

# SEESTADT BREMERHAVEN



## Fachliche Weisung zu § 61 SGB XII

### Hilfe zur Pflege 4. Teil Leistungen der stationären Pflege nach dem SGB XII

01.01.2017  
50-10-20



Magistrat der Stadt Bremerhaven  
Sozialamt  
Postfach 21 03 60, 27524 Bremerhaven



**BREMERHAVEN**  
MEER ERLEBEN!

## Verwaltungsanweisung Hilfe zur Pflege

### Vierter Teil: Leistungen der stationären Pflege nach dem SGB XII

#### Inhaltsverzeichnis

1.	Berechnungssystematik stationärer Leistungen .....	1
2.	Prüfung der Heimnotwendigkeit .....	4
3.	Vollstationäre Dauerpflege .....	5
3.1.	Inhalt der Leistung .....	5
3.2.	Hilfsmittel .....	5
3.3.	Einzelne Hilfsmittel .....	6
3.4.	Abwesenheiten .....	6
3.5.	Einrichtungseinheitliche Eigenanteile .....	7
4.	Zusätzliche Betreuung und Aktivierung .....	7
5.	Besondere Formen der vollstationären Versorgung .....	7
5.1.	Vollstationäre Pflege nach SGB XI in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach SGB XII .....	7
5.1.1.	Pflege gemäß § 43 SGB XI in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe .....	7
5.1.2.	Pflege gemäß § 43a SGB XI in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe .....	8
5.2.	Gerontopsychiatrische Pflege .....	8
5.3.	Vergütung und Buchung der Leistungen .....	9
6.	Hospiz .....	9
7.	Kurzzeitpflege .....	10
7.1.	Personenkreis .....	10
7.2.	Genehmigungspraxis bei Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt .....	11
7.3.	Leistungen .....	11
8.	Leistungskonkurrenz .....	12
8.1.	Leistungen des Landespflegegeldgesetzes in vollstationärer Dauerpflege .....	12
8.2.	Leistungen der Blindenhilfe nach § 72 SGB XII in vollstationärer Dauerpflege .....	12
9.	In Kraft treten .....	14

## 1. Berechnungssystematik stationärer Leistungen

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

### 3-Säulen Berechnung der Leistungen

#### **1. Säule (Berechnung SGB XII – Grundsicherung)**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3. Säule (Berechnung SGB XII – Weitere Hilfen)**

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

#### **1. Beispiel:**

Ein 70jähriger Mensch lebt in einer Einrichtung der Dauerpflege, Pflegestufe 2, Einkommen 300€ Rente (Stand: 01-2013).

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

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

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

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

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

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

sich aus der vorgenannten Berechnung ergebende Leistung:

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

## 2. Beispiel:

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

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

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

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

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

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

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

### Einkommenseinsatz:

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

## 2. Prüfung der Heimnotwendigkeit

### Prüfung der Notwendigkeit einer stationären Versorgung

- für nichtpflegeversicherte Personen
- für alle Personen, die die Vorversicherungszeiten nach § 33 SGB XI nicht erfüllt haben

Die Prüfung der Notwendigkeit der vollstationären Versorgung in einer Einrichtung nach SGB XI oder in einer anderen vollstationären Versorgungsform für ältere und pflegebedürftige Menschen erfolgt federführend durch das Gesundheitsamt

- für die Personen, die pflegebedürftig und nicht pflegeversichert sind,
- für Personen, die pflegebedürftig sind, pflegeversichert sind, aber keine Leistungen nach dem SGB XI erhalten, weil
- sie die Vorversicherungszeiten nach § 33 SGB XI noch nicht erreicht haben.

Das Gesundheitsamt prüft, ob die gegenwärtige ambulante oder teilstationäre Versorgung für die Zukunft ausreichend ist, bzw. aus welchem Grunde eine stationäre Versorgung erforderlich erscheint.

Zur Prüfung sind bei Bedarf folgende Unterlagen hinzuzuziehen:

- Gutachten des Gesundheitsamtes zur Feststellung des Pflegegrades,
- die Bedarfsfeststellung für die ambulante pflegerische Versorgung,
- das Gutachten des MDK, wenn dort die Prüfung für einen Pflegegrad erfolgte.

Das Gesundheitsamt prüft die Notwendigkeit der stationären Versorgung nach folgenden Kriterien (analog zu den Kriterien nach SGB XI, Begutachtungsrichtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen):

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

Das Gesundheitsamt ist dann als Gutachter einzuschalten, wenn zusammen mit der geplanten heimstationären Aufnahme eine Feststellung des Pflegegrades notwendig ist oder eine Erhöhung des Pflegegrades wegen neu hinzukommender Pflegeprobleme zu erwarten ist. Bezogen auf den Personenkreis, der einen Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I aufweist,

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

### 3. Vollstationäre Dauerpflege [↑](#)

Es besteht ein Anspruch auf vollstationäre Dauerpflege nach § 65 SGB XII, wenn die Voraussetzungen für eine vollstationäre Dauerpflege analog § 43 SGB XI vorliegen. Für pflegeversicherte Menschen entscheidet über die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes die zuständige Pflegekasse nach den „Pflegebedürftigkeitsrichtlinien“ der Spitzenverbände der Pflegekassen, für nichtpflegeversicherte Menschen beurteilt das Gesundheitsamt die Notwendigkeit im Rahmen der hierzu geltenden Regelungen.

Die Kosten für eine vollstationäre Dauerpflege sind nur für die Einrichtungen anzuerkennen, die eine Entgeltvereinbarung abgeschlossen haben. Im Rahmen der in dieser Vereinbarung vereinbarten Entgelte, sind die Kosten anzuerkennen.

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

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

#### 3.1. Inhalt der Leistung [↑](#)

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

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

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

#### 3.2. Hilfsmittel [↑](#)

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

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

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

Grundsatz:

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

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

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

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

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

### 3.3. Einzelne Hilfsmittel [↑](#)

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

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

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

### 3.4. Abwesenheiten [↑](#)

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

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



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

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

### 3.5. Einrichtungseinheitliche Eigenanteile [↑](#)

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

Damit wird erreicht, dass der von den Pflegebedürftigen bzw. vom zuständigen Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt.

Mit dem Übergang zu einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen in den Pflegegraden 2 bis 5 wird für die finanzielle Planung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Sicherheit geschaffen. Für sie ergibt sich eine Vereinfachung der Vergleichbarkeit und der individuellen Kalkulation.

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

## 4. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung [↑](#)

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

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

## 5. Besondere Formen der vollstationären Versorgung [↑](#)

### 5.1. Vollstationäre Pflege nach SGB XI in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach SGB XII

#### 5.1.1. Pflege gemäß § 43 SGB XI in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe [↑](#)

Wesentlich behinderte Menschen können sowohl die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllen, wie auch die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII, die eng

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

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

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

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

#### **5.1.2. Pflege gemäß § 43a SGB XI in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe** ↑

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

#### **5.2. Gerontopsychiatrische Pflege** ↑

Der gerontopsychiatrische Hilfebedarf geht über das, was die Pflegeversicherung erfasst, weit hinaus. Die Hilfebedarfseinschätzung der Pflegeversicherung bezieht sich hauptsächlich auf organisch/hirnorganisch bedingte Beeinträchtigungen, soweit diese regelmäßig wiederkehrende kompensatorische Hilfeleistungen erfordern. Überschreiten diese kompensatorisch notwendigen

Hilfestellungen in ihrer Summe einen bestimmten Tageszeitwert, wird eine bestimmte Pflegestufe zugeordnet.

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

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

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

### 5.3 Vergütung und Buchung der Leistungen [↑](#)

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

## 6. Hospiz [↑](#)

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

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

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

Fortgeschrittene Krebserkrankung  
Vollbild der Infektionskrankheit AIDS  
Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen  
Endzustand einer chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.

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

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

Das Sozialamt trifft die Leistungsentscheidung auf der Grundlage der Entscheidung der GKV, die auf Grundlage einer ärztlichen Stellungnahme ihre Entscheidung trifft.

Nach der Vergütungsvereinbarung werden 90 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes berücksichtigt. Die restlichen 10 % sind durch die Hospiz in Form von Spenden, ehrenamtlicher Mitarbeit, Mitgliedsbeiträgen und sonstigen Zuwendungen aufzubringen. Die GKV zahlt den nach § 39a SGB V in Verbindung mit ihrer Satzung festgesetzten Zuschuss zur stationären Hospizversorgung. Die Pflegekasse leistet zunächst von dem Pflegegrad unabhängige Leistungen nach § 42 und § 39 SGB XI. Ab dem 57. Tag des Aufenthaltes in der Hospizversorgung erfolgen Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI in abhängiger Höhe von der Pflegestufe. Besteht ein Leistungsanspruch nach dem SGB XI und ist eine Pflegestufe festgestellt, ergibt sich nach der ab 01.01.2010 gültigen Entgeltvereinbarung, kein Eigenanteil.

Der Zuschuss des Sozialhilfeträgers ist vorbehaltlich der Einkommens- und Vermögensprüfung als Hilfe nach § 65 SGB XII im Rahmen der vollstationären Hilfe zur Pflege in Höhe des nach Abzug der vorrangigen Leistungen noch verbleibenden Betrages zu übernehmen.

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

## 7. Kurzzeitpflege

### 7.1. Personenkreis

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Kurzzeitpflege gem. § 64h SGB XII, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann. Reicht teilstationäre Tagespflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt entweder für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen (§ 42 Abs. 1 Nr. 1) oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist (§ 42 Abs. 1 Nr. 2).

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

Für Nichtversicherte gilt die Regelung zur Prüfung von Heimnotwendigkeit analog.

Für Pflegebedürftige ist auch für die Leistung nach § 64h SGB XII die Regelung des § 42 Abs.3 SGB XI anzuwenden. Danach besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige in begründeten Einzelfällen, wenn sie zu Hause gepflegt werden, auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen. Voraussetzung ist, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar ist.

## 7.2. Genehmigungspraxis bei Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt [↑](#)

Die Verbände der Pflegekassen im Lande Bremen haben vereinbart die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI, die direkt nach einer stationären Krankenhausversorgung im Sinne des § 39 SGB V stattfindet, nur noch mit Pflegeeinrichtungen zu genehmigen, die über einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI für Leistungen nach § 42 SGB XI verfügen (sogenannte Solitäreinrichtungen). Das bedeutet, dass Streubetten in Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege zu diesem Zweck in der Regel nicht mehr finanziert und somit nicht belegt werden können.

Für Personen, die nicht pflegeversichert sind und für die der Träger nach SGB XII die Kosten der Kurzzeitpflege zu tragen hat, gilt die oben dargestellte Regelung analog. Dies heißt, dass die Kosten für Kurzzeitpflege nach Krankenhausbehandlung grundsätzlich nur für die Versorgung in Einrichtungen mit einem entsprechenden Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI übernommen werden können.

Ausnahme:

- Stehen keine ausreichenden Plätze in „Solitäreinrichtungen“ zur Verfügung, können auch sogenannte „Streubetten“ belegt werden. Der vermittelnde Sozialdienst muss in diesem Falle bestätigen, dass eine andere Versorgungslösung zum Zeitpunkt der Vermittlung nicht möglich war.
- Von einer Versorgung in einer anerkannten Kurzzeitpflege kann nur in besonders begründeten Einzelfällen abgewichen werden, z.B. die Notwendigkeit einer wohnortnahen Versorgung zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte.

## 7.3. Leistungen [↑](#)

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

Der Sozialhilfeträger übernimmt gem. § 64h SGB XII die Leistungen in mit dem Einrichtungsträger vereinbarter Höhe, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichend sind.

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

In Fällen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt.

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

Bei ergänzender Kurzzeitpflege ist in der Regel die zeitliche Begrenzung gem. § 42 SGB XI verbindlich. Ist ein längerer Aufenthalt notwendig, beurteilt der Sozialdienst analog den



Regelungen zur Prüfung der Heimnotwendigkeit die Notwendigkeit eines längeren Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege

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

## 8. Leistungskonkurrenz [↑](#)

### 8.1. Leistungen des Landespflegegeldgesetzes in vollstationärer Dauerpflege [↑](#)

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

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

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

Die Weisung zum Brem LPG ist in der Infothek eingestellt.

### 8.2. Leistungen der Blindenhilfe nach § 72 SGB XII in vollstationärer Dauerpflege [↑](#)

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

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

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

Die Blindenhilfe mindert sich um den Betrag, den der oder die öffentlich-rechtlichen Leistungsträger für die Kosten der Einrichtung aufbringen, jedoch um höchstens 50 %. In der Regel wird eine Minderung um 50% zutreffend sein, da zu den Aufwendungen nicht nur die Kosten des Sozialhilfeträgers, sondern auch die der Pflegeversicherung zugeordnet werden. Zweck der Minderung ist, das in Einrichtungen regelmäßig ein großer Teil der notwendigen pflegerischen und sonstigen Betreuung wahrgenommen wird, so das blinden Menschen geringere blindheitsbedingte Mehraufwendungen entstehen, als wenn sie außerhalb einer Einrichtung leben würden. So soll vermieden werden, dass doppelt öffentliche Leistungen gewährt werden. Daraus folgt, dass wenn der blinde Mensch die Kosten des stationären Aufenthaltes selbst trägt, d.h. der blinde Mensch keine Leistungen eines öffentlich-rechtlichen Leistungsträgers im Sinne des § 72 Abs.3 SGB XII in Anspruch nimmt, eine Minderung des Anspruchs nach § 72 Abs. 3 SGB XII nicht in Betracht kommt. Die blindenbedingten Mehraufwendungen brauchen nicht gesondert nachgewiesen werden.

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

Die Bestimmungen des 11.Kapitels finden entsprechende Anwendung.

**Beispielsberechnungen:**

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

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

## 9. In Kraft treten [↑](#)

Diese Fachliche Weisung tritt am 01.01.2017 in Kraft. Gleichzeitig tritt die bisherige Fachliche Weisung vom 20.04.2015 außer Kraft.

Bremerhaven, 28.02.2017

gez. Henriksen  
Amtsleiterin