	§ 72 Abs.3 SGB XII	
320,25 €	326,97 €	geminderte Blindenhilfe	§ 72 Abs.1, Satz1 SGB XII	
-188,31 €	-192,26 €	LPG wg.Blindheit		
131,94 €	134,71 €	Blindenhilfe		
Versagung des Barbetrages § 72 Abs.4 SGB XII				3.Schritt:
Leistung	Leistung			
188,31 €	192,26 €	LPG		
131,94 €	134,71 €	Blindenhilfe Maßnahmekosten		