

# SEESTADT BREMERHAVEN



## Fachliche Weisung zu §§ 61 SGB XII

Hilfe zur Pflege – 3. Teil:  
Leistungen der ambulanten Pflege nach  
dem SGB XII

01.07.2019  
50-10-20



**Magistrat der Stadt Bremerhaven**  
**Sozialamt**  
Postfach 21 03 60, 27524 Bremerhaven  
E-Mail: [sozialamt@magistrat.bremerhaven.de](mailto:sozialamt@magistrat.bremerhaven.de)



## Inhalt

1. Bedarfsfeststellung
  - 1.1 Feststellung des Bedarfs mit Hilfe von Leistungskomplexen
  - 1.2 Das Verfahren der Bedarfsfeststellung
  - 1.3 Aufgaben des Gesundheitsamtes
  - 1.4 Sozialhilferechtlicher Umgang mit den Leistungen nach § 45b SGB XI
  - 1.5 Hinweise zur Nutzung des Bedarfsfeststellungsvordrucks für Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII
2. Entscheidung und verwaltungsrechtliche Abwicklung
3. Pflegestärkungsgesetze 2 und 3 und die Wirkung in das Sozialhilferecht
4. Pflegestärkungsgesetz1 und Pflege-Neuausrichtungsgesetz und Wirkung in das Sozialhilferecht
5. Rechtsgrundlagen für die häusliche Pflege
6. Assistenzpflegebedarf gem. § 63b Abs.4 SGB XII
7. Leistungen für den Pflegegrad 1 nach § 63 Abs. 2 SGB XII
8. Pflegegeld nach § 64a SGB XII
9. Besitzstandregelung gem. Artikel 51 Pflege-Versicherungsgesetz
10. Regelung des Artikel 51 PflegeVG
11. Verbindliche Beratungsbesuche für nichtpflegeversicherte Menschen
12. Häusliche Pflegehilfe nach § 64b SGB XII
13. Sonderrechtsnachfolge des § 19 Abs. 6 SGB XII für ambulante Pflegedienste
14. Investitionsbedingte Aufwendungen
15. Verhinderungspflege nach § 64c SGB XII
16. Pflegehilfsmittel nach § 64d SGB XII
17. Wohnumfeldverbesserung
18. Andere Leistungen nach 64f SGB XII
  - 18.1 Beiträge für eine angemessene Alterssicherung der Pflegeperson gem. § 64f Abs. 1 SGB XII
  - 18.2 Angemessene Kosten für eine Beratung der Pflegeperson nach § 64f Abs. 2 SGB XII
  - 18.3 Arbeitgebermodell nach § 64f SGB XII
19. Teilstationäre Pflege nach § 64g SGB XII Tages- und Nachtpflege
20. Kurzzeitpflege nach § 64h SGB XII
- 21a. Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2 – 5 nach § 64i SGB XII
- 21b. Entlastungsbetrag nach Pflegegrad 1 nach § 66 SGB XII
22. Überleitung in Pflegegrade zum 01.01.2017 nach § 137 SGB XII
23. Übergangsregelung nach § 138 SGB XII
24. Pflegewohngemeinschaften
25. Hausnotrufzentrale, ggf. mit Telefonanschluss (§ 64d SGB XII)
26. Service-Wohnen
27. Tagesbetreuung für Demenz
28. Leistungskonkurrenzen/Zweckidentität
  - 28.1 SGB XI / Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
  - 28.2 SGB XI / Hilfe zur Pflege und SGB V / Hilfe zur Gesundheit
  - 28.3 Haushaltshilfen nach dem 7. Kapitel, 3. Bzw. 4. Kapitel und 9. Kapitel SGB XII
  - 28.4 SGB XI / Hilfe zur Pflege und Landespflegegeld
  - 28.5 SGB XI / Hilfe zur Pflege und andere Rechtsvorschriften
  - 28.6 Hilfe zur Pflege nach SGB XII und Blindenhilfe nach § 72 SGB XII
  - 28.7 SGB XI und Blindenhilfe
  - 28.8 Kürzungen gem. § 63b Abs.5 SGB XII
  - 28.9 Leistungen nach § 45b SGB XI und Hilfe zur Pflege
29. Inkrafttreten

## **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. In den Leistungen ist aktivierende Pflege, die darauf ausgerichtet ist, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte wiederzugewinnen oder zu erhalten, enthalten (§ 2 SGB XII).

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 Punktwerte- 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**

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 begutachtet das Gesundheitsamt den Grad der Pflegebedürftigkeit.

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

### **1.3 Aufgaben 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 Selbständigkeit und Fähigkeiten nach Leistungskomplexen.
- Ermittlung zusätzlich bestehender medizinischer Bedarfe, wie z.B. Hilfsmittel, medizinische Rehabilitation, Therapien
- Pflegeeinstufung nach den Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit bei Nichtversicherten
- Beratungsbesuche (als Teil der Pflege-Evaluation) analog der Inhalte nach § 37 Abs.3 SGB XI bei Nichtversicherten
- Risikoabschätzung bei „unzureichender Pflege“
- Bei Bedarf werden medizinische Vorinformationen z.B. von Ärzten, Kliniken eingeholt.

#### **1.4 Sozialhilferechtlicher Umgang mit den Leistungen nach § 45b SGB XI**

Das Gesundheitsamt stellt den sozialhilferechtlichen notwendigen und angemessenen Bedarf der Hilfe zur Pflege fest. In der Beratung ist auf die Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Angeboten hinzuwirken.

#### **1.5 Hinweise zur Nutzung des Bedarfsfeststellungsvordrucks für Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII**

Die Empfehlung des Gesundheitsamtes über die Dauer des Bewilligungszeitraumes ist zu dokumentieren. Die Bewilligungsdauer kann bis zu 2 Jahre betragen.

### **2. Entscheidung und verwaltungsrechtliche Abwicklung**

Das Sozialamt entscheidet auf Grundlage der Bedarfsfeststellung und ist für das Verwaltungsverfahren zuständig.

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

### **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 Wirkung in das Sozialhilferecht**

Das Pflegestärkungsgesetz 1 (PSG 1) und das Pflege-Neuausrichtungsgesetz regelt 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 ist eine Übergangsregelung bis zum Inkrafttreten eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und ist zum 01.01.2017 aufgehoben.

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

- Häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI. Diese Leistung ist 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 Bedarfsfeststellungsverfahren (siehe Ziffer 1) festgestellte und danach

errechnete Leistung 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 scheidet Leistungen während eines teilstationären oder stationären Aufenthaltes aus. Damit entfällt auch der Anspruch auf ein Pflegegeld nach § 64a SGB XII unabhängig, ob es gem. § 63b Abs. 5 SGB XII gekürzt oder ungekürzt geleistet wird.

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

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

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

## **6. Assistenzpflegebedarf gem. § 63 Abs.1 Satz 4 SGB XII für pflegebedürftige Menschen, die ihre Pflege durch selbstbeschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen**

Durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30.07.2009 und vom 20.12.2012 gilt die Regelung des § 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 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegebedürftigen Menschen haben, die die Pflege im Rahmen des Persönlichen Budgets oder durch Arbeitgebermodelle selbst sicherstellen und einen hohen Pflegebedarf haben. Der Bedarf an Assistenzpflege ist individuell zu beurteilen. Im Einzelfall ist abzugrenzen, welcher Bedarf durch die Leistungen der Krankenhausbehandlung umfasst ist und welcher Bedarf im Sinne einer Assistenz zusätzlich notwendig ist. Die Leistungen der Krankenhausbehandlung sind nach dem SGB XII nicht zu übernehmen.

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

## **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 gemäß § 63 Abs. 2 SGB XII folgende Leistungen vorgesehen:

- Pflegehilfsmittel
- Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
- Entlastungsbetrag

Die 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.

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) oder im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 27 Abs. 3 SGB XII.

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

Die Umwidmungsmöglichkeit 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 31.03.1995 ein Pflegegeld nach § 69 BSHG bezogen haben (auch wenn ein Pflegegeld nach § 57 SGB V – damaliger Stand – angerechnet wurde) erhalten ab 01.04.1995 den Betrag, den sie als Gesamtpflegegeld (§ 57 SGB V und § 69 BSHG) nach BSHG am 31.03.1995 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 31.03.1995 bestanden haben.

Festlegung der Leistung:

Zur Festlegung des Besitzstandes wurden am 01.04.1995 die maßgeblichen Grundbeträge der Einkommensgrenzen nach §§ 79 und 81 BSHG (Stand: 31.03.1995) sowie die maßgeblichen Beträge der Durchführungsverordnung des § 88 (2) Nr.8 BSHG (ebenfalls Stand 31.03.1995) zugrunde gelegt. Die Einkommensgrenzen wurden zwar zum 01.01.2005 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 BSHG<sup>1</sup>,
- die Kostenübernahme nach § 69b (1) Satz 2 BSHG.

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.

## **11. Verbindliche Beratungsbesuche für nichtpflegeversicherte Menschen - bei Erhalt von ungekürztem Pflegegeld nach § 64a SGB XII**

---

<sup>1</sup>

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.

### **Durchführung**

Die Beratungsbesuche werden vom Gesundheitsamt durchgeführt.

Dieses beurteilt die Häufigkeit eines Beratungseinsatzes. Standard ist ein Beratungsbesuch einmal jährlich, anlassbezogen werden häufigere Beratungsbesuche durchgeführt.

### **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.

## **12. Häusliche Pflegehilfe**

### **Häusliche Pflegehilfe nach § 64b SGB XII**

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

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

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

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 auszulegen.

„Besondere Pflegekräfte“ sind z.B. Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, KrankenpflegehelferInnen, AltenpflegerInnen, AltenpflegehelferInnen, PflegeassistentInnen,

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

Nur für „besondere Pflegekräfte“ kann eine Entlohnung im angemessenen Umfang erfolgen. Handelt es sich nicht um eine „besondere Pflegekraft“, sondern um eine nahe stehende Person im Sinne des § 64 SGB XII, ist eine Leistung im Sinne des § 64f Abs. 3 SGB XII nicht zu gewähren.

### **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 Pflegetätigkeiten.

### **Hilfen bei der Haushaltsführung im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe oder des Arbeitgebermodells**

Auf die Regelungen in der Verwaltungsanweisung zu „Leistungen für Hilfen bei der Haushaltsführung“ 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 nach Leistungskomplexen 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 haushaltsnahen 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 zur Höhe der Leistungen gelten auch für den hauswirtschaftlichen Bedarf, wenn dieser dem 7. Kapitel des SGB XII zugeordnet ist.

## **13. 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. Diese 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 festgestellt, dass ambulante Pflegedienste nicht unter den Einrichtungsbegriff fallen.

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

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

Aus Sicht des Sozialhilfeträgers in Bremerhaven 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.

Analog der Regelung in § 19 Abs. 6 SGB XII sind die erbrachten Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes bis zum Tod des Berechtigten auch ohne formale Bescheiderteilung und Kostenzusage zu übernehmen, wenn die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen vorgelegen haben und der angemessene und notwendige pflegerische Bedarf durch ein Pflegegutachten/Bericht des Gesundheitsamtes festgestellt worden ist.

#### **14. Investitionsbedingte Aufwendungen Ambulante Pflege gem. SGB XII**

Die investitionsbedingten Aufwendungen (Bereitstellung und Erhaltung der betriebsnotwendigen Anlagen einschl. ihrer Ausstattung des ambulanten Pflegedienstes) werden von den Pflegekassen aus Mitteln des SGB XI nicht übernommen.

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

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

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

Werden nur Investitionskosten im Rahmen der Hilfe zur Pflege beantragt, ist zu prüfen ob:

die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI durch die Pflegekasse vollständig ausgeschöpft und damit ein Anspruch auf ein Pflegegeld nach § 38 SGB XI, aus denen die Investitionskosten gezahlt werden könnten, nicht besteht.

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

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

## **15. 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, gilt die Regelung des § 39 Abs.3 SGB XI analog. In diesen Fällen sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nach § 37 Abs. 1 SGB XI bzw. § 64a Abs.1 SGB XII beschränkt.

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

## **16. Pflegehilfsmittel nach § 64d SGB XII**

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

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

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

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

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

Ein Pflegehilfsmittel muss notwendig und angemessen sein. Die Notwendigkeit ist im Einzelfall durch das Gesundheitsamt 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. Doppel funktionale 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 Gesundheitsamtes ist an die Krankenkasse zu senden. Von dort erfolgt die Bewilligung.

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

## **17. 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.

### **18. Andere Leistungen nach § 64f SGB XII**

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

#### **18.1. Beiträge für eine angemessene Alterssicherung der Pflegeperson gemäß § 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, dass die Altersversorgung nicht sichergestellt ist, sind sowohl der Anspruch der Pflegeperson aus eigener Versicherung, soweit die Wartezeit von 60 Kalendermonaten für das Altersruhegeld bereits erfüllt ist, als auch ggf. der abgeleitete Anspruch zu berechnen. Hierfür sind die Versicherungsverläufe vorzulegen. Zur Berechnung, die von gegenwärtigen Verhältnissen ausgehen soll, kann die Amtshilfe des Versicherungssamtes in Anspruch genommen werden.

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

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

Welche Beiträge für die Pflegeperson "angemessen" sind, richtet sich nach dem zeitlichen Umfang der erbrachten Leistungen. Zu prüfen ist also in jedem Einzelfall, welche Beiträge für



eine Alterssicherung bei der konkret geleisteten Pfl egetätigkeit 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 Pfl egetätigkeit eine versicherungspflichtige, durchschnittlich vergütete Voll- oder Teilzeittätigkeit ausübte. Orientierungspunkt kann hier das Entgelt für Haus- und Familienpflegerinnen bzw. -helferinnen sein.

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

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

Es bestehen keine Bedenken, wenn die Sozialhilfedienststelle mit Zustimmung des Leistungsberechtigten und der Pflegeperson die Beiträge direkt an den Rentenversicherungsträger überweist. Der Überweisungsträger muss die Versicherungsnummer, den Zeitraum, für den die Beiträge 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.

### **18.2. 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.

### **18.3. Arbeitgebermodell nach § 64f SGB XII**

Die Sicherstellung der häuslichen Pflege für Pflegebedürftige im Rahmen des Arbeitgebermodells ist im Abschnitt „Häusliche Pflegehilfe“, Nummer 12 beschrieben.

## **19. 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.

## **20. Kurzzeitpflege nach § 64h SGB XII**

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

### **21a. Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2 – 5 nach § 64i SGB XII**

Den 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 Notwendigkeit eines Entlastungsbetrages ist durch das Gesundheitsamt festzustellen und die Verwendung nachzuweisen.

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.

### **21b. Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 nach § 66 SGB XII**

Den 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 Selbständigkeit 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 2-5 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 Notwendigkeit eines Entlastungsbetrages ist durch das Gesundheitsamt festzustellen.

Die Verwendung ist nachzuweisen.

### **22. Überleitung in Pflegegrade zum 01.01.2017 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.

### **23. 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.

### **24. Pflege- Wohngemeinschaften**

#### **Verwaltungsanweisung zur Bewilligung von Leistungen für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegewohngemeinschaften**

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

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

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

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

Diese Verwaltungsanweisung regelt die Zugangsvoraussetzungen und den sozialhilferechtlichen Umgang insbesondere mit den Betreuungsleistungen.

#### **Personenkreis:**

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

- Pflegebedürftige Menschen ab einem Pflegegrad 2,

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

Die Notwendigkeit zum Zugang in eine Pflege-Wohngemeinschaft wird durch den Sozialmedizinischen Dienst des Gesundheitsamtes im Auftrag des Sozialamtes geprüft.

### **Leistungen der Hilfe zur Pflege:**

- **Pflegesachleistungen:**

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

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

- Die **Betreuungsleistungen** beinhalten insbesondere:
  - eine 24stündige Präsenz, diese beinhaltet eine Tagespräsenz in der Zeit von 6:00 Uhr bis 22:00 Uhr und im Sinne einer Nachtwache eine nächtliche Präsenz in der Zeit von 22:00 Uhr bis 6:00 Uhr.
  - die Vor- und Zubereitung von gemeinschaftlichen Mahlzeiten
  - Erstellung eines gemeinschaftlichen Einkaufs- und Speiseplanes
  - Unterstützung bei Alltagsaktivitäten (Aktivierung, Anleitung, Beaufsichtigung)
  - Strukturierung von Tagesabläufen, Planung und Initiierung von gemeinschaftlichen Aktivitäten.

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

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

Rechtsgrundlage für die Betreuungsleistungen ist § 64b SGB XII.

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

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

▪ **Pflegegeld:**

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

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

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

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

**Existenzsichernde Leistungen:**

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

**Verfahren:**

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

**Zuständigkeit:**

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

Für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflege Wohngemeinschaften ohne bestehende Entgeltvereinbarung mit dem Leistungsanbieter sind Sozialhilfeleistungen ggf. unter Beachtung der Besonderheit des Einzelfalles zu gewähren.

**25. 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 oben genannten 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.

## **26 Service-Wohnen**

Es gilt die Fachliche Weisung Service Wohnen. Das Service-Wohnen eine Leistung nach dem Neunten Kapitel Für den Einsatz des Einkommens und des Vermögens ist das Elfte Kapitel anzuwenden.

## **27. 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.).

## **28. Leistungskonkurrenzen/Zweckidentität**

### **28.1 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.

### **28.2 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.

### **28.3 Haushaltshilfen nach dem 7. Kapitel, 3. und 4. Kapitel und 9. Kapitel SGB XII**

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

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

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

#### **28.4 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.

#### **28.5 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.

#### **28.6 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.

#### **28.7 SGB XI und Blindenhilfe**

Auf die Blindenhilfe sind Leistungen des SGB XI gem. § 72 SGB XII, auch soweit es sich um Sachleistungen handelt, mit 70 % 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).

#### **28.8. 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.

### **28.9 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:**

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

### **29. Inkrafttreten**

Diese Fachliche Weisung tritt am 01.07.2019 in Kraft. Gleichzeitig tritt die bisherige Fachliche Weisung außer Kraft.

Bremerhaven, 26.06.2019

---

Steenken  
Stellv. Amtsleiter