
Verwaltungsanweisung Hilfe zur Pflege

Dritter Teil: Leistungen der ambulanten Pflege nach dem SGB XII

0. Inhaltsverzeichnis

0. Inhaltsverzeichnis	1
1. Bedarfsfeststellung	3
1.1 Feststellung des Bedarfs mit Hilfe von Leistungskomplexen	3
1.2 Das Verfahren der Bedarfsfeststellung	3
1.3 Aufgaben des zuständigen Sozialdienstes im Umgang mit dem § 45b SGB XI	8
1.4 Hinweise zur Nutzung des Formulars „Hilfeplan für Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII“ - Vordruck V 188c	8
2. Entscheidung und verwaltungsrechtliche Abwicklung	8
2.1 Inanspruchnahme des Dolmetscherdienstes Bremen	9
3. Pflegestärkungsgesetze 2 und 3 und die Wirkung in das Sozialhilferecht	10
4. Pflegestärkungsgesetz 1 und Pflege-Neuausrichtungsgesetz und die Wirkung in das Sozialhilferecht.....	10
5. Rechtsgrundlagen für die häusliche Pflege.....	12
6. Assistenzpflegebedarf gem. § 63b Abs.4 SGB XII.....	12
7. Leistungen für den Pflegegrad 1 nach § 63 Abs.2 SGB XII.....	13
8. Pflegegeld nach § 64a SGB XII	15
9. Besitzstandsregelung gem. Art. 51 Pflege-Versicherungsgesetz	16
10. Regelung des Art. 51 PflegeVG	16
11. Verbindliche Beratungsbesuche für nichtpflegeversicherte Menschen	18
12. Häusliche Pflegehilfe nach § 64b SGB XII.....	20
13. Arbeitgebermodell.....	20
14. Sonderrechtsnachfolge des § 19 Abs.6 SGB XII für ambulante Pflegedienste	23
15. Investitionsbedingte Aufwendungen	24
16. Verhinderungspflege nach § 64c SGB XII	25
17. Pflegehilfsmittel nach § 64d SGB XII	26
18. Wohnumfeldverbesserung	27
19. Andere Leistungen nach § 64f SGB XII	27
19.1. Beiträge für eine angemessene Alterssicherung der Pflegeperson	27
19.2. Angemessene Kosten für eine Beratung der Pflegeperson nach	29
20. Teilstationäre Pflege nach § 64g SGB XII Tages- und Nachtpflege	30
21. Kurzzeitpflege nach § 64h SGB XII.....	31
22a. Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2-5 nach § 64i SGB XII	31
22b. Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 nach § 66 SGB XII.....	31
23. Überleitung in Pflegegrade zum 01.10.2017 nach § 137 SGB XII	32
24. Übergangsregelung nach § 138 SGB XII	32
25. Ambulante Maßnahme Persönliche Assistenz (ISB).....	33
26. Akzent-Wohnen	36
27. Die Woge	43
28. Hausnotrufzentrale, ggf. mit Telefonanschluss (§ 64d SGB XII)	47
29. Service-Wohnen	48

30. Mobiler Begleitdienst der Paritätischen Pflegedienste Bremen	50
31. Tagesbetreuung für Demenz.....	51
35. Leistungskonkurrenzen/ Zweckidentität	52
35.1. SGB XI / Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	52
35.2. SGB XI / Hilfe zur Pflege und SGB V / Hilfe zur Gesundheit.....	52
35.3. Haushaltshilfen nach dem 7.Kapitel, 3 bzw. 4 Kapitel und 9.Kapitel des SGB XII ..	54
35.4. SGB XI / Hilfe zur Pflege und Landespflegegeld	54
35.5. SGB XI / Hilfe zur Pflege und andere Rechtsvorschriften	54
35.6. Hilfe zur Pflege nach SGB XII und Blindenhilfe nach § 72 SGB XII	54
35.7. SGB XI und Blindenhilfe	54
35.8. Kürzungen gem. § 63b Abs.5 SGB XII	55
35.9. Leistungen nach § 45b SGB XI und Hilfe zur Pflege.....	55

1. Bedarfsfeststellung

1.1 Feststellung des Bedarfs mit Hilfe von Leistungskomplexen

Die Feststellung der Bedarfe und auch die Abrechnung der Leistungen erfolgt entsprechend der notwendigen Pflegeverrichtungen, die in 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 (§ SGB XI). In den Leistungen ist aktivierende 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, das in einzelnen Leistungskomplexen die vorgegebenen Punkt-/ Zeitwerte deutlich überschritten werden **und**
- ein Ausgleich bei den anderen Leistungskomplexen nicht erfolgen kann..

Diese Voraussetzung ist pflegfachlich zu beurteilen.

1.2 Das Verfahren der Bedarfsfeststellung

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

Diese Fachkonzepte und die seit 2014 erfolgten Weiterentwicklungen des Verfahrens und die notwendigen Veränderungen im Zusammenhang mit der Pflegereform ab 01.01.2017 sind Grundlage dieses Verfahrens.

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

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

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

Die Bedarfsfeststellung erfolgt nach den im Einzelfall festgestellten gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und den daraus sich ableitenden notwendigen Unterstützungsleistungen im Sinne des § 14 Abs.2 SGB XI durch die Pflegefachkräfte des Gesundheitsamtes anhand des Formulargutachtens.

Aufgaben des Sozialdienstes Erwachsene

- Der Sozialdienst Erwachsene (SDE) im Amt für Soziale Dienste Bremen ist für die Hilfeplanung der Hilfe zur Pflege im Rahmen seiner örtlichen und sachlichen Zuständigkeit fallführend und fallverantwortlich. Im Rahmen seiner Fallverantwortung ist der SDE für die Einleitung der einzelnen Maßnahmen verantwortlich.
- Der SDE führt das Hilfeplanverfahren durch; dieses schließt die soziale Anamnese und Einschätzung der Probleme ein.
- Der SDE koordiniert die gemeinsamen Hausbesuche mit der Pflegefachkraft und möglichen weiteren Kooperationspartnern. Die Einholung von Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung, die Anforderung von MDK-Gutachten und ggf. die Einbeziehung des Dolmetscherdienstes wird vom SDE veranlasst.
- Der SDE erstellt den Hilfeplan auf Grundlage der Analyse und Einschätzung der Probleme sowie dem Pflegegutachten der Pflegefachkraft des Gesundheitsamtes und medizinischen Bedarfe. Er beziffert die sich daraus ergebende Wegepauschale bei Einsatz durch einen Pflegedienst (LK 20).
- Zielsetzung der Hilfeplanung durch den Sozialdienst Erwachsene ist die Sicherstellung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Insbesondere im Sozialraum vorhandene Unterstützungssysteme werden dabei genutzt. Er unterstützt bzw. wirkt darauf hin, dass pflegebedürftige Menschen zielgerichtete Hilfen in Anspruch nehmen können.
- Der Sozialdienst Erwachsene überprüft die Hilfeplanung anlassbezogen oder nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes.
- Bei **Eilfällen**, in denen eine Beteiligung des GA nicht möglich ist, erhebt der SDE 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.

Aufgaben der Pflegefachkräfte des Gesundheitsamtes

- 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 Inhalte nach § 37 Abs.3 SGB XI bei Nichtversicherten.
- Risikoabschätzung bei „unzureichender Pflege“
- Bei Bedarf werden medizinische Vorinformationen z.B. von Ärzten, Kliniken eingeholt.

Zusammenwirken der Fachkräfte, Pflegefachkräfte des Gesundheitsamtes und des Sozialdienstes Erwachsene

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

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

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

Das Ergebnis der Fallbesprechung ist im Hilfeplan zu dokumentieren.

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

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

Konfliktregelung

Sollte es zwischen den Fachkräften des Amtes für Soziale Dienste und den Fachkräften des Gesundheitsamtes zu unterschiedlichen Einschätzungen 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 den nächsten Vorgesetzten anzustreben.

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

Aufgaben der Wirtschaftlichen Hilfen

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

Hilfeplan (Formular V 188c)

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

Der Hilfeplan umfasst:

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

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

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

Der Leitfaden zur Erstellung der Bedarfsfeststellung/ des Hilfeplanes ist verbindlich.

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

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

Die Bedarfe, die durch Pflegepersonen/Pflegedienste erbracht werden, aber durch Leistungen nach § 45b SGB XI finanziert sind, sind im Hilfeplan aufzuführen.

In der Beratung bei der Hilfeplanerstellung ist auf das Wirtschaftlichkeitsgebot, z.B. durch Hinwirken auf die niedrigschwelligen Angebote hinzuweisen.

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

Zur Bedarfsfeststellung ist der Vordruck V 188c zu verwenden.

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

2. Entscheidung und verwaltungsrechtliche Abwicklung

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

Der Bescheid geht an die/den Leistungsberechtigte/n, eine Kopie der Kostenzusicherung an den Sozialdienst.

Die Leistungserbringenden erhalten Kostenzusicherungen mit Angaben über die bewilligten Leistungskomplexe (die bewilligten Leistungskomplexe aus dem Hilfeplan als Anlage zur Kostenzusicherung). Die Kostenzusicherung soll den vom Sozialdienst Erwachsene empfohlenen Bewilligungszeitraum entsprechen. Es bestehen keine Bedenken den Hilfeplan als Anlage zum Bescheid an den Leistungsberechtigten zu senden.

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 abgelenken.

2.1 Inanspruchnahme des Dolmetscherdienstes Bremen

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

Inhalte und Ziele:

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

Inanspruchnahme:

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

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

Kosten:

Die 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

[hier geht es zu den Informationen über den Dolmetscherdienst Bremen.](#)

3. 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.

4. 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 wie bisher 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.

5. 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 nahe stehen, oder als Nachbarschaftshilfe übernommen wird. Mit Pflege sind die körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemeint. Nahe 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 nahe stehen, durchgeführt wird. Daraus ergibt sich eine eindeutige Hinwirkungspflicht des Sozialhilfeträgers, nahe stehende 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 nahe stehende 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 scheiden 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 Folgemonats einzustellen. Eine Weitergewährung erfolgt mit dem Tag der Entlassung aus einer stationären Einrichtung.

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

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

6. 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 weiter gezahlt. Die Leistungen nach dem SGB XI sind auf die Leistungen nach dem SGB XII anzurechnen.

7. 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 zum Ende des vergangenen Jahres auch möglich, bei geringer Pflegebedürftigkeit entsprechend notwendige ambulante Leistungen zu bewilligen.

Im Gegensatz zur Pflegeversicherung gibt es im SGB XII keine Besitzstands-, sondern nur Übergangsregelungen. Die bisherigen Leistungen sind gem. § 138 SGB XII über den 31.12.2016 hinaus nur bis zum Abschluss des von Amts wegen zu betreibenden Verfahrens zur Ermittlung und Feststellung des Pflegegrades und des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63 a 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 das 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 (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). Diese Regelung gilt nicht für neue Fälle.
- Notwendige körperbezogene Pflegemaßnahmen des Pflegegrades 1: Der von der Pflegekasse oder dem Sozialhilfeträger bewilligte Entlastungsbetrag in Höhe von € 125,- ist zunächst für die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und/oder den Hilfen bei der Haushaltsführung einzusetzen. Sofern dann der Entlastungsbetrag nicht ausreichend ist, sind die körperbezogenen Pflegemaßnah-

men im notwendigen Umfang nach § 73 SGB XII zu gewähren. Hinsichtlich der Notwendigkeit ist das standardisierte Verfahren zur Bedarfsfeststellung anzuwenden.

Diese Regelung gilt für Alt- und Neufälle.

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 -möglicherweise bis zu einer gesetzlichen Nachbesserung und Klarstellung- diese Maßnahmen einzuführen.

8. 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 weiter geleitet wird, und zwar unabhängig davon, ob die Betroffenen in einem gemeinsamen Haushalt wohnen. Das Pflegegeld wird somit nicht als Einkommen der Pflegeperson berücksichtigt.

Ob Anspruch auf Pflegegeld für nichtpflegeversicherte Pflegebedürftige besteht, begutachtet das Gesundheitsamt, der Sozialmedizinische Dienst Erwachsene bzw. die Sozialpädiatrische Abteilung für Kinder, sowie bei psychisch kranken Menschen die sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in den regionalen Behandlungszentren. Bei der Begutachtung der genannten Stellen wird der Grad der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegraden 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.

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 Umwidlungsmöglichkeit des § 45a Abs.4 SGB XI keinen Gebrauch machen. Sie sind verpflichtet die vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung in voller Höhe auszuschöpfen.

Die Umwidlungsmöglichkeit 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).

9. 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.

10. Regelung des Art. 51 PflegeVG

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

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

Festlegung der Leistung:

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

Der Besitzstand mindert sich um:

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

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.

¹ ab 1.1.2005 der § 64 SGB XII

² ab 1.1.2005 der § 65 SGB XII

11. 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 einen Pflegegrad festgestellt hat.

Eine Qualitätssicherung ist im SGB XI nach § 37 Abs.3 SGB XI durch verbindliche Beratungsbesuche geregelt. Im SGB XII fehlt diese Regelung. Eine Qualitätskontrolle für 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 und dem Gesundheitsamt. 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 wertet die Empfehlungen des Beratungseinsatzes aus und entscheidet über die einzuleitenden Maßnahmen durch den Sozialdienst Erwachsene. Das Sozialzentrum teilt dem Gesundheitsamt das Ende der Leistungsgewährung mit und beendet damit das Auftragsverhältnis.
4. Die Auswertung erfolgt durch die Fachkoordination Hilfe zur Pflege.

12. Häusliche Pflegehilfe nach § 64b SGB XII

13. Arbeitgebermodell

▪ 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 Leistungskomplekatalog 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.

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 Umwidnungsmöglichkeit 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 Umwidnungsmöglichkeit des § 45a Abs.4 SGB XI beinhaltet die Inanspruchnahme von niedrighschwelligen Angeboten im Umfang bis zu 40% der Pflegesachleistungen des § 36 SGB XI.

▪ 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).

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 auszu-legen.

„Besondere Pflegekräfte“ sind z.B. Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, KrankenpflegehelferInnen, AltenpflegerInnen, AltenpflegehelferInnen, PflegeassistentInnen, Gemein-
schwestern. Keine „besonderen Pflegekräfte“ sind nahestehende Personen, Nachbar-
schaftshilfen 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 Per-
son im Sinne des § 64 SGB XII, ist eine Leistung im Sinne des § 64f Abs.3 SGB XII nicht zu
gewähren.

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 Pflegeleistungen. 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 oder des Arbeitgebermodells

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.

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

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

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

Der Deutsche Städtetag befürchtet durch diese Auslegung negative Auswirkungen auf die ambulante Versorgungslandschaft. Der Deutsche Städtetag bezieht sich auf konkrete Fälle, in denen ambulante Pflegedienste wegen des bestehenden Kostenrisikos eine Pflegeüber-

nahme 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.

15. 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 einer bestimmten Höhe aus Mitteln der Sozialhilfe übernommen werden, sofern im Einzelfall
- ein Anspruch auf ambulante Pflege nach den Leistungsvorschriften des 7. Kapitels des SGB XII besteht

und

- die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung bestehen.
- Die Investitionskosten sind somit Teil der häuslichen Pflegehilfe gem. § 64b SGB XII

Werden nur Investitionskosten im Rahmen der Hilfe zur Pflege beantragt, weil die Pflegesachleistungen durch die Pflegekasse vollständig geleistet werden, sind die Investitionskosten bei Vorliegen der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen zu leisten.

16. 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 gehinderte 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, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 64a SGB XII nicht überschreiten.

Zur Gruppe derer, die unter die familienhafte Pflege nach § 64c SGB XII zu fassen sind, gehören alle Haushaltsangehörigen sowie Verwandte und Verschwägerte 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.

17. 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 ein 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.2 SGB V betreute Personen erfolgt. Die Empfehlung des Ge-

sundheitsamtes ist vom Sozialdienst Erwachsene an die Krankenkasse zu senden. Von dort erfolgt die Bewilligung.

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

[hier geht es zur vollständigen Liste](#)

18. 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.

19. Andere Leistungen nach § 64f SGB XII

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

19.1. 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 Pflegetätigkeit 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 Pflegetätigkeit 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, das 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.

19.2. 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.

19.3. Arbeitgebermodell nach § 64f SGB XII

Die Sicherstellung der häuslichen Pflege für Pflegebedürftige im Rahmen des Arbeitgebermodells ist im Abschnitt „Häusliche Pflegehilfe“, Nummer 13 beschrieben.

20. 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.

21. Kurzzeitpflege nach § 64h SGB XII

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

22a. 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.

Die Zweckbindung eines Entlastungsbetrages ist durch den zuständigen Sozialdienst im Hilfeplan zu beschreiben.

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.

22b. 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.

Die Zweckbindung eines Entlastungsbetrages ist durch den zuständigen Sozialdienst zu beschreiben.

Die Verwendung ist nachzuweisen.

23. Überleitung in Pflegegrade zum 01.10.2017 nach § 137 SGB XII

Der Gesetzgeber hat die Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade im § 137 SGB XII gesetzlich geregelt. Anders als im Recht der Pflegeversicherung ist bei der Überleitung nach dem SGB XII nur ein „einfacher Stufensprung“ vorgesehen.

Pflegestufe I in Pflegegrad 2

Pflegestufe II in Pflegegrad 3

Pflegestufe III in Pflegegrad 4

Pflegebedürftige, die Leistungen unterhalb der Pflegestufe I erhalten, sind nicht in die gesetzliche Überleitung einbezogen, für diesen Personenkreis gilt die Übergangsregelung des § 138 SGB XII.

Diese Regelung betrifft ausschließlich nichtpflegeversicherte Pflegebedürftige. Für pflegeversicherte ist die Entscheidung der Pflegekasse bindend.

24. 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.

25. 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.

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

Art und Umfang der Hilfe

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

Elemente der Hilfeleistung sind:

Häusliche Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI 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 der Leistungen der Eingliederungshilfe kann in der Wohngemeinschaft des Hauses mit besonderem Service der Seilerstraße zusätzlich befristet eine pädagogische Leistung gewährt werden. – siehe Weisung Wohngemeinschaft der Paritätischen Dienste unter Ziffer 5.1.

Leistungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen sind neben dem LK 24 ausgeschlossen.

Bereitschaftsdienst (kurzfristige Hilfen im sozialpflegerischen Sinne)

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

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

Mietkosten als Kosten der Unterkunft nach § 35 SGB XII

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

In den Nebenkosten sind auch Stromkosten enthalten!

Seilerstraße

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

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

Ricarda-Huch-Straße (Weidedamm)

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

Alfred-Faust-Straße (Kattenturm)

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

Sonstiges

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

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

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

Kostenübernahme

Der Sozialdienst Wirtschaftliche Hilfen entscheidet nach Vorlage

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

unter Beachtung von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit über die Kostenübernahme.

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

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

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

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 pädagogische Hilfen für alle Bewohner der Wohngemeinschaft gemeinsam geleistet werden können;
- ob eine Begleitung ggf. durch Angehörige, Bekannte oder Pflegepersonen erbracht werden kann;
- ob die mit der pädagogischen Hilfe verbundenen Ziele der Eingliederungshilfe erreicht worden sind.
- ob eine erneute Begutachtung durch den MDK oder das Gesundheitsamt erforderlich ist.

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

Kostenübernahme, Vergütung

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

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

27. Die Woge

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

Historie

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

Mit der Veröffentlichung dieser Richtlinie war klar, dass nach Vorlage von Erfahrungen und/oder Auswertungen Änderungen bei der Bewilligung von Sozialhilfeleistungen möglich sein können. Erste Erfahrungen liegen nunmehr vor. Von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wurden Gespräche mit dem Träger (Verein „Die Woge“), dem Hauspflegeverband (Pflegedienst AKS) und Betroffenenvertretern in 2004 geführt, die zu der jetzigen Regelung führten.

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

Unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit dieser ersten Wohngemeinschaft für Demenzzranke in Bremen ist es notwendig und angezeigt, die sozialhilferechtlich getroffenen Entscheidungen anzupassen, ohne dabei allerdings unsere Grundsatzentscheidung in Bezug auf die Gesamtkosten (verbleibende vollstationäre Pflegekosten nach Abzug der Leistungen der Pflegeversicherung plus Zuschlag von 10 % wegen des Modellcharakters) in Frage zu stellen. Eine vollständige Übernahme der Kosten aus Mitteln der Sozialhilfe wird daher in jedem Einzelfall vor allem wegen des recht kostenintensiven Pflegekonzeptes weiterhin nicht möglich sein.

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

Bis zum Inkrafttreten einer allgemeinen Rahmenrichtlinie zur Bewilligung von Leistungen nach dem SGB XII für Bewohner von Pflegewohngemeinschaften sind Sozialhilfeleistungen für andere Pflegewohngemeinschaften auf der Basis dieser Rahmenrichtlinie unter Beachtung der Besonderheit des Einzelfalles zu gewähren.

1. Rechtsgrundlage

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

2. Ziel und Zielgruppe

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

wenn

- 2.1 zumindest eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 ein Wohnen im bisherigen eigenen Haushalt nicht mehr möglich ist,
 - 2.2 der MDK die Notwendigkeit einer stationären Versorgung bescheinigt, bzw. bei Nicht-versicherten durch den Sozialdienst Erwachsene unter Anwendung der Verwaltungsanweisung Hilfe zur Pflege, Teil 4 zur Feststellung von Heimnotwendigkeit.
3. Es erfolgt eine gemeinschaftliche Betreuung und Versorgung durch einen von den Bewohnern gewählten Pflegedienst. Ein bestimmter Teil der Leistungen im Rahmen der Hilfe an der Person wird selbstverständlich individuell erbracht. Die Betreuung im Tagesablauf erfolgt gemeinschaftlich, dieses gilt auch überwiegend für die hauswirtschaftlichen Leistungskomplexe.

4. Art und Umfang der Leistungen

Eine Bewilligung von Leistungen erfolgt im Rahmen des dritten, vierten und siebten Kapitels des SGB XII. Der Leistungsrahmen wird jedoch "gedeckt". Leistungen sind insgesamt nur bis zur Höhe der vergleichbaren Leistungen einer vollstationären Versorgung zu bewilligen. Unter Berücksichtigung des Modellcharakters der Maßnahme können ausnahmsweise Mehrkosten in Höhe von 10 % vom Sozialhilfebedarf (verbleibende vollstationäre Pflegekosten nach Abzug der Leistungen der Pflegeversicherung) im Einzelfall bewilligt werden. Als Vergleichsmaßstab sind die stationären Einrichtungen der Stadtgemeinde Bremen heranzuziehen, die für demenzerkrankte Personen besondere Wohngruppen vorgesehen haben. Eine entsprechende Einrichtung ist das Haus Rablinghausen der Bremer Heimstiftung. Der vergleichbare Pflegesatz dieser Einrichtung beträgt den aktuellen durchschnittlichen einheitlichen Eigenanteil zuzüglich Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten, Ausbildungszulage, der Refinanzierungsbeträge der Bremischen Ausbildungsumlage und Leistungen auf zusätzliche Betreuung nach § 43b SGB XI. Es sind die aktuellen Entgelte zu berücksichtigen.

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

Es handelt sich um maximale Sozialhilfekosten, die alle Sozialhilfeleistungen beinhalten.

Zusätzlich zu diesen maximalen Sozialhilfeleistungen kann nur ein einmaliger Bekleidungsbedarf (analog der Regelung für die stationäre Dauerpflege, ½ jährliche Leistung nach erfolgter Antragstellung, siehe Fachliche Weisung zu § 27 b Abs. 2 SGB XII zurzeit 131€ für ein halbes Jahr) geleistet werden.

Die maximalen Sozialhilfekosten ergeben sich somit aus den Einrichtungskosten, dem Barbetrag abzüglich der Leistungen der Pflegeversicherung zuzüglich 10% als Zuschlag und abzüglich von 100% des Einkommens.

In Einzelfällen sind die tatsächlichen Aufwendungen geringer als die nach der obigen Berechnung errechneten maximalen Sozialhilfeleistungen.

Nach dem Bedarfsdeckungsprinzip des Sozialhilferechtes sind dann nur die tatsächlichen Aufwendungen zu gewähren. Hierbei sind gegenüber der Hilfe zur Pflege vorrangige ambulante Leistungen der Pflegeversicherung anzurechnen (Leistungen nach § 36 und § 38a SGB XI). Eine Ausnahme bildet weiterhin die Leistung nach § 45b SGB XI. Diese ist auch weiterhin nicht anzurechnen.

Für Nichtpflegeversicherte sind die Leistungen, die die Pflegeversicherung nach § 36 SGB XI gewähren würde, analog zu berücksichtigen.

Die tatsächlich entstehenden Kosten sind die Gesamtaufwendungen nach der Vertragslage unter Berücksichtigung vorrangiger Ansprüche, Ansprüche nach dem 3. oder 4. Kapitel des SGB XII und dem Pflegegeld nach § 64a SGB XII unter Berücksichtigung einer Kürzung nach § 63b Abs. 5 SGB XII.

Besteht kein Anspruch auf Leistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel, weil das Einkommen den sozialhilferechtlichen Bedarf überschreitet, ist der Einkommenseinsatz nach § 87 SGB XII zu ermitteln und einzusetzen.

Der Vergleich ambulant/stationär ist entsprechend den Berechnungen in der Arbeitshilfe vorzunehmen. Liegen die tatsächlichen Kosten unterhalb der maximal zu übernehmenden Kosten, ist eine Leistungsgewährung in dieser Höhe vorzunehmen; sind sie höher wird die Leistung auf die möglichen maximalen Sozialhilfekosten „gedeckt“.

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

Näheres ist in der Arbeitshilfe zur Auslegung der Richtlinie beschrieben.

28. Hausnotrufzentrale, ggf. mit Telefonanschluss (§ 64d SGB XII)

Die Übernahme der Kosten für den Anschluss an eine Hausnotrufzentrale kommt nach ärztlicher, pflegfachlicher 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.

29. 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.

30. 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 Nicht-versicherten 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.

31. 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 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.).

35. Leistungskonkurrenzen/ Zweckidentität

35.1. 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.

35.2. 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 medizinischer Behandlungspflege verordnet werden kann. Ähnliche Versorgungsprobleme können sich insbesondere nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung zeigen“ (Auszug aus der Gesetzesbegründung zum Artikel 6 des KHSG).

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

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

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

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

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

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

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

35.3. Haushaltshilfen nach dem 7.Kapitel, 3 bzw. 4 Kapitel 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 Haushaltes handelt es sich um eine vorübergehende Hilfe und es beinhaltet die gesamte Haushaltsführung.

35.4. 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.

35.5. 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.

35.6. 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.

35.7. 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).

35.8. 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.

35.9. 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.

Beispielsberechnungen:

Anspruchsvoraussetzungen für Landespflegegeld, Blindenhilfe, Pflegegeld nach dem SGB XI des Pflegegrades 2 liegen vor.

01.01.2017	01.07.2017			
400,85 € -316,00 € =84,85 €	408,48 € -316,00 € =92,48 €	LPG wg. Blindheit Pflegegeld SGB XI LPG wg. Blindheit	Anrechnung gem. § 4 LPG	1.Schritt: Berechnung des vorrangigen An- spruchs nach dem LPGG
681,70 € -84,85 € -158,00 € =438,85 €	694,68 € -92,48 € -158,00 € =444,20 €	Blindenhilfe LPG Pflegegeld SGB XI* Blindenhilfe	§ 72 Abs.1.1 SGB XII *Anrechnung gem. § 72 SGB XII 50% des Pflegegeldes des Pflegegrades 2	2.Schritt: Berechnung des Anspruchs auf Blind- denhilfe
84,85 € 438,85 € 316,00 €	92,48 € 444,20 € 316,00 €	LPG Blindenhilfe Pflegegeld SGB XI		

Beispielsberechnungen:

Anspruchsvoraussetzungen für Landespflegegeld, Blindenhilfe, **Pflegesachleistung nach dem SGB XI** des Pflegegrades III und Pflegesachleistung/Pflegegeld nach dem SGB XII liegen vor.

01.01.2017	01.07.2017			
400,85 € -1298,00 € =0,00 €	408,48 € -1298,00 € =0,00 €	LPG wg. Blindheit Pflegesachleistung SGB XI LPG wg. Blindheit	Anrechnung gem. § 4 LPG	1.Schritt: Berechnung des vorrangigen An- spruchs nach dem LPGG
681,70 € -218,00 € =463,70 €	694,68 € -218,00 € =476,68 €	Blindenhilfe Pflegegeld SGB XI* Blindenhilfe	*auch bei Pflegesachlei- stung Anrechnung gem. § 72 SGB XII 40% des Pflegegeldes des Pfl- egegrades 3	2.Schritt: Berechnung des Anspruchs auf Blin- denhilfe
545,00 € -363,33 € mind. 181,67 €	545,00 € -363,33 € mind. 181,67 €	Pflegegeld SGB XII Kürzung der. Leistungen gem. § 63b Abs.5 SGB XII* Pflegegeld nach § 64a SGB XII	* eine Kürzung von bis zu 2/3 des Pflegegeldes kann erfolgen, wenn Leistungen für eine be- sondere Pflegekraft gewährt werden. Ermes- sen ist auszuüben.	
181,67 € -324,53 € =0,00 €	181,67 € -333,68 € =0,00 €	Pflegegeld SGB XII Blindenhilfe Pflegegeld SGB XII	gem. § 63b Abs.2 SGB XII, 70% der Blindenhilfe	3. Schritt: Berechnung eines evtl. bestehenden Anspruchs auf „Pfle- gegeld“
Leistung 0,00 € 463,70 € 0,00 € 1298,00 €	Leistung 0,00 € 476,68 € 0,00 € 1298,00 €	LPG Blindenhilfe Pflegegeld SGB XII Pflegesachleistung SGB XI		