

**Verwaltungsanweisung Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII)
Sozialhilfe - Hilfe zur Pflege nach dem 7.Kapitel**

Inhaltsverzeichnis:

Erster Teil: Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI	5
1. Zweites Pflegestärkungsgesetz	5
2. Erstes Pflegestärkungsgesetz	7
3. Pflege-Neuausrichtungsgesetz	8
4. Leistungsberechtigung im SGB XI	9
5. Pflegebedürftigkeit	9
6. Begutachtungsfristen § 18 SGB XI	12
7. Pflegeberatung/Pflegestützpunkte	13
8. Qualitätssicherung in der Pflege	14
9. Trägerübergreifendes Persönliches Budget gem. § 35a SGB XI	15
10. Leistungen bei Pflegegrad 1	15
11. Pflegesachleistung § 36 SGB XI	16
12. Pflegegeld § 37 SGB XI	16
13. Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI	17
14. Leistungen für Pflegebedürftige in amb. betreuten Wohngruppen	18
15. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (§ 39 SGB XI)	19
16. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen § 40 SGB XI	19
17. Tages- und Nachtpflege § 41 SGB XI	20
18. Kurzzeitpflege § 42 SGB XI	20
19. Leistungen der vollstationären Pflege § 43 SGB XI	21
20. Pflege in vollstat. Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	21
21. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson §§ 44, 44a SGB XI	22
22. Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag	23
23. Besitzstand im SGB XI	24
Zweiter Teil: Allgemeine Bestimmungen der amb. und stat. Pflege SGB XII	25
24. Leistungsberechtigung im SGB XII	25
25. Vorrang der Leistungen des SGB XI	25
26. Bindungswirkung	26
27. Einsetzen der Sozialhilfe/Rücknahme eines Verwaltungsaktes	26
28.1 Einsetzen der Sozialhilfe § 18 SGB XII	26
27.2 Rücknahme eines Verwaltungsaktes nach § 44 SGB X	27
28. Verhältnis ambulant - stationär	28

29.	Trägerübergreifendes Persönliches Budget im SGB XII	29
30.	Feststellung der Pflegebedürftigkeit	30
30.1	Begutachtung nicht dauerhafter Pflegebedürftigkeit	30
Dritter Teil: Leistungen der ambulanten Pflege nach dem SGB XII		31
31.	Pflegestärkungsgesetze 2 und 3 und die Wirkung in das Sozialhilferecht	31
32.	Pflegestärkungsgesetz 1 und Pflege-Neuausrichtungsgesetz	31
33.	Fachkonzept zur Hilfeplanung für den Sozialdienst Erwachsene (SDE)	33
33.1	Grundlage der Hilfeplanung	33
33.2	Prävention	34
33.4	Monitoring	36
33.5	Beratung	36
33.6	Umgang mit empfohlenen Hilfsmitteln	36
34.	Die Aufgaben der einzelnen Professionen	37
34.1	Aufgaben des Sozialdienstes Erwachsene (SDE)	37
34.2	Aufgaben der Pflegefachkräfte des Gesundheitsamtes Bremen	38
34.3	Zusammenwirken der Fachkräfte	38
34.4	Konfliktregelung	38
34.5	Gemeinsame Fallbesprechung	39
34.6	Hausbesuch	39
34.7	Die Bedarfsfeststellung	39
34.8	Leistungskomplexe	40
34.9	Die Hilfeplanung	40
34.10	Zusammenwirken der Fachkräfte bei Wiederholungsbegutachtungen	41
35.	Leitlinien zur Begutachtung, Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung	42
35.1	Begutachtung	42
35.2	Begutachtung nicht dauerhafter Pflegebedürftigkeit:	42
35.3	Bedarfsfeststellung / Hilfeplanung	42
36.	Entscheidung und verwaltungsrechtliche Bearbeitung	43
37.	Übersendung der Gutachten/Hilfeplan	43
38.	Inanspruchnahme des Dolmetscherdienstes Bremen	45
39.	Rechtsgrundlagen für die häusliche Pflege	46
40.	Assistenzpflegebedarf gem. § 63b Abs.4 SGB XII	46
41.	Leistungen für den Pflegegrad 1 nach § 63 Abs.2 SGB XII	47
42.	Pflegegeld nach § 64a SGB XII	50
43.	Besitzstandsregelung gem. Art. 51 Pflege-Versicherungsgesetz	51
44.	Verbindliche Beratungsbesuche für nichtpflegeversicherte Menschen	52
45.	Häusliche Pflegehilfe nach § 64b SGB XII	54
45.1	Häusliche Pflegehilfe nach § 64b SGB XII	54
45.2	Häusliche Pflege im Rahmen des Arbeitgebermodells nach § 64f SGB XII	55
45.3	Begriff der Besonderen Pflegekraft	55
45.4	Begriff Angemessenheit	55
46.	Sonderrechtsnachfolge des § 19 Abs.6 SGB XII für amb. Pflegedienste	57
47.	Investitionsbedingte Aufwendungen	58

48.	Verhinderungspflege nach § 64c SGB XII	58
49.	Pflegehilfsmittel nach § 64d SGB XII	60
50.	Wohnumfeldverbesserung	61
51.	Andere Leistungen nach § 64f SGB XII	62
51.1	Beiträge für eine angemessene Alterssicherung der Pflegeperson	62
51.2	Angemessene Kosten für eine Beratung der Pflegeperson nach	63
51.3	Arbeitgebermodell nach § 64f SGB XII	63
52.	Teilstationäre Pflege nach § 64g SGB XII Tages- und Nachtpflege	64
53.	Kurzzeitpflege nach § 64h SGB XII	65
54.	Entlastungsbetrag	65
54.1	Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2-5 nach § 64i SGB XII	65
54.2	Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 nach § 66 SGB XII	65
54.3	Alltagsassistent vermittelt über die Dienstleistungszentren	66
55.	Übergangsregelung nach § 138 SGB XII	67
56.	Ambulante Maßnahme Persönliche Assistenz (ISB)	68
57.	Akzent-Wohnen	71
58.	Pflege-Wohngemeinschaften	78
59.	Hausnotrufzentrale, ggf. mit Telefonanschluss (§ 64d SGB XII)	81
60.	Service-Wohnen	82
61.	Mobiler Begleitedienst der Paritätischen Pflegedienste Bremen	84
62.	Tagesbetreuung für Demenz	85
63.	Leistungskonkurrenzen/ Zweckidentität	86
63.1	SGB XI / Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	86
63.2	SGB XI / Hilfe zur Pflege und SGB V / Hilfe zur Gesundheit	86
63.3	Haushaltshilfen nach dem 3.,4.,7. und 9.Kapitel des SGB XII	87
63.4	SGB XI / Hilfe zur Pflege und Landespflegegeld	88
63.5	SGB XI / Hilfe zur Pflege und andere Rechtsvorschriften	88
63.6	Hilfe zur Pflege nach SGB XII und Blindenhilfe nach § 72 SGB XII	88
63.7	SGB XI und Blindenhilfe	88
63.8	Kürzungen gem. § 63b Abs.5 SGB XII	88
63.9	Leistungen nach § 45b SGB XI und Hilfe zur Pflege	89
63.10	Asylbewerberleistungsgesetz und Hilfe zur Pflege	89
Vierter Teil: Leistungen der stationären Pflege nach dem SGB XII		90
64.	Berechnungssystematik stationärer Leistungen	90
65.	Prüfung der Heimnotwendigkeit	93
66.	Dolmetscherdienst	93
67.	Vollstationäre Dauerpflege	94
67.1	Inhalt der Leistung	94
67.2	Hilfsmittel	94
67.3	einzelne Hilfsmittel	95
67.4	Abwesenheiten in stationären Einrichtungen nach dem SGB XI	96
67.5	Einrichtungseinheitliche Eigenanteile	96
68.	Zusätzliche Betreuung und Aktivierung	97

69.	Pflege gemäß § 43a SGB XI in vollstat. Einrichtungen der Behindertenhilfe	97
70.	Besondere Formen der vollstationären Versorgung	98
70.1	vollstationäre Pflege nach SGB XI in vollstationären Einrichtungen	98
70.2	Gerontopsychiatrische Pflege	99
71.	Hospiz	101
72.	Kurzzeitpflege	103
73.	Leistungskonkurrenzen	106
73.1	Leistungen des Landespflegegeldgesetzes in vollstationärer Dauerpflege	106
73.2	Leistungen der Blindenhilfe nach § 72 SGB XII in vollstat. Dauerpflege	106
74.	Stichwortverzeichnis:	108
75.	Verzeichnis der Links:	112
75.1	Externe Links	112

Erster Teil: Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI

Im Nachfolgenden werden einige der wichtigen leistungsrechtlichen Regelungen im Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) beschrieben. Nähere Informationen auch mit Beispielberechnungen sind im Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften (Stand gültig ab 01.01.2017) vom GKV-Spitzenverband – Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene veröffentlicht.

[Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI](#)

1. Zweites Pflegestärkungsgesetz

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz ist mit den wesentlichen Änderungen zum 01.01.2017 in Kraft getreten. Einige wenige Änderungen gelten bereits seit dem 01.01.2016.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wird die seit 2006 eingeleitete Pflegereform abgeschlossen.

Zentraler Inhalt dieser Gesetzesänderung ist die neue Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und damit verbunden auch das Neue Begutachtungsinstrument (NBI). Mit diesem Begutachtungsinstrument werden die Pflegebedürftigkeit und damit der Zugang zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellt.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff steht bereits seit seiner Einführung in der Kritik. Wesentlicher Kritikpunkt ist die verengte vorrangig auf Alltagsverrichtungen ausgerichtete Sicht in der Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Er ist unter pflegfachlichen Gesichtspunkten nicht ausreichend fundiert und vorrangig auf Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet. Kognitive und psychische Beeinträchtigung wurden bisher nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt. Das führte dazu, dass Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen seltener höhere Pflegestufen erhielten, als Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen.

Diese Kritikpunkte aufnehmend waren durch verschiedene Gesetzesänderungen die Leistungen der Pflegeversicherung für die Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz verbessert worden (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, Pflege-Neuausrichtungsgesetz, Pflegestärkungsgesetz 1). Dies führte, so die Kritik des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, zu „einem unübersichtlichen Flickenteppich“. „Ohne die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes wird das ‚System Pflege‘ durch weitere kleinteilige Änderungen zu einem, insbesondere für die pflegebedürftigen Menschen selbst [Anmerkung: auch für die Beratungsstellen], immer unübersichtlicheren Flickenteppich“ – Quelle: Stellungnahme des Deutschen Vereins vom 23.06.2014.

Bereits 2006 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) der Expertenbeirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes einberufen. Der Expertenbeirat unter Mitwirkung aller relevanten Organisationen, Pflegewissenschaft und Rechtsprechung übergab den Bericht 2009 dem BMG. Zur Klärung noch offener fachlicher, administrativer und rechtstechnischer Fragen wurde 2012 erneut ein Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes einberufen, der Abschlussbericht erfolgte 2013. Auf dieser Grundlage ist das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) am 28.12.2015 im Bundesgesetzblatt verkündet worden.

Wesentliche Inhalte des PSG II sind unter anderem:

- Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsinstruments (NBI)

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wird neu gefasst. Der bisherige defizitorientierte und verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff wird abgelöst und damit auch die Orientierung nach Zeitkorridoren für die einzelnen Verrichtungen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff orientiert sich nach der Beeinträchtigung von Selbstständigkeit und Fähigkeiten. Es werden alle relevanten Aspekte der Pflegebedürftigkeit erfasst unabhängig, ob diese auf körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen bestehen. Die Sonderbegutachtung für Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz entfällt dadurch.

Erfasst wird die Beeinträchtigung in sechs Modulen. In zwei weiteren Modulen wird zudem darüberhinausgehende Hilfebedürftigkeit erhoben.

Die in den Modulen erreichten und gewichteten Punktwerte ergeben in der Summe addiert die Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade. Mit dem Pflegegrad erfolgt die Zuordnung zu den Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung.

Die fünf Pflegegrade lösen die drei Pflegestufen ab. Das NBA ist somit wesentlich differenzierter als die vor dem 01.01.2017 geltenden Begutachtungsrichtlinien.

- Stärkung der Empfehlungen zu einer medizinischen Rehabilitation.

Bisher haben Empfehlungen zu einer medizinischen Rehabilitation in der Pflegebegutachtungspraxis kaum eine Rolle gespielt. Es wird dazu ein bundeseinheitliches strukturiertes Verfahren zu Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen eingeführt (§ 18 Abs.6 Satz 3 SGB XI).

- Das Leistungsrecht des SGB XI wird insgesamt an die Pflegegrade angepasst. Grundsätzlich werden die Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt. Die Beeinträchtigungen von Personen im Pflegegrad 1 sind gering und liegen vorrangig im somatischen Bereich. Sie erfordern Teilhilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen der Wohnung und bei der Haushaltsführung. Daneben sind beratende Unterstützungsangebote von Bedeutung.

- Neuordnung der Angebote zur Betreuung und Entlastung

Die bisherigen Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden neu geregelt. Es gibt nur noch eine einheitliche Leistung für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI. Alle Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege haben diesen Anspruch. Die Zweckbestimmung hat sich nicht verändert. Er ist zweckgebunden einzusetzen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei der Gestaltung des Alltags.

Parallel wird die Landesverordnung zur Anerkennung von niedrighschwelligigen Angeboten gem. § 45a Abs.3 SGB XI den geänderten gesetzlichen Vorgaben angepasst.

- Änderungen im Leistungserbringungsrecht

Die Landesrahmenverträge und Landesvereinbarungen werden an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst. In der vollstationären Pflege erfolgt ein Systemwechsel bei der Berechnung des Eigenanteils (Pflegesatz minus Leistung der Pflegeversicherung). Es wird ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil eingeführt. Alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2-5 leisten in einer Einrichtung unabhängig vom Pflegegrad einen einheitlichen Eigenanteil.

Ziel der Regelung ist ein Interessenausgleich:

Interesse des Pflegebedürftigen nach einer geringeren Einstufung, weil der Eigenanteil dadurch geringer ist.

Interesse der Einrichtung nach einer hohen Einstufung, weil dadurch ein höheres Entgelt der Einrichtung zufließt.

- **Überleitungsregelungen im SGB XI**

Im § 140 SGB XI ist die Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade ohne neue Begutachtung gesetzlich geregelt. Personen mit einer bereits festgestellten Einschränkung in der Alltagskompetenz vollziehen „zwei Stufensprünge“, z. B. von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 3, Personen ohne diese Einschränkung einen „einfachen Stufensprung“, z. B. von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 2.

- **Besitzstandsregelung im SGB XI**

Durch § 141 SGB XI wird sichergestellt, dass hinsichtlich der Leistungsansprüche keine Schlechterstellung erfolgt.

2. Erstes Pflegestärkungsgesetz

Am 17.10.2014 hat der Deutsche Bundestag das Erste Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung (Erstes Pflegestärkungsgesetz PSG 1) verabschiedet. Mit diesem Gesetz soll die Pflegeversicherung weiterentwickelt und zukunftsfest gemacht werden. In einem zweiten Schritt wird nach Erprobung einer neuen Begutachtungssystematik (neues Begutachtungsassessment - NBA) auf ihre Umsetzbarkeit und Praktikabilität, ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden.

Der Gesetzgeber sieht im PSG 1 einen weiteren Zwischenschritt bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Er sieht die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Stabilisierung und flexibleren Gestaltung der häuslichen Pflege und eine weitere Verbesserung in der ergänzenden Betreuung der stationären Pflege. Mit weiteren Verbesserungen der Leistungen erfahren insbesondere Menschen mit Demenzerkrankungen eine bessere Betreuung. Durch die Einführung des Pflegevorsorgefonds wird Vorsorge für besondere Demografie bedingte Belastungen getroffen.

Wesentliche Inhalte des PSG I sind unter anderem:

- Dynamisierung der Leistungen um 4% bzw. 2,67%.
- Verbesserte Leistungen insbesondere in der Tages-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege, den verbesserten Pflegeleistungen nach § 123 SGB XI und in der stationären Betreuung.
- Flexibilisierung der Leistungen, die ausschließliche Abrechnung der Pflegesachleistungen durch anerkannte Pflegedienste wird durch die Möglichkeit niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch zu nehmen, eingeschränkt.
- Bildung eines Pflegevorsorgefonds.

Ergänzend zum PSG 1 wurde das „Gesetz zur besseren Vereinbarung von Familie, Pflege und Beruf“ verabschiedet. Die in diesem Gesetz formulierten Rechtsansprüche bieten die Möglichkeit sich innerhalb der Familie aktiv in die Pflege von Angehörigen einzubringen. Die

Möglichkeiten, die das Familienpflegezeitgesetz und das Pflegezeitgesetz bieten, werden in diesem Gesetz weiterentwickelt.

3. Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – SGB XI) trat bei der häuslichen Pflege ab 01.04.1995 und bei der stationären Pflege ab 01.07.1996 in Kraft. Seitdem ist das Gesetz laufend fortentwickelt worden. Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz im Jahr 2002 und dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 sind wichtige Ergänzungen gerade für Pflegebedürftige mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz vorgenommen worden. Die Rechte von Pflegebedürftigen wurden mit der Ausweitung von Beratungspflichten der Pflegekassen und dem Aufbau von Beratungsstellen (Pflegestützpunkte) im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wesentlich gestärkt.

Diese Entwicklung setzt sich jetzt mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) fort.

Aus der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass es einer weiteren Fortentwicklung der Leistungsangebote der Pflegeversicherung insbesondere für den Personenkreis der an Demenz erkrankten Menschen bedarf. Für die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes gibt es einen breiten Konsens. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff ist in mehreren Schritten umzusetzen. Aber im Hinblick darauf, dass an Demenz erkrankte Menschen zeitnah konkrete Hilfe brauchen, werden sie durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz mehr und bessere Leistungen erhalten. Diese Leistungen werden gewährt, bis ein Gesetz in Kraft tritt, das eine Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes vorsieht. Die §§ 123 (verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) und 124 (Häusliche Betreuung) sind deshalb auch nur als Übergangsbestimmung geregelt.

Wesentliche Inhalte des PNG sind unter anderem:

- Leistungsverbesserung für demenziell erkrankte Menschen im § 123 SGB XI
Im § 123 SGB XI sind die Leistungen für den Personenkreis nach § 45a SGB XI verbessert worden.
- Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme
Pflegebedürftige erhalten die Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsangebots. Sie können neben den heutigen, verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen auch bestimmte Zeitvolumen für die Pflege wählen. Bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes können neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung auch häusliche Betreuungsleistungen abgerufen werden.
- Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen
Neue Wohn- und Betreuungsformen zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung entsprechen nicht nur den Bedürfnissen vieler Pflegebedürftiger. Sie tragen auch dazu bei, stationäre Pflege zu vermeiden. Dass die Organisation von pflegerischer Versorgung in Wohngruppen erleichtert wird, stärkt den Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung.
- Stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung.

Begutachtungsverfahren und Entscheidungen über Pflegebedürftigkeit sollen für die Versicherten zügiger erfolgen und transparenter gestaltet werden.

- Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung im SGB XI

Um eine möglichst frühzeitige Beratung der Antragstellenden in ihrer häuslichen Umgebung zu gewährleisten, haben die Pflegekassen innerhalb von zwei Wochen einen Ansprechpartner nebst Kontaktdaten sowie einen konkreten Termin für eine umfassende Beratung anzubieten und durchzuführen.

4. Leistungsberechtigung im SGB XI

Leistungsberechtigt nach dem SGB XI ist (Leistungsberechtigung nach dem SGB XI), wer:

- mit Beiträgen oder beitragsfrei versichert ist (§ 33 SGB XI)
- pflegebedürftig ist (§14 SGB XI) *
- die Vorversicherungszeiten erfüllt (§ 33 Abs.2 SGB XI)
- einen Antrag stellt (§ 33 Abs.1 SGB XI)

In der Pflegeversicherung sind kraft des Gesetzes alle versichert, die in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung versichert sind.

Die Regelungen des § 264 SGB V sind nicht auf die Pflegeversicherung anzuwenden.

Die Vorversicherungszeit gilt als erfüllt, wenn der Versicherte in den letzten 10 Jahren vor der Antragstellung mindestens 2 Jahre in der Pflegeversicherung versichert war.

5. Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit wird nach den „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“ in der jeweils gültigen Fassung beurteilt.

Als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI gelten Personen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere benötigen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich mindestens sechs Monate vorliegen. Pflegebedürftigkeit liegt auch dann vor, wenn der personelle Unterstützungsbedarf nur deswegen nicht mindestens 6 Monate lang gegeben ist, weil die zu erwartende Lebensdauer kürzer ist.

Es ist bei der Begutachtung zu berücksichtigen, dass nicht die Schwere der Erkrankung oder Behinderung, sondern die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten als Grundlage der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit ist.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist in § 14 SGB XI definiert.

„Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit bei Erwachsenen sind gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in den nachfolgenden sechs Bereichen, die sich auf die in den Bereichen angegebenen Aktivitäten und Fähigkeiten beziehen (§ 14 Abs. 2 SGB XI):

1. Mobilität:

Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches, Treppensteigen

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:

Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigung von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

4. Selbstversorgung:

Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren), Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und

Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

in Bezug auf: Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel, in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung bei Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften.

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs

und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sich Beschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds. „

Quelle: Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi)

In § 15 SGB XI sind die Kriterien zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit genannt, das Neue Begutachtungsassessment (NBA).

Der Pflegegrad wird mithilfe eines pflegewissenschaftlich begründeten Begutachtungsinstruments in sechs Modulen ermittelt.

„Im Mittelpunkt steht die Beurteilung der Selbständigkeit eines Menschen in sechs Lebensbereichen, die jeden Menschen jeden Tag betreffen. Selbständig ist eine Person, die eine Handlung bzw. Aktivität alleine, d. h. ohne Unterstützung durch andere Personen oder unter Nutzung von Hilfsmitteln durchführen kann. Die Selbständigkeit einer Person bei der Ausführung bestimmter Handlungen bzw. Aktivitäten wird unter der Annahme bewertet, dass sie diese ausführen möchte. Es ist unerheblich, welche Hilfeleistungen tatsächlich erbracht werden.“

Quelle: Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi)

Festgestellt wird die Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in einer Skala von

0 = selbstständig

1 = überwiegend selbstständig

2 = überwiegend unselbstständig

3 = unselbstständig.

Die sechs Module sind unterschiedlich gewichtet:

- Modul 1 Mobilität: mit 10%
- Modul 2+3 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: zusammen mit 15%
- Modul 4 Selbstversorgung: mit 40%
- Modul 5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: mit 20%
- Modul 6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: mit 15%

Die Module 7 Außerhäusliche Aktivitäten und 8 Haushaltsführung werden mit erhoben, sind aber nicht pflegegradrelevant.

Mit den Informationen aus der Erfassung der außerhäuslichen Aktivitäten sollen eine umfassende Pflegeberatung und die Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes ermöglicht werden.

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, sind bereits in den Modulen 1-6 berücksichtigt. Es führen bestimmte körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen, die bereits erfasst sind, dazu das zugleich auch die Fähigkeit zur eigenständigen Haushaltsführung beeinträchtigt ist.

In einer Bewertungssystematik werden die Punktwerte der einzelnen Module unter Berücksichtigung der Gewichtung summiert und ergeben den Pflegegrad.

6. Begutachtungsfristen § 18 SGB XI

und Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten (§18a SGB XI)

Die Begutachtung der versicherten Pflegebedürftigen, welche die Pflegekassen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder anderen unabhängigen Gutachtern durchführen lässt, umfasst die Prüfung der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI und Anwendung des Neuen Begutachtungsinstruments, die Eingraduierung in den entsprechenden Pflegegrad. Die Begutachtung hat im Wohnbereich des Hilfebedürftigen stattzufinden, und kann im Sonderfall unterbleiben, wenn aufgrund eindeutiger Aktenlage entschieden werden kann. Begutachtungen sind in angemessenen Zeiträumen zu wiederholen. Hierfür sind Begutachtungsfristen gem. § 18 SGB XI festgelegt.

Die Pflegekasse leitet die Anträge unverzüglich an den MDK oder an den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter, der diesen Antrag so bearbeitet, dass die Pflegekasse innerhalb von 25 Arbeitstage nach Antragstellung dem Antragsteller schriftlich eine Entscheidung mitteilen kann. Erteilt die Pflegekasse den Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 € an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat (§ 18 Abs. 3a SGB XI) sowie der Antragsteller sich in stationärer Pflege befindet und bereits mindestens als erheblich pflegebedürftig anerkannt ist (mindestens Pflegegrad 2). Verzögerungsgründe, die die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, können unter anderem sein:

- der Antragsteller kommt seinen Mitwirkungspflichten nicht nach.
- der Antragsteller sagt angekündigte und vereinbarte Termine ab.

Diese Regelung gilt nicht für Wiederholungs- oder Widerspruchsgutachten (§ 18 Abs.3b SGB XI).

Die Begutachtung ist unverzüglich spätestens nach einer Woche durchzuführen, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet, und Hinweise darauf bestehen, dass die ambulante oder stationäre Weiterversorgung oder Betreuung nicht sichergestellt ist, und dieses eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich macht,

oder sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet, und eine Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson angekündigt wurde, oder

der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

Spätestens nach 2 Wochen muss der MDK eine Begutachtung durchführen, wenn der Antragsteller ambulant nicht palliativ gepflegt wird, jedoch eine Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson angekündigt wurde.

Gemäß § 18 SGB XI soll der MDK vor der Begutachtung, soweit der Hilfebedürftige einwilligt, ärztliche Auskünfte der behandelnden Ärzte und wichtige Unterlagen (insbesondere über Vorerkrankungen, aber auch zur Information über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit) einholen, um diese in die Begutachtung mit einzubeziehen.

Das Gutachten wird dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht.

Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zuzuleiten und hierzu umfassend und begründet Stellung zu nehmen. Stellt die Pflegekasse auf Grundlage der Empfehlungen des MDK oder des beauftragten Gutachters einen Rehabilitationsbedarf fest und willigt der Antragsteller in das Verfahren ein, löst dieses ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beim zuständigen Rehabilitationsträger aus (§ 18a SGB XI).

Die Feststellungen zur Prävention oder zur medizinischen Rehabilitation sind durch den MDK auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens zu treffen.

Die Empfehlungen des MDK zu einer Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung gelten jeweils als Antrag, wenn die Zustimmung erfolgt.

7. Pflegeberatung/Pflegestützpunkte

Leistungsberechtigte und auf Wunsch auch ihren Angehörigen oder weiteren Personen haben auf Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI auf Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater.

Die Beratung umfasst unter anderem den Hilfebedarf unter Berücksichtigung des Gutachtens des MDK zu erfassen und zu analysieren, die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, die Durchführung von sich aus dem Versorgungsplan ergebenden Maßnahmen, die Anpassung des Versorgungsplans an veränderte Bedarfslagen, sowie die Auswertung bei besonders komplexer Fallgestaltung.

Auf Wunsch der anspruchsberechtigten Person erfolgt die Beratung auch gegenüber ihren Angehörigen oder unter deren Einbeziehung und in der häuslichen Umgebung oder Einrichtung.

Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrages auf Leistungen nach dem SGB XI einen konkreten Beratungsbesuch spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang anzubieten und durchzuführen. Wo die Beratung durchzuführen ist, ist nicht ausdrücklich geregelt. Sie kann auch in der Geschäftsstelle der Pflegekasse oder telefonisch erfolgen. Auf Wunsch des Antragstellers hat die Beratung in der häuslichen Umgebung zu erfolgen.

Nach § 7b SGB XI hat die Pflegekasse alternativ einen Beratungsgutschein auszustellen, in den Beratungsstellen benannt sind, bei denen die Beratung erfolgt.

[Richtlinien des gkv-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI](#)

Korrespondierend zum Rechtsanspruch auf Pflegeberatung, wurden Pflegestützpunkte gem. § 92c SGB XI geschaffen. Die Kernaufgaben der Mitarbeiter/innen der Pflegestützpunkte sind die Beratung und Begleitung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen. Die Pflegestützpunkte im Land Bremen sind von den Pflegekassen in Kooperation mit dem Land Bremen und den Kommunen Bremen und Bremerhaven errichtet worden. Die Pflegestützpunkte sind so konzipiert, dass eine neutrale, unabhängige und kostenlose Beratung jederzeit gewährleistet ist.

Die Pflegeberater haben auch eine Koordinierungsfunktion und betreiben Case - Management, d.h. sie erstellen Versorgungspläne, die auf Wunsch den Kunden zur Verfügung gestellt werden.

8. Qualitätssicherung in der Pflege

Bei Bezug von Pflegegeld besteht für den Pflegebedürftigen die Verpflichtung bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich und bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen Pflegeberater zu beauftragen (§ 37 Abs.3 SGB XI).

Die Beratung soll der Qualitätssicherung der häuslichen Pflege und der regelmäßigen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich pflegenden Personen dienen. Die Beratungskosten werden von der zuständigen Pflegekasse bzw. privaten Versicherungsunternehmen getragen.

Für die Qualitätssicherung in Einrichtungen bleiben in Eigenverantwortung die jeweils zuständigen Träger zuständig. Zu diesem Zweck findet eine Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung statt.

Die Prüfung der Qualitätsstandards findet durch den MDK oder durch einen von der Pflegekasse gestellten Sachverständigen in den zugelassenen Pflegeeinrichtungen statt. Bei teil- und vollstationärer Pflege ist der Sachverständige jederzeit berechtigt Räume und Grundstücke der zu prüfenden Einrichtung gegebenenfalls unangemeldet zu betreten, um das Ziel der Qualitätssicherung zu erreichen (§ 114, § 114a SGB XI).

Bei ambulanter Pflege bedarf die Prüfung des Pflegedienstes die Zustimmung des Pflegebedürftigen bzw. dessen Vertreters/ Betreuers.

Die Prüfungen beinhalten Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands der Pflegebedürftigen, sowie die Befragung von Angehörigen und Betreuern.

9. Trägerübergreifendes Persönliches Budget gem. § 35a SGB XI

Seit dem 1.7.2004 können Pflegebedürftige an dem trägerübergreifenden Persönlichen Budget (trägerübergreifendes Persönliches Budget gem. § 35 SGB XI) teilnehmen. Die Teilnahme bezieht sich auf die Leistungen der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI, auf das Pflegegeld nach § 37 SGB XI, auf die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI – hier ist nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld budgetfähig, die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel nach § 40 Abs.2 SGB XI und die Kosten für Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI. Die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 SGB XI dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI berechtigen.

10. Leistungen bei Pflegegrad 1

Die Beeinträchtigungen von Personen im Pflegegrad 1 sind gering und liegen vorrangig im somatischen Bereich. Sie erfordern Teilhilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen der Wohnung und bei der Haushaltsführung. Daneben sind beratende Unterstützungsangebote von Bedeutung. Insgesamt stehen Leistungen im Vordergrund, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen, ohne dass bereits voller Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung angezeigt ist. Dies gilt insbesondere für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die alleine leben, aber auch für diejenigen, deren soziales Umfeld die erforderlichen Unterstützungsleistungen nicht erbringen kann oder will.

Damit Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 die ihnen zustehenden Ansprüche leicht finden und realisieren können und somit möglichst selbständig in der gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben können, gibt § 28a einen Überblick über die Leistungen, die für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 gewährt werden.

Im Einzelnen sind die Leistungen bei Pflegegrad 1 gem. § 28a SGB XI abschließend aufgeführt. Der Gesetzgeber gibt keinen Raum für weitere Leistungen:

- Beratung: Pflegeberatung, Beratung gem. § 37 Abs.3 SGB XI
- Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI
- Pflegehilfsmittel
- Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes gem. § 40 Absatz 4 SGB XI
- Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen gem. § 43b SGB XI
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gem. § 45 SGB XI
- Den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI; die Inanspruchnahme von Leistungen von ambulanten Pflegediensten gem. § 36 SGB XI umfasst auch die Selbstversorgung.

Der Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 kann auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Anspruch genommen werden.

11. Pflegesachleistung § 36 SGB XI

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 haben bei häuslicher Pflege als Pflegesachleistung gem. § 36 SGB XI einen Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung. Häusliche Pflege wird durch geeignete Pflegekräfte oder über ambulante Pflegedienste erbracht, die mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben.

Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den nach § 14 SGB XI genannten Bereichen (Modulen). Sie umfasst auch die pflegerische Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen die in § 36 Abs.2 SGB XI genannten Unterstützungsleistungen, die keine abschließende Aufzählung darstellt.

Gem. § 45a Abs.4 SGB XI können Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens einem Pflegegrad 2 bis zu 40% der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI für anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Diese Regelung des § 45b Abs.4 SGB XI bezieht sich auf die Anspruchsberechtigung, die

- ausschließlich Pflegesachleistungen nach den §§ 36 SGB XI,
- Kombinationsleistungen nach den §§ 38 SGB XI oder
- ausschließlich Pflegegeld nach den §§ 37 SGB XI

beziehen und ist unabhängig von der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages.

12. Pflegegeld § 37 SGB XI

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 haben einen Anspruch auf Pflegegeld gem. § 37 SGB XI. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellt und zwar für die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Ist dies – z. B. nach einer Feststellung des MDK nach § 18 Abs. 6 Satz 4 SGB XI – nicht der Fall, kann das Pflegegeld nicht gezahlt werden. Mit dem Pflegegeld soll der Pflegebedürftige in die Lage versetzt werden, Angehörigen, dem Lebenspartner und sonstigen Pflegepersonen eine materielle Anerkennung für die im häuslichen Bereich erbrachte Pflege und Betreuung zukommen zu lassen.

Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig vom Pflegegrad.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme der Leistungen besteht ein Wahlrecht zwischen ausschließlich Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) ausschließlich Pflegegeld (§ 37 SGB XI) und Kombinationsleistungen (§38 SGB XI).

Der Anspruch auf Pflegegeld ruht nach § 34 Abs.2 SGB XI wenn der Anspruch auf häusliche Pflege nach § 37 SGB V besteht und diese auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfasst. Der Anspruch ruht weiter bei einem stationären Aufenthalt im Sinne des § 71 Abs.4 SGB XI (u.a. stationäre Einrichtungen, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation).

Das Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit einem Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation, weiter zu zahlen. Die Weiterzahlung des Pflegegeldes während eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes setzt voraus, dass vor dem Krankenhausaufenthalt bereits einen Anspruch auf Pflegegeld bestand. Wird während des Krankenhausaufenthaltes Pflegegeld beantragt, setzt dieses erst mit dem Tag ein, an dem der Pflegebedürftige sich wieder in seiner häuslichen Umgebung befindet

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 acht Wochen bei der Kurzzeitpflege und 6 Wochen bei der Verhinderungspflege weitergezahlt. Voraussetzung: Anspruch von Pflegegeld vor Beginn der Maßnahme.

Durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30.07.2009 wird für pflegebedürftige Menschen, die ihre Pflege durch von ihnen selbst beschäftigte Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs.6Satz 1 SGB XII Anwendung findet, das Pflegegeld auch über die ersten vier Wochen hinaus gezahlt.

Die Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen ist in dem in § 45a Abs.4 SGB XI genannten Umfang auch auf das Pflegegeld anzuwenden (siehe hierzu die Ausführungen in Ziffer 10). Pflegebedürftige, die Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI in Verbindung mit dem Pflegegeld nutzen, haben die Pflicht, regelmäßig eine Beratung im Sinne des § 37 Abs. 3 SGB XI abzurufen.

13. Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI

Wird die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI nur teilweise in Anspruch genommen, dann wird ein anteiliges Pflegegeld nach § 37 SGB XI geleistet (Kombinationsleistung gem. § 38 SGB XI). Die Höhe richtet sich nach der in Anspruch genommenen Pflegesachleistung.

Beispiel:

In Anspruch genommene Pflegesachleistung: 80%

Es besteht ein Anspruch auf ein Pflegegeld: 20%

Die Höhe ist abhängig von dem jeweiligen Pflegegrad!

Zur Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI in dem nach § 45a Abs.4 SGB XI genannten Umfang wird auf die Ausführungen zu §§ 36 und 37 SGB XI verwiesen (Ziffer 10 und Ziffer 11).

14. Leistungen für Pflegebedürftige in amb. betreuten Wohngruppen

Mit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes haben Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen neben dem Anspruch auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38 SGB XI gem. § 38 a SGB XI zusätzlich einen Anspruch auf einen pauschalen „Wohngruppenzuschlag“ in Höhe von pauschal 214 €.

Die Zahlung der Leistung setzt voraus, dass mindestens drei und höchstens 12 Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben. Pflegebedürftigkeit setzt, den Bezug von Leistungen nach §§ 36,37, 38, 45a oder 45b SGB XI voraus. Das Zusammenleben innerhalb eines Familienverbandes verfolgt diesen Zweck der gemeinschaftlichen pflegerischen Versorgung nach dem Willen des Gesetzgebers nicht.

Für den Anspruch ist es erforderlich, dass in der Wohngruppe eine Pflegekraft auf einer gesondert erkennbaren vertraglichen Grundlage mit den Pflegebedürftigen tätig ist. Die organisatorischen, verwaltenden, betreuenden oder das Gemeinschaftsleben fördernden Tätigkeiten müssen über die in der häuslichen Pflege üblichen Leistungen (Leistungsinhaltes des § 36 SGB XI) hinaus erbracht werden. Die Dauer dieser Tätigkeit ist nicht beschrieben, eine Rufbereitschaft ist aber nicht ausreichend. Es muss sich nicht um eine ausgebildete Pflegekraft handeln. Ein konkreter Nachweis über die entstandenen Kosten muss nicht erbracht werden.

Der Anspruch setzt voraus, dass die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen rechtlich und tatsächlich nicht eingeschränkt sind. Um eine ambulant betreute Wohngruppe handelt es sich nicht, wenn eine Versorgungsform vorliegt, in denen Leistungen angeboten bzw. gewährleistet werden, die denen im Rahmenvertrag für die vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang entsprechen.

Die grundsätzliche Zielstellung dieser Leistung ist nicht vorrangig auf eine Umwidmung stationärer Einrichtungen in Wohngruppen hinzuwirken, sondern gemeinschaftliche Pflegewohnformen außerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen und außerhalb klassischen „betreuten Wohnens“ zu unterstützen. Bei Umwandlungen von stationären Pflegeeinrichtungen in ambulant betreute Wohngruppen, ist es insbesondere Aufgabe der Heimaufsicht zu prüfen, ob es sich nicht weiterhin um eine stationäre Form des Wohnens im Sinne des Bremischen Wohn- und Betreuungsgesetzes handelt (Auszug aus der Gesetzesbegründung des „Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ zur Änderung des § 38a SGB XI).

Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege gem. § 41 SGB XI kann nur in Anspruch genommen werden, wenn die Notwendigkeit durch den MDK überprüft ist. Mit dieser Regelung soll erreicht werden, dass Anbieter von ambulant betreuten Wohngruppen diese Leistungen verknüpfen ohne dass eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung erreicht wird.

15. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (§ 39 SGB XI)

Leistungsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5.

Ist die Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus sonstigen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzpflege oder Verhinderungspflege gem. § 39 SGB XI für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr und einem Höchstbetrag. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der ersten Verhinderung mindestens 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Der Pflegegrad 2 muss nicht bereits während der sechsmonatigen Vorpflegezeit vorgelegen haben. Es ist nicht erforderlich, dass dieselbe Pflegeperson den Pflegebedürftigen sechs Monate gepflegt haben muss.

Pflegepersonen im Sinne des SGB XI sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung mindestens 10 Stunden verteilt auf mindestens zwei Tage in der Woche pflegen (§ 19 SGB XI). Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nach § 37 Abs. 1 SGB XI nicht überschreiten.

Der Anspruch kann sich seit dem 01.01.2015 um 806 € aus in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege erhöhen. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet, wenn im Laufe des Kalenderjahres Kurzzeitpflege notwendig wird.

16. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen § 40 SGB XI

Pflegebedürftige haben Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden führen oder eine selbstständige Lebensführung ermöglichen.

Zu unterscheiden sind:

- Pflegehilfsmittel, die zur Erleichterung der Pflege dienen, z. B. Pflegebetten, Waschsyste-me, Hausnotrufsysteme
- zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, z. B. Desinfektionsmittel, Bettschutzeinlagen bis zu einem Höchstbetrag im Monat.

Die Leistungen sind in einem Pflegehilfsmittelverzeichnis gem. § 78 SGB XI zusammengefasst. Diese wird von Spitzenverbänden der Krankenkassen regelmäßig veröffentlicht.

§ 40 SGB XI beinhaltet im Absatz 4 auch Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes wie zum Beispiel Türverbreiterung, behindertengerechter Umbau von Sanitäranlagen.

Eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen liegt auch vor, wenn eine Verbesserung durch einen Umzug in eine den Anforderungen des

Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung erreicht werden kann. In diesem Fall kann nach den Besonderheiten des Einzelfalles die Pflegekasse die Umzugskosten bezuschussen.

[Hilfsmittelverzeichnis](#)

[Richtlinien zur Festlegung der doppelunktionalen Hilfsmittel](#)

17. Tages- und Nachtpflege § 41 SGB XI

Leistungsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5.

Voraussetzung ist, dass die häusliche Pflege nicht sicherzustellen ist oder die Tages- und Nachtpflege gem. § 41 SGB XI zur Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, Kosten der sozialen Betreuung und die Fahrtkosten bis zu einer Höhe, die den Leistungen nach § 36 SGB XI für den jeweiligen Pflegegrad entspricht.

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege können zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeleistung, Pflegegeld oder Kombinationsleistung in Anspruch genommen werden, ohne dass eine Anrechnung erfolgt. Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten werden von der Pflegekasse nicht übernommen.

Die Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege haben eine wichtige Funktion bei der Entlastung pflegender Angehöriger. Sie sind unter aktivierenden Gesichtspunkten, bei der Versorgung und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen, von großer Bedeutung. Die Tagespflege dient daher der Ergänzung und Stärkung der häuslichen Pflege.

18. Kurzzeitpflege § 42 SGB XI

Leistungsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5.

Voraussetzung für eine Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI ist, dass die häusliche Pflege und teilstationäre Pflege nicht ausreichend ist und für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Die Leistung nach dem SGB XI ist auf acht Wochen im Kalenderjahr begrenzt und umfasst pflegebedingte Aufwendungen und die Kosten der sozialen Betreuung bis zu einem Höchstbetrag. Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege erhöht werden, wenn ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht. Die Pflegekassen im Lande Bremen übernehmen Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI:

- nach einer stationären Krankenhausversorgung im Sinne des § 39 SGB V nur für Pflegeeinrichtungen, die über einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI für Leistungen nach § 42 SGB XI verfügen („sogenannte Solitäreinrichtungen“).
- In sonstigen Krisensituationen auch außerhalb der „sogenannten Solitäreinrichtungen“ in der Kurzzeitpflege der vollstationären Pflegeeinrichtungen („sogenannte Streubetten“ in den Pflegeeinrichtungen).

Sofern für Anspruchsberechtigte keine geeigneten Kurzzeitpflegeeinrichtungen vorhanden sind, kann gem. § 42 Abs.3 SGB XI die Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden. Gem. § 42 Abs.4 SGB XI besteht auch ein Anspruch auf Kurzzeitpflege, wenn eine gleichzeitige Unterbringung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung

notwendig ist, weil die Pflegeperson dort eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation durchführt.

19. Leistungen der vollstationären Pflege § 43 SGB XI

Leistungsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5.

Häusliche bzw. teilstationäre Pflege ist der stationären Pflege vorrangig. Vollstationäre Pflege gem. § 43 SGB XI soll erst dann einsetzen, wenn dem Umfang der Pflegebedürftigkeit in der Häuslichkeit nicht mehr entsprochen werden kann, oder keine Pflegeperson zur Verfügung steht. Die Pflegekassen erbringen die Leistungen in vollstationären Einrichtungen gem. § 43 Abs.2 SGB XI nach Pauschalen. Die Leistungen umfassen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege. Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden gem. § 43 Abs.5 SGB XI die Leistungen der vollstationären Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs.1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen (siehe hierzu Abwesenheitsregelung in Teil 4 der Weisung).

20. Pflege in vollstat. Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Leistungsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5.

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszweckes steht (§ 71 Abs.4), übernimmt die Pflegekasse gem. § 43a Satz 1 SGB XI zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen 10 % des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgeltes. Jedoch dürfen die Aufwendungen der Pflegekassen gem. § 43a Satz 2 SGB XI im Einzelfall den Monatsbetrag in gesetzlich festgelegter Höhe nicht überschreiten (vergleiche Punkt 6.1.2. in Teil 4 der Weisung).

Wird für die Tage, an denen der pflegebedürftige behinderte Mensch zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, so gelten gem. § 43a Satz 3 SGB XI die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

21. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson §§ 44, 44a SGB XI

Leistungsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5.

Die gesetzlichen Pflegekassen sowie die privaten Pflegeversicherungsunternehmen zahlen für die Pflegeperson Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung, sofern die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden in der Woche berufstätig ist. Näheres regeln die §§ 3, 137, 166 und 170 SGB VI. Der MDK stellt im Einzelfall fest, ob und in welchem zeitlichen Umfang häusliche Pflege durch eine Pflegeperson erforderlich ist. Der Begriff der Pflegeperson ergibt sich aus § 19 SGB XI.

Pflegepersonen sind während der pflegerischen Tätigkeit in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen (§ 44 Abs. 2a SGB XI) und nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert. Die Pflegekassen entrichten Beiträge an die Agentur für Arbeit (§ 44 Abs.2b SGB XI).

Nach dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf können ergänzend folgende Leistungen in Anspruch genommen werden:

- Pflegeunterstützungsgeld bei einer bis zu 10 Tagen andauernden kurzzeitigen Arbeitsverhinderung in einem Akutfall gem. § 44a SGB XI, Lohnersatzleistung etwa 90% des Nettoarbeitsentgelts,
- Zinsloses Darlehen bei einer bis zu 6monatigen Pflegezeit inclusive 3 Monaten Begleitung in der letzten Lebensphase bei einer vollständigen oder teilweisen Freistellung und Kündigungsschutz bis zum Ende der Pflegezeit,
- Zinsloses Darlehen bei einer bis zu 24monatigen teilweisen Freistellung auf eine Mindestarbeitszeit von 15 Stunden, die Familienpflegezeit gilt nur in Betrieben mit mehr als 25 Mitarbeitern. Es gilt wie bei der Pflegezeit ein Kündigungsschutz bis zum Ende der Pflegezeit.

Auf ein zinsloses Darlehen durch das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben besteht ein Rechtsanspruch.

22. Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag

Der fünfte Abschnitt des SGB XI beschreibt die Angebote zur Unterstützung im Alltag, den Entlastungsbetrag sowie die Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, des Ehrenamtes und der Selbsthilfe in den §§ 45a bis 45d SGB XI.

Die bisherigen niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote werden unter dem Oberbegriff Angebote zur Unterstützung im Alltag zusammengefasst.

Je nach Ausrichtung der Angebote kann es sich um Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegenden oder Angebote zur Entlastung im Alltag handeln.

Sie sollen Pflegepersonen entlasten und helfen Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben. Sie sollen soziale Kontakte aufrechterhalten und helfen ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig zu bewältigen.

Angebote zur Unterstützung im Alltag können sein:

Betreuung von Einzelpersonen, z. B. Betreuung von Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer,

Angebote für Gruppen, z. B. Tagesbetreuungsgruppen für dementiell erkrankte Menschen oder ihrer Angehörigen,

Angebote zur Entlastung von Pflegenden, z. B. beratender Unterstützung,

Angebote zur Entlastung im Alltag, z. B. durch Unterstützung bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen, Unterstützung bei der Haushaltsführung.

Die für diese Angebote vorgesehene Leistung des Entlastungsbetrages gem. § 45b SGB XI in Höhe von 125 € erhalten alle Pflegebedürftigen (Pflegegrad 1-5).

Der Entlastungsbetrag dient der Erstattung der Aufwendungen für die Inanspruchnahme

- Der Leistungen der Tages- und Nachtpflege und Kurzzeitpflege

Der Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI kann die Regelleistung der Tages- und Nachtpflege sowie die der Kurzzeitpflege insoweit ergänzen, als damit diese Leistungen für einen längeren Zeitraum oder in höherer Frequenz beansprucht werden können. Gefordert wird bei der Tages- und Nachtpflege nicht, dass ein spezielles Leistungsangebot bereitgestellt wird. Sie können Leistungen nach § 41 bzw. § 42 SGB XI und nach § 45 b SGB XI mit der Pflegekasse nebeneinander abrechnen. Zu den erstattungsfähigen Eigenbelastungen zählen auch die zu tragenden Entgelte für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten.

Leistungen der ambulanten Pflegedienste nach § 36 SGB XI, jedoch keine Leistungen der Selbstversorgung. Dies gilt für die Pflegegrade 2-5, für den Pflegegrad 1 gelten die Regelungen des § 28a SGB XI.

- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Angebote zur Unterstützung im Alltag. Das Nähere regelt eine Rechtsverordnung des Landes. Die Verordnungsermächtigung der Landesregierungen ergibt sich aus § 45a Abs.3 SGB XI.

Gemäß § 45b Absatz 2 SGB XI können Leistungen, die in einem Kalenderjahr von dem Versicherten nicht in Anspruch genommen wurden, auf das nächste Kalenderhalbjahr übertragen werden. Wird der auf das folgende Kalenderhalbjahr übertragene Leistungsanspruch nicht ausgeschöpft, verfällt dieser.

23. Besitzstand im SGB XI

Der Gesetzgeber hat einen Besitzstandsschutz gem. § 141 SGB XI formuliert. Kein Pflegebedürftiger soll nach der Umstellung betragsmäßig niedrigere Leistungen erhalten oder einen völligen Verlust von Ansprüchen haben grundsätzlich auf Dauer.

Pflegebedürftige, die am 31.12.2016 einen Anspruch auf Leistungen haben, erhalten einen Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 01.01.2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen.

Wird im Rahmen einer erneuten Begutachtung ein höherer Pflegegrad festgestellt, sind die Leistungen des höheren Pflegegrades ab Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu gewähren. Wird ein niedriger Pflegegrad festgestellt, verbleibt der Pflegebedürftige in dem übergeleiteten Pflegegrad. Erfolgt die Feststellung, dass eine Pflegebedürftigkeit nicht mehr vorliegt, werden die Leistungen für die Zukunft eingestellt.

In den Besitzstandsschutz einbezogen sind auch Pflegebedürftige, die am 31.12.2016 einen erhöhten Betrag nach § 45b SGB XI haben.

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 in vollstationären Pflegeeinrichtungen richtet sich der Besitzstandsschutz nach dem Eigenanteil im Dezember 2016 (Pflegesatz und Ausbildungsumlage abzüglich Leistungen der Pflegeversicherung) und dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil einschließlich der Ausbildungsumlage im Januar 2017.

Zweiter Teil: Allgemeine Bestimmungen der amb. und stat. Pflege SGB XII

24. Leistungsberechtigung im SGB XII

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist durch die Gesetzesänderung des Pflegestärkungsgesetzes III direkt im § 61a SGB XII gleichlautend wie im SGB XI beschrieben.

Als pflegebedürftig im Sinne des SGB XII gelten Personen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere benötigen. Als pflegebedürftig gilt bei wem mindestens geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten festgestellt wurden (Pflegegrad 1).

Gegenüber dem SGB XI weiter gefasst ist die Leistungsberechtigung im SGB XII. Leistungsberechtigt nachdem SGB XII sind auch Personen, die

- nicht dauerhaft pflegebedürftig sind (die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen)

25. Vorrang der Leistungen des SGB XI

Leistungen des 7. Kapitels des SGB XII I sind nachrangig gegenüber den gleichartigen Leistungen¹ nach anderen Rechtsvorschriften. Die Leistungen nach dem SGB XI sind als vorrangiger Leistungsanspruch gegenüber der Hilfe zur Pflege des SGB XII in Anspruch zu nehmen (Vorrang der Leistungen des SGB XI).

Gleichwohl können ergänzende Leistungsansprüche für die Pflegegrade 2-5 nach dem SGB XII bestehen. Diese können z. B. sein

- Anspruch auf ein Pflegegeld nach § 64a SGB XII, wenn nur Pflegesachleistungen nach dem SGB XI oder ein gekürztes Pflegegeld nach § 38 SGB XI bezogen werden,
- Anspruch auf Leistungen nach § 64b SGB XII für häusliche Pflegehilfe, wenn die Pflegesachleistungen nach dem SGB XI nicht ausreichen,
- Anspruch auf stationäre Pflege nach § 65 SGB XII, wenn die Leistung nach § 43 SGB XI nicht ausreichen.

In allen Fällen sind die vorrangigen Leistungen des SGB XI auf die SGB XII-Leistungen anzurechnen und die Leistungskonkurrenzen des § 63b SGB XII anzuwenden.

¹ Unter gleichartige Leistungen fallen auch die Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) für die Beamten

26. Bindungswirkung

Es besteht nach § 62a SGB XII eine Bindungswirkung an die Entscheidungen der Pflegekasse in Bezug auf die Feststellung des Pflegegrades.

Aus dem Ergebnis der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist kein unmittelbarer Rückschluss auf den notwendigen Bedarf an pflegerischen Leistungen möglich. Insofern kann sich die Bindungswirkung nicht auf den Bedarf der Hilfe zur Pflege beziehen. Das Bedarfsfeststellungsverfahren mit der Hilfeplanung ist somit ein gesondertes Verfahren, bezieht allerdings die Feststellungen aus dem Gutachten des MDK mit ein.

27. Einsetzen der Sozialhilfe/Rücknahme eines Verwaltungsaktes

28.1 Einsetzen der Sozialhilfe § 18 SGB XII

Das Einsetzen der Sozialhilfe ist im § 18 SGB XII geregelt.

Sozialhilfeleistungen sind zu gewähren, wenn

- die Voraussetzungen für Ihre Gewährung erfüllt sind und
- der/die Leistungsberechtigte bereit ist, die Hilfe anzunehmen.

Beides ist von Amts wegen zu prüfen. Auf den Untersuchungsgrundsatz des § 20 SGB X wird verwiesen.

Wird dem Sozialhilfeträger von Dritten (z. B. Nachbarn, Angehörigen, Heim) eine mögliche Sozialhilfebedürftigkeit zu erkennen gegeben, so ist der/die Betreffende auf die Möglichkeit, Leistungen in Anspruch zu nehmen, hinzuweisen.

Zeitpunkt der Leistungsgewährung

Leistungen nach dem SGB XII sind vom Tage des Bekanntwerdens an zu gewähren. Dies gilt nicht für Leistungen der Grundsicherung. Diese sind jeweils rückwirkend zum 01. des Antragsmonats zu gewähren (vgl. § 44 SGB XII). Der vorherige Satz ist auch für die Pflege in einer Einrichtung anzuwenden, da in vielen Fällen aufgrund der Berechnungssystematik in der stationären Pflege auch ein Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung besteht. Es ist dabei nicht zu unterscheiden, ob ein Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt in vollstationärer Einrichtung, ein Anspruch auf Grundsicherung oder nur ein Anspruch auf Leistungen des 7. Kapitels bestehen.

Anträge können in schriftlicher, fernmündlicher oder mündlicher Form sowie durch einen Vertreter gestellt werden.

Zu näheren Ausführungen wird auf die Fachliche Weisung zu § 18 SGB XII verwiesen.

27.2 Rücknahme eines Verwaltungsaktes nach § 44 SGB X

Auf die Bestimmungen des § 44 SGB X (Rücknahme eines rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsakt) während des laufenden Bezugs von Sozialhilfe wird verwiesen. Danach ist nach § 44 SGB X soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind, ist der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen.

Entscheidend für eine nachträgliche Gewährung von Sozialhilfe ist jedoch, dass nach Rechtsprechung des BSG nur dann Sozialhilfe für die Vergangenheit ausbezahlt ist, wenn zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch ein Bedarf besteht und der Bedarf für die Vergangenheit nicht gedeckt wurde. Sollte keine Hilfebedürftigkeit mehr bestehen, da der Bedarf durch Selbsthilfe gedeckt wurde, ist die Leistung nicht nachzuzahlen. Es ist deshalb eine genaue Einzelfallprüfung notwendig.

Über die Rücknahme entscheidet nach Unanfechtbarkeit des Verwaltungsaktes die zuständige Behörde; dies gilt auch dann, wenn der zurückzunehmende Verwaltungsakt von einer anderen Behörde erlassen worden ist. Ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen worden, werden Sozialleistungen nach den Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuches längstens für einen Zeitraum bis zu vier Jahren vor der Rücknahme erbracht, für Leistungen nach dem SGB XII bis zu einem Jahr. Durch das „Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch“ ist mit Einfügung des § 116a SGB XII mit Wirkung zum 01.04.2011 die Rücknahme von Verwaltungsakten in der Sozialhilfe nur für einen Zeitraum bis zu einem Jahr möglich.

Beispiel aus der ambulanten Leistung: Rückwirkend wird der Pflegegrad erhöht, woraus sich ein höherer Anspruch auf ein gekürztes Pflegegeld „Restpflegegeld“ ergibt.

Der Bescheid ist mit Wirkung der Entscheidung über die Festsetzung der Pflegestufe nach § 44 SGB X zurückzunehmen und entsprechend des neuen Sachverhalts zu bescheiden. Pflegegeld ist eine pauschale Abgeltung der Mehraufwendungen ungeachtet der tatsächlichen Aufwendungen und ohne einen Nachweis zu führen. Ein bestehender Bedarf ist somit nicht nachzuweisen.

28. Verhältnis ambulant - stationär

In § 3 SGB XI ist der Vorrang der ambulanten Pflege in der Pflegeversicherung beschrieben. Dieser Grundsatz findet ebenso im Sozialhilferecht Anwendung. Nach § 13 SGB XII haben ambulante Leistungen vor teilstationären und stationären Leistungen sowie teilstationären vor stationären Leistungen Vorrang.

Der Vorrang der ambulanten Leistung gilt nicht, wenn eine Leistung für eine geeignete stationäre Einrichtung zumutbar und eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist.

Bei der Entscheidung ist zunächst die Zumutbarkeit im Sinne des § 13 SGB XII zu prüfen.

Zumutbarkeit im Sinne des § 13 SGB XII:

Dazu zählen die **persönlichen**, die **familiären** und die **örtlichen Umstände** des Leistungsberechtigten. Im Rahmen der persönlichen Umstände muss geprüft werden, inwieweit die Verweisung in eine stationäre Einrichtung negative Folgen haben kann. Aspekte sind etwa die Unterbringung eines jungen Menschen in einer Einrichtung mit vorwiegend älteren Bewohnern, die Verlegung eines Leistungsberechtigten mit ausgeprägten Kontaktschwierigkeiten aus der gewohnten häuslichen Umgebung, der Abschied von der vertrauten Wohnung und die mit dem Umzug verbundenen räumlichen Einschränkungen, die Gefahr von durch die Unterbringung in einer stationären Einrichtung bedingten Beziehungs- und Kontaktverlusten oder einer zumindest deutlichen Verringerung derselben, die Gefahr der Vereinsamung des Betroffenen, die Nähe oder Entfernung zur bisherigen Umgebung.

Bei Auszug aus der Häuslichkeit in eine ambulante heimähnliche Wohnform, z. B. eine Demenz- Wohngemeinschaft, und Verbleib innerhalb des Stadtgebietes ist grundsätzlich davon auszugehen, dass auch der Umzug in eine stationäre Wohnform zumutbar ist.

Unverhältnismäßige Mehrkosten im Sinne des § 13 SGB XII:

Mit dem Tatbestandsmerkmal „unverhältnismäßige Mehrkosten“ betont der Gesetzgeber, dass Kosten bei der Entscheidung des Hilfetragers eine Rolle spielen **können**. Die Kosten, die unter Berücksichtigung des Wunsches erforderlich werden, sind mit denen, die der Hilfetragere aufzuwenden hat, zu vergleichen (BVerwG FEVS 31, 221). Sind die Kosten der gewünschten Unterbringung höher, braucht der Leistungsträger dem Wunsch nicht zu entsprechen. Da es sich um eine Ermessensentscheidung handelt, kann er jedoch andererseits den Wunsch des Hilfesuchenden respektieren.

Bei der Kostenberechnung muss zunächst die Berechnung auf den tatsächlichen Kosten basieren, um im Ergebnis reale Kosten als Grundlage zum Vergleich zu erhalten. So muss ein Kostenvergleich zwischen der gewünschten Hilfemaßnahme, beispielsweise ambulante Versorgung, und der vom Sozialhilfetragere konkret ins Auge gefassten zumutbaren Hilfemaßnahme, beispielsweise stationärer Versorgung, stattfinden. Die Differenz zwischen den verglichenen Positionen beschreibt die Mehrkosten.

Die Unverhältnismäßigkeit liegt hierbei in der Höhe der Differenz. Für die Berechnung der Kosten weist der Deutsche Verein darauf hin, dass die Kostenbestandteile regelmäßig in der ambulanten wie stationären Versorgung aus Kosten für Unterkunft und Heizung, Kosten des Lebensunterhalts zuzüglich eventueller Mehrbedarfe, den Pflegekosten und einem Barbetrag bestehen.

Eine allgemeine Regel, um welchen Betrag oder Prozentsatz die kostengünstigere Bedarfsdeckung überschritten sein muss, gibt es nicht, es kommt auf die Umstände des Einzelfalls an.

29. Trägerübergreifendes Persönliches Budget im SGB XII

Rechtsgrundlage für ein persönliches Budget ist § 63 Abs.3 SGB XII.

Auf Antrag kann Hilfe zur Pflege auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets gem. § 63 SGB XII erbracht werden. Die für das Persönliche Budget grundlegende Vorschrift des § 17 SGB IX wird flankiert durch die Änderung einer Reihe weiterer Vorschriften in anderen Sozialgesetzbüchern. So können gemäß §§ 57 und 63 Absatz 3 SGB XII Leistungen der Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege auf Antrag als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden. Entsprechende Vorschriften finden sich im SGB III (Arbeitsförderung), SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung), SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung), SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung), SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe), SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte. Zum Trägerübergreifenden Persönlichen Budget hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung mit Datum vom 1.7.2004 eine „Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX (Budgetverordnung – BudgetV)“ erlassen.

Im § 35 a SGB XI ist geregelt, dass nur das Pflegegeld – auch das Pflegegeld im Rahmen einer Kombinationsleistung – als Geldleistung budgetfähig ist. Die Pflegesachleistung nach §§ 36, 38 und 41 SGB XI werden nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen berechtigen.

Abweichend von der Form der Leistungserbringung im SGB XI, kann in der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII ein Persönliches Budget gem. § 63 Abs.3 SGB XII in Form einer Geldleistung erbracht werden, wenn die Voraussetzungen der Rahmenrichtlinie der Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport und der Weisung zur Rahmenrichtlinie „Persönliches Budget“ erfüllt sind. Es wird auf diese Rahmenrichtlinie verwiesen.

Ergänzend wird für Leistungen der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung auf die „Rahmensetzung für Leistungen der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung ISB hier: Persönliches Budget nach § 17 SGB IX / Arbeitgebermodell nach § 64f Abs.3 SGB XII (Leistungen der Hilfe zur Pflege nach Kap.7 und Leistungen zur Teilhabe nach Kap.6 SGB XII)“ in der jeweils gültigen Fassung verwiesen

Hilfe zur Pflege ist nur eine budgetfähige Leistung, wenn Leistungen der Teilhabe gem. § 54 SGB XII erbracht werden.

30. Feststellung der Pflegebedürftigkeit

...und des Pflegegrades

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie des Pflegegrades erfolgt durch die Pflegekasse auf der Grundlage des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) auf Antrag des Versicherten. Die Entscheidung ist für den Sozialhilfeträger bindend (§ 62a SGB XII). Die Begutachtung durch den MDK trifft keine Aussagen über Art und Umfang des Bedarfs an zusätzlich notwendiger Hilfe zur Pflege. Deshalb sind in ambulanter Pflege vom Sozialhilfeträger Verfahren zur Bedarfsfeststellung verabredet worden, die ebenfalls bindend sind.

Für nichtversicherte Pflegebedürftige begutachtet das Gesundheitsamt die Pflegegrade nach den Begutachtungsrichtlinien des MDK. Für den Personenkreis in der Zuständigkeit der Behandlungszentren wird der Pflegegrad durch die Behandlungszentren festgestellt (ebenso nach den Begutachtungsrichtlinien des MDK).

Für pflegebedürftige Menschen in auswärtigen Einrichtungen ist das Verfahren des dortigen Trägers der Sozialhilfe zu übernehmen.

[Begutachtungsrichtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit](#)

30.1 Begutachtung nicht dauerhafter Pflegebedürftigkeit

Eine Pflegebedürftigkeit wird nach dem SGB XI verneint, wenn diese nicht von Dauer ist. Nach dem SGB XII könnte eine Anspruchsberechtigung bestehen, da diese nicht von Dauer sein muss (§ 61 SGB XII). Von Bedeutung kann dieser Sachverhalt insbesondere bei der Kurzzeitpflege sein (vorübergehende Pflegebedürftigkeit nach Krankenhausaufenthalt), aber auch in anderen Fallkonstellationen (z.B die Notwendigkeit einer vorübergehenden Versorgung durch einen Pflegedienst).. Liegen hierfür Anhaltspunkte vor, ist das Gesundheitsamt bzw. Behandlungszentrum zu beauftragen ein Gutachten zu erstellen. Dieses Verfahren leiten die zuständigen Sozialdienste ein.

Dritter Teil: Leistungen der ambulanten Pflege nach dem SGB XII

31. Pflegestärkungsgesetze 2 und 3 und die Wirkung in das Sozialhilferecht

Mit dem Pflegestärkungsgesetz 2 (PSG) wurden die Regelungen des SGB XI umfassend reformiert. Hiermit verbunden sind der Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Begutachtungsassessment neu definiert.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff orientiert sich nach der Beeinträchtigung von Selbstständigkeit und Fähigkeiten. Es werden alle relevanten Aspekte der Pflegebedürftigkeit erfasst unabhängig, ob diese auf körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen bestehen. Die Sonderbegutachtung für Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz entfällt dadurch.

Diese Regelungen werden explizit in das 7. Kapitel des SGB XII übernommen und sind deshalb auch für die Anspruchsberechtigung in der Hilfe zur Pflege heranzuziehen. Ein Anspruch auf Hilfe zur Pflege besteht somit nur, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 1 festgestellt wird.

Eine Ausnahme besteht weiterhin: in der Hilfe zur Pflege des SGB XII sind auch weiterhin Leistungen möglich, wenn eine Pflegebedürftigkeit nur von kurzer Dauer ist.

Die Leistungen der beiden Rechtskreise des SGB XI und SGB XII werden angepasst. Im SGB XII sind alle Leistungen, die im Rahmen der Hilfe zur Pflege möglich sind, aufgeführt. Hierbei handelt es sich um eine abschließende Nennung der Leistungen. Neu aufgeführt sind insbesondere die Leistungen für Verhinderungspflege und der Entlastungsbetrag analog § 45b SGB XI. Für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 sind die Leistungen, wie auch in der Pflegeversicherung, eingeschränkt.

32. Pflegestärkungsgesetz 1 und Pflege-Neuausrichtungsgesetz

und die 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 auch für die Leistungen nach § 45b SGB XI.

- Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 123 SGB XI. Diese Leistung war eine Übergangsregelung bis zum Inkrafttreten eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und ist zum 01.01.2017 aufgehoben.

Die Leistungen des § 123 SGB XI waren als zweckidentische Leistungen zu den Leistungen der häuslichen Pflege nach § 63 SGB XII zu bewerten. Um Doppelleistungen verschiedener Sozialleistungssysteme zu vermeiden, waren 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. Diese Leistung war eine Übergangsregelung bis zum Inkrafttreten eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und ist zum 01.01.2017 aufgehoben.

- 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 (in €) der Hilfe zur Pflege und verpflichtet sich zur Sicherstellung der Pflege im festgestellten Umfang.

Der Bedarf ist dann nicht in Zeit/Stunden zu bewilligen, sondern in Höhe der zur Verfügung stehenden Leistungshöhe in EURO.

33. Fachkonzept zur Hilfeplanung für den Sozialdienst Erwachsene (SDE)

für Menschen mit pflegerischem Bedarf

33.1 Grundlage der Hilfeplanung

Die Verfahren der Bedarfsfeststellung und der Hilfeplanung in der Hilfe zur Pflege und damit eine verbindliche Beteiligung von Pflegefachkräften bei Bedarfen der Hilfe zur Pflege sind seit 2011 durch Beschlüsse der Deputationen Gesundheit und Soziales eingeführt worden. Zunächst erfolgte eine projekthafte Erprobung und nach Auswertung dieses Verfahrens in 2014 eine Verstetigung.

Grundlage dieser Beschlüsse war die Erkenntnis, dass ein wichtiges Steuerungselement in der Hilfe zur Pflege die Feststellung des pflegerischen Bedarfes ist und es deshalb hierfür dauerhaft einer besseren und systematischen Einzelfallsteuerung bedurfte. Das Ziel war eine bedarfsgerechte Versorgung und gleichzeitig einen wirtschaftlichen Versorgungsstandard zu erreichen. Dieses hat auch weiterhin Gültigkeit.

Das Zusammenwirken von Pflegefachlichkeit und sozialer Arbeit und damit die Koppelung verschiedener Systeme mit ihren eigenen Logiken ermöglicht eine wirksame Unterstützung in interprofessioneller Kooperation. Dieses setzt eine Klärung von Zuständigkeiten und Rollen voraus.

Inzwischen haben die meisten deutschen Großstädte eine Beteiligung von Pflegefachkräften an der Feststellung pflegerischer Bedarfe entweder in ihrer eigenen Organisation oder durch Kooperation mit den kommunalen Gesundheitsämtern eingeführt.

Die Zielsetzung einer Hilfeplanung in der Hilfe zur Pflege ist die gesundheitliche und soziale Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen. Dabei sind die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung eines pflegebedürftigen Menschen zu erhalten und zu fördern.

Für den pflegebedürftigen Menschen hat der Verbleib in der gewohnten Häuslichkeit in der Regel eine hohe Priorität. Das ambulante Versorgungssystem ist deshalb zu stützen. Sozialraumbezogene Versorgungsstrukturen sind zu nutzen. Dabei werden die Ressourcen der Familie, Freunde, Nachbarn und des gesamten Wohnumfeldes mit einbezogen.

Der SDE ist im Amt für Soziale Dienste in den Sozialzentren für die Hilfeplanung der Hilfe zur Pflege für alle erwachsenen Menschen, die Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XII haben, fallführend und fallverantwortlich. Der Dienst wird dabei durch die Pflegefachkräfte des Gesundheitsamtes Bremens (GAB) unterstützt.

Aufgrund der sozialräumlichen Organisationsstruktur des Amtes für Soziale Dienste verfügt der SDE in den Sozialzentren über sozialraumbezogene Kenntnisse und Kontakte, d.h. er ist Teil der örtlichen Netzwerke.

Der SDE nutzt dabei Grundprinzipien und Instrumente des Case-Managements und berücksichtigt möglichst die Autonomiewünsche der pflegebedürftigen Menschen unter Einbeziehung ihrer realen oder potentiellen Ressourcen. Er steuert und optimiert einzelfallbezogen komplexe Versorgungsprozesse durch Kooperation und Koordination aller beteiligten Akteure.

Die Kompetenzen und Aufgaben ‚Sozialer Arbeit‘ grenzen sich von denen der medizinischen und pflegerischen Qualifikationen grundsätzlich ab. ‚Soziale Arbeit‘ konzentriert sich auf die Bewältigung sozialer Probleme. Die vielfältigen Verflechtungen medizinischer und sozialer Probleme bei Pflegebedürftigkeit erfordern eine enge Kooperation zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen.

Der SDE ist mit seiner sozialpädagogischen Qualifikation, u.a. der psychosozialen Diagnostik, der Beratungs- und Sozialrechtskompetenz, und unter Berücksichtigung der fachpolitischen Ziele in der Lage diesen Hilfeprozess einzuleiten und zu steuern.

Pflegebedürftige Menschen befinden sich häufig in einer für sie neuen, schwierigen psychosozialen Situation und benötigen eine umfassende Beratung und Unterstützung zur Reduzierung und/oder Beseitigung ihrer vielschichtigen Notlagen. Der Fokus liegt zunächst oft in der medizinisch-pflegerischen Bedarfslage.

Die Pflegefachkräfte des GAB verfügen über die Kenntnisse von Krankheitsbildern, Krankheitsverläufen und über die Vermeidung von Folgerisiken (Prophylaxen) sowie die Notwendigkeit körperbezogener Pflege und Behandlungspflege. Sie haben den Auftrag, dabei insbesondere im gesundheitlichen Bereich präventive Gesichtspunkte, zum Beispiel in der Rehabilitation vor Einsatz von Pflegeleistungen zu berücksichtigen.

Pflegefachlichkeit darf sich deshalb nicht nur auf die Definition der Pflege nach dem SGB XI begrenzen. Sie ist umfassender zu betrachten. Es sind alle im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit entstehenden Hilfebedarfe aufzunehmen.

Durch eine verbindliche und auf alle medizinisch-pflegerischen Bedarfe ausgerichtete Beteiligung der Pflegefachkräfte, wird eine umfassende Bedarfsbeschreibung ermöglicht. Ein im Rahmenkonzept des SDE beschriebenes präventives Leitbild wird dadurch unterstützt.

Im Ergebnis wird sozialpädagogische und pflegerische Kompetenz zusammengeführt und bietet in seiner multidimensionalen Fallbetrachtung eine komplexere und miteinander abgestimmte Bedarfsbeschreibung.

Das Verfahren zur Hilfeplanung ist interprofessionell ausgerichtet. Es verbindet die medizinisch-pflegerische mit der sozialpädagogischen Fachkompetenz. Diese Ausrichtung ermöglicht beiden Professionen eine enge Kooperation und Koordination in diesem Prozess.

33.2 Prävention

Pflegebedürftigkeit bedeutet oft eine tiefgreifende Zäsur im Leben von Menschen. Die initiale Unsicherheit in dieser belastenden Lebensphase kann durch professionelle individuelle Beratung, Unterstützung bei der Organisation von Hilfen, Angebote zur Krankheitsbewältigung und ressourcenorientierte pflegerische Edukation (Hilfe zur Selbsthilfe) gemildert werden. Menschen sind unter dem Eindruck von akuten, schweren Erkrankungen oft am ehesten bereit, Lebensverhältnisse und Gewohnheiten dauerhaft zu verändern.

Der erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff betont die stärkere Orientierung an Ressourcen der Pflegebedürftigen und die Nutzung von präventiven und rehabilitativen Potenzialen. Pflege muss keineswegs das Endstadium der gesundheitlichen Versorgungskette sein. Deshalb sollen die präventiven und rehabilitativen Möglichkeiten im Hilfeplanverfahren optimiert werden. Dies erfolgt zum einen durch die Empfehlungen in den Bedarfsfeststellungen der Pflegefachkräfte und aktivierende Pflege. Die Implementation zielgenauer pflegerischer Hilfen ist bereits die erste Stufe präventiver Wirksamkeit und kann einen längeren Verbleib in der Häuslichkeit ermöglichen. Zum anderen rückt die Beratung als Kernaufgabe sozialer Arbeit in den Mittelpunkt. Beratung ist gerade zu Beginn der Pflegebedürftigkeit eine wichtige Informationsquelle und Motivationsunterstützung für den pflegebedürftigen Menschen. Eine am individuellen Vorwissen und biographischen Prägungen (Lebenswelt) ansetzende Beratung hat erhebliches Potenzial, mit der Belastungssituation bei Pflegebedürftigkeit konstruktiv umgehen zu können (Coping). Sie kann die Akzeptanz von angebotenen Pflegehilfen

stärken, Motivation zur Problembewältigung wecken und bei Bedarf konkret helfen, Hilfen einzusetzen. Dabei ist das direkte soziale Umfeld in die Beratung möglichst einzubeziehen, um dort entstehende Überforderungen ggf. zu erkennen oder zu vermeiden.

Pflege ist im Kern präventive Tätigkeit. Pflegehandlungen dienen seit jeher präventiven Zielen, sie sind klassischer Teil der Tertiärprävention (= Folgeschäden von Erkrankungen verzögern, begrenzen, verhindern mittels pflegerischer Prophylaxen). Aber auch Primärprävention (Vorbeugung von Krankheiten durch Verhaltens- oder Verhältnisänderung) und Sekundärprävention (Früherkennung von Krankheiten) sind für Pflegebedürftige relevant, um ihre Gesundheit zu sichern und zu fördern. Dabei ist Gesundheit kein rein funktionaler oder medizinisch eingengerter Begriff. Die WHO definiert Wohlbefinden als zentrale Kategorie von Gesundheit. Pflegerische und sozialarbeiterische Tätigkeiten dienen somit u.a. auch dem Ziel, das meist beeinträchtigte Wohlbefinden pflegebedürftiger Menschen trotz Krankheit und/oder Behinderung zu fördern und ihre Lebensqualität zu erhalten.

Ziel des Verfahrens ist ein Assessment durch beide Professionen in ihrer jeweiligen Kompetenz bei allen Hilfeplanungen für Menschen mit pflegerischen Bedarfen in den jeweils festgelegten Begutachtungszeiträumen.

Im nachstehenden Schaubild sind die einzelnen Schritte und Beteiligungen im Rahmen des Case-Managements dargestellt:

Intake	Assessment	Planing	Implemen- tation	Moni- toring	Evalua- tion
SDE PFK	SDE PFK	SDE	SDE	SDE ggf. PFK	SDE ggf. PFK
Verantwortung SDE ←-----→	Verantwortung SDE ←-----→	←----- Verantwortung SDE -----→			
in der Phase des Intakes: Beratung durch PFK, Koopera- tion, Koordina- tion im Rahmen der Fallbesprechung,	psychosoziale Lebenssituation Hinzuziehung anderer Exper- ten, Biografie, Um- feld ←-----→ Verantwortung PFK Pflegebedarf Hilfsmittel Bedarfe nach SGB V				

33.4 Monitoring

Die Wirksamkeit der empfohlenen und/oder eingesetzten Pflegemaßnahmen ist davon abhängig, ob diese den pflegebedürftigen Menschen auch erreichen. Deshalb ist es auch im Sinne von Prävention notwendig, nach dem Einsetzen die Wirksamkeit zu überprüfen und ggf. nachzusteuern oder den Hilfeplan anzupassen.

Dabei sind insbesondere folgende Fragestellungen zu beantworten:

- Muss der Pflegebedarf nochmals überprüft werden? Insbesondere bei Ablehnung von empfohlenen Hilfen?
- Sind die empfohlenen Hilfsmittel vorhanden?
- Werden die empfohlenen Pflegemaßnahmen angenommen?
- Gibt es weitere Unterstützungsbedarfe?

Deshalb ist über die eingesetzten oder noch ausstehenden Pflegemaßnahmen mit dem pflegebedürftigen Menschen spätestens nach 3 Monaten und möglichst in der eigenen Häuslichkeit zu beraten und das Ergebnis zu dokumentieren.

33.5 Beratung

Ziel der Beratung ist, den pflegebedürftigen Menschen zu befähigen, aus einer Vielzahl von Leistungen und Möglichkeiten eine eigenständige Entscheidung für die individuelle Pflegesituation zu treffen. Dabei sind immer die Ressourcen aus dem Umfeld zu berücksichtigen.

Beratung findet immer im gegenseitigen Einvernehmen statt und ist neutral und unabhängig hinsichtlich der Angebote unterschiedlicher Träger.

Beratung ist im Sinne des §14 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) eine umfassende Beratung im eigenen Zuständigkeitsbereich des SGB XII und bezieht Rechte und Pflichten mit ein. Ergänzungen durch den Sozialdienst Wirtschaftliche Hilfen sind in der Beratung zu berücksichtigen.

Hinsichtlich möglicher Leistungen außerhalb des eigenen Zuständigkeitsbereiches ist nach § 15 SGB I auf den zuständigen Leistungsträger zu verweisen.

Die Beratung des SDE im Kontext der Hilfeplanung Hilfe zur Pflege erfolgt auf Grundlage des ermittelten Bedarfes durch die Pflegefachkräfte des Gesundheitsamtes Bremens.

Die Beratung nach § 14 SGB I und Auskunft nach § 15 SGB I umfasst alle sozialen Angelegenheiten, Beratung zur Hilfeplanung und beratende Unterstützung bei der Umsetzung. Die Beratung zu medizinischen und/oder pflegerischen Fragestellungen erfolgt durch das Gesundheitsamt Bremen und ist ggf. im Einzelfall vom SDE zu koordinieren.

Für die gesamten Beratungsinhalte sind die fachlichen Grundsätze für die Arbeit mit Erwachsenen nach dem Rahmenkonzept des SDE zu beachten.

Die Ergebnisse der Beratung sind zu dokumentieren.

33.6 Umgang mit empfohlenen Hilfsmitteln

Der SDE berät pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen zur Verbesserung der individuellen Pflegesituation und organisiert die entsprechende Unterstützung. Konkret nutzt er dabei auch die Empfehlungen aus der Eingraduierung des Pflegegrades (MDK oder GAB), der Bedarfsfeststellung und des Beratungsbesuchs des Gesundheitsamtes, z.B. für Hilfsmittel, Heilmittel oder Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Unterstützung beinhaltet insbesondere, eine Verbesserung der Pflegesituation zu erreichen. Dies ist mit dem pflegebedürftigen Menschen zu besprechen und -sofern gewünscht- der Organisationsprozess bis zur Umsetzung zu unterstützen.

Die verfügbaren Ressourcen im Umfeld sind dabei zu nutzen. Das können pflegende Angehörige, Nachbarn, Pflegepersonen, Pflegedienste, rechtliche Betreuer oder andere sein.

34. Die Aufgaben der einzelnen Professionen

34.1 Aufgaben des Sozialdienstes Erwachsene (SDE)

- Der SDE im Amt für Soziale Dienste Bremen als Bestandteil des Trägers der Sozialhilfe 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 des Pflegegutachtens der Pflegefachkraft des Gesundheitsamtes und den dort genannten medizinischen Bedarfen. Er beziffert die sich daraus ergebende Wegepauschale bei Einsatz durch einen Pflegedienst (LK 20).
- Zielsetzung der Hilfeplanung in der HzP durch den SDE ist die Sicherstellung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Insbesondere im Sozialraum vorhandene Unterstützungssysteme werden dabei genutzt. Der SDE unterstützt bzw. wirkt darauf hin, dass pflegebedürftige Menschen zielgerichtete Hilfen tatsächlich in Anspruch nehmen können.
- Der SDE überprüft die Hilfeplanung anlassbezogen oder nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes.
- Der SDE beauftragt das GAB zur Durchführung der Begutachtung und/oder der Bedarfsfeststellung. Dieses gilt auch für Anträge, in denen ausschließlich ein Pflegegeld beantragt wird.
- Bei **Eilfällen** in der HzP, in denen eine sofortige Beteiligung des GAB nicht möglich ist, erhebt der SDE den gesamten Bedarf, führt die pflegebegründenden Diagnosen auf, beschreibt die aktuelle Pflegesituation und begründet den Pflegebedarf. Mit dieser vorläufigen Bedarfsfeststellung ist auch eine Einschätzung verbunden, ob eine Leistungsberechtigung auf Leistungen der Hilfe zur Pflege (ab Pflegegrad 2) und auf die als notwendig gesehenen Maßnahmen besteht.

Um die Begutachtung oder Bedarfsfeststellung beim GAB zu beschleunigen wird empfohlen, den Auftrag mit EILIG zu kennzeichnen oder Kontakt zur Pflegefachkraft aufzunehmen.

34.2 Aufgaben der Pflegefachkräfte des Gesundheitsamtes Bremen

Die Aufgaben des Gesundheitsamtes Bremen erfolgen im Auftrag des Trägers der Sozialhilfe im Sinne einer Auftragsverarbeitung nach § 28 der Datenschutzgrundverordnung.

Das GAB ist für diese Auftragsverarbeitung stets durch den SDE zu beauftragen.

- Erstellung von Gutachten nach den „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ und Bedarfsfeststellungen über die pflegerischen Bedarfe ableitend aus den im Gutachten festgestellten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten nach Leistungskomplexen.
- Ermittlung zusätzlich bestehender medizinischer Bedarfe, wie z.B. Hilfsmittel, medizinische Rehabilitation, Therapien.
- Beratungsbesuche (als Teil der Pflege-Evaluation) analog der Intention nach § 37 Abs.3 SGB XI bei Nichtversicherten.
- Risikoabschätzung bei „unzureichender Pflege“
- Bei Bedarf werden medizinische Vorinformationen z.B. von Ärzten, Kliniken eingeholt.

34.3 Zusammenwirken der Fachkräfte

(Pflegefachkräfte des Gesundheitsamtes und des Sozialdienstes Erwachsene)

Die Zusammenarbeit der Fachkräfte in gemeinsamen Fallbesprechungen und in gemeinsamen Hausbesuchen erfolgt kooperativ und kollegial. Gemeinsame Fallbesprechungen dienen dem Austausch zu:

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

34.4 Konfliktregelung

Sollte es zwischen den Fachkräften des Amtes für Soziale Dienste und den Fachkräften des Gesundheitsamtes zu unterschiedlichen Einschätzungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und/oder der Hilfen bei der Haushaltsführung 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 dem jeweils 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.

34.5 Gemeinsame Fallbesprechung

Innerhalb der verabredeten Präsenzzeiten der Pflegefachkräfte in den Sozialzentren finden Fallbesprechungen und ein darauf basierender Fachaustausch statt.

Ziel der gemeinsamen Fallbesprechung ist: Informationsaustausch, Fachaustausch, Verfahrenssicherheit, Qualitätssicherung und die Entwicklung einer optimalen Versorgung des pflegebedürftigen Menschen.

34.6 Hausbesuch

In der Regel soll beim Erstbesuch ein gemeinsamer Hausbesuch erfolgen. Ansonsten ist ein gemeinsamer Hausbesuch weiterhin das Ziel, aber nicht immer sinnvoll oder möglich. Ggf. ist es nicht immer zielführend den gesamten Hausbesuch gemeinsam zu gestalten. Die Verabredungen dazu erfolgen zwischen den Fachkräften.

34.7 Die Bedarfsfeststellung

Gemäß § 63a SGB XII haben die Träger der Sozialhilfe den notwendigen pflegerischen Bedarf zu ermitteln und festzustellen. In Bremen hat diesen Auftrag das Gesundheitsamt Bremen durch die dort beschäftigten Pflegefachkräfte im Referat Pflege/Gesundheit älterer Menschen.

Die Bedarfsfeststellung erfolgt für alle pflegerischen Bedarfe durch die Pflegefachkraft unabhängig vom Pflegegrad, unabhängig vom Leistungsanbieter oder der Maßnahme und unabhängig vom Rechtskreis.

Die Pflegefachkräfte beurteilen die Notwendigkeit von Pflege nach Leistungskomplexen anhand des vorliegenden Gutachtens des MDK und/oder den Vorgutachten des GAB, ggf. aktueller medizinisch-pflegerischer Zusatzinformationen und den Feststellungen während des Hausbesuches. Die Bedarfsfeststellung erfolgt nach den im Einzelfall festgestellten gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und den sich daraus ableitenden notwendigen Unterstützungsleistungen im Sinne des § 61a SGB XII durch die Pflegefachkräfte des Gesundheitsamtes.

Sie bezieht die Beurteilung der Notwendigkeit von Hilfs- und Heilmitteln - unabhängig der Gesetzesnorm - im Sinne von Prävention und Erleichterung der Pflege mit ein. Dieses können auch therapeutische und rehabilitierende Angebote nach dem SGB V sein, sowie alle sonstigen Hilfsmittel.

Die Beurteilung des pflegerisch notwendigen Bedarfs im Sinne des § 63a SGB XII erfolgt nach den aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen unter Beachtung der fachlichen Standards.

34.8 Leistungskomplexe

Die Feststellung der Bedarfe und auch die Abrechnung der Leistungen erfolgt entsprechend der notwendigen Pflegehandlungen, die in 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 körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung (§ 36 SGB XI). In den Leistungen ist das Prinzip der aktivierenden Pflege, die darauf ausgerichtet ist die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte wiederzugewinnen oder zu erhalten, enthalten (§ 2 SGB XI).

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 für körperbezogene Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gilt im Regelfall nur, wenn

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

Diese Voraussetzung ist pflegefachlich durch das GAB zu beurteilen.

34.9 Die Hilfeplanung

Die Hilfeplanung erfolgt auf Basis der Bedarfsfeststellung der Pflegefachkräfte und den Feststellungen des SDE. In der Hilfeplanung werden die aktuelle Wohn- und Lebenssituation, die körperliche und seelische Verfassung, noch vorhandene Kompetenzen, soziale Einbindung und das Unterstützungspotential im häuslichen Umfeld berücksichtigt und dokumentiert. Im Hilfeplan werden die persönlichen Vorstellungen des pflegebedürftigen Menschen bezüglich der Lebens- und Hilfestaltung dokumentiert. Der SDE entscheidet bei Bedarf über die Heranziehung weiterer Experten.

Grundsätzlich ist dem Ergebnis der Bedarfsfeststellung der PFK zu folgen. Soll in der Hilfeplanung von der Bedarfsfeststellung der PFK abgewichen werden, sind die Gründe zu benennen und im Hilfeplan zu dokumentieren. Die Abweichung ist in der gemeinsamen Fallbesprechung mit den Pflegefachkräften zu thematisieren. Ziel ist es dabei, einen Konsens herzustellen.

Der SDE unterstützt den pflegebedürftigen Menschen bei der Umsetzung notwendiger und gewollter Hilfen.

Im Umgang mit dem Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI oder nach § 64i SGB XII wirkt der SDE auf eine Inanspruchnahme und sinnvolle Verwendung hin. Die Verwendung des Entlastungsbetrages wird im Hilfeplan an der dafür vorgesehenen Stelle dokumentiert.

Zur Finanzierung dieser Hilfen werden die Wirtschaftlichen Hilfen frühzeitig einbezogen. Dieses gilt auch ggf. im Hilfeplan vorgeschlagene Hilfsmittel, sowie mögliche therapeutische und rehabilitative Maßnahmen.

Dabei berücksichtigt der SDE die Ressourcen und Defizite des pflegebedürftigen Menschen und seines sozialen Umfeldes.

Die Kooperation mit den WiHi ändert sich dadurch nicht.

Der Zeitraum der Hilfeplanung beträgt in der Regel zwei Jahre.

34.10 Zusammenwirken der Fachkräfte bei Wiederholungsbegutachtungen

wenn keine Änderung des Pflegebedarfes (LK 1-11) ersichtlich notwendig ist (Pflegefachkräfte des Gesundheitsamtes und des Sozialdienstes Erwachsene)

- Bei Wiederholungsbegutachtungen nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes und berichtetem gleichbleibendem Pflegebedarf beurteilt der SDE nach Hausbesuch, ob der Hilfeplan mit diesem gleichbleibenden Pflegebedarf fortgeschrieben wird. Eine Beteiligung der Pflegefachkraft ist dann nicht notwendig. Dieses gilt längstens für einen Zeitraum von 48 Monaten. Nach spätestens 4 Jahren ist demnach das GAB zu beauftragen.
- Änderungen bei den Hilfen zur Haushaltsführung führen nicht zu einer Beteiligung der Pflegefachkraft. Auch die daraufhin durch den SDE fortgeschriebenen Hilfepläne sind an das Gesundheitsamt zu senden.
- Ist in der Bedarfsfeststellung eine Beteiligung der Pflegefachkraft des GAB gewünscht, z. B. wenn prognostisch eine Veränderung des Pflegebedarfes abzusehen ist, etwa bei progressivem Krankheitsverlauf, ist diese zu beteiligen.
- Selbstverständlich ist weiterhin eine Beteiligung des GAB durch die Pflegefachkraft jederzeit möglich.
- Alle Hilfepläne sind dem Gesundheitsamt zu übergeben.

35. Leitlinien zur Begutachtung, Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung

35.1 Begutachtung

Das Begutachtungsinstrument der Pflegeversicherung ist analog auch im SGB XII anzuwenden (§ 15 SGB XI und § 61a SGB XII). Das Formulgutachten aus den „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“ ist zu verwenden.

[Hier geht es zu den Begutachtungsrichtlinien](#)

Liegt eine kurzzeitige Pflegebedürftigkeit vor, wird der MDK eine Beeinträchtigung in der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten nicht feststellen können. Voraussetzung im SGB XI ist eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit, die bei jedem Kriterium der einzelnen Module beurteilt wird.

Grundsätzlich ist der Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI und SGB XII identisch. Eine einzige Ausnahme gilt bei der Dauer der Pflegebedürftigkeit (mindestens 6 Monate).

Nach § 61 SGB XII ist in der Hilfe zur Pflege eine Leistungsberechtigung nicht von der Dauer abhängig. In der Hilfe zur Pflege besteht auch eine Leistungsberechtigung, wenn die Pflegebedürftigkeit nicht von Dauer ist.

Die Begutachtung erfolgt dann durch das Gesundheitsamt bzw. für Personen in der Zuständigkeit der Behandlungszentren durch diese.

35.2 Begutachtung nicht dauerhafter Pflegebedürftigkeit:

Eine Pflegebedürftigkeit wird nach dem SGB XI verneint, wenn diese nicht von Dauer ist. Nach dem SGB XII könnte eine Anspruchsberechtigung bestehen, da diese nicht von Dauer sein muss (§ 61 SGB XII). Von Bedeutung kann dieser Sachverhalt insbesondere bei der Kurzzeitpflege sein (vorübergehende Pflegebedürftigkeit nach Krankenhausaufenthalt), aber auch in anderen Fallkonstellationen. Liegen hierfür Anhaltspunkte vor, ist das Gesundheitsamt bzw. Behandlungszentrum zu beauftragen ein Gutachten zu erstellen. Dieses Verfahren leiten die zuständigen Sozialdienste ein.

35.3 Bedarfsfeststellung / Hilfeplanung

- Der Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI und im SGB XII ist identisch (bis auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit) und beinhaltet die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten. Abweichende Regelungen sind in der Hilfe zur Pflege nicht mehr vorgesehen.
Die Bedarfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege müssen sich deshalb auf die im Gutachten festgestellten Beeinträchtigungen beziehen und aus diesen ableitbar sein. Ist im Eingradierungs-Gutachten keine Beeinträchtigung festgestellt, löst dieses auch keinen Bedarf der Hilfe zur Pflege aus. Auch bei nicht vorliegendem Eingradierungs-Gutachten sind die Beurteilungskriterien der „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ maßgeblich. Dieses gilt auch für die Hilfen bei der Haushaltsführung. Für die Leistungskomplexe 26 und 27 sind die Module 2,3 oder 6 des Begutachtungsinstrumentes nach § 15 SGB XI maßgebend.
- Eine Leistungsberechtigung auf Leistungen der Hilfe zur Pflege besteht ab dem Pflegegrad 1 eingeschränkt (§ 63 Abs.2 SGB XII) und ab Pflegegrad 2 mit allen im SGB XII aufgeführten Leistungen.

- Für die Bedarfsfeststellungen, die im Zuständigkeitsbereich der Behandlungszentren liegen, gilt, dass vor einer Entscheidung über das Einsetzen von Unterstützungsformen eine Eingraduierung vorliegen muss. In Eilfällen, in denen eine Begutachtung nicht vorliegt bzw. nicht abgewartet werden kann, ist eine Einschätzung vorzunehmen, ob eine Leistungsberechtigung auf Leistungen der Hilfe zur Pflege (ab Pflegegrad 2) und auf die als notwendig gesehenen Maßnahmen besteht.
- Empfehlungen aus den Gutachten des MDK bzw. des Gesundheitsamtes sind mit dem pflegebedürftigen Menschen zu besprechen und bei Zustimmung ggf. Unterstützung zur Umsetzung einzuleiten.
 - Dabei sind die aktuellen Formulare zu verwenden, vollständig auszufüllen und zu unterschreiben. Der darin aufgeführte Pflegebedarf ist plausibel zu begründen.
 - Gegenüber der Hilfe zur Pflege vorrangige Ansprüche sind aufzuführen und in den Hilfeplan einzubeziehen, ggf. ist Unterstützung zum Erreichen dieser Leistungen einzuleiten. Die Leistungsvoraussetzungen und Leistungsinhalte sind in der Verwaltungsanweisung Hilfe zur Pflege Teil 1 beschrieben.
 - Auf personelle Ressourcen insbesondere pflegender Angehöriger ist hinzuwirken, sie sind zu berücksichtigen (§ 64 SGB XII).
 - Niedrigschwellige Angebote sind einzubeziehen.
 - Die Landesvereinbarung zur Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege mit den Anlagen der Leistungskomplexe ist anzuwenden. Insbesondere gilt das für:
 - den Inhalt der Leistungskomplexe,
 - den Ausschluss Leistungskomplexe diese nebeneinander anzuwenden,
 - die Möglichkeit, die LK 13-15 unabhängig der Einsatzhäufigkeit wöchentlich zu vergeben,
 - die LK's 26/27 sind nur als Bedarf zu berücksichtigen, wenn eine Leistung innerhalb des häuslichen Umfeldes erfolgt (siehe hierzu Verwaltungsanweisung, der Hilfe zur Pflege, Teil 3)
 - die Begrenzung der Wegepauschale.
 - Die Bedarfe für Leistungen des Pflegedienstes sind in Punktzahlen, die von besonderen Pflegekräften oder Pflegepersonen in Zeit darzustellen.
 - Die Regelungen zur ambulanten Pflege sind insbesondere in den Verwaltungsanweisungen zur Hilfe zur Pflege in Teil 3 und Teil 4 (zur Heimnotwendigkeit und Kurzzeitpflege) beschrieben.

36. Entscheidung und verwaltungsrechtliche Bearbeitung

Der Sozialdienst Wirtschaftliche Hilfen entscheidet auf Grundlage des Hilfeplans und ist für die Umsetzung der begründeten und damit nachvollziehbaren Pflegemaßnahmen in das Verwaltungsverfahren zuständig.

Er ist frühzeitig in die Zuständigkeitsprüfung und Prüfung der sozialhilferechtlichen Anspruchsvoraussetzungen einzubeziehen.

Der Bescheid geht an die/den Leistungsberechtigte/n, eine Kopie der Kostenzusicherung an den Sozialdienst. Der Bewilligungszeitraum beträgt in der Regel zwei Jahre und entspricht dem Zeitraum des Hilfeplans.

Die Leistungserbringenden erhalten Kostenzusicherungen mit Angaben über die bewilligten Leistungskomplexe (die bewilligten Leistungskomplexe aus dem Hilfeplan als Anlage zur Kostenzusicherung).

37. Übersendung der Gutachten/Hilfeplan

Gem. § 18 Abs.3 SGB XI wird das Gutachten des MDK dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, wenn er der Übersendung nicht widerspricht. Für die vom Gesundheitsamt

und vom Sozialdienst Erwachsene oder den Behandlungszentren erstellten Gutachten (Eingraduierung) und/ oder Hilfepläne ist analog zu verfahren. Dieses gilt nicht für die vom Gesundheitsamt erstellten Bedarfsfeststellungen, weil es sich hierbei um Empfehlungen handelt.

Die Umrechnung der Punkte in Zeit erfolgt für die ISB (als Pflegedienst) und für Haushaltshilfen und wird in der folgenden Tabelle dargestellt:

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

Eine Umrechnung der LK's bei anderen Leistungsanbietern entfällt, da diese zeitunabhängig erbracht werden und den gesamten sozialhilferechtlich notwendigen Bedarf abgelden.

38. 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 deutschsprechenden 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 kommunale Dolmetscherdienst Bremen 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 Kosten werden in einem vom Amt für Soziale Dienste mit der Performa Nord abgestimmten Verfahren durch die Haushaltsabteilung der Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport nach Zeichnung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit überwiesen

[Dolmetscherdienst Bremen](#)

39. 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. § 61 SGB XII bezieht sich auf den Begriff der Pflegebedürftigkeit des § 61a SGB XII.

Im § 64 SGB XII ist der Subsidiaritätsgedanke des Sozialhilferechtes genannt, dass die Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, oder als Nachbarschaftshilfe übernommen wird. Mit Pflege sind die körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemeint. Nah stehende Personen sind in erster Linie Familienangehörige, Haushaltsangehörige, enge Freunde und gute Bekannte.

Der Sozialhilfeträger soll darauf hinwirken, dass die Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, durchgeführt wird. Daraus ergibt sich eine eindeutige Hinwirkungspflicht des Sozialhilfeträgers, nahestehende Personen in die pflegerische Versorgung einzubeziehen, wenn diese erreichbar ist. Im § 64 SGB XII ist ausgeführt, die Pflege vorrangig durch Pflegegeld sicherzustellen. Der Grundsatz Pflege durch nahestehende Personen sicherzustellen, wird durch diese Regelung noch präzisiert.

Gem. § 63b Abs.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 § 64a SGB XII unabhängig, ob es gem. § 63b Abs.5 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 Monats eine Einstellung des Pflegegeldes wegen eines stationären Aufenthaltes zu realisieren. Es ist deshalb bei einem stationären Aufenthalt erst mit Beginn des Folgejahres 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.

40. Assistenzpflegebedarf gem. § 63b Abs.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 § 63b Abs.3 SGB XII 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 Vor- 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 weitergezahlt. Die Leistungen nach dem SGB XI sind auf die Leistungen nach dem SGB XII anzurechnen.

41. Leistungen für den Pflegegrad 1 nach § 63 Abs.2 SGB XII

Ein Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege besteht in der Regel nur für Pflegebedürftige bei denen ein Pflegegrad 2-5 festgestellt wurde.

Für den Pflegegrad 1 sind die Leistungen gem. § 63 Abs.2 SGB XII eingeschränkt. Der Gesetzgeber möchte mit dieser inhaltsgleichen Regelung des SGB XI erreichen, dass diese Leistungen den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen.

Für den Pflegegrad sind gem. § 63 Abs.2 SGB XII folgende Leistungen vorgesehen:

- Pflegehilfsmittel
- Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und
- einen Entlastungsbetrag.

Diese Aufzählung ist abschließend.

Die Regelung aus dem SGB XI wird in die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII übernommen. Es handelt sich um eine abschließende Aufzählung. Ausnahmen und Ermessen sind dem Träger der Sozialhilfe seitens des Gesetzgebers nicht eingeräumt.

Der Gesetzgeber begründet diese Regelung, dass die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten gering ausgeprägt sind und deshalb nur eingeschränkte Leistungen notwendig sind.

Ergänzungen für pflegebedürftige Menschen, die dem Pflegegrad 1 oder keinem Pflegegrad zugeordnet sind, außerhalb des 7. Kapitels

Insbesondere nach Inkrafttreten des PSG III zum 01.01.2017 wurde deutlich, dass es in der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII zu Versorgungs- bzw. Finanzierungslücken kommen kann. Dieses liegt insbesondere daran, dass die vollen Leistungen des 7. Kapitels SGB XII erst ab Pflegegrad 2 gewährt werden dürfen. Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 haben nur Ansprüche auf den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 €, auf Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und auf Pflegehilfsmittel. Primär bei Pflegesachleistungen (Inanspruchnahme eines Pflegedienstes) gab es im Sozialhilferecht bis zum 31.12.2016 keine Einschränkung der Leistungsberechtigung. So war es bis zu diesem Datum möglich, bei geringer Pflegebedürftigkeit entsprechend notwendige ambulante Leistungen zu bewilligen.

Die Leistungen, die bis zum 31.12.2016 gewährt wurden, sind gem. § 138 SGB XII über diesen Zeitraum hinaus nur bis zum Abschluss des von Amts wegen zu betreibenden Verfahrens zur Ermittlung und Feststellung des Pflegegrades und des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a SGB XII weiter zu gewähren. Diese Regelung hat zur Folge, dass im Laufe des Jahres Entscheidungen auf Basis der neuen ab 01.01.2017 gültigen Rechtslage zu treffen sind.

Aber nicht nur die Leistungen für bisherige Pflegebedürftige unterhalb des Pflegegrades 2 sind problematisch, sondern auch für neue Pflegebedürftige nach Inkrafttreten des PSG III. Im Bereich des 7. Kapitels SGB XII gibt es für pflegebedürftige Menschen im Pflegegrad 1 keinen Ermessensspielraum für die Sozialhilfeträger.

Der Gesetzgeber hat die Leistungen im Pflegegrad 1 begrenzt, weil die Beeinträchtigung gering ist und vorrangig im somatischen Bereich liegt. Sie erfordern Teilhilfen bei der Selbstversorgung. Insgesamt stehen deshalb beratende und edukative Leistungen im Vordergrund, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen, ohne dass bereits voller Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung angezeigt ist (Auszug aus der Gesetzesbegründung zu § 28a SGB XI, so auch zu § 63 Abs.2 SGB XII).

Die dem Pflegegrad 1 zugeordneten Fälle haben zum Teil einen wesentlich höheren Bedarf, so dass Versorgungs- und Finanzierungslücken bestehen. Die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im somatischen Bereich liegend kann zwar gering sein, erfordert aber trotzdem umfangreichere personelle Unterstützung.

Im 7. Kapitel des SGB XII bestehen keine Möglichkeiten die eingeschränkten Leistungen auszuweiten.

Deshalb sind Maßnahmen außerhalb des 7. Kapitels notwendig.

Zum Pflegegrad 1 ergänzende Maßnahmen:

- Maßnahmen der sozialen Teilhabe im Rahmen der Altenhilfe nach § 71 SGB XII (siehe hierzu die erlassene Verwaltungsanweisung).
- Ergänzungen der Hilfen bei der Haushaltsführung durch Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes nach § 70 SGB XII (siehe hierzu die erlassene Verwaltungsanweisung).
- Für die notwendigen Ergänzungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen ist § 73 SGB XII im Pflegegrad 1 (Hilfe in sonstigen Lebenslagen) anzuwenden.

Es gelten folgende Regelungen:

- Notwendige körperbezogene Pflegemaßnahmen unterhalb des Pflegegrades 1: Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind im bisherigen Umfang im Rahmen des § 73 SGB XII, soweit sich die Pflegebedürftigkeit nicht verändert hat, weiter zu gewähren (im Sinne eines Besitzstandes). Sollte sich die Pflegebedürftigkeit verändern und dadurch Pflegegrad 1 erreicht werden, ist mit einer neuen Bedarfsfeststellung neu zu entscheiden. Sollten weiterhin die Voraussetzungen für einen Pflegegrad 1 nicht vorliegen, ist die Leistung unverändert zu leisten. Einer Bedarfsfeststellung bedarf es dann nicht. Die Fortschreibung dieses Bedarfes in den nächsten Bewilligungsabschnitt erfolgt durch den Sozialdienst Erwachsene. Diese Regelung gilt nicht für neue Fälle.
- Notwendige körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen des Pflegegrades 1 (Leistungskomplex - LK - 26/27): Der von der Pflegekasse oder dem Sozialhilfeträger bewilligte Entlastungsbetrag in Höhe von 125€ ist zunächst für die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen (LK 26/27) und/oder den Hilfen bei der Haushaltsführung einzusetzen. Sofern dann der Entlastungsbetrag nicht ausreichend ist, sind die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen im notwendigen Umfang nach § 73 SGB XII zu gewähren. Hinsichtlich der Notwendigkeit ist das standardisierte Verfahren zur Bedarfsfeststellung anzuwenden.

Diese Regelungen gelten für Alt- und Neufälle.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Maßnahmen zur sozialen Teilhabe im Rahmen der Altenhilfe schließen sich in der Regel gegenseitig aus.

Werden körperbezogene Pflegemaßnahmen gemeinsam mit Hilfen bei der Haushaltsführung durch einen Pflegedienst erbracht, sind alle Leistungen im Rahmen der „Hilfen in sonstigen Lebenslagen“ zahlbar zu machen.

Die fehlende Versorgungs- und Finanzierungssituation von pflegebedürftigen Menschen im Pflegegrad 1 erfordert es zur Sicherung der notwendigen Pflege diese Maßnahmen einzuführen.

42. Pflegegeld nach § 64a SGB XII

Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht für Pflegebedürftige bei denen ein Pflegegrad 2-5 festgestellt wurde.

Die Bestimmung über die Gewährung von Pflegegeld im SGB XII übernimmt die Grade der Pflegebedürftigkeit des § 15 SGB XI. Die Höhe der Pflegegelder ist identisch mit denen des § 37 Abs.1 SGB XI; sie stellen die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung - 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 § 64 Abs.2 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 weitergeleitet 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 wird der Grad der Pflegebedürftigkeit nach der Richtlinie der Spitzenverbände der Pflegekassen, den „Pflegebedürftigkeits- Richtlinien, festgestellt. Zum Pflegegeld für pflegeversicherte Pflegebedürftige wird auf die Leistungskonkurrenz nach § 63b Abs. 5 SGB XII verwiesen.

Ergeben sich aus dem Gutachten des Gesundheitsamtes Bremen Empfehlungen, sind diese zu beachten und der SDE ist zu beteiligen (siehe hierzu Verfahren der Beratungsbesuche).

Besteht bei der Pflegekasse ein Anspruch auf Pflegegeld nach den §§ 37 und 38 SGB XI und leistet der Sozialhilfeträger zusätzlich Leistungen nach § 64a und/oder § 64b SGB XII, können die Leistungsberechtigten von der Umwidnungsmöglichkeit des § 45a Abs.4 SGB XI keinen Gebrauch machen. Sie sind 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 niedrigschwelligen 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.

Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht nur, wenn der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Wird oder kann das Pflegegeld nicht für den bestimmten Zweck verwendet werden, besteht kein Anspruch (§ 64a SGB XII).

43. 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 BSHG²,
- die Kostenübernahme nach § 69b (1) Satz 2 BSHG³.

Bei Anhebungen der Leistungen der Pflegeversicherung, sind die Fälle, die einen Anspruch auf die Besitzstandsregelung haben, entsprechend anzupassen.

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.

² ab 1.1.2005 der § 64 SGB XII

³ ab 1.1.2005 der § 65 SGB XII

44. Verbindliche Beratungsbesuche für nichtpflegeversicherte Menschen bei Erhalt von ungekürztem Pflegegeld nach § 64a SGB XII

Nichtpflegeversicherte Menschen haben einen Anspruch auf ein nicht gekürztes Pflegegeld nach § 64a SGB XII, wenn das Gesundheitsamt eine Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 festgestellt hat.

Eine Qualitätssicherung ist im SGB XI gem. § 37 Abs.3 SGB XI durch verbindliche Beratungsbesuche geregelt. Im SGB XII fehlt diese Regelung. Eine Qualitätskontrolle für Leistungsberechtigte von Pflegegeld nach § 64a SGB XII ist gesetzlich nicht vorgesehen.

Im Sinne einer Qualitätssicherung der Pflege ist auch für Leistungsberechtigte von Pflegegeld nach § 64a SGB XII die Einführung eines Verfahrens notwendig, dass 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 pflegefachliche 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.

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 § 64a Abs.1 SGB XII verwiesen

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. Die Koordination der Beratungsbesuche erfolgt durch die Fachkoordination Hilfe zur Pflege. In Neufällen beauftragt das zuständige Sozialzentrum das Gesundheitsamt.

2. Das Gesundheitsamt führt den Beratungsbesuch in den vorgesehenen Zeitabständen durch und leitet die Beratungsberichte an das zuständige Sozialzentrum.
 3. Das Sozialzentrum teilt das Gesundheitsamt das Ende der Leistungsgewährung mit und beendet damit das Auftragsverhältnis.
- .

45. Häusliche Pflegehilfe nach § 64b SGB XII

45.1 Häusliche Pflegehilfe nach § 64b SGB XII

Ein Anspruch auf häusliche Pflegehilfe besteht für Pflegebedürftige bei denen ein Pflegegrad 2-5 festgestellt wurde.

Häusliche Pflegehilfe umfasst die notwendigen Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, betreuenden Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Der Inhalt der Leistungen ist identisch mit den Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen sind im Bremer Leistungskomplexkatalog als Leistungskomplexe 26 und 27 abgebildet. Nach § 36 SGB XI sind pflegerische Betreuungsmaßnahmen im häuslichen Umfeld zu erbringen. In der Gesetzesbegründung ist der unbestimmte Rechtsbegriff näher beschrieben.

Im Land Bremen ist eine zeitabhängige Vergütung vereinbart. Diese Vereinbarung gilt 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 festgestellte und danach errechnete Leistung (in €). Der Leistungsberechtigte verpflichtet sich zur Sicherstellung der Pflege im festgestellten Umfang. Der Bedarf ist dann nicht in Zeit/Stunden zu bewilligen, sondern in Höhe der zur Verfügung stehenden Leistungshöhe in EURO.

Von einer Leistungserbringung im häuslichen Umfeld wird dann davon auszugehen sein, wenn ein enger räumlicher Bezug zur Wohnung besteht. Die Unterstützung muss neben dem räumlichen Bezug auch im engen sachlichen Bezug zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im Haushalt erfolgen.

Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen und Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen sowohl bei der Einstufung als auch beim Zugang zu den Leistungen gleichgestellt. Insofern ist die Erweiterung der häuslichen Pflegehilfe auch auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen folgerichtig.

Voraussetzung einer häuslichen Pflegehilfe nach § 64b SGB XII ist die Notwendigkeit der Hinzuziehung einer besonderen Pflegekraft und dass die häusliche Pflege nicht durch Pflegegeld sichergestellt werden kann.

Daraus folgt der Grundsatz:

Durch das Pflegegeld stellen die Pflegebedürftigen ihre erforderliche Pflege in geeigneter Weise selbst sicher. Zusätzliche regelmäßige Leistungen für nahestehende Personen oder Personen, die keine „besondere Pflegekraft“ sind, sind damit ausgeschlossen (mit Ausnahme eines Entlastungsbetrages nach § 64i oder § 66 SGB XII für Nichtversicherte).

Leistungen für Pflegepersonen (z. B. für Hilfen in der Haushaltsführung oder pflegerischen Betreuungsmaßnahmen) sind nur möglich, wenn die Pflege nicht durch das Pflegegeld sichergestellt sein kann. Das ist dann der Fall, wenn ein Pflegegeld nicht oder nur teilweise gezahlt wird, weil Pflegesachleistungen in Anspruch genommen werden. Eine alleinige Leistung für Pflegepersonen ist deshalb nicht möglich.

Die vorrangigen Leistungen sind im größtmöglichen Umfang in Anspruch zu nehmen.

Werden nach § 64b SGB XII Leistungen für einen Pflegedienst erbracht, können die Leistungsberechtigten von der Umwidmungsmöglichkeit des § 45a Abs.4 SGB XI keinen Gebrauch machen. Sie sind gem. § 63b SGB XII verpflichtet die vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung in voller Höhe auszuschöpfen. Die Umwidmungsmöglichkeit des § 45a Abs.4 SGB XI beinhaltet die Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Angeboten im Umfang bis zu 40% der Pflegesachleistungen des § 36 SGB XI.

45.2 Häusliche Pflege im Rahmen des Arbeitgebermodells nach § 64f SGB XII

Ein Anspruch auf diese häusliche Pflegehilfe besteht für Pflegebedürftige bei denen ein Pflegegrad 2-5 festgestellt wurde.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5 können die häusliche Pflege durch von ihnen angestellte besondere Pflegekräfte sicherstellen.

Der Zugang zum Arbeitgebermodell setzt 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. Weitere Kompetenzen zur Ausübung der „Rechte und Pflichten“ als Arbeitgeber müssen vorhanden sein. Die Beurteilung der Kompetenzen erfolgt im Rahmen des Hilfeplanverfahrens.

Die angemessenen Kosten sind dann zu übernehmen. Der Begriff der „besonderen Pflegekraft“ ergibt sich zwar nicht aus dem Gesetzestext, in der Gesetzesbegründung ist eindeutig formuliert, dass es sich hierbei um eine „besonderen Pflegekraft“ handeln muss.

Das Pflegegeld nach § 37 SGB XI ist auf diese Leistungen anzurechnen. Ein Verweis auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen ist nicht möglich (§ 63b Abs. 6 SGB XII).

45.3 Begriff der Besonderen Pflegekraft

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. Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Krankenpflegehelfer*innen, Altenpfleger*innen, Altenpflegehelfer*innen, Pflegeassistent*innen, Gemeindefschwern. Keine „besonderen Pflegekräfte“ sind nahestehende Personen, Nachbarschaftshilfen oder durch sonstige, zum gesellschaftlichen Engagement bereite Personen. Im Sinne des § 64f SGB XII sind Pflegekräfte bereits dann „besondere“ i. S. des § 64f Abs.3 SGB XII, wenn sie nicht in häuslicher oder nachbarschaftlicher Verbundenheit nach § 64f SGB XII pflegen. Die Pflegekraft muss von dem zu Pflegenden angelernt und in ihre Arbeit eingewiesen werden können.

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 § 64 SGB XII, ist eine Leistung im Sinne des § 64f Abs.3 SGB XII nicht zu gewähren.

45.4 Begriff Angemessenheit

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 Pflege Tätigkeiten. Die angemessenen Kosten ergeben sich aus dem Hilfeplanverfahren.

Angemessen sind die ortsüblichen und vereinbarten Entgelte.

Beim Arbeitgebermodell ist als angemessene Leistung ein Entgelt bis zur Höhe der in der „Rahmensetzung für Leistungen der Ambulanten Maßnahme Persönliche Assistenz (ISB) hier: Persönliches Budget nach § 17 SGB IX / „Arbeitgebermodell“ nach § 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII (Leistungen der Hilfe zur Pflege nach Kap. 7 und Leistungen zur Teilhabe nach Kap. 6 SGB XII)“ anzuerkennen.

Hilfen bei der Haushaltsführung im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe

Für die Hilfen bei der Haushaltsführung ist es Ziel der Stadtgemeinde Bremen, Haushaltshilfen weitgehend über die dezentral in den Stadtteilen verorteten Dienstleistungszentren (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 Hilfen bei der Haushaltsführung – 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.

46. Sonderrechtsnachfolge des § 19 Abs.6 SGB XII für amb. 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 Übernahme der Pflege 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.

47. Investitionsbedingte Aufwendungen

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 Leistungsanbietern der ambulanten, der teilstationären und der stationären Pflege Vereinbarungen gem. §§ 75 SGB XII geschlossen, die vorsehen, dass investitionsbedingte Aufwendungen in der vereinbarten Höhe aus Mitteln der Sozialhilfe übernommen werden, sofern im Einzelfall

- ein Anspruch auf ambulante Pflege nach den Bestimmungen des 7. Kapitels des SGB XII besteht und
- die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung vorliegen.

Die Investitionskosten sind mit den Pflegesachleistungen im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe nach § 64b SGB XII oder der ergänzenden Maßnahmen nach dem 9. Kapitel zu gewähren.

Werden nur Investitionskosten im Rahmen der Hilfe zur Pflege beantragt, ist zu prüfen ob: die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI durch die Pflegekasse vollständig ausgeschöpft und damit ein Anspruch auf ein Pflegegeld nach § 38 SGB XI, aus denen die Investitionskosten gezahlt werden könnten, nicht besteht.

Liegt diese Voraussetzung vor, sind die Investitionskosten im Rahmen der Hilfe zur Pflege gem. § 64b SGB XII bzw. im Rahmen der ergänzenden Maßnahmen nach dem 9. Kapitel zu gewähren.

Zur Prüfung, ob eine Leistungsgewährung für die Investitionskosten möglich ist, sind die Rechnungen des Pflegedienstes an die Pflegekasse einzusehen. Eine Prüfung der Angemessenheit nur für die Investitionskosten, z. B. durch eine Bedarfsfeststellung des Gesundheitsamtes, bedarf es nicht.

48. Verhinderungspflege nach § 64c SGB XII

Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht für Pflegebedürftige bei denen ein Pflegegrad 2-5 festgestellt wurde.

Nach § 64c SGB XII besteht auch in der Hilfe zur Pflege ein Anspruch auf Verhinderungspflege, wenn die Pflegeperson, die die häusliche Pflege im Sinne des § 64 Abs.2 SGB XII sicherstellt, verhindert ist.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege entspricht dem Inhalt nach dem Anspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 Abs.1 SGB XI.

Danach sind an der Pflege gehinderte Pflegepersonen Angehörige, der Lebenspartner, Nachbarn, Bekannte oder sonstige Personen, die einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig in der Häuslichkeit pflegen (i. S. des § 19 SGB XI). Pflegekräfte einer zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI und Pflegekräfte mit denen die Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 SGB XI geschlossen hat sowie Betreiber und Pflegekräfte

ambulant betreuter Wohngruppen, sind keine an der Pflege gehinderten Pflegepersonen i. S. des § 39 SGB XI.

Eine Verhinderung kann wegen des Urlaubs oder der Krankheit oder aus anderen Gründen der Pflegeperson bestehen. Regelmäßige Verhinderungen, z. B. eine wöchentliche Abwesenheit der Pflegeperson, führen nicht zu einem Anspruch auf Verhinderungspflege. Bei dem „anderen Grund“ muss es sich um einen vergleichbar gewichtigen Grund handeln, wie es Krankheit und Erholungsurlaub darstellen. Die anderen Gründe müssen einen zeitlich begrenzten Umfang aufweisen und dürfen nicht zum regelmäßigen Pflegealltag gehören.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege entspricht dem Inhalt der Verhinderungspflege nach § 39 Abs.1 SGB XI. Der Anspruch auf Verhinderungspflege im SGB XII setzt nicht voraus, dass die Pflegeperson eine bestimmte Mindestzeit gepflegt hat. Der Anspruch nach dem SGB XII ist weder auf die Dauer der Verhinderung, noch auf eine Leistungshöhe begrenzt.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, gilt die Regelung des § 39 Abs.3 SGB XI analog. In diesen Fällen sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nach § 37 Abs. 1 SGB XI bzw. § 64a Abs.1 SGB XII beschränkt.

Zur Gruppe derer, die unter die familienhafte Pflege nach § 64c SGB XII zu fassen sind, gehören alle Haushaltsangehörigen sowie Verwandte und Verschwägte des Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad.

Zu den Haushaltsangehörigen zählt auch der mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatte.

Verwandte bis zum zweiten Grad sind Eltern, Kinder (auch die ehelich erklärten und angenommenen Kinder), Großeltern, Enkelkinder und Geschwister.

Unter den Begriff der Verschwägerten bis zum zweiten Grad fallen Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten), Schwiegereltern, Schwiegerkinder (Schwiegersohn, Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern sowie Schwager/Schwägerin.

Erfolgt die Verhinderungspflege

- durch einen Einsatz eines Pflegedienstes,
- durch einen Aufenthalt in einer Kurzzeitpflege oder
- einer Tagespflege,

ist die Zuordnung der Leistung den entsprechenden Rechtsnormen vorzunehmen (nach §64b SGB XII – Häusliche Pflegehilfe/Pflegedienst, § 64h SGB XII – Kurzzeitpflege, § 64g SGB XII – Tagespflege).

Erfolgt die Verhinderungspflege durch Pflegepersonen sind die angemessenen Aufwendungen hierfür zu übernehmen.

49. Pflegehilfsmittel nach § 64d SGB XII

Ein Anspruch auf Pflegehilfsmittel besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1-5 (siehe § 63 Abs.1 und Abs.2 SGB XII).

Die Anspruchsvoraussetzung für die Versorgung mit notwendigen Pflegehilfsmittel ist, dass sie

- zur Erleichterung der Pflege dienen,
- zur Linderung von Beschwerden beitragen oder
- eine selbstständigere Lebensführung ermöglicht wird.

Die Leistungen der Krankenversicherung im ersten Rang und nachfolgend der Pflegeversicherung sind vorrangig. Zuständig ist die Krankenversicherung, wenn ein Hilfsmittel den Erfolg der Krankenbehandlung sichert, eine drohende Behinderung vorbeugt oder eine Behinderung ausgleicht.

In der Regel ist der Träger der Sozialhilfe dann zuständig, wenn eine Pflegeversicherung nicht besteht. Im Einzelfall ist die Zuständigkeit der Krankenversicherung zu prüfen (auch bei den Hilfen zur Gesundheit nach § 264 SGB V).

Ein Pflegehilfsmittel muss notwendig und angemessen sein. Die Notwendigkeit ist im Einzelfall durch die Pflegefachkraft des Gesundheitsamtes festzustellen. Die Angemessenheit orientiert sich an der Leistungshöhe der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung.

Der MDK gibt in seiner Pflegebegutachtung Empfehlungen zur Förderung der Selbstständigkeit, Prävention und Rehabilitation. Dazu gehören auch doppel funktionale Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel. Für diese Hilfsmittel gelten die Empfehlungen als Antrag bei den Kassen, sofern der Antragsteller zustimmt. Die Notwendigkeit und Erforderlichkeit des empfohlenen Hilfsmittels wird dann nach dem SGB XI und SGB V vermutet. Es bedarf dann keiner ärztlichen Verordnung. Doppelfunktionale Hilfsmittel sind z. B. Rollstühle, Pflegebetten, Badewannensitze, Umsetz- und Hebehilfen, Toilettensitze.

Mit der AOK Bremen/Bremerhaven wurde vereinbart, dass eine analoge Anwendung für bei dieser Kasse nach § 264 Abs.1 und Abs.2 SGB V betreuten Personen erfolgt. Die Empfehlung des Gesundheitsamtes ist vom Sozialdienst Erwachsene an die Krankenkasse zu senden. Von dort erfolgt die Bewilligung.

Mit anderen Kassen besteht keine Vereinbarung. Die Bewilligung des doppel funktionalen Hilfsmittels ist dann im Einzelfall mit der jeweiligen Kasse zu klären.

[Hilfsmittelverzeichnis](#)

[Richtlinien zur Festlegung der doppel funktionalen Hilfsmittel](#)

50. Wohnumfeldverbesserung

- Wohnungsanpassungsmaßnahmen für mobilitätsbeeinträchtigte Personen

Ein Anspruch auf Pflegehilfsmittel besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1-5 (siehe § 63 Abs.1 und Abs.2 SGB XII).

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.

Die Weisung ist im Ordner der Eingliederungshilfe abgelegt.

51. Andere Leistungen nach § 64f SGB XII

Ein Anspruch auf andere Leistungen gem. § 64f SGB XII besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2-5.

51.1 Beiträge für eine angemessene Alterssicherung der Pflegeperson

gem. § 64f Abs.1 SGB XII

Besteht ein Anspruch auf Leistungen nach § 64f 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 § 64f 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 Versicherungsamtes 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 Pfllegetätigkeit 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 Pfllegetätigkeit eine versicherungspflichtige, durchschnittlich vergütete Voll- oder Teilzeittätigkeit ausübte. Orientierungspunkt können hier die Entgelte sein, die die Pflegekassen berücksichtigen.

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.

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

51.2 Angemessene Kosten für eine Beratung der Pflegeperson nach

§ 64f Abs.2 SGB XII

Beratungskosten der Pflegeperson sind in angemessener Höhe zu übernehmen. Der Träger der Sozialhilfe ist zur eigenen Beratung durch qualifiziertes Personal verpflichtet. Auch hier ist der Vorrang der Pflegeversicherung zu beachten (§ 7a Pflegeberatung). Pflegebedürftige Menschen, die nicht versichert sind, erhalten die Beratung durch die am Hilfeplanverfahren beteiligten Dienste. Kosten fallen hierfür nicht an. Auch für die Beratung in den Pflegestützpunkten entstehen keine Kosten.

51.3 Arbeitgebermodell nach § 64f SGB XII

Die Sicherstellung der häuslichen Pflege für Pflegebedürftige im Rahmen des Arbeitgebermodells ist im Abschnitt „Häusliche Pflegehilfe“, Ziffer 42.1.2 beschrieben.

52. Teilstationäre Pflege nach § 64g SGB XII 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 der Pflegegrade 2-5 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 (Pflegesachleistung) für den jeweiligen Pflegegrad entsprechend ist.

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

Nach § 64g 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.

Im Rahmen der Leistungen der stationären Pflege nach § 65 SGB XII werden ab 01.01.2017 auch Betreuungsmaßnahmen, die bisher nur für Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung über § 87b SGB XI erbracht worden sind, durch die Träger der Sozialhilfe geleistet.

Im Unterschied zum SGB XI, der hierzu mit dem neuen § 43b SGB XI (zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen) die Anspruchsgrundlage für alle stationären Leistungen (Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege) vorsieht, sind die Betreuungsmaßnahmen in der Hilfe zur Pflege nur unmittelbarer Bestandteil der stationären Pflege nach **§ 65 SGB XII** (und deshalb nicht nach **§ 64g SGB XII** Leistungsgrundlage für die Tages- und Nachtpflege).

Vergütungen

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

53. Kurzzeitpflege nach § 64h SGB XII

Diese Regelungen sind in der Verwaltungsanweisung Hilfe zur Pflege Teil 4 beschrieben.

54. Entlastungsbetrag

54.1 Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2-5 nach § 64i SGB XII

Der Entlastungsbetrag nach § 64i SGB XII ist ausschließlich für in der Pflegeversicherung Nichtversicherte zu gewähren. Pflegeversicherte erhalten diese Leistung von der Pflegekasse. Der Entlastungsbetrag soll Pflegepersonen entlasten und helfen Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben. Er ist somit begrenzt auf die häusliche Pflege. Er soll soziale Kontakte aufrechterhalten und helfen den Alltag weiterhin möglichst selbstständig zu bewältigen. Er ist für diesen Zweck einzusetzen.

Eine der nachfolgenden Voraussetzungen muss erfüllt sein:

- Entlastung pflegender Angehöriger oder nahestehenden Pflegepersonen
- Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung bei der Gestaltung des Alltags.

Der Entlastungsbetrag ist nicht einzusetzen für die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 64b SGB XII (häusliche Pflegehilfe), § 64e bis § 64g SGB XII (Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, Andere Leistungen, Teilstationäre Pflege).

Abweichend vom Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI ist er nicht als Erstattungsleistung formuliert. Es ist eine Ansparmöglichkeit, wie im SGB XI, nicht vorgesehen und daher auch nicht möglich. Sie würde sozialhilferechtlichen Grundsätzen widersprechen.

Der Entlastungsbetrag kann auch bei einem gleichbleibenden Bedarf im Sinne der Zweckbestimmung dieser Leistung als laufende Leistung ausgezahlt werden.

Die Verwendung ist nachzuweisen.

Vom zuständigen Sozialdienst ist zu bestätigen, ob der Entlastungsbetrag für die obengenannten Voraussetzungen zweckgebunden eingesetzt werden kann. Der Entlastungsbetrag wird nicht auf die Leistungen nach dem 7.Kapitel des SGB XII angerechnet und auch nicht zu berücksichtigen, er ist zusätzlich im Sinne der Zweckbestimmung zu gewähren. Dies gilt auch für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI.

54.2 Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 nach § 66 SGB XII

Der Entlastungsbetrag nach § 66 SGB XII ist ausschließlich für in der Pflegeversicherung Nichtversicherte zu gewähren. Pflegeversicherte erhalten diese Leistung von der Pflegekasse.

„Im Hinblick darauf, dass die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des § 61a bei Personen mit Pflegegrad 1 gering ausgeprägt sind, werden die Leistungen der Hilfe zur Pflege - wie auch im vorrangigen System der sozialen Pflegeversicherung - grundsätzlich für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt (vgl. § 28a SGB XI). Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist ein uneingeschränkter Zugang zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 nicht angezeigt. Das Siebte Kapitel greift diesen Vorschlag insoweit auf, als dem Personenkreis der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 ein Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich gewährt wird. Der Entlastungsbetrag soll die Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 befähigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben zu können; dementsprechend ist der Entlastungsbetrag im

Sinne des Satz 2 Nummer 1 bis 4 zweckgebunden einzusetzen. Auf diesem Wege wird sichergestellt, dass nichtversicherte Pflegebedürftige die gleichen Leistungen wie Pflegebedürftige erhalten, die Mitglied der sozialen Pflegeversicherung sind.“

Quelle: Auszug aus der Gesetzesbegründung

Der Entlastungsbetrag nach § 66 SGB XII ist für die im Gesetz beschriebenen Zwecke einzusetzen. Diese Zweckbestimmung ist gegenüber dem Entlastungsbetrag für die Pflegegrade 2 bis 5 erweitert und kann unter anderem auch für eine häusliche Pflegehilfe (Pflegedienst) nach § 64b SGB XII und der teilstationären Pflege (Tagespflege) nach § 64g SGB XII eingesetzt werden.

Eine Anrechnung bzw. eine Berücksichtigung im pflegerischen Bedarf, erfolgt wie bei den Leistungen nach § 45b SGB XI nach § 63b Abs.2 SGB XII nicht.

Der Entlastungsbetrag kann auch bei einem gleichbleibenden Bedarf im Sinne der Zweckbestimmung dieser Leistung als laufende Leistung ausgezahlt werden.

Vom zuständigen Sozialdienst ist zu bestätigen, ob der Entlastungsbetrag für die obengenannten Voraussetzungen zweckgebunden eingesetzt werden kann.

Die Verwendung ist nachzuweisen.

54.3 Alltagsassistenz vermittelt über die Dienstleistungszentren

Regelungen zur Aufwandsentschädigung und Service-Pauschale von Alltagsassistenz im Rahmen eines Entlastungsbetrages über Dienstleistungszentren (DLZ).

Für den Entlastungsbetrag werden von den Dienstleistungszentren Alltagsassistenten eingesetzt. Dieses ergibt sich aus der „Verordnung über die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches für das Land Bremen“ vom 25.04.2017. Dieses niedrighschwellige Angebot ist durch gem. § 45a SGB XI nach Landesrecht anerkannt. Die Pflegekasse erstattet im Rahmen des Entlastungsbetrages den Leistungsberechtigten bis zu 125 € für die Aufwandsentschädigung in Höhe von 8 € je geleistete Stunde (ab 01.01.2019 in Höhe von 8,50€) und die Service-Pauschale von monatlich 30 € als Bestandteil der Maßnahme. Fahrtkosten werden von den Pflegekassen nicht erstattet. Diese Regelung gilt auch für den Entlastungsbetrag nach den §§ 64i und 66 SGB XII.

Im Pflegegrad 1 ist der Entlastungsbetrag entsprechend zweckidentisch einzusetzen, weil die notwendige Unterstützung außerhalb der Hilfe zur Pflege nach anderen Rechtsgrundlagen des SGB XII ergänzt wird ([Leistungen für den Pflegegrad 1 nach § 63 Abs.2 SGB XII](#)). Ab dem Pflegegrad 2 wird der Entlastungsbetrag bei der Hilfe zur Pflege nicht berücksichtigt.

Die Pflegekasse leistet die Service-Pauschale jedoch nur, wenn auch eine Alltagsassistenz in einem Monat eingesetzt ist. Eine Erstattung der Service-Pauschale durch die Pflegekasse kann deshalb entfallen, wenn für den gesamten Monat wegen z. B. eines Krankenhausaufenthaltes, Rehabilitation, Kurzzeitpflege keine Alltagsassistenz geleistet wurde. Für Leistungsberechtigte nach dem SGB XII kann in diesem Sachverhalt die Service-Pauschale im Rahmen der Hilfe zur Pflege bzw. ergänzender Leistungen gewährt werden.

Der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI ist eine Erstattungsleistung. Die Leistungsberechtigten müssen diese vorauszahlen und sich diese Aufwendungen durch die Pflegekasse erstatten lassen. Z.T. haben einzelne Pflegekassen auch abweichende Regelungen.

Dieses Verfahren kann z. B. bei Leistungsberechtigten mit Transferleistungen oder bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, zu Problemen führen.

Eine generelle Lösung dieser Problematik ist wegen der Individualität nicht möglich.

In diesen Einzelfällen sind deshalb nach Möglichkeit Unterstützungsbedarfe zwischen den Leitungen der Dienstleistungszentren und dem Sozialdienst Erwachsene zu finden und zu

regeln. Dieses gilt insbesondere für Menschen mit einem Pflegegrad 1, weil der Entlastungsbetrag für ergänzende Leistungen nach dem 9. Kapitel des SGB XII zweckidentisch einzusetzen ist.

55. Übergangsregelung nach § 138 SGB XII

Die Leistungen, die eine Person am 31.12.2016 erhält, erhalten diese Leistungen auch bis zur Ermittlung und Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfes weiter. Die Ermittlung und Feststellung des Bedarfes kann im üblichen Verfahren zum Ablauf des Bewilligungsendes erfolgen.

Betroffen sind von dieser Regelung insbesondere Fallkonstellationen, die nicht der gesetzlichen Übergangsregelung unterliegen und ggf. nach neuem Recht keinen oder einen geringeren Anspruch haben. Es handelt sich lediglich um eine Übergangsregelung und um keine Besitzstandsregelung.

56. 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 Eingraduierung in den Pflegegraden 3-5 – charakterisieren bisher den Zugang zur Leistung ISB. Für Menschen, deren Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegegrad 2 festgestellt wurde, ist die Leistung ISB geöffnet. Für den Pflegegrad 1 ist eine Maßnahme des ISB ausgeschlossen.

Liegt ausreichende Anleitungskompetenz vor bzw. ist die Ausübung des Direktionsrechts in anderer Weise sichergestellt, können Menschen auf Wunsch ISB erhalten, bei denen die der Pflegegrad 2 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 Pflegegrad 3 entspricht.

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

Gesetzliche Grundlagen

Die ISB ist eine ambulante Hilfe zur Pflege im Sinne der §§ 61ff 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 § 64f Absatz 3 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:

- Körperbezogene Pflegemaßnahmen, insbesondere bei als personelle Unterstützung bei der Selbstversorgung.
- Hilfen bei der Haushaltsführung, z. B. Einkaufen, Kochen, Spülen, Reinigen der Wohnung, Wechseln und Waschen der Wäsche.
- 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.

Die Eingliederungshilfe umfasst auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen 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.

Leistungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen sind neben dem LK 24 ausgeschlossen.

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.

57. 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 (Pflegegraden 3-5), 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 selbständig 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 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 hinauszögern 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 Partner*in gemeinsam eine Wohnung im Rahmen von Akzent beziehen wollen, ist grundsätzlich davon auszuge-

hen, 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.

Häusliche Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI und Häusliche Pflegehilfe nach §64b SGB XII

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.

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 den Leistungen der Eingliederungshilfe kann in der Wohngemeinschaft des Hauses mit besonderem Service der Seilerstraße zusätzlich befristet eine pädagogische Leistung gewährt werden.

Leistungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen sind neben dem LK 24 ausgeschlossen.

Bereitschaftsdienst im Akzent-Wohnen (kurzfristige Hilfen im sozialpflegerischen Sinne)

Der Bereitschaftsdienst im Akzent-Wohnen 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.

Nach einer Vereinbarung gemäß § 75 SGB XII ist das Pauschalentgelt für den Bereitschaftsdienst veröffentlicht.

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

Kaltniete	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 Kaltniete zu übernehmen.

Ricarda-Huch-Straße (Weidedamm)

Kaltniete	Nebenkosten	Heiz- und Warmwasser
pro m ² Förderfläche AWS ⁴	pro m ² tatsächliche Wohnfläche	bereits in den Nebenkosten enthalten
EURO 6,80		

Alfred-Faust-Straße (Kattenturm)

Kaltniete	Nebenkosten	Heiz- und Warmwasser
pro m ² 'anerkannte' Wohnfläche ⁵	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.

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.

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

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

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

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 selbständigen 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 pädagogischen 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.

58. Pflege-Wohngemeinschaften

Verwaltungsanweisung zur Bewilligung von Leistungen für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflege Wohngemeinschaften

Anzuwenden ist diese Regelung auf die Leistungsanbieter, die für ihre Pflege-Wohngemeinschaften Entgeltvereinbarungen haben. Die Inhalte der Vereinbarungen werden gesondert mitgeteilt.

Die Pflege-Wohngemeinschaften sind ein ambulantes Leistungsangebot für Menschen, die einen Unterstützungsbedarf haben und in der eigenen Häuslichkeit nicht verbleiben können.

Mit dem Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG) zum 01.01.2013 ist diese Wohn- und Betreuungsform im SGB XI besonders gestärkt worden, in den Leistungen aus der Pflegeversicherung für eine Pflegekraft, die für die Organisation und Sicherstellung der Pflege in der Wohngruppe sorgt, gewährt werden. Zusätzlich fördert die Pflegeversicherung durch eine Anschubfinanzierung die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.

Ziel des Gesetzgebers ist es, neue Wohn- und Betreuungsformen zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung entsprechend den Bedürfnissen vieler Pflegebedürftiger zu fördern und damit das Angebot auszuweiten. Dieses entspricht insbesondere dem Grundsatz „ambulant vor stationär“.

Diese Verwaltungsanweisung regelt die Zugangsvoraussetzungen zu einer Pflege-Wohngemeinschaft und den sozialhilferechtlichen Umgang insbesondere mit den Betreuungsleistungen.

Personenkreis:

Zugangsvoraussetzungen zu einer Pflege-Wohngemeinschaft und die Möglichkeit der Finanzierung im Rahmen des 7.Kapitels, Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII sind

- Pflegebedürftige Menschen ab einem Pflegegrad 2,
- die einen umfassenden Pflege- und/oder Betreuungsbedarf haben, bei denen ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr geeignet ist, um die Versorgung sicherzustellen und für sie deshalb diese ambulante Wohnform eine Alternative zur stationären Versorgung darstellt.

Die Notwendigkeit zum Zugang in eine Pflege-Wohngemeinschaft wird durch den Sozialdienst Erwachsene des Amtes für Soziale Dienste im Rahmen der Hilfeplanung festgestellt.

Leistungen der Hilfe zur Pflege:

- **Pflegesachleistungen:**

Zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung im Sinne des § 36 SGB XI entstehen im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach § 64b SGB XII keine Kosten. Es ist deshalb auch keine Bedarfsfeststellung zu beauftragen.

Für Nichtversicherte ist die Leistung analog des § 36 SGB XI im Umfang des entsprechenden Pflegegrades zu gewähren (gem. §64b SGB XII).

- **Die Betreuungsleistungen beinhalten insbesondere:**

- eine 24stündige Präsenz, diese beinhaltet eine Tagespräsenz in der Zeit von 6:00 Uhr bis 22:00 Uhr und im Sinne einer Nachtwache eine nächtliche Präsenz in der Zeit von 22:00 Uhr bis 6:00 Uhr.

- die Vor- und Zubereitung von gemeinschaftlichen Mahlzeiten

- Erstellung eines gemeinschaftlichen Einkaufs- und Speiseplanes

- Unterstützung bei Alltagsaktivitäten (Aktivierung, Anleitung, Beaufsichtigung)

- Strukturierung von Tagesabläufen, Planung und Initiierung von gemeinschaftlichen Aktivitäten.

Für die Betreuungsleistungen ist ein tägliches Entgelt vereinbart. Der Monatsbetrag ist mit 30,42 zu rechnen.

Die Regelungen zur vorübergehenden Abwesenheit oder zur Beendigung der Betreuungsleistungen ergeben sich aus der Leistungsbeschreibung bzw. dem Vertrag.

Rechtsgrundlage für die Betreuungsleistungen ist § 64b SGB XII.

Im Entgelt ist die Leistung der Pflegekasse gem. § 38a SGB XI (Wohngruppenzuschlag) bereits berücksichtigt und nicht in Abzug zu bringen.

Für Nichtversicherte ist diese Leistung analog § 38a SGB XI zu gewähren. Rechtsgrundlage für den Wohngruppenzuschlag ist § 64b SGB XII.

▪ **Pflegegeld:**

Neben den Betreuungsleistungen besteht ein Anspruch auf ein bis zu 2/3 gekürztes Pflegegeld gem. § 64a SGB XII.

Die Leistungen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag in Form des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI bzw. für Nichtversicherte nach § 64i SGB XII bleiben unberücksichtigt.

Etwaige zusätzliche Leistungen für die Reinigung des Zimmers, die Reinigung der Wäsche und Investitionskosten werden nicht zusätzlich im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII übernommen. Sie sind von den Bewohnerinnen oder den Bewohnern als Eigenanteil zu erbringen.

Die Bestimmungen des Elften Kapitels des SGB XII (Einsatz von Einkommen und Vermögen) finden entsprechende Anwendung.

Existenzsichernde Leistungen:

Neben den Leistungen der Hilfe zur Pflege besteht bei geringem Einkommen und Vermögen ein Anspruch auf existenzsichernde Leistungen nach den entsprechenden Bestimmungen des SGB XII. Für den Regelbedarf ist die Regelbedarfsstufe 1 anzuwenden.

Verfahren:

Die Betreuungsleistungen sind in der Regel für die Dauer des Bewilligungszeitraumes (Regelbewilligungszeitraum in der Hilfe zur Pflege: 2 Jahre) an den Leistungsanbieter auszuführen. Über die Bewilligungsdauer und Höhe der Leistung ggf. des einzusetzenden Einkommens als Eigenanteil, erhält der Leistungsanbieter eine Kostenzusicherung.

Zuständigkeit:

Es handelt sich um eine ambulant betreute Wohnmöglichkeit im Sinne des § 98 Abs.5 SGB XII.

Inkrafttreten

Diese Verwaltungsanweisung tritt mit Beginn der Vertragslaufzeit der Entgeltvereinbarungen in Kraft und ersetzt die „Rahmenrichtlinie zur Bewilligung von Leistungen nach dem SGB XII für Bewohner der Wohngemeinschaft „Die Woge“, in der Gastfeldstraße 26d-g, 28201 Bremen“.

Übergangregelung:

Es ist keine Übergangsregelung vorgesehen. Es sind alle Leistungen nach dieser neuen Regelung mit Beginn der Vertragslaufzeit zu entscheiden und umzusetzen.

59. Hausnotrufzentrale, ggf. mit Telefonanschluss (§ 64d 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.

60. 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 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.

61. 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 der Entlastungsbeträge nach § 45b SGB XI oder bei Nichtversicherten nach § 64i oder § 66 SGB XII 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 (mit mindestens dem Pflegegrad 1) die Teilhabe am öffentlichen / sozialen Leben zu ermöglichen.

62. Tagesbetreuung für Demenz

Tagesbetreuung für demenzkranke ältere Menschen

Diese Maßnahme sind niedrighschwellige teilstationäre Angebote, die nach § 45b Abs.1 Ziffer 4 SGB XII, die nach Landesrecht zur Unterstützung im Alltag anerkannt sind und die pflegebedürftigen Menschen somit über den Entlastungsbetrag nach § 45b bzw. für Nichtversicherte nach § 64i oder § 66 SGB XII Leistungen dafür erhalten können. Sollte dieser Entlastungsbetrag zur Finanzierung dieser Maßnahme nicht ausreichend sein, sind bei bestehender Notwendigkeit zusätzlich Leistungen nach § 64g SGB XII möglich.

Für demenzkranke ältere Menschen wird eine Tagesbetreuung angeboten. Die Tagesbetreuung erfolgt i.d.R. zweimal wöchentlich. Sie umfasst Mittagessen 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 für demenzkranke ältere Menschen 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.

Die Regelung über einen Kostenbeitrag gilt sinngemäß wie bei Unterbringung in einer Tagespflege im Sinne des § 41 SGB XI.).

63. Leistungskonkurrenzen/ Zweckidentität

63.1 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.

63.2 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.

Pflege, Haushaltshilfe, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 37 Abs.1a SGB V, § 38 SGB V, § 39c SGB V)

Als Pflegebedürftig im Sinne der obengenannten Rechtgrundlagen gelten Pflegebedürftige mit mindestens einem Pflegegrad 2.

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 medizinische 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.

63.3 Haushaltshilfen nach dem 3.,4.,7. und 9.Kapitel des SGB XII

Hilfen bei der Haushaltsführung sind Bestandteil der Hilfe zur Pflege nach dem 7.Kapitel, wenn eine Leistungsberechtigung nach dem 7.Kapitel besteht. Eine Leistungsberechtigung besteht nach § 61 SGB XII, wenn der Pflegegrad 1 festgestellt ist.

Können Haushaltshilfen wegen der fehlenden Anspruchsberechtigung nicht dem 7. Kapitel zugeordnet werden, ist zu prüfen, ob eine Leistung dem 3. bzw. 4, dem 9. Kapitel (Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes) oder dem SGB II zuzuordnen ist.

Im 3. oder 4. Kapitel und auch im SGB II handelt es sich nicht um die gesamte Haushaltsführung einschließlich Planungs- und Führungsaufgaben. Bei der Weiterführung des Haushalts handelt es sich um eine vorübergehende Hilfe und es beinhaltet die gesamte Haushaltsführung.

63.4 SGB XI / Hilfe zur Pflege und Landespflegegeld

Das Landespflegegeld ist eine gleichartige Leistung im Sinne von § 63b Abs.1 Satz 3 SGB XII, auch wenn das Landespflegegeld wegen Blindheit geleistet wird. Das LPG ist auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege anzurechnen.

63.5 SGB XI / Hilfe zur Pflege und andere Rechtsvorschriften

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

63.6 Hilfe zur Pflege nach SGB XII und Blindenhilfe nach § 72 SGB XII

Die Blindenhilfe gem. § 72 SGB XII ist auf das Pflegegeld gem. § 64a SGB XII gem. § 63b Abs.2 SGB XII mit 70% anzurechnen.

63.7 SGB XI und Blindenhilfe

Auf die Blindenhilfe sind Leistungen des SGB XI gem. § 72 SGB XII, auch soweit es sich um Sachleistungen handelt, mit 50% des Pflegegeldes des Pflegegrades 2 und bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 3,4 und 5 mit 40% des Pflegegeldes des Pflegegrades 3 anzurechnen (höchstens jedoch 50% der Blindenhilfe).

63.8 Kürzungen gem. § 63b Abs.5 SGB XII

Gem. § 63b Abs.5 SGB XII werden Leistungen der Häuslichen Pflegehilfe oder der Verhinderungspflege oder im Rahmen des Arbeitgebermodells sowie gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften und Pflegegeld nach § 64a SGB XII nebeneinander geleistet.

Nach § 63b Abs.5 SGB XII kann dann das Pflegegeld um bis zu zwei Drittel gekürzt werden.

Es wird dann ein Restpflegegeld in Höhe von einem Drittel geleistet. Auf die Notwendigkeit, dass die erforderliche Pflege in geeigneter Weise sicher zu stellen ist und das Pflegegeld zweckbestimmt einzusetzen ist wird verwiesen (§ 64a Absatz 1 Satz 2 SGB XII).

Diese Kürzung ist eine Kann-Bestimmung, in der auch im Einzelfall begründet abgewichen werden kann. Eine höhere Kürzung als um zwei Drittel ist nicht möglich.

Der Gesetzgeber hat dem Träger der Sozialhilfe in zweifacher Hinsicht einen Ermessensspielraum eingeräumt. Das Pflegegeld kann gekürzt werden und es kann bis zu 2/3 gekürzt werden.

Bei dieser Ermessensentscheidung ist maßgebend der Umfang, in dem der Zweck des Pflegegeldes, durch die anderen Leistungen nach § 64b oder § 64c oder § 64f Abs. 3 SGB XII überflüssig gemacht wird. Dabei ist auf die Besonderheiten des Einzelfalles abzustellen. Eine schematische Kürzung darf nicht vorgenommen werden, sie führt zur Rechtswidrigkeit der Entscheidung.

§ 63b Abs.5 SGB XII betont ausdrücklich den Charakter des Pflegegeldes, der auch darin besteht die Pflegebereitschaft der Pflegeperson zu wecken oder zu erhalten. Damit stellt der

Gesetzgeber darauf ab, dass mindestens 1/3 des Pflegegeldes dazu bestimmt ist die Pflegebereitschaft von ehrenamtlichen Pflegepersonen oder Angehörigen zu erhalten. Es ist zu berücksichtigen wie sich das Verhältnis des Pflegeeinsatzes von ehrenamtlichen Pflegepersonen (und Angehörigen) zum Einsatz angestellter und aus öffentlichen Mitteln finanzierter Pflegekräfte darstellt.

Die volle Kürzung um 2/3 ist nur dann zulässig, wenn ausnahmslos alle Aufwendungen durch den SHT in vollem Umfang auch tatsächlich geleistet werden. Andernfalls ist eine pauschale Kürzung ohne Würdigung des Einzelfalles nicht ermessensfehlerfrei. § 63b Abs.5 SGB XII setzt also auf eine Kürzung nach den Besonderheiten des Einzelfalles voraus.

63.9 Leistungen nach § 45b SGB XI und Hilfe zur Pflege

Die Leistungen nach § 45b SGB XI werden auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht angerechnet. Ausgenommen von dieser Regelung sind die Entlastungsbeträge nach den §§ 64i und 66 SGB XII. Entlastungsbeträge nach dem SGB XII sind deshalb ausschließlich für Nichtversicherte zu gewähren.

Bei Leistungen, z. B. bei der Kurzzeitpflege und Tagespflege, für die der Entlastungsbetrag bedarfsreduzierend eingesetzt wird, ist nur der jeweils geltend gemachte Bedarf zu übernehmen.

Beispielberechnungen zum Verhältnis Landespflegegeld – Blindenhilfe – Leistungen nach dem SGB XI und Leistungen der Hilfe zur Pflege sind als Anlage zur Rahmenrichtlinie zu Leistungen nach § 72 SGB XII veröffentlicht.

63.10 Asylbewerberleistungsgesetz und Hilfe zur Pflege

Für den Personenkreis nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) gilt das SGB XII entsprechend. Die Leistungen nach dem 7. Kapitel des SGB XII sind entsprechend anzuwenden.

Für den Personenkreis nach § 3 AsylbLG gilt §6 AsylbLG.

Auf die Verwaltungsanweisungen zum AsylbLG wird verwiesen.

Vierter Teil: Leistungen der stationären Pflege nach dem SGB XII

64. 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 - GSiG) 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 pauschalier-ten 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 pauschaliert 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, Pflegegrad 3, Einkommen 300€ Rente (Stand: 01-2020).

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

Regelbedarf (RBS 3)	345,00€
KdU – pauschal	427,10€
Summe der Bedarfe	772,10€
abzüglich Einkommen	300,00€
Anspruch 4. Kapitel	472,10€

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

Regelbedarf (RBS 3)	345,00€
KdU – pauschal	427,10€
fiktiver HLU-Bedarf:	772,10€
Barbetrag § 35 SGB XII	116,64€
Bekleidung	27,68€
Summe der Bedarfe:	916,42€
abzüglich Einkommen	300,00€
abzüglich Einkommen	472,10€ (Anspruch 4. Kapitel)
Anspruch 3. Kapitel	144,32€

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

Maßnahmekosten	2900,00€
abzüglich Pflegevers.	1298,00€
abzüglich Einkommen	772,10€ (fiktiver HLU-Bedarf)
Anspruch 7. Kapitel:	829,90€

sich aus der vorgenannten Berechnung ergebende Leistung:

Anspruch 4. Kapitel	472,10€
Anspruch 3. Kapitel	144,32€
Anspruch 7. Kapitel	829,90€
Gesamtanspruch	1.446,32€

2.Beispiel:

ein 75jähriger Mensch lebt in einer Einrichtung der Dauerpflege in Bremen, Pflegegrad 3, Einkommen 1.000€ Rente (Stand: 01-2020).

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

Regelbedarf (RBS 3)	345,00€
KdU – pauschal	427,10€
Summe der Bedarfe	772,10€
abzüglich Einkommen	900,00€
Anspruch 4.Kapitel	0,00€

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

Regelbedarf	345,00€
KdU – pauschal	427,10€
fiktiver HLU-Bedarf:	772,10€
Barbetrag § 35 SGB XII	116,64€
Bekleidung	27,68€
Summe der Bedarfe:	916,42€
abzüglich Einkommen	1.000,00€
Anspruch 3.Kapitel	0,00€

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

Maßnahmekosten	2194,18€
abzüglich Pflegevers.	1298,00€
abzüglich Einkommen	772,10 (fiktiver HLU-Bedarf)
Bedarf 7.Kapitel:	124,08€

Einkommenseinsatz:

Einkommen:	1.000,00€
abzgl. bereits auf LU gem. § 35 SGB XII angerechnet	916,42€
einzusetzendes Eink.	83,58€
Anspruch 7.Kapitel:	
Bedarf 7.Kapitel:	124,08€
einzusetzendes Eink.	83,58€
Anspruch 7.Kapitel:	40,50€

65. Prüfung der Heimnotwendigkeit

Bis zum 31.12.2016 wurde durch die Pflegekasse die Heimnotwendigkeit geprüft. Eine Heimnotwendigkeit bestand nur, wenn eine ambulante oder teilstationäre Versorgung nicht (mehr) möglich war. Dabei spielt unter anderem Kriterien „Fehlen einer Pflegeperson“, Selbst- und Fremdgefährdung eine Rolle.

Ab dem 01.01.2017 besteht der Anspruch auf vollstationäre Pflege unabhängig davon, ob häusliche oder teilstationäre Pflege möglich ist. Ab 01.01.2017 entfällt die Prüfung zur Erforderlichkeit der vollstationären Pflege, sie ist auch nicht mehr Gegenstand der ab dem 01.01.2017 geltenden Begutachtungs-Richtlinien.

Deshalb wird sich auch der sozialhilferechtliche Umgang, wenn Hilfe zur Pflege für eine stationäre Versorgungsform gewählt werden, nur nach den allgemeinen Regelungen des § 9 Abs.2 und § 13 Abs. 1 SGB XII richten müssen. Diese Prüfung kann bestenfalls nur dann erfolgen, wenn vor einem Zuzug in eine Einrichtung der vollstationären Pflege Kontakte bestehen und entsprechende Beratungen möglich sind.

Dieses gilt nicht für die Kurzzeitpflege. Hier ist unverändert ein Genehmigungsverfahren entweder durch die Pflegekasse oder bei Nichtversicherten über den Sozialdienst Erwachsene notwendig (siehe hierzu Ziffer 8 dieser Weisung).

Ein Anspruch besteht erst ab einem festgestellten Pflegerad 2.

66. 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 des Pflegegrades.

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.

67. Vollstationäre Dauerpflege

Es besteht ein Anspruch auf vollstationäre Dauerpflege nach § 65 SGB XII, wenn die Voraussetzungen für eine vollstationäre Dauerpflege analog § 43 SGB XI vorliegen. Für pflegeversicherte Menschen ist die Prüfung der Heimnotwendigkeit seit dem 01.01.2017 weggefallen. Es besteht ein freies Wahlrecht. Dieses gilt nicht für die kurzzeitpflege. Die Kurzzeitpflege ist weiterhin genehmigungspflichtig.

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 (§ 63b Abs. 3 SGB XII).

67.1 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 der 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.

67.2 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.

67.3 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.

67.4 Abwesenheiten in stationären Einrichtungen nach dem SGB XI

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. Darüberhinausgehende Ansprüche werden nicht abgeleitet.

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

67.5 Einrichtungseinheitliche Eigenanteile

Gem. § 84 Abs.2 SGB XI sind für die Pflegesätze im vollstationären Bereich in den Pflegegraden 2 bis 5 für die jeweilige Pflegeeinrichtung gleich hohe Beträge für die nicht von der Pflegeversicherung gedeckten Kosten vorzusehen (einrichtungseinheitliche Eigenanteile). Diese werden ausgehend von dem jeweiligen Versorgungsaufwand abzüglich der Summe des Leistungsbetrags nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 ermittelt.

Damit wird erreicht, dass der von den Pflegebedürftigen bzw. vom zuständigen Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt. Mit dem Übergang zu einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen in den Pflegegraden 2 bis 5 wird für die finanzielle Planung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Sicherheit geschaffen. Für sie ergibt sich eine Vereinfachung der Vergleichbarkeit und der individuellen Kalkulation.

Für das Land Bremen ist eine „Landesvereinbarung zur Umsetzung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) für vollstationäre Dauerpflegeeinrichtungen und teilstationäre Pflegeeinrichtungen“ abgeschlossen worden. Durch dieses vereinfachte Verfahren sind die Pflegesätze pauschal von Pflegestufen in Pflegegrade übergeleitet worden. Rechtsgrundlage sind die §§ 92d und für die Umrechnung § 92e SGB XI.

68. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung

Gem. § 43b SGB XI haben Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Durch diesen individuellen Rechtsanspruch des Pflegebedürftigen gegenüber der Pflegekasse hat der Pflegebedürftige einen Anspruch auf Erbringung durch die Pflegeeinrichtung. Eine inhaltliche Änderung gegenüber dem § 87b SGB XI besteht ansonsten nicht. Die vertraglich vereinbarten Leistungen zielen darauf ab zusätzliches Personal für die Betreuung in Pflegeeinrichtungen bereit zu stellen.

Im Rahmen der Leistungen der stationären Pflege nach § 65 SGB XII werden ab 01.01.2017 auch Betreuungsmaßnahmen, die bisher nur für Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung über § 87b SGB XI erbracht worden sind, durch die Träger der Sozialhilfe geleistet. Im Unterschied zum SGB XI, der hierzu mit dem § 43b die Anspruchsgrundlage für alle stationären Leistungen (Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege) vorsieht, sind die Betreuungsmaßnahmen in der Hilfe zur Pflege nur unmittelbarer Bestandteil der stationären Pflege nach § 65 SGB XII.

69. Pflege gemäß § 43a SGB XI in vollstat. 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 Einrichtungszweckes 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 der Pflegegrad 2 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.

70. Besondere Formen der vollstationären Versorgung

70.1 vollstationäre Pflege nach SGB XI in vollstationären Einrichtungen

nach § 43 SGB XII für behinderte Menschen

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.

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.

70.2 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 wiederkehrenden kompensatorischen Hilfeleistungen erfordern. Überschreiten diese kompensatorisch notwendigen Hilfestellungen in ihrer Summe einen bestimmten Tageszeitwert, wird einem bestimmten Pflegegrad 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 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 abzugehen.

71. 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. B. 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 dem Pflegegrad 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 dem Pflegegrad. Besteht ein Leistungsanspruch nach dem SGB XI und ist mindestens

ein Pflegerad 2 festgestellt, ergibt sich nach der gültigen Entgeltvereinbarung, kein Eigenanteil.

Der Zuschuss des Sozialhilfeträgers ist vorbehaltlich der Einkommens- und Vermögensprüfung als Hilfe nach § 65 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

72. Kurzzeitpflege

Personenkreis:

Pflegebedürftige der **Pflegegrade 2-5** haben Anspruch auf Kurzzeitpflege gem. § 64h SGB XII, 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.

- Dieses gilt entweder für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen (§ 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI)
- oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist (§ 42 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI).

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 den Umfang der Leistungen nach § 64h SGB XII gelten die für die Pflegeversicherung vorgeschriebenen zeitlichen und betragsmäßigen Begrenzungen nicht. Die vereinbarten Kosten für Unterkunft, Verpflegung sowie Investitionskosten sind, anders als in der Pflegeversicherung, Bestandteil der Leistung nach § 64h SGB XII.

Begutachtung bei Kurzzeitpflege unterhalb des Pflegegrades 2:

Eine Pflegebedürftigkeit wird nach dem SGB XI verneint, wenn diese nicht von Dauer ist. Nach dem SGB XII könnte eine Anspruchsberechtigung bestehen, da diese nicht von Dauer sein muss (§ 61 SGB XII). Von Bedeutung kann dieser Sachverhalt insbesondere bei der Kurzzeitpflege sein (vorübergehende Pflegebedürftigkeit nach Krankenhausaufenthalt). Liegen hierfür Anhaltspunkte vor, ist das Gesundheitsamt bzw. Behandlungszentrum zu beauftragen ein Gutachten zu erstellen. Dieses Verfahren leiten die zuständigen Sozialdienste ein.

Abgrenzung Kurzzeitpflege - Dauerpflege

Zur Abgrenzung Kurzzeitpflege – Dauerpflege: Eine Überschreitung der zeitlichen Vorgaben der Pflegeversicherung ist im Grundsatz möglich. Nach Ablauf der zeitlichen Vorgabe, das sind bis zu 8 Wochen, ist eine erneute Prognose über die Dauer des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege abzugeben. Eine kurze Überschreitung aus Gründen, die im § 42 Abs.1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB XI genannt sind (siehe oben), ist möglich. Sollten längere Aufenthalte notwendig sein, ist vollstationäre Dauerpflege angezeigt.

Für Pflegebedürftige ist auch für die Leistung nach § 64h 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 wohnortnahen Versorgung zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte.

Leistungen

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen der sozialen Betreuung. Bei dem Pflegeaufwand der Kurzzeitpflege wird derzeit von einem Pflegegrad 2-5 ausgegangen.

Der Sozialhilfeträger übernimmt gem. § 64h SGB XII die Leistungen in der mit dem Einrichtungsträger vereinbarten 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 die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes bei der Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr und bei der Verhinderungspflege bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt.

Das von der Pflegekasse nach § 37 SGB XI gezahlte hälftige Pflegegeld nach dem SGB XI ist auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach § 64h 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.

Im Rahmen der Leistungen der stationären Pflege nach § 65 SGB XII werden ab 01.01.2017 auch Betreuungsmaßnahmen, die bisher nur für Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung über § 87b SGB XI erbracht worden sind, durch die Träger der Sozialhilfe geleistet. Im Unterschied zum SGB XI, der hierzu mit dem neuen § 43b (zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen) die Anspruchsgrundlage für alle stationären Leistungen (Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege) vorsieht, sind die Betreuungsmaßnahmen in der Hilfe zur Pflege nur unmittelbarer Bestandteil der stationären Pflege nach **§ 65 SGB XII** (und deshalb nicht nach **§ 64h SGB XII** Leistungsgrundlage für die Kurzzeitpflege).

Die für Kurzzeitpflege vorrangigen Leistungen sind zu berücksichtigen. Neben den Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI, können dieses auch Leistungen der Krankenversicherung nach § 39c SGB V sein. Auf die Ausführungen in der Verwaltungsanweisung Teil 3 im Abschnitt 35. Leistungskonkurrenzen/Zweckidentität wird verwiesen. Die Leistungen nach § 39c SGB V beinhaltet die Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit. Eine Pflegebedürftigkeit liegt in diesem Kontext ab Pflegegrad 2 vor.

73. Leistungskonkurrenzen

73.1 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.

73.2 Leistungen der Blindenhilfe nach § 72 SGB XII in vollstat. 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, dass in Einrichtungen regelmäßig ein großer Teil der notwendigen pflegerischen und sonstigen Betreuung wahrgenommen wird, so dass blinden Menschen geringere blindheitsbedingte Mehraufwendungen entstehen, als wenn sie außerhalb einer Einrichtung leben würden. So soll vermieden werden, dass doppelt öffentliche Leistungen gewährt 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, dass 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

01.07.2018	01.07.2019			
210,83 €	217,54 €	50% LPG wg. Blindheit	gem. § 4 Abs.3 LPG	1.Schritt: Berechnung des vorrangigen Anspruchs nach dem LPG
717,07 €	739,91 €	Blindenhilfe nach § 72 SGB XII	§ 72 Abs.3 SGB XII	2.Schritt: Berechnung des Anspruchs auf Blindenhilfe
bis zu -358,53 €	bis zu 369,95 €	Minderung		
358,54 €	369,96 €	geminderte Blindenhilfe	§ 72 Abs.1, Satz1 SGB XII	3.Schritt: Anrechnung LPG
-210,83 €	-217,54 €	LPG wg. Blindheit		
147,71 €	152,42 €	Blindenhilfe		
Leistungen:				
210,83 €	217,54 €	LPG		
147,71 €	152,42 €	Blindenhilfe Maßnahmekosten		

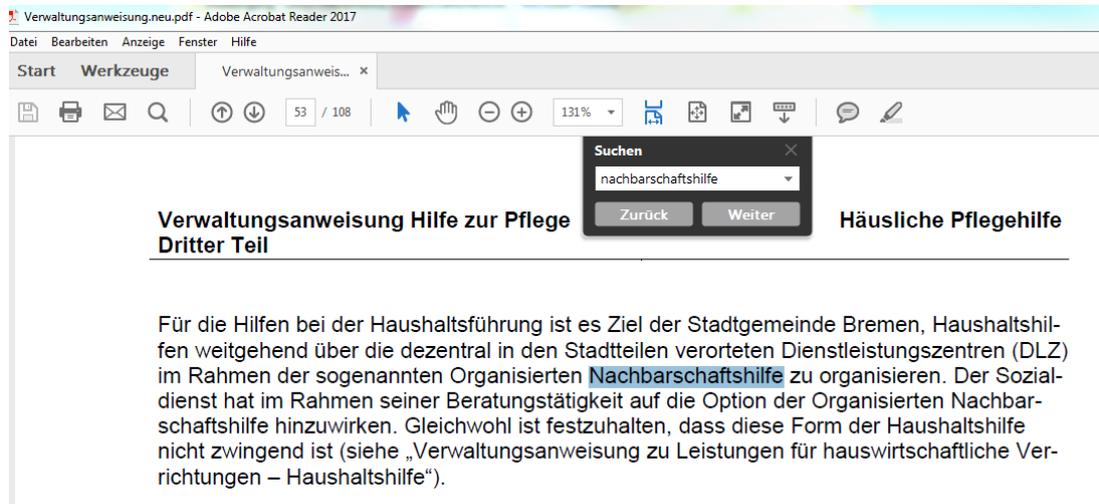
74. Stichwortverzeichnis:

§ 19 Abs.6 SGB XII	57
§ 43b SGB XI	97
§ 44 SGB X (Rücknahme eines rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsakt)	27
3-Säulen-Berechnung.....	90
Abwesenheiten in stationären Einrichtungen nach dem SGB XI.....	96
Akzent-Wohnen.....	71
Alltagsassistenz.....	66
Altenhilfe nach § 71 SGB XII	49
Alterssicherung.....	62
Ambulante Maßnahme Persönliche Assistenz.....	68
Angebote zur Unterstützung im Alltag	23
Angemessenheit.....	55
Arbeitgebermodell	63
Arbeitgebermodells nach § 64f SGB XII	55
Assistenzpflegebedarf gem. § 63b Abs.4 SGB XII	46
Asylbewerberleistungsgesetz	89
Aufgaben des Gesundheitsamtes Bremen	38
Aufgaben des Sozialdienstes Erwachsene	37
Auftragsverarbeitung	38
Aufwandsentschädigung	66
Bedarfsfeststellung.....	39
Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten	9
Begutachtung	42
Begutachtung nicht dauerhafter Pflegebedürftigkeit	42
Begutachtungsfristen gem. § 18 SGB XI	12
Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung	22
Beratung.....	36
Beratung der Pflegeperson.....	63
Beratung im SGB XI	9
Beratungsbesuche für nichtpflegeversicherte Menschen.....	52
Bereitschaftsdienst im Akzent-Wohnen	73
Besitzstandsregelung gem. Art. 51 Pflege-Versicherungsgesetz.....	51
Besitzstandsregelung im SGB XI.....	7
Besitzstandsschutz gem. § 141 SGB XI	24
Besondere Formen der vollstationären Versorgung.....	98
besondere Pflegekraft	55
Betreuungsleistungen.....	79
Bindungswirkung	26
Blindenhilfe.....	106
Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben.....	22
Datenschutzgrundverordnung	38
Dienstleistungszentren	56
Dienstleistungszentren (DLZ)	66
Dolmetscherdienstes Bremen.....	45
Doppelfunktionale Hilfsmittel	60
Einrichtungseinheitliche Eigenanteile	96
einrichtungseinheitlicher Eigenanteil.....	6
Einsetzen der Sozialhilfe	26
einvernehmliche Entscheidung.....	38
empfohlenen Hilfsmittel	36
Entlastungsbetrag	23, 40, 65

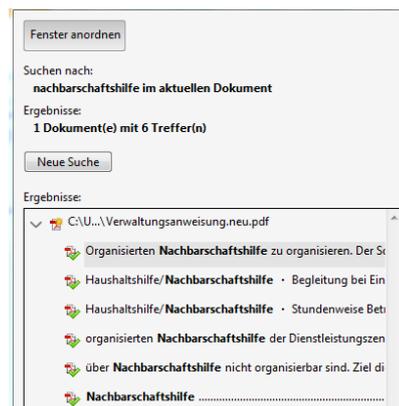
Entscheidung und verwaltungsrechtliche Bearbeitung.....	43
Ersatzpflege	19
Erstes Pflegestärkungsgesetz	7
Fachkonzept zur Hilfeplanung für den Sozialdienst Erwachsene	33
Fallverantwortung.....	37
Familienpflegezeit	22
Feststellung der Pflegebedürftigkeit.....	30
Gemeinsame Fallbesprechung.....	39
Gemeinsame Fallbesprechungen.....	38
Gerontopsychiatrische Pflege.....	99
Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf	22
Hausbesuch	39
Häusliche Pflegehilfe nach § 64b SGB XII.....	54
Hausnotruf.....	81
Hilfen bei der Haushaltsführung im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe	56
Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes nach § 70 SGB XII	49
Hilfeplanung	37, 40
Investitionsbedingte Aufwendungen	58
Investitionskosten.....	58
ISB	68
Kombinationsleistung gem. § 38 SGB XI.....	17
körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen des Pflegegrades 1	49
körperbezogene Pflegemaßnahmen <u>unterhalb</u> des Pflegegrades 1.....	49
Kürzungen gem. § 63b Abs.5 SGB XII	88
Kurzzeitpflege – Dauerpflege	103
Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI	20
Kurzzeitpflege gem. § 64h SGB XII	103
Leistungen bei Pflegegrad 1 gem. § 28a SGB XI.....	15
Leistungen der häuslichen Pflege während eines stationären oder teilstationären Aufenthaltes	46
Leistungen für den Pflegegrad 1 nach § 63 Abs.2 SGB XII	47
Leistungen nach § 45b SGB XI und Hilfe zur Pflege.....	89
Leistungsberechtigung im SGB XII.....	25
Leistungsberechtigung nach dem SGB XI	9
Leistungskomplexe.....	40
Leitlinien	42
Monitoring	36
Nachbarschaftshilfe.....	56
Neue Begutachtungsinstrument (NBI)	5
nicht dauerhafter Pflegebedürftigkeit	30
notwendigen Bedarf	39
Persönliches Budget gem. § 63 Abs.3 SGB XII	29
Pflegebedürftigkeit.....	9
Pflegebedürftigkeitsbegriff	5
Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI.....	13
Pflegegeld gem. § 37 SGB XI.....	16
Pflegegeld nach § 64a SGB XII	50
Pflegegrad 1 ergänzende Maßnahmen	49
Pflegehilfsmittel	19, 60
Pflege-Neuausrichtungsgesetz.....	8
Pflegesachleistung gem. § 36 SGB XI.....	16
Pflegestärkungsgesetz 1 und Pflege-Neuausrichtungsgesetz	31
Pflegestärkungsgesetze 2 und 3 und die Wirkung in das Sozialhilferecht.....	31
Pflegestützpunkte.....	14

Pflegevorsorgefond	7
Pflege-Wohngemeinschaften.....	78
Prävention	34
Prüfung der Heimnotwendigkeit.....	93
Qualitätssicherung der häuslichen Pflege.....	14
Rahmenkonzept des SDE	36
Rechtsgrundlagen für die häusliche Pflege.....	46
Ressourcen im Umfeld	37
Service-Pauschale	66
Service-Wohnen.....	82
Solitäreinrichtungen.....	104
Sonderrechtsnachfolge.....	57
Streubetten.....	104
Tages- und Nachtpflege gem. § 41 SGB XI.....	20
Tagesbetreuung für demenzkranke ältere Menschen	85
Tagespflege	64
Teilstationäre Pflege.....	64
trägerübergreifendes Persönliches Budget gem. § 35 SGB XI	15
Übergangsregelung	67
Überleitungsregelungen im SGB XI	7
Übersendung der Gutachten/Hilfeplan.....	43
Umwidmungsmöglichkeit des § 45a Abs.4 SGB XI.....	50
unterschiedlichen Einschätzungen	38
unverhältnismäßige Mehrkosten.....	28
Verhinderungspflege	58
Verhinderungspflege gem. § 39 SGB XI.....	19
Verwaltungsakt.....	27
vollstat. Einrichtungen der Behindertenhilfe.....	97
Vollstationäre Dauerpflege	94
vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen	21
Vollstationäre Pflege gem. § 43 SGB XI	21
Vorrang der ambulanten Pflege.....	28
Vorrang der Leistungen des SGB XI.....	25
Wiederholungsbegutachtungen	41
Wohngemeinschaft in der <u>Seilerstraße</u>	76
Wohngruppenzuschlag.....	18
Wohnungsanpassungsmaßnahme	61
zeitabhängige Vergütung.....	32, 54
Zugangsvoraussetzungen zu einer Pflege-Wohngemeinschaft	78
Zumutbarkeit im Sinne des § 13 SGB XII	28
Zusatzbogen - Gerontopsychiatrie.....	100
Zusätzliche Betreuung und Aktivierung	97
Zweites Pflegestärkungsgesetz	5

Hinweis: weitere Begriffe über die Suchfunktion von pdf Dokumenten – Strg + f und Suchbegriff eingeben.



Erheblich mehr Möglichkeiten zur Steuerung des Suchvorgangs haben Sie allerdings mit der Erweiterten Suche, die Sie mit dem Listenpfeil des Suchfeldes erreichen können. Die Suche wird nun als eigenständiges Fenster geöffnet, in dem Sie den Suchvorgang starten können und alle Fundstellen als Links aufgelistet bekommen.



75. Verzeichnis der Links:

75.1 Externe Links

[Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI](#)

[Begutachtungsrichtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit](#)

[Richtlinien des gkv-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI](#)

[Hilfsmittelverzeichnis](#)

[Richtlinien zur Festlegung der doppelunktionalen Hilfsmittel](#)

[Dolmetscherdienst Bremen](#)

[Kennzahlen der Pflegeversicherung](#)

[Die Pflege-Charta](#)