

## Inhalt

<b>1. Allgemeines</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Zuständigkeit</b> .....	<b>3</b>
2.1. Zuständigkeit des örtlichen Trägers der Sozialhilfe.....	3
2.2. Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe .....	4
2.3. Zuständigkeit des LVR nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) .....	4
<b>3. Aufgabe der Hilfe zur Pflege</b> .....	<b>5</b>
<b>4. Anspruchsgrundlage der Hilfe zur Pflege</b> .....	<b>5</b>
<b>5. § 18 SGB XII - Leistungen ab Bekanntwerden</b> .....	<b>6</b>
<b>6. § 11 SGB XII - Beratung und Unterstützung</b> .....	<b>6</b>
<b>7. Angemessenheitsprüfung</b> .....	<b>6</b>
7.1. § 9 Abs. 1 SGB XII - Sozialhilfe nach Besonderheit des Einzelfalles.....	7
7.2. § 9 Abs. 2 S. 1 und 2 SGB XII - Wunsch- und Wahlrecht .....	7
7.3. § 9 Abs. 2 S. 3 SGB XII – Mehrkostenvorbehalt .....	7
7.4. § 13 SGB XII - Vorranggrundsatz .....	8
<b>8. Anspruchsberechtigter Personenkreis</b> .....	<b>9</b>
<b>9. Leistungsberechtigte nach § 61 SGB XII</b> .....	<b>10</b>
<b>10. § 61a SGB XII - Pflegebedürftigkeitsbegriff</b> .....	<b>10</b>
<b>11. § 61b SGB XII - Pflegegrade</b> .....	<b>11</b>
<b>12. § 62 SGB XII - Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit</b> .....	<b>11</b>
<b>13. Aufgaben der Pflegefachkraft</b> .....	<b>12</b>
<b>14. § 62a SGB XII - Bindungswirkung</b> .....	<b>12</b>
<b>15. Bewertung der Pflegebedürftigkeit / Begutachtungsinstrument</b> .....	<b>14</b>
<b>16. § 63a SGB XII – Notwendiger pflegerischer Bedarf</b> .....	<b>15</b>
<b>17. § 63 SGB XII - Leistungen für Pflegebedürftige</b> .....	<b>16</b>
<b>18. § 63 Abs. 3 SGB XII – Persönliches Budget</b> .....	<b>17</b>
18.1. Leistungsberechtigter Personenkreis .....	19
18.2. Beratung u. Unterstützung .....	19
18.3. Antragsstellung und Verfahrensablauf .....	19
18.4. Zielvereinbarung .....	19
18.5. Höhe des Persönlichen Budget.....	20
<b>19. § 64 SGB XII – Vorrang</b> .....	<b>20</b>
<b>20. § 64a SGB XII - Pflegegeld</b> .....	<b>21</b>
<b>21. Beratungseinsatz zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege</b> .....	<b>22</b>

<b>22. Kürzung des Pflegegeldes .....</b>	<b>23</b>
22.1. Weitergewährung von Pflegegeld .....	23
22.2. Anrechnung von Pflegegeld .....	23
22.3. Pflegegeld bei Tod .....	23
22.4. Wegfall des Anspruches .....	24
22.5. Pflegegeld bei teilstationärer Betreuung.....	24
<b>23. Pflegegeld im Zusammenhang mit Kombinationsleistungen .....</b>	<b>25</b>
<b>24. § 63b Abs. 5 SGB XII - gekürztes Pflegegeld .....</b>	<b>26</b>
<b>25. § 64b SGB XII – Häusliche Pflegehilfe .....</b>	<b>29</b>
<b>26. Hilfen bei der Haushaltsführung .....</b>	<b>30</b>
26.1. Minijob.....	31
26.2. Mittel- und Osteuropäische Haushaltshilfen .....	32
<b>27. § 64c SGB XII - Verhinderungspflege.....</b>	<b>33</b>
<b>28. § 64d SGB XII - Pflegehilfsmittel .....</b>	<b>34</b>
<b>29. § 64e SGB XII - Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes .....</b>	<b>36</b>
<b>30. § 64f SGB XII - Andere Leistungen.....</b>	<b>38</b>
30.1. Angemessene Alterssicherung der Pflegeperson .....	38
30.2. Beratung der Pflegeperson .....	39
30.3. Arbeitgebermodell .....	39
<b>31. § 64g SGB XII - Teilstationäre Pflege .....</b>	<b>41</b>
<b>32. § 64h SGB XII - Kurzzeitpflege.....</b>	<b>42</b>
<b>33. Entlastungsbetrag .....</b>	<b>43</b>
33.1. § 64i SGB XII .....	43
33.2. § 66 SGB XII .....	44
33.3. § 45b SGB XI .....	45
<b>34. § 65 SGB XII - Stationäre Pflege .....</b>	<b>45</b>
<b>35. § 66a SGB XII - Sonderregelungen zum Einsatz von Vermögen.....</b>	<b>46</b>
<b>36. Leistungen Nachrang der Sozialhilfe / Vorrangige .....</b>	<b>47</b>
<b>37. Rechtsnachfolge nach § 19 Abs. 6 SGB XII.....</b>	<b>49</b>
<b>38. Umsetzung BTHG ab 01.01.2020 .....</b>	<b>50</b>
<b>39. Projekt Wohnberatung im Kreis Kleve.....</b>	<b>51</b>

Paragrafen: §§ 61 – 66a SGB XII

- Fassung vom 20.10.2020

## 1. Allgemeines

Diese Arbeitshinweise regeln unter welchen Bedingungen und in welcher Höhe die Leistungen der Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 bis 66a Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) unter Einbeziehung der vorrangigen Leistungen, insbesondere nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), zu bewilligen sind.

Die am 01.01.2017 in Kraft getretenen Regelungen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) haben zu erheblichen Veränderungen im Bereich der Wahrnehmung der Aufgaben nach dem 7. Kapitel SGB XII geführt.

Im Zusammenhang mit den gesetzlichen Neuregelungen sind die Beratungspflichten des Sozialhilfeträgers ausgebaut und die Leistungen der Hilfe zur Pflege an den Leistungskatalog nach dem Pflegeversicherungsgesetz angepasst worden.

## 2. Zuständigkeit

### 2.1. Zuständigkeit des örtlichen Trägers der Sozialhilfe

Hinsichtlich der Zuständigkeit gelten die Regelungen zur sachlichen und örtlichen Zuständigkeit der §§ 97 und 98 SGB XII i.V.m. § 2a AG SGB XII NRW sowie der Heranziehungssatzung Soziales des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR).

Seit dem 01.01.2019 werden die Aufgaben der Gewährung der Leistungen der ambulanten und stationären Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII im Kreis Kleve in vollem Umfang vom Kreis Kleve als örtlicher Träger der Sozialhilfe wahrgenommen (§ 3 Satzung über die Durchführung der Sozialhilfe nach dem SGB XII im Kreis Kleve).

Die Leistungen umfassen die Leistungen der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen, wie auch die stationäre Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen nach dem 7. Kapitel des SGB XII (einschließlich eventueller Leistungen nach dem 3., 4., 5., 8. und 9. Kapitel des SGB XII) sowie Pflegewohngeldleistungen nach dem Alten- und Pflegegesetz NRW (APG NRW).

Anträge sind an den Kreis Kleve, Abteilung Soziales zu richten. Die Antragstellung kann auch über die Sozialämter der kreisangehörigen Kommunen erfolgen.

Hiervon unberührt sind die in die Zuständigkeit der Landschaftsverbände fallenden Leistungsfälle, zu denen keine Heranziehung erfolgt ist (siehe hierzu Satzung des Landschaftsverbandes Rheinland zur Heranziehung zu Aufgaben des Eingliederungshilfeträgers und überörtlichen Trägers der Sozialhilfe - Heranziehungssatzung Soziales).

## 2.2. Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe

Der LVR als überörtlicher Sozialhilfeträger ist seit dem 01.01.2020 gem. § 2a Abs. 1 Nr. 2 AG-SGB XII NRW für die Gewährung von Hilfen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII zuständig, sofern er gleichzeitig Leistungen des Betreuten Wohnens im Rahmen der Eingliederungshilfe des § 103 SGB IX erbringt.

Der LVR ist daher für die ambulante Hilfe zur Pflege zuständig, wenn diese mit der Eingliederungshilfe gem. § 103 Abs. 2 SGB IX zusammenfällt. (Verhältnis Eingliederungshilfe u. Hilfe zur Pflege nach SGB XII).

Der LVR ist somit auch (überörtlicher) Träger der Sozialhilfe für die Leistungen gem. §§ 61 ff SGB XII.

Die Regelung hat zur Folge, dass die Bedarfsermittlung für die Pflegeleistungen durch den LVR vorgenommen wird.

Für Leistungsberechtigte, die mit über 65 Jahren Eingliederungshilfe und Pflege erstmalig benötigen, sind die örtlichen Träger zuständig.

## 2.3. Zuständigkeit des LVR nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Der LVR erbringt Leistungen im Rahmen der Kriegsopferversorgung (KOV) und der Kriegsopferversorgung (KOF) - der sozialen Entschädigung.

Die Leistungen der KOV und der KOF richten sich nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Adressaten des BVG sind Menschen, die durch einen militärischen oder militärähnlichen Dienst in den Weltkriegen Gesundheitsschäden erlitten haben. Leistungen werden für Kriegsofopfer, Opfer von Gewalttaten, ehemalige Zivildienstleistende, impfgeschädigte Menschen und Opfer des DDR-Unrechts erbracht.

Zu den anspruchsberechtigten Personen gehören je nach Einzelfall auch Hinterbliebene wie Witwen, Witwer u. Waisen.

Für den anspruchsberechtigten Personenkreis auf Leistungen im Rahmen der KOF und KOV nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist der LVR auch für ergänzende Leistungen als überörtlicher Träger zuständig.

Daher liegt bei gleichzeitigem Anspruch auf ambulante u. stationäre Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII die Zuständigkeit in diesen Fällen ebenfalls beim LVR (Fachbereich Soziale Entschädigung).

### 3. Aufgabe der Hilfe zur Pflege

Aufgabe der Hilfe zur Pflege nach §§ 61ff SGB XII ist es, den pflegerischen Bedarf von Leistungsberechtigten im kompletten Umfang abzudecken.

Dies führt in vielen Fällen dazu, dass etwaige bestehende Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) durch Leistungen der Hilfe zur Pflege ergänzt bzw. aufgestockt werden (SGB XII).

Je nachdem, welche Ansprüche aus Versicherungsleistungen des SGB XI abgedeckt werden, verbleibt ein pflegerischer Bedarf, der durch den Sozialhilfeträger übernommen werden muss, wenn der Pflegebedürftige diesen nicht aus eigenen Einkommen oder Vermögen leisten kann.

Während es sich bei den Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI lediglich um eine sogenannte „*Teilkaskoversicherung*“ handelt, deren Leistungen durch Höchstbeträge gedeckelt wird, ist die Hilfe zur Pflege nach SGB XII eine sogenannte „*Vollkaskoversicherung*“, die von der individuellen Bedarfsdeckung ausgeht und eine umfassende Hilfe gewährleisten soll.

Grundsätzlich gilt dabei der gesetzlich festgeschriebene Grundsatz „*ambulant vor stationär*“ mit dem erreicht werden soll, dass Pflegebedürftige so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können.

### 4. Anspruchsgrundlage der Hilfe zur Pflege

Anspruchsgrundlage der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII ist § 19 Abs. 3 SGB XII i.V.m. § 61 SGB XII.

Die Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII (§§ 61 bis 66a) umfasst

- häusliche Pflege,
- teilstationäre Pflege,
- Kurzzeitpflege,
- stationäre Pflege,
- einen Entlastungsbetrag,
- Pflegehilfsmittel und
- Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes.

Der Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege setzt finanzielle Bedürftigkeit voraus.

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege können nach § 61a SGB XII bei Bestehen der Anspruchsvoraussetzungen von Personen in Anspruch genommen werden, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder ihrer Fähigkeiten aufweisen und deshalb Hilfe durch andere bedürfen.

Pflegebedürftige Personen im Sinne des § 61a SGB XII können körperliche kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte

Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen. Die Definition des § 61a SGB XII ist wortgleich mit § 14 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB XI.

Anders als im SGB XI muss nach § 61a SGB XII die Sozialhilfe auch den Bedarf an Pflege decken, der voraussichtlich für weniger als 6 Monate und mit mindestens dem in § 15 SGB XI festgelegten Grad der Schwere besteht.

Die Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen der Einsatzgemeinschaft erfolgt nach den Vorschriften des 11. Kapitels SGB XII (§§ 82 ff), wobei hinsichtlich des Vermögens (§§ 90, 91) auch § 66a SGB XII zu beachten ist.

### 5. § 18 SGB XII - Leistungen ab Bekanntwerden

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

Sozialhilfeleistungen sind zu gewähren, wenn

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

Dieses „Bekanntwerden“ kann z.B. durch einen Telefonanruf durch den Betroffenen oder durch dritte Personen, z.B. Mitteilung eines Nachbarn, beim Sozialamt geschehen.

Diese Regelung ist eine *Besonderheit der Sozialhilfe* und ermöglicht den Bürgern einen niederschweligen Zugang zu Sozialhilfeleistungen.

Die Behörde hat nach dem Bekanntwerden gemäß § 20 SGB X von Amts wegen den Sachverhalt zu ermitteln (*Amtsermittlungsgrundsatz*), wenn Anhaltspunkte für einen Bedarf an Hilfe zur Pflege vorliegen (BSG 02.02.2012- B8 SO/5/10R, BSG 10.11.2011- B8 18/10 R).

Aus Beweisgründen empfiehlt es sich, einen förmlichen (schriftlichen) Antrag aufzunehmen.

### 6. § 11 SGB XII - Beratung und Unterstützung

Nach § 11 SGB XII werden die Leistungsberechtigten durch den Sozialhilfeträger beraten und, soweit erforderlich, unterstützt. Die Beratung und Unterstützung bezieht sich auf alle Leistungen nach dem SGB XII und nicht alleine auf die Hilfe zur Pflege (siehe auch Urteil des Bundesgerichtshofs, vom 02.08.2018, Az.: IIIZR 466/16).

### 7. Angemessenheitsprüfung

Bevor für die Leistungsberechtigten eine Leistungsbewilligung im Rahmen der häuslichen Pflege erfolgen kann, ist stets eine Angemessenheitsprüfung nach den folgenden Kriterien durchzuführen und aktenkundig zu machen:

## 7.1. § 9 Abs. 1 SGB XII - Sozialhilfe nach Besonderheit des Einzelfalles

Die Gewährung der Hilfe richtet sich wie oben bereits beschrieben nach der besonderen Lebenssituation in der sich der Hilfebedürftige befindet. Über die Leistungserbringung der Sozialleistung (Geld- oder Sachleistung) und die Form der Leistung (in Einrichtungen oder außerhalb von Einrichtungen) entscheidet der Träger der Sozialhilfe nach pflichtgemäßem Ermessen.

## 7.2. § 9 Abs. 2 S. 1 und 2 SGB XII - Wunsch- und Wahlrecht

Das in § 9 Abs. 2 SGB XII geregelte Wunsch- und Wahlrecht ist für die Rechtsstellung des Hilfebedürftigen von zentraler Bedeutung und folgt aus dem Anspruch, dass die Hilfe dem Empfänger ein Leben zu ermöglichen hat, das der Würde des Menschen entspricht. Das Wunschrecht betrifft die Gestaltung der Hilfe und ist dann bedeutsam, wenn mehrere Handlungsalternativen in Betracht zu ziehen sind.

## 7.3. § 9 Abs. 2 S. 3 SGB XII – Mehrkostenvorbehalt

Dem Hilfebedürftigen wird durch das Wunsch- und Wahlrecht ein Spielraum eröffnet. Dieser wird durch die Angemessenheit des Hilfewunsches begrenzt. Die Regelung bezieht sich auf die Fälle, in denen mehrere Maßnahmen den Bedarf angemessen decken können. Die Kostenfrage entscheidet darüber, ob der Wunsch des Hilfebedürftigen angemessen ist.

Ausgangspunkt für die Prüfung der Verhältnismäßigkeit sind die durchschnittlichen Kosten der in Frage kommenden Hilfearten bzw. die Kosten, die bei einer Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung entstehen würden.

Mit dem Tatbestandsmerkmal „*unverhältnismäßige Mehrkosten*“ betont der Gesetzgeber, dass Kosten bei der Entscheidung des Hilfeträgers eine Rolle spielen können. Die Kosten, die unter Berücksichtigung des Wunsches erforderlich werden, sind mit denen, die der Hilfeträger aufzuwenden hat, zu vergleichen (BVerwG FEVS 31,221).

Sind die Kosten der gewünschten Unterbringung höher, braucht der Leistungsträger dem Wunsch nicht zu entsprechen.

Da es sich um eine Ermessenentscheidung handelt, kann er jedoch andererseits den Wunsch des Hilfesuchenden respektieren.

Bei der Kostenberechnung muss zunächst die Berechnung auf den tatsächlichen Kosten basieren, um im Ergebnis reale Kosten als Grundlage zum Vergleich zu erhalten.

So muss ein Kostenvergleich zwischen der gewünschten Hilfemaßnahme, beispielsweise ambulante Versorgung, und der vom Sozialhilfeträger konkret in Auge gefassten zumutbaren Hilfemaßnahme, beispielsweise stationärer Versorgung, stattfinden.

Die Differenz zwischen den verglichenen Positionen beschreibt die Mehrkosten. Die Unverhältnismäßigkeit liegt hierbei in der Höhe der Differenz.

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

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

### **7.4. § 13 SGB XII - Vorranggrundsatz**

Ambulante Leistungen haben Vorrang vor teilstationären und vollstationären Leistungen.

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

Bei der Entscheidung ist zunächst die Zumutbarkeit zu prüfen. Sofern eine vollstationäre Unterbringung nicht zumutbar ist, ist ein Kostenvergleich nicht durchzuführen. (sächsisches Landessozialgericht, Beschluss vom 12. Februar 2014 – L 8 SO 132/13 B ER –, Juris,).

Ist eine stationäre Pflege und Betreuung unzumutbar, kommt es nicht auf die Eignung einer bestimmten Einrichtung an (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 28.1.2010, L 8 SO 233/07).

Für die Beurteilung, was zumutbar ist oder nicht, müssen die persönlichen, familiären und örtlichen Verhältnisse berücksichtigt werden. Ebenso können die persönlichen Verhältnisse von Demenzkranken eine ambulante Betreuung im Rahmen einer sog. Demenz-WG gegenüber der Betreuung und Pflege in einer stationären Einrichtung vorzugswürdig erscheinen lassen (Hess. LSG, Beschluss v. 19.5.2009, L 9 SO 65/909 B ER).

Familiäre Verhältnisse stellen z. B. darauf ab, ob der Leistungsberechtigte in einer Ehe, eheähnlichen Gemeinschaft oder Lebenspartnerschaft lebt, ob er Kinder und sonstige Angehörige hat, die ihn möglicherweise sogar pflegen, und wo diese wohnen. Es soll grundsätzlich verhindert werden, dass eine etwaige Pflege durch Angehörige durch den Umzug in eine Einrichtung unmöglich wird, bzw. gute familiäre Kontakte verlorengehen.



Die Aspekte der sozialen Einbindung sind insoweit von besonderer Bedeutung (Wahrendorf, a. a. O., § 13 Rz. 20; Höfer/Krahmer,).

Bei der Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse kommt es z. B. darauf an, ob durch die Entfernung vom vorherigen Wohnort Kontakte zu versiegen drohen (Höfer/Krahmer, a. a. O., § 13).

Der Wechsel in ein anderes Heim ist nach einem Beschluss des LSG Hamburg jedenfalls dann zumutbar, wenn dieses Heim an den öffentlichen Nahverkehr angeschlossen ist und der Anfahrtsweg für Besuche nur unwesentlich verlängert wird (LSG Hamburg, Beschluss v. 14.02.2006, L4 B 406/05 SO ER).

### 8. Anspruchsberechtigter Personenkreis

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII kommen in Betracht, für

- alle Personen, Deutsche und Ausländer im Sinne von § 23 Abs. 1 SGB XII, die nicht im Rahmen der Pflegeversicherung bei einer Pflegekasse oder einer privaten Versicherung abgesichert sind (oder die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 SGB XI noch nicht erfüllt haben.) *Hinweis: Ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht in der Zeit ab 01.07.2008, wenn der Versicherte in den letzten 10 Jahren vor Antragsstellung mindestens 2 Jahre als Mitglied versichert oder nach § 25 SGB XI familienversichert war.*
- für pflegeversicherte Deutsche und Ausländer im Sinne von § 23 Abs. 1 SGB XII, welche die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen erfüllen und
  1. die Übernahme der Kosten der stationären oder ambulanten Pflege, beantragen (Pflegekraft, Kurzzeitpflege, Pflege über Tag oder Nacht, Verhinderungspflege), soweit die notwendigen Kosten die Höchstsätze nach dem SGB XI überschreiten, da nach dem 7. Kapitel SGB XII eine entsprechende Leistungsbegrenzung nicht vorgesehen ist.
  2. den Garantiebetrug des bis zur Höhe von max. 2/3 gekürzten häuslichen Pflegegeldes beantragen, sofern von der Pflegeversicherung ausschließlich Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI erbracht werden (§ 63b Abs. 5 SGB XII) oder die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI die Zahlung eines Restpflegegeldes zulässt;
  3. die eine Besitzstandswahrung gem. Art. 51 PflegeVG beanspruchen können. Hiernach erhalten Pflegebedürftige, die bis zum 31.03.1995 nach § 69 BSHG Pflegegeld bezogen haben, das Pflegegeld insoweit weiter, als es zusammen mit dem ggf. bis zum 31.03.1995 gezahlten Pflegegeld nach § 57 SGB V den Pflegeanspruch nach § 37 SGB XI übersteigt.

4. bei denen die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich nicht für mindestens 6 Monate besteht und aus diesem Grunde keine Leistungen nach dem SGB XI gewährt werden (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

### 9. Leistungsberechtigte nach § 61 SGB XII

Nach § 61 SGB XII haben Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 61a SGB XII sind, Anspruch auf Hilfe zur Pflege, soweit ihnen und ihren nicht getrenntlebenden Ehegatten oder Lebenspartnern nicht zuzumuten ist, dass sie die für die Hilfe zur Pflege benötigten Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels aufbringen.

Pflegebedürftig nach § 61 SGB XII sind Personen,

- die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe anderer bedürfen
- die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitliche Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können und mindestens der in § 61b SGB XII festgelegten Schwere (Pflegegrad) haben.

Hilfe zur Pflege kann auch grundsätzlich erwerbsfähigen Menschen gewährt werden und ist altersmäßig nicht beschränkt.

### 10. § 61a SGB XII - Pflegebedürftigkeitsbegriff

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff ist in § 61a Abs. 1 SGB XII geregelt. Mit Ausnahme der zeitlichen Untergrenze von 6 Monaten ist die Vorschrift im SGB XII inhaltsgleich mit der Vorschrift für die soziale Pflegeversicherung nach § 14 SGB XI.

Im Unterschied zum Pflegebedürftigkeitsbegriff nach dem SGB XI, demzufolge Pflegebedürftigkeit auf Dauer angelegt sein muss, setzt die Pflegebedürftigkeit im SGB XII keine zeitliche Untergrenze voraus.

## 11. § 61b SGB XII - Pflegegrade

Für die Gewährung von Leistungen der Hilfe zur Pflege sind pflegebedürftige Personen entsprechend den im Begutachtungsverfahren nach § 62 SGB XII ermittelten Gesamtpunkten in einen der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten entsprechenden Pflegegrad einzuordnen:

### **Pflegegrad 1:**

geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte),

### **Pflegegrad 2:**

erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte),

### **Pflegegrad 3:**

schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte),

### **Pflegegrad 4:**

schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte),

### **Pflegegrad 5:**

schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte).

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

## 12. § 62 SGB XII - Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit

Die Ermittlung des Pflegegrades erfolgt nach § 62 SGB XII durch ein Begutachtungsinstrument nach Maßgabe des § 15 SGB XI und auf der Grundlage der nach § 17 SGB XI erlassenen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

Die Anwendung eines identischen Begutachtungsverfahrens zur Ermittlung des Grades des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist im Rahmen der Hilfe zur Pflege zur Sicherstellung der Anwendung einheitlicher Kriterien und Maßstäbe zwingend erforderlich.

Bei der Feststellung des Pflegegrades ist der Träger der Sozialhilfe bei pflegeversicherten Personen nach § 62a SGB XII grundsätzlich an die Entscheidung der Pflegekasse und damit an die Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zum Pflegegrad gebunden (*Bindungswirkung*).

Neben der Einordnung in den Pflegegrad ist vom Sozialhilfeträger immer der notwendige pflegerische Bedarf festzustellen (§ 63a SGB XII).

In den Fällen, in denen keine Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit vorliegt, sind pflegeversicherte Personen zunächst an die Pflegekasse zu verweisen.

Ist die nachfragende Person kein Mitglied einer Pflegeversicherung, hat die Pflegefachkraft des Kreises Kleve auf der Grundlage der Richtlinien des GKV Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die nach § 62 SGB XII anzuwenden sind, den Pflegegrad zu ermitteln.

Hinsichtlich dieser Ausgestaltung und des Umfangs des Hilfebedarfs bei pflegeversicherten und nicht pflegeversicherten Pflegebedürftigen ist die Pflegefachkraft des Kreises Kleve zuständige Ansprechpartnerin.

### 13. Aufgaben der Pflegefachkraft

Die Pflegefachkraft des Kreises Kleve unterstützt das Fallmanagement des Sachgebietes Hilfe zur Pflege bei der Feststellung des notwendigen Hilfebedarfs bei sämtlichen zu klärenden Sachverhalten.

Insbesondere ist durch die Pflegefachkraft der Umfang einer bedarfsgerechten Hilfestellung zu ermitteln, z.B. bei

- der Feststellung der Notwendigkeit und des Umfangs von Pflegesachleistungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen,
- pflegerischer Betreuungsmaßnahmen,
- bei Hilfen bei der Haushaltsführung und
- der Festlegung der abrechenbaren Leistungskomplexe.

Die Pflegefachkraft *ist* befolgenden Sachverhalten miteinzubeziehen:

- Beantragung ergänzender Sachleistungen nach § 64b SGB XII, die der Höhe nach den Sachleistungsanspruch nach § 36 SGB XI des nächsthöheren Pflegegrades überschreiten,
- Beantragung einer 24 Stunden Versorgung,
- Beantragung einer Versorgung in einer Beatmungswohngemeinschaft
- bei Prüfung eines Mehrkostenvorbehaltes nach § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII.

### 14. § 62a SGB XII - Bindungswirkung

Die Bindungswirkung nach § 62a SGB XII betrifft nur die Einordnung in den Pflegegrad; Inhalt und Umfang der Leistungen des Trägers der Sozialhilfe ergeben sich aus den Vorschriften des 7. Kapitels SGB XII.

Damit wird eine unterschiedliche Beurteilung desselben Sachverhaltes durch die Pflegekasse und den Träger der Sozialhilfe ausgeschlossen.

§ 62a SGB XII betrifft daher nur pflegeversicherte Antragsteller.

Da in § 61 SGB XII ein im Vergleich zur Pflegeversicherung erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff formuliert ist, gilt diese Bindungswirkung nur in dem Ausmaß, in dem der Einstufungsbescheid der Pflegekasse auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind. Diese Bindungswirkung enthebt den Träger der Sozialhilfe von seinem Amtsermittlungsgrundsatz (§ 20 SGB X).

Die Bindungswirkung tritt aber nur ein, wenn von der Pflegekasse ein bestandskräftiger Leistungsbescheid (Verwaltungsakt nach § 31 SGB X) vorliegt. Fand zwar die Begutachtung durch den MDK statt, steht aber die Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad noch aus, so ist keine Bindungswirkung gegeben. Besteht eine Dringlichkeit, muss der Sozialhilfeträger in diesen Fällen ggf. den Sachverhalt selbst ermitteln (§§ 20, 21 SGB X).

Die Bindungswirkung gilt nur für das Einstufungsergebnis, also die Vergabe des Pflegegrades. Sie gilt nicht für die Gewährung von Leistungen bzw. den Leistungsumfang, sowie für die richtige Leistungsart (ambulant, teilstationär, vollstationär). Hier hat weiterhin eine eigenständige Bedarfsermittlung vom Sozialhilfeträger zu erfolgen (siehe § 63a SGB XII).

Eine Bindungswirkung kann auch nur ein Leistungsbescheid der gesetzlichen Pflegekassen entfalten.

Private Pflegeversicherungen fallen nicht unter den Begriff der „Pflegekasse“, sie erlassen keinen öffentlich-rechtlichen Verwaltungsakt.

Die Bindungswirkung erlischt, wenn der Versicherungsschutz des Pflegebedürftigen entfällt.

Im Falle eines Höherstufungsantrages, den der Versicherte wegen Verschlimmerung seines Zustandes bei der Pflegekasse stellt, kann nach Bewilligung eines höheren Pflegegrades durch die Pflegekasse eine rückwirkende Zahlung erfolgen.

Der höheren Pflegegrad entfaltet dann zwar bindenden Wirkung für den Sozialhilfeträger; dies gilt allerdings erst ab Kenntnis der leistungsbegründenden Umstände der Gewährung von Hilfe zur Pflege, z.B. durch Anzeige des Leistungsbeziehers, dass ein aufgrund der Verschlimmerung des Gesundheitszustandes ein höherer Pflegebedarf vorliegt (siehe Urteil BSG vom 02.02.2012, B8 SO 5/10 R).

Sozialhilferechtliche Leistungen sind nicht für die Vergangenheit zu erbringen, es gilt der in § 18 SGB XII (*Einsetzen der Sozialhilfe*) niedergelegte Grundsatz.

Erfolgt aufgrund einer Wiederholungsbegutachtung eine Verringerung des Pflegegrades, ist der Bezieher von Hilfe zur Pflege aufgrund seiner Mitwirkungspflichten verpflichtet, diesen neuen Bescheid mit der Herabstufung an den Träger der Sozialhilfe zu melden.

Der Sozialhilfeträger hat nach einer Höher- oder Herabstufung den notwendigen pflegerischen Bedarf neu zu ermitteln und festzustellen.

### 15. Bewertung der Pflegebedürftigkeit / Begutachtungsinstrument

Maßstäbe zur Bewertung der Pflegebedürftigkeit sind:

- Die Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen durch Orientierung am Grad der Selbständigkeit und Fähigkeiten
- Die Gleichstellung von Pflegebedürftigen mit kognitiven Erkrankungen und psychischen Störungen mit körperlichen Beeinträchtigungen

Maßgeblich für die Begutachtung ist die Schwere der Beeinträchtigung der Selbständigkeit bzw. der Fähigkeit, bestimmte Dinge selbst zu erledigen.

Grundlage dieses Instruments sind sechs Lebensbereiche (Module), innerhalb derer der pflegegradrelevante Hilfebedarf festgelegt wird. Die sechs Module entsprechen den sechs Bereichen des § 14 Abs. 2 SGB XI

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Ausschlaggebend für die Einstufung in den jeweiligen Pflegegrad (PG) ist die Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten in diesen Bereichen:

<b>Pflegegrad (PG)</b>	<b>Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten</b>
<b>PG 1</b>	Geringe
<b>PG 2</b>	Erhebliche
<b>PG 3</b>	Schwere
<b>PG 4</b>	Schwerste
<b>PG 5</b>	Schwerste mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Zur Pflegegradermittlung müssen folgende Rechenschritte durchgeführt werden:

- Jedes Modul wird mit seinen einzelnen Kriterien mit Einzelpunkten bewertet (siehe Anlage 1 zu § 15 SGB XI)
- In jedem Modul werden diese Einzelpunkte addiert. Diese Summe wird danach nach einem gesetzlich vorgegebenen Schlüssel gewichtet (siehe Anlage 2 zu § 15 SGB XI)

Die gewichteten Punkte aus jedem Modul werden addiert. Diese Summe ergibt die erreichte Gesamtpunktzahl. Je nach erreichter Punktzahl erfolgt dann eine Einstufung in einen der fünf Pflegegrade.

Der Gewichtung liegt eine prozentuale Wertung der zu berücksichtigenden Lebensbereiche (Module) zugrunde:

Modul	Modulinhalt	Gewichtung
<b>Modul 1</b>	Mobilität	10%
<b>Modul 2 und 3</b>	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Probleme	15%
<b>Modul 4</b>	Selbstversorgung	40%
<b>Modul 5</b>	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20%
<b>Modul 6</b>	Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte	15%

Zu vergeben sind maximal 100 Punkte (Punkteskalierung) zur Erreichung unterschiedlicher Pflegegrade (PG):

Pflegegrad (PG)	Klassifikation	Punkte
<b>Kein PG</b>	--	Unter 12,5
<b>PG 1</b>	Geringere Beeinträchtigung	12,5 bis unter 27
<b>PG 2</b>	Erhebliche Beeinträchtigung	27 bis unter 47,5
<b>PG 3</b>	Schwere Beeinträchtigung	47,5 bis unter 70
<b>PG 4</b>	Schwerste Beeinträchtigungen	70 bis unter 90
<b>PG 5</b>	Schwerste Beeinträchtigungen mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	90 bis 100

Bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 handelt es sich vorrangig um somatisch beeinträchtigte Pflegebedürftige, mit geringem Bedarf an personeller Unterstützung (Teilhilfe bei Selbstversorgung, Verlassen der Wohnung, Haushaltsführung).

### 16. § 63a SGB XII – Notwendiger pflegerischer Bedarf

Nach den Vorschriften des 7. Kapitels hat der Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege Leistungen für Pflegebedürftige zur Deckung des notwendigen pflegerischen Bedarfs zu erbringen (Bedarfsdeckungsprinzip).

Der Bescheid der Pflegekasse über die Feststellung des Pflegegrades enthält keine gesonderte und individuelle Ermittlung des notwendigen Zeitaufwands für die Pflege.

Aus dem Ergebnis der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind keine unmittelbaren Rückschlüsse auf den notwendigen Bedarf an pflegerischen Leistungen möglich.

In der Hilfe zur Pflege kann die Feststellung des notwendigen Bedarfs an Leistungen der häuslichen Pflege daher nicht alleine durch Übernahme des Begutachtungsergebnisses der Pflegeversicherung erfolgen.

Insbesondere für die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 64b SGB XII, die anders als das Pflegegeld nach § 64a SGB XII und der Entlastungsbetrag nach den §§ 64i und 66 SGB XII der Höhe nach nicht begrenzt ist, sondern vielmehr bedarfsdeckend zu erbringen ist, *muss* der Träger der Sozialhilfe zur Festsetzung des Umfangs der Leistungen der häuslichen Pflege den notwendigen pflegerischen Bedarf ermitteln und feststellen.

### 17. § 63 SGB XII - Leistungen für Pflegebedürftige

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII entsprechen weitgehend den Leistungsarten des SGB XI.

Daher sind Leistungen des § 28 SGB XI 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 Sozialsystems, das den notwendigen und angemessenen Bedarf eines pflegebedürftigen Menschen sichert.

Zugleich erstreckt sich aufgrund des identischen Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Inhalt der Leistungen auf die sogenannten Betreuungsleistungen sowohl ambulant also auch stationär.

Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5

1. häusliche Pflege in Form von
  - a. Pflegegeld (§ 64a),
  - b. häuslicher Pflegehilfe (§ 64b),
  - c. Verhinderungspflege (§ 64c),
  - d. Pflegehilfsmitteln (§ 64d),
  - e. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e),
  - f. anderen Leistungen (§ 64f),
2. teilstationäre Pflege (§ 64g),
3. Kurzzeitpflege (§ 64h),
4. einen Entlastungsbetrag (§ 64i)
5. stationärer Pflege (§ 65).

Die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des § 61a SGB XII sind bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 gering ausgeprägt. Daher werden die Leistungen der Hilfe zur Pflege - wie auch im vorrangigen System der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI - grundsätzlich für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt.



Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist ein uneingeschränkter Zugang zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 nicht angezeigt.

Aufgrund der geringen Ausprägung der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten erhalten Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 daher folgende Leistungen:

1. Pflegehilfsmittel (§ 64d),
2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e) und
3. einen Entlastungsbetrag (§ 66).

Die Leistungen sollen dazu beitragen, den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherzustellen. Darüber hinaus haben Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 keinen Anspruch auf weitere Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII.

Der Katalog des Abs. 1 Satz 1 enthält keinen pauschalen Wohngruppenzuschlag im Sinne des § 38a SGB XI.

Sinn und Zweck des Wohngruppenzuschlags nach § 38a SGB XI ist, dass die zusätzlichen Aufwendungen einer Wohngruppe finanziert werden können, wenn diese gemeinschaftlich eine Person beauftragen, die die allgemeinen organisatorischen, verwaltenden oder betreuenden Tätigkeiten verrichtet oder hauswirtschaftliche Unterstützung leistet.

Nichtpflegeversicherte Personen müssen das ihnen zusätzlich zum Sachleistungsbetrag nach SGB XII anteilig gewährte Pflegegeld nach § 63b Abs. 5 SGB XII zur Finanzierung der zusätzlichen Aufwendungen einsetzen. Zu diesem Zweck ist das jeweilige Pflegegeld in einem geringeren Umfang zu kürzen und auch bei Abwesenheitszeiten (z.B. Krankenhausaufenthalt) zu gewähren.

Der pauschale Wohngruppenzuschlag der Pflegekasse ist nicht auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege anzurechnen (BSG 12.05.2017, B 8 SO 14/16 R).

Die Hilfe zur Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein. Allerdings sind auch hier die Leistungen der Sozialhilfe gegenüber gleichartigen Leistungen anderer Sozialleistungsträgern nachrangig. Dies gilt für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V (spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V oder Hospizleistungen gemäß § 39a SGB V).

Der Katalog nach § 63 SGB XII ist abschließend.

### **18. § 63 Abs. 3 SGB XII – Persönliches Budget**

Nach § 63 Abs. 3 SGB XII werden die Leistungen der Hilfe zur Pflege auf Antrag auch als Teil eines Persönlichen Budgets ausgeführt. § 29 SGB IX ist insoweit anzuwenden.

Wesentliches Ziel des persönlichen Budgets ist es, den Leistungsberechtigten zu unterstützen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen.

Leistungsberechtigte können durch das persönliche Budget selbst entscheiden, welche Hilfen sie in Anspruch nehmen, wann sie diese Hilfe in Anspruch nehmen und wie und durch wen (monatliche Geldleistung, zentral als Komplexleistung von einem Träger zur Verfügung gestellt, die den gesamten Bedarf aus unterschiedlichen Sozialleistungsbereichen sicherstellt).

Das Persönliche Budget ist ein Geldbetrag oder ein Gutschein als Alternative zur klassischen Sachleistung, je nach ihrem individuell festgestellten oder noch zu festzustellenden Anspruch auf Leistungen.

Grundlage der Richtlinien zur Durchführung des Persönlichen Budget ist das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch und die Budgetverordnung (BudgetV).

Mit dem persönlichen Budget wird dem pflegebedürftigen Menschen die Möglichkeit gegeben, seinen Bedarf an Pflege in eigener Verantwortung so zu decken, dass ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglicht wird.

Zu den wesentlichen Zielen des Persönlichen Budget gehören:

- Deckung des individuellen Bedarfs pflegebedürftiger Menschen
- Stärkung des Wunschs u. Wahlrechts
- Wahlmöglichkeiten bei der Gewährung von Hilfen
- Vorrang ambulanter vor stationärer Leistung
- Vorrang Geldleistung vor Sachleistung
- Aktivierung des Leistungsberechtigten
- Individualisierung der Hilfen
- Personen- statt Institutionsorientierung
- Stärkere Personenorientierung von Hilfeplanung und Leistungserbringung
- Differenziertes Angebot von Dienstleistungen

Budgetfähige Leistungen des Sozialhilfeträgers sind vor allem

- Pflegerische Versorgung
- Haushaltsführung
- Selbstversorgung
- Freizeitgestaltung
- Fahrtkosten
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Mobilität
- Ermöglichung von Kommunikation /Information

Zum persönlichen Budget können nach dem SGB weitere Sach – u. Geldleistungen ergänzend hinzukommen.

## 18.1. Leistungsberechtigter Personenkreis

Leistungsberechtigt im Sinne sind Menschen, die nach § 61 SGB XII Anspruch auf Hilfe zur Pflege haben

Es muss Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch XII vorliegen.

## 18.2. Beratung u. Unterstützung

Es besteht ein Rechtsanspruch auf Budgetberatung durch den Sozialhilfeträger (§ 11 SGB XII)

Persönliche Budgets werden auf der Grundlage der nach den getroffenen Feststellungen so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann

## 18.3. Antragsstellung und Verfahrensablauf

Der Antrag auf das Persönliche Budget wird vom pflegebedürftigen Menschen, bei Bedarf gemeinsam oder mit seinem gesetzlichen Vertreter beim Kreis Kleve, Abteilung Soziales gestellt.

Die Entscheidung, ob die Leistungen budgetgeeignet sind und ob der Antragsteller die erforderlichen Voraussetzungen mitbringt erfolgt nach § 29 SGB IX. Die Pflegefachkraft ist bei diesem Verfahren hinzuzuziehen.

## 18.4. Zielvereinbarung

Der Abschluss einer Zielvereinbarung ist zwingend notwendige Grundlage, um den Verwaltungsakt für eine Leistung als Persönliches Budget erlassen zu können (§ 3 Abs. 5 Budget V).

Eine festgeschriebene Zielvereinbarung mit dem Leistungsträger, dem Budgetnehmer oder dessen gesetzlichen Vertreter ist die Voraussetzung für die Bewilligung des Persönlichen Budgets.

In der Zielvereinbarung wird der Verwendungszweck genau definiert und die damit zu erreichenden Ziele festgehalten. Die Zielvereinbarung wird im Rahmen der Hilfeplanung abgeschlossen und kann sowohl von der Antrag stellenden Personen als auch vom Leistungsträger aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung schriftlich gekündigt werden.

Allerdings ist der Budgetnehmer grundsätzlich sechs Monate n. § 29 Abs. 1 SGB IX gebunden.

Die Zielvereinbarungen sollen spezifisch auf den Einzelfall bezogen sein und die Ziele so verbindlich beschreiben, dass sie messbar sind.

Quantitative bzw. nachweis- u. nachprüfbare Parameter sind zu benennen.

Der Leistungsträger schließt mit der Antrag stellenden Person eine Zielvereinbarung ab. Sie ist das Ergebnis des Hilfebedarfsfeststellungsverfahrens und eines Budgetgesprächs und enthält Regelungen zu Mindestanforderungen gem. § 4 Budgetverordnung (Budget V)

- Die Ausrichtung der individuellen Förder u. Leistungsziele

- Die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten, individuellen Bedarfs sowie
- Die Qualitätssicherung

Es wird empfohlen, dass das Protokoll des Budgetgespräches zum Bestandteil der Zielvereinbarung gemacht wird, denn darin sind der individuelle Hilfebedarf und die Ziele formuliert.

Folgende Aspekte können darüber hinaus Inhalt der Zielvereinbarung sein:

- Regelungen hinsichtlich der qualitativen Voraussetzungen des Leistungserbringers
- Budgetberatung und –Unterstützung
- Regelung zum Umgang mit Budgetresten
- Folgen bei Nichteinhaltung der Zielvereinbarung

### **18.5. Höhe des Persönlichen Budget**

Die Leistungserbringung in Form des Persönlichen Budgets soll den festgestellten Bedarf unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit decken.

Die Höhe des Persönlichen Budgets soll die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten (§ 29 Abs. 2 SGB IX)

Eine am Bedarf des Einzelfalls ausgerichtete Persönliches Budget findet nach § 13 Abs. 1 SGB XII seine Grenzen in der Deckelung der ambulanten Kosten.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt dann nicht, wenn eine Leistung für eine geeignete stationäre Einrichtung zumutbar und eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßig hohen Mehrkosten verbunden ist.

Der Leistungsträger entscheidet über die Höhe des Budgets. Er legt entweder einen Pauschalbetrag fest oder nimmt eine individuelle Bemessung in Stundensätzen vor.

Orientierungshilfen für die Höhe des einzelnen Bedarfs können die bereits ausgehandelten Vergütungssätze und Pauschalen sein.

### **19. § 64 SGB XII – Vorrang**

Soweit häusliche Pflege ausreicht, soll der Sozialhilfeträger nach § 64 SGB XII daraufhin wirken, dass die häusliche Pflege vorrangig durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, oder als Nachbarschaftshilfe übernommen wird.

Insoweit sollen vorhandene Hilfsmöglichkeiten im näheren Umfeld des Pflegebedürftigen ermittelt und ggf. aktiviert werden. In diesem Zusammenhang ist der Sozialraum des Pflegebedürftigen in der Ausgestaltung der Hilfe zu berücksichtigen.

## 20. § 64a SGB XII - Pflegegeld

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches.

Die häusliche Pflege wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Pflegebedürftige in einem Wohnheim für behinderte oder alte Menschen oder einer Wohngemeinschaft wohnt; dies setzt voraus, dass der Bewohner die Möglichkeit nutzt, in der Wohnform seinen Haushalt selbst zu führen.

Unbeachtlich ist, ob die Pflege durch Angehörige, Nachbarn, sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen, erwerbsmäßige Pflegekräfte oder eine vom Pflegebedürftigen angestellte Pflegeperson erbracht wird.

Voraussetzung ist aber, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellen kann.

Das bedeutet, dass es dem Pflegebedürftigen möglich sein muss, die erforderliche Pflege (u.a. durch das Pflegegeld) zu organisieren.

Das Pflegegeld beträgt monatlich

- 316,00 € für Pflegebedürftige des **PG 2**
- 545,00 € für Pflegebedürftige des **PG 3**
- 728,00 € für Pflegebedürftige des **PG 4**
- 901,00 € für Pflegebedürftige des **PG 5**

Das Pflegegeld soll neben der Abdeckung des entstehenden Pflegeaufwands dem Pflegebedürftigen ermöglichen, die Pflegebereitschaft von nahestehenden Personen und Angehörigen oder Nachbarn anzuregen und zu erhalten, um auf diese Weise sicherzustellen, dass die notwendige Pflege in der häuslichen Umgebung erbracht wird.

Es ist nicht dazu gedacht, die Pflegepersonen für ihre Pflegehilfen zu vergüten.

Dies schließt jedoch nicht aus, dass der Pflegebedürftige den Pflegepersonen von dem Pflegegeld regelmäßig Zahlungen zukommen lässt.

Wird oder kann das Pflegegeld nicht für den bestimmten Zweck verwendet werden, besteht **kein** Anspruch.

Bei nichtpflegeversicherten Personen ist die **Sicherstellung** der Pflege durch die Pflegefachkraft einmal jährlich zu überprüfen.

Wird im Rahmen dieser Überprüfung festgestellt, dass das Pflegegeld nicht dazu verwendet wird, die Pflege in geeigneter Weise sicher zu stellen, *kann* die Gewährung des Pflegegeldes eingestellt werden.

### **21. Beratungseinsatz zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege**

Nach § 37 Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) müssen Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in regelmäßigen Abständen (viertel- bzw. halbjährlich) einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen, wenn sie Pflegegeld beziehen. Hierbei handelt es sich um eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit, die im Regelfall eine zugelassene Pflegeeinrichtung durchführt.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können einmal halbjährlich einen Beratungseinsatz in Anspruch nehmen.

Auch Pflegebedürftige, die die Pflegesachleistung beziehen, können halbjährlich einmal einen Beratungseinsatz abrufen.

Für diese Personenkreise besteht allerdings keine gesetzliche Verpflichtung hierfür.

Im SGB XII fehlt eine Regelung zur Qualitätssicherung. Eine Qualitätskontrolle für Leistungsberechtigte von Pflegegeld nach § 64a SGB XII (nichtpflegeversicherte Personen) 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.

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 pflegfachliche Unterstützung zur Optimierung der Versorgungssituation. Die Beratungsbesuche werden von der Pflegefachkraft des Kreises Kleve durchgeführt. Diese beurteilt die Häufigkeit eines Beratungseinsatzes. Standard ist ein Beratungsbesuch einmal jährlich, anlassbezogen werden häufigere Beratungsbesuche durchgeführt.

Die Beratungsbesuche sind verbindlich in Anspruch zu nehmen. Sie fallen unter die Mitwirkungspflichten der §§ 62 bis 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.

## 22. Kürzung des Pflegegeldes

Nach § 64a Abs. 2 Satz 1 SGB XII ist das Pflegegeld entsprechend zu kürzen, wenn der Anspruch nicht für den vollen Kalendermonat besteht. Bei der Kürzung ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.

### 22.1. Weitergewährung von Pflegegeld

Der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht grundsätzlich nicht während eines Nicht-EU-Auslandsaufenthaltes.

Ausnahme Pflegegeld:

Dies wird für die ersten 6 Wochen im Ausland weitergezahlt.

Bei Durchführung einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme, die nicht länger als 4 Wochen dauert, ist das Pflegegeld nicht zu kürzen. Damit soll die vorhandene Pflegebereitschaft der Pflegeperson erhalten und die häusliche Pflege unmittelbar nach Beendigung der Maßnahme sichergestellt werden.

Bei Abwesenheiten von mehr als 4 Wochen ist das Pflegegeld nach § 64a SGB XII für nichtpflegeversicherte Pflegebedürftige tageweise zu kürzen; bei der Kürzung ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Ein Anspruch auf Zahlung eines 1/3 Pflegegeldes nach § 63b Abs. 5 SGB XII besteht in diesem Fall nicht mehr.

Bei Leistungen im Rahmen des Arbeitgebermodells nach § 63b Abs. 6 SGB XII wird die Leistung der Pflegekasse (und des Sozialhilfeträgers) für die gesamte Dauer des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

### 22.2. Anrechnung von Pflegegeld

Das Pflegegeld ist kein sozialhilferechtliches Einkommen.

Es ist für den Pflegebedürftigen zweckbestimmtes Einkommen nach § 83 Abs. 1 SGB XII und daher nicht für seinen Lebensunterhalt einzusetzen.

Wird das Pflegegeld an Pflegepersonen weitergeleitet, ist es nicht als deren Einkommen im Sinne von § 82 SGB XII zu behandeln (siehe entsprechend § 13 Abs. 5 SGB XI).

### 22.3. Pflegegeld bei Tod

Bei Tod des Leistungsberechtigten ist für den Sterbemonat Pflegegeld in voller Höhe zu gewähren.

## 22.4. Wegfall des Anspruches

Wird das Pflegegeld der Pflegekasse nach § 37 Abs. 6 SGB XI ganz oder teilweise eingestellt, entfällt nach § 64a Abs. 3 SGB XII auch die Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers.

## 22.5 Pflegegeld bei teilstationärer Betreuung

Bei gleichzeitigem Bezug von Pflegegeld und Leistungen der teilstationären Pflege nach § 64g SGB XII bzw. vergleichbaren teilstationären Betreuungen (Tages- oder Nachtpflege), die die Pflegeperson in entsprechender Weise und Dauer entlasten und nach anderen Rechtsvorschriften finanziert werden, *kann* das Pflegegeld nach § 63b Abs. 3 S. 2 SGB XII angemessen gekürzt werden.

Die Kürzung des Pflegegeldes steht im Ermessen des Sozialhilfeträgers (§ 38 SGB I). Sie lässt sich sinnvoll nur an der Entlastung der Pflegeperson zu Hause orientieren.

Bei der Ausübung des *Ermessens* ist zu berücksichtigen, dass die Pflegeperson die Betreuung an Wochentagen vor und nach dem Besuch der Einrichtung sowie am Wochenende und an Feiertagen gewährleisten muss.

Da das Pflegegeld nicht nur der Abgeltung der Pflegeleistung, sondern vor allem der Aufrechterhaltung der Pflegebereitschaft dient, ist eine Kürzung um bis zu 20% angemessen, wenn eine teilstationäre Betreuung an 5 Tagen in der Woche stattfindet.

### Beispiel:

---

***Bei einer nichtpflegeversicherten pflegebedürftigen Person im PG 2 wird das Pflegegeld in Höhe von 316,00 € gewährt. Die Person besucht zusätzlich an zwei Tagen in der Woche die Tagespflege.***

***316,00 € x 20% = 63,20 € (Kürzung bei 5 Tagen).***

***316,00 € x 20% = 63,20 € : 5 Tage x 2 Tage = 25,28 €  
(Kürzung bei 2 Tagen)***

---

***Somit könnte das Pflegegeld um 25,28 € gekürzt werden.***

Erhalten teilstationär betreute Pflegebedürftige häusliche Pflege (als Pflegesachleistung oder z.B. im Arbeitgebermodell) und zeitgleich das Pflegegeld nach § 64a SGB XII, so können die Kürzungsregelungen nach § 63b Abs. 3 und 5 SGB XII **nebeneinander** angewandt werden, wenn die jeweiligen Voraussetzungen für eine Kürzung vorliegen.



**Beispiel:**

*Herrn M, pflegebedürftige Person im PG 2 werden Pflegesachleistungen gewährt. Daneben besteht ein Anspruch auf das Pflegegeld n. § 63b Abs. 5 SGB XII in Höhe v. 105,34 €. Herr M. besucht zudem an fünf Tagen in der Woche die Tagespflege.*

<i>§ 63b Abs. 3 SGB XII</i>	
<i>20% Kürzung v. 316,00 €</i>	<i>63,20 €</i>
<i>§ 63b Abs. 5 SGB XII</i>	
<i>2/3 Kürzung v. 316,00 €</i>	<i>210,66 €</i>
<i>Gesamtkürzung</i>	<i>273,86 €</i>

*Das zu gewährende Pflegegeld bei teilstationärer Betreuung beträgt 42,14 €.*

---

## 23. Pflegegeld im Zusammenhang mit Kombinationsleistungen

Pflegebedürftige können bei häuslicher Pflege Pflegegeld nach § 37 SGB XI in Anspruch nehmen, wenn sie die Pflege selbst in geeigneter Weise sicherstellen.

Wird die häusliche Pflege ausschließlich von einer geeigneten Pflegefachkraft (zugelassener Pflegedienst) erbracht, handelt es sich um die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI.

Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass die beiden Leistungen – Pflegegeld und Pflegesachleistung – miteinander kombiniert werden. In diesem Fall spricht man von der **Kombinationsleistung**, deren Rechtsgrundlage § 38 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ist.

Voraussetzung für die Kombinationsleistung ist, dass der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Absatz 3 SGB XI zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch nimmt.

Das Pflegegeld wird um den Vorhundertersatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat.

An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

Erst, wenn er die Wahl der Kombinationsleistung der Pflegeversicherung zurückgenommen hat und die Sachleistungen der Pflegeversicherung voll ausschöpft, können über den Leistungsumfang der Pflegeversicherung hinausgehende Sachleistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII gewährt werden.

Beispiele:

Leistung	Pfleg- grad 1	Pflege- grad 2	Pflege- grad 3	Pflege- grad 4	Pflege- grad 5
<b>Kombi- nation aus Sach- u. Geldlei- stung n. § 38 SGB XI</b>	-	Inan- spruch- nahme Sachlei- stung mit 344,50 € u. Zahlung eines an- teiligen Pflegegel- des von 50% von 316,00 € = <b>158,00 €</b>	Inan- spruch- nahme der Sachlei- stung mit 1039,40 € u. Zahlung eines an- teiligen Pflegegel- des von 20% von 545,00 € = <b>109,00 €</b>	Inan- spruch- nahme der Sachlei- stung mit 1.450,00 € u. Zahlung eines an- teiligen Pflegegel- des von 10% von 728,00 € = <b>72,80 €</b>	Inan- spruch- nahme der Sachlei- stung mit 1.197,00 € u. Zahlung eines an- teiligen Pflegegel- des von 40% von 901,00 € = <b>360,00 €</b>

Wenn die Hilfe zur Pflege lediglich in der Übernahme der Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 SGB XI) besteht, kann der Pflegebedürftige einen Anspruch auf die Zahlung des anteilig gekürzten Pflegegeldes nach § 64a SGB XII in Verbindung mit § 63b Abs. 5 SGB XII haben, wenn sich dieses rechnerisch ergibt.

In diesem Fall ist keine Überprüfung des festgestellten Bedarfs nötig, es muss lediglich der sozialhilferechtliche Bedarf für eine Übernahme der Investitionskosten vorliegen.

Beispiel:

**Herr M. PG 3 nimmt Sachleistungen in Höhe von 908,60 € in Anspruch (= 70% der zustehenden SGB XI-Sachleistungen in Höhe von 1.298,00 €).**

**Die Investitionskosten werden aus der Hilfe zur Pflege übernommen. Herr Müller erhält somit nach § 38 Abs. 1 S. 2 SGB XI nur noch 30% des ihm zustehenden Pflegegeldes von 545,00 € (163,50 € mtl.).**

**Sozialhilferechtlich erhält er dagegen mindestens 1/3 des Pflegegeldes in Höhe von 545,00 € = 181,67 € mtl.**

**Er hat demnach neben dem Pflegegeld nach § 37 SGB XI nach § 64a SGB XII i. V. m § 63 Abs. 5 SGB XII noch einen zusätzlichen Anspruch auf einen Pflegegeldanteil von mindestens 18,17 € (181,67 € - 163,50 € = 18,17 €).**

**24. § 63b Abs. 5 SGB XII - gekürztes Pflegegeld**

Bei häuslicher Pflege wird nach **§ 63b Abs. 5 SGB XII** von dem Grundsatz ausgegangen, das Pflegegeld nach § 64a SGB XII auch dann zu erbringen ist, wenn daneben Leistungen nach § 64b SGB XII (häusliche Pflegehilfe) erbracht werden.

Leistungsberechtigte Pflegebedürftige haben grundsätzlich einen Anspruch auf ein gekürztes Pflegegeld, um für verbleibenden Pflegebedarf die Pflegebereitschaft Dritter aufrechterhalten zu können oder um die Pflegebereitschaft der besonderen Pflegeperson zu unterstützen.

Der Anspruch auf das gekürzte Pflegegeld besteht nur unter der Einschränkung, dass mit diesem die verbleibende Pflege in geeigneter Weise selbst sichergestellt wird.

Wird die verbleibende Pflege nicht selbst sichergestellt, besteht kein Anspruch auf gekürztes Pflegegeld.

Dieser Anspruch besteht ebenfalls nicht, wenn die pflegebedürftige Person das Pflegegeld nach § 37 SGB XI bezieht.

Nach § 63b Abs. 5 SGB XII *kann* der Sozialhilfeträger das Pflegegeld um bis zu zwei Drittel kürzen. Dem Pflegebedürftigen muss mindestens ein Drittel des Pflegegeldes zur Verfügung stehen, damit er sich gegenüber pflegenden Dritten erkenntlich zeigen kann.

Der Gesetzgeber stellt den Sozialhilfeträger somit ins pflichtgemäße Ermessen (**kann**) im Sinne von § 39 SGB I.

Eine Kürzung des Pflegegeldes um zwei Drittel ist daher nur möglich, wenn entsprechende Zweckerwägungen im Rahmen der pflichtgemäßen Ermessensausübung zu dem Schluss führen, dass sonst Doppelleistungen erbracht werden würden.

Eine Kürzung kommt daher in Betracht bei

der gleichzeitigen Übernahme von Kosten für den ambulanten Pflegedienst und die selbst beschaffte Pflegekraft im Arbeitgebermodell nach dem SGB XII,

der gleichzeitigen Übernahme von Kosten für die Verhinderungspflege § 64c SGB XII und

bei gleichartigen Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften wie z.B. nach den §§ 36 und 39 SGB XI, aber auch Leistungen der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege, gem. §§ 37 Abs. 2 und 38 SGB V

sowie Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung nach den §§ 42 und 44 Abs. 5 SGB VII.

Regelmäßig sind das auch die Fälle, in denen die pflegebedürftigen Personen Pflegesachleistungen oder aber auch Kombinationsleistungen der Pflegekasse erhalten.

Bei der Kürzung sind sowohl die Ausübung des Entschließungs- als auch des Auswahlermessens (ob und in welcher Höhe) zu dokumentieren und zum Ausdruck zu bringen.

Bei der Ermessensentscheidung sind von Bedeutung:

die Einhaltung der Kürzungsgrenze (bis zu 2/3)

der Zweck der Ermächtigung (Vermeidung von Doppelleistungen, Orientierung am Zweck des Pflegegeldes)

Entscheidendes Kriterium für die Kürzung ist der Entlastungseffekt durch die besonderen Pflegekräfte.

Aufgrund der Komplexität der jeweils zugrundeliegenden Einzelsachverhalte ist die Vorgabe genereller Kriterien für eine Leistungskürzung nicht möglich.

Orientierungsmöglichkeiten sind im Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-VG zu finden.  
<https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/pflegeversicherung.jsp>

Bei der Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI verzichtet der Leistungsberechtigte teilweise auf die ihm zustehenden Pflegesachleistungen und erhält daneben das verminderte Pflegegeld nach § 37 SGB XI. In diesen Fällen ist unstrittig das verminderte Pflegegeld der Pflegeversicherung vollständig auf das Pflegegeld nach § 64a SGB XII anzurechnen.

Ebenso stellt die Pflegesachleistung nach § 64b SGB XII eine gleichartige Leistung dar, die eine Kürzung nach § 63b Abs. 5 SGB XII rechtfertigt.

### ➤ **Berechnung des gekürzten Pflegegeldes**

Berechnung des Pflegegeldes nach § 63b Abs. 5 SGB XII

Anrechnung der Leistungen der Pflegekasse

### **Beispiel:**

---

**Herr M. hat PG2 und erhält im Rahmen der Kombileistung nach § 38 SGB XI seitens der Pflegekasse Pflegesachleistungen im Wert von 489,00 € und ein Pflegegeld in Höhe von 91,73 €.**

---

**Der Pflegegeldanspruch in voller Höhe würde 316,00 € betragen. Es ist zunächst im Rahmen des Ermessens zu entscheiden, in welchem Umfang gekürzt wird.**

**Da hier Pflegesachleistungen nahezu vollständig ausgeschöpft sind, ist eine Kürzung auf 1/3 angemessen.**

<b>1/3 von PG 2 :316,00 €</b>	<b>105,33 €</b>
<b>./. Anrechnung gleichartiger Leistungen Pflegekasse</b>	<b>91,73 €</b>
<b>Ergänzender Anspruch SGB XII</b>	<b><u>13,60 €</u></b>

---

### 25. § 64b SGB XII – Häusliche Pflegehilfe

Die häusliche Pflegehilfe nach § 64b SGB XII beinhaltet Leistungen für

- körperbezogene Pflegemaßnahmen,
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen,
- Hilfen bei der Haushaltsführung,
- pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen werden in § 64b Abs. 2 SGB XII beschrieben.

Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe besteht nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5.

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.

„Besondere Pflegekräfte“ sind regelmäßig professionelle und ausgebildete Fachkräfte, z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Krankenpflegehelfer, Altenpfleger, Altenpflegehelfer, Pflegeassistenten.

Keine „besonderen Pflegekräfte“ sind nahestehende Personen, Nachbarschaftshilfen oder durch sonstige, zum gesellschaftlichen Engagement bereite Personen.

Im Sinne des § 64f Abs. 3 SGB XII sind Pflegekräfte bereits dann „besondere“, wenn sie nicht in häuslicher oder nachbarschaftlicher Verbundenheit pflegen. Die Pflegekraft muss von dem zu Pflegenden angelernt und in ihre Arbeit eingewiesen werden können (siehe Arbeitgebermodell).

Die Leistungen werden als Pflegesachleistung erbracht.

Reichen die Pflegesachleistungen der Pflegekasse nicht aus, den pflegerischen Bedarf zu decken, sind die Leistungen entsprechend durch den Sozialhilfeträger aufzustocken.

Der Gesamtwert der von der Pflegekasse zu erbringenden Pflegesachleistung beträgt nach § 36 Abs. 3 SGB XI:

<b>PG 1</b>	-
<b>PG 2</b>	689,00€
<b>PG 3</b>	1.298,00€
<b>PG 4</b>	1.612,00€
<b>PG 5</b>	1.995,00€

Grundlage für die **Vergütung** ambulanter Pflegeleistungen sind Leistungskomplexe. Der Preis für die einzelnen Leistungen ergibt sich aus der Multiplikation der für die einzelnen Leistungskomplexe festgelegten Punkte mit dem

in der Vereinbarung nach § 89 SGB XI festgelegten Punktwert in Euro für ambulante Pflegeleistungen.

Die Preise werden zwischen dem Pflegeanbieter und den Pflegekassen sowie dem zuständigen Sozialhilfeträger (Kreis Kleve) mittels Vergütungsvereinbarung verabredet.

Nach § 77 Abs. 1 Satz 2 SGB XII sind die mit einem Sozialhilfeträger abgeschlosseneren Vereinbarungen auch für alle übrigen Sozialhilfeträger bindend.

Unter Zugrundelegung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes sowie einer aktuellen Leistungsabrechnung oder eines entsprechenden Kostenvoranschlages des ambulanten Pflegedienstes ist der Sachbearbeiter unter Beteiligung der Pflegefachkraft in der Lage festzulegen, welche Leistungskomplexe der Hilfeempfänger in Anspruch nehmen kann. Die Pflegefachkraft des Kreises Kleve ist immer in die Fallbearbeitung mit einzubeziehen.

Die dann als abrechnungsfähig angesehenen Leistungskomplexe sind ggf. unter Berücksichtigung vorrangiger Pflegeversicherungsleistungen mit dem Pflegeanbieter abzurechnen.

Im Bewilligungsbescheid ist der konkret genehmigte Leistungsumfang (*Leistungskomplex*) zu benennen.

### **26. Hilfen bei der Haushaltsführung**

Leistungen für Hilfen bei der Haushaltsführung (Haushaltshilfen) können als häusliche Pflegehilfe nach § 64b SGB XII erbracht werden.

Der Anspruch besteht nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5.

Vor einer Leistungsgewährung ist zu prüfen, ob Selbsthilfemöglichkeiten bestehen, insbesondere, ob nahestehende Personen oder Nachbarn die Hilfe unentgeltlich leisten können und wollen.

Außerdem sind vorrangige Ansprüche anderer Leistungsträger (Pflege-/Krankenkasse) auszuschöpfen.

Für Verwandte bis zum zweiten Grad (Eltern, Kinder, Geschwister, Großeltern und Enkelkinder) werden die Leistungen nicht gewährt.

Leistungen kommen auch dann nicht in Betracht, wenn andere Personen im Haushalt leben, die in der Lage sind, diese Aufgabe zu übernehmen.

Die Leistung kann von einem Pflegedienst oder einer selbst beschafften Haushaltshilfe erbracht werden.

Die Haushaltshilfe muss nicht unbedingt eine entsprechende Berufsausbildung, nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichts noch nicht einmal eine

fachliche Befähigung nachweisen. Eine Anweisung und Anlernung in die Arbeit reicht aus (sh. *BSG 28.02.2013 B8 SO 1/12 R*).

Sofern die Pflegesachleistung der Pflegekasse nicht ausreicht, ist eine Aufstockung durch den Sozialhilfeträger möglich.

### 26.1 Minijob

Die gesetzlichen Regelungen zu den sogenannten Minijobs in Privathaushalten sind zu beachten (siehe hierzu [www.minijobzentrale.de](http://www.minijobzentrale.de)).

Haushaltshilfen, die auf 450,00 € Basis vom Hilfesuchenden selbst beschäftigt werden, müssen bei der Minijob Zentrale in Essen angemeldet werden (mittels dem dort abrufbaren **Haushaltscheckformular**).

Arbeitgeber und Minijobber müssen den Meldebogen unterzeichnen und an die Zentrale schicken.

Die Zentrale errechnet die Höhe der Beiträge und schickt dem Arbeitgeber einen Bescheid über die Höhe der Abgaben.

Der Arbeitgeber zahlt danach einen gewissen Prozentsatz der Lohnsumme als Abgaben an die Zentrale.

Darin enthalten sind Beiträge zur Renten- und Krankenversicherung, eine Pauschalsteuer sowie Umlagen zur Lohnfortzahlung und Unfallversicherung.

Die anfallenden Abgaben werden von der Minijobzentrale halbjährlich, jeweils am 15.01. und 15.07. vom Konto des Arbeitgebers eingezogen.

Die vom Hilfeempfänger an die Minijobzentrale zu entrichtenden Abgaben (für den Arbeitgeber sind 14,74 % der Lohnsumme an Abgaben für Steuern und Sozialversicherung zu zahlen) sind als sozialhilferechtlicher Bedarf anzuerkennen und dem Hilfeempfänger zusätzlich zur anerkannten Stundenvergütung zu erstatten.

Von dem Hilfeempfänger sind Nachweise über die erfolgten Zahlungen an die Minijobzentrale zu fordern.

Für den Minijobber ergeben sich die Vorteile auf Anspruch auf bezahlten Urlaub und Entgeltfortzahlung bei Krankheit, Erwerb von geminderten Rentenansprüchen und die Möglichkeit einer Beitragsaufstockung der Rentenversicherung.

Die Einhaltung der arbeitsrechtlichen Vorschriften obliegt dem Leistungsberechtigten und nicht dem Sozialhilfeträger.

Näheres zum Arbeitsverhältnis, insbesondere der Stundenumfang, ist von ihm im Arbeitsvertrag zu regeln.

Auch der Arbeitsvertrag verbleibt beim Leistungsberechtigten.

### **26.2 Mittel- und Osteuropäische Haushaltshilfen**

In Deutschland gibt es für die Vermittlung von 24-Stunden-Pflegekräften aus Mittel- und Osteuropa in Privathaushalte mehrere Modelle.

Eine Vermittlung kann beispielsweise über den internationalen Personalservice der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit zur Direkteinstellung der Pflegekraft als Arbeitnehmer erfolgen.

Möglich ist aber auch eine Vermittlung durch deutsche Pflegeunternehmen oder eine Entsendung durch ausländische Pflegeunternehmen über ausländische Vermittlungsagenturen.

Die Pflegekräfte werden dann jeweils als Beschäftigte der Pflegeunternehmen vermittelt.

Zudem können die Pflegekräfte als Selbstständige auftreten, allerdings müssen sie hierfür ein Gewerbe in Deutschland angemeldet haben und in mehreren Haushalten tätig sein, um nicht als scheinselfständig zu gelten.

Bei einer Direkteinstellung im Haushalt liegt der Tätigkeit ein Arbeitsvertrag zwischen der Pflegekraft und dem Bedürftigen oder dessen Angehörigen zugrunde. Der Pflegebedürftige tritt als Arbeitgeber mit allen Arbeitgeberpflichten, wie insbesondere Abführung von Sozialabgaben und Gewährleistung von Versicherungsschutz, auf.

Bei einer Vermittlung durch deutsche Pflegeunternehmen werden die bei ihnen angestellten ausländischen Pflegekräfte den Privathaushalten zur Verfügung gestellt.

Es handelt sich dabei rechtlich um eine Arbeitnehmerüberlassung.

Auch bei der Entsendung von Pflegekräften durch ausländische Agenturen wird zwischen dem Pflegebedürftigen und dem ausländischen Pflegeunternehmen ein Dienstleistungsvertrag über eine bei ihm angestellte Pflegehilfe, die im Haushalt des deutschen Kunden tätig werden soll, geschlossen.

Da das Arbeitsverhältnis in beiden Fällen zwischen der vermittelten Pflegekraft und dem Unternehmen besteht, muss von den Unternehmen als Arbeitgeber zugesichert und nachgewiesen werden, dass sämtliche Sozialabgaben und Steuern ordnungsgemäß im jeweiligen Heimatland abgeführt werden (Vorlage einer Bescheinigung zum Nachweis des Bestehens einer Sozialversicherung).

Es gibt darüber hinaus selbstständig tätige Pflegepersonen aus Mittel- und Osteuropa, die grenzüberschreitend tätig sind.

Vergütung, Leistungen und Arbeitszeit sind frei verhandelbar.



Die Pflegeperson kann, selbst wenn sie im Haushalt des Pflegebedürftigen lebt, **keine 24-Stunden-Versorgung** leisten, da auch für sie deutsche Arbeitsschutzbestimmungen gelten und die Wochenarbeitszeit einzuhalten ist.

Eine Kostenübernahme kann nach § 64b SGB XII in Betracht kommen, wenn der Bedarf einer möglichst zeitungfassenden Versorgung besteht.

Im Einzelfall ist die Erforderlichkeit in Zusammenarbeit mit der Pflegefachkraft des Kreises Kleve zu überprüfen.

Das Pflegegeld der Pflegeversicherung nach § 37 SGB XI ist entsprechend anzurechnen. Ein Anspruch auf die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI besteht nicht.

### 27. § 64c SGB XII - Verhinderungspflege

Ist eine Pflegeperson im Sinne von § 64 SGB XII wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus sonstigen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, sind die angemessenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege zu übernehmen.

Verhinderungspflege kommt nur zugunsten einer nicht erwerbsmäßig tätigen Person („Pflegeperson im Sinne von § 64 SGB XII“) in Betracht. Ein professioneller Anbieter muss ggf. selbst eine Ersatzkraft stellen.

Mit der Verhinderungspflege wird der Tatsache Rechnung getragen, dass eine andauernde Pflege für die Pflegeperson mit erheblichen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden sein kann. Sie verfolgt also einen familienentlastenden Zweck.

Steht die Pflegeperson vorübergehend aus wichtigen Gründen nicht zur Verfügung, soll verhindert werden, dass der Pflegebedürftige in eine stationäre Pflegeeinrichtung wechseln muss.

Auf Verhinderungspflege nach § 64c SGB XII haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch. Dies ergibt sich aus § 63 Abs. 1 SGB XII.

Für Pflegeversicherte übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen im Kalenderjahr.

Der Anspruch nach § 64c SGB XII entspricht dem Inhalt nach dem Anspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 1 SGB XI.

Der Leistungsbetrag nach § 39 Abs. 1 SGB XI (bis zu 1.612,00 € im Jahr) ist vorrangig einzusetzen.

Dieser Betrag kann um bis zu 806,00 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI auf insgesamt bis zu 2.418,00 € im Kalenderjahr erhöht werden.

Können die Kosten nicht oder nicht vollständig durch vorrangige Leistungen gedeckt werden, sind über die Verhinderungspflege nach § 64c SGB XII die

ungedeckten Kosten für Ersatzpflegekräfte, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, zu übernehmen.

Zwar ist die Verhinderungspflege nach § 64c SGB XII nicht zeitlich begrenzt, dennoch handelt es sich ebenfalls um eine zeitweilige Ersatzpflege. Die im § 39 Abs. 1 SGB XI festgeschriebene Leistungsdauer von maximal 6 Wochen kann als Anhaltswert dienen.

Zu übernehmen sind die angemessenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege. Die Angemessenheit der Kosten ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der gerichtlich voll überprüfbar ist.

Der Sozialhilfeträger muss die gebotene Hilfe leisten und sich daher am vorübergehenden Bedarf des Hilfebedürftigen orientieren.

Was in diesem Zusammenhang angemessen ist, wird durch die Umstände des Einzelfalls vorgegeben und orientiert sich im Zweifel an den ortsüblichen Entgelten eines Pflegedienstes oder einer stationären Kurzunterbringung, wird aber auch bestimmt durch die Frage nach Alternativen.

Eine Begrenzung der Leistungen, wie sie sich im SGB XI in den Regelungen zu Möglichkeiten der Entlastung der Pflegeperson findet, kommt in der Hilfe zur Pflege nicht in Betracht.

Eine solche Begrenzung ließe sich auch mit dem Bedarfsdeckungsgrundsatz nicht vereinbaren.

Für pflegeversicherte Pflegebedürftige wird von der Pflegekasse die Hälfte des nach § 37 Abs. 1 SGB XI bezogenen Pflegegeldes während einer Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. Der Anspruch auf Zahlung eines 1/3-Pflegegeldes nach § 63b Abs. 5 SGB XII besteht in diesem Fall nicht.

Nach § 63b Abs. 5 SGB XII besteht für nichtpflegeversicherte Pflegebedürftige, die Leistungen der Verhinderungspflege erhalten, Anspruch auf Zahlung eines 1/3-Pflegegeldes.

Die Verhinderungspflege geht der Kurzzeitpflege nach § 64h SGB XII vor. Auch die Kurzzeitpflege kann im Fall des Ausfalls der Pflegeperson in Betracht kommen – setzt aber nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ voraus, dass Verhinderungspflege nicht möglich ist.

### **28. § 64d SGB XII - Pflegehilfsmittel**

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die

1. zur Erleichterung der Pflege der Pflegebedürftigen beitragen,
2. zur Linderung der Beschwerden der Pflegebedürftigen beitragen oder
3. den Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Der Anspruch umfasst die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

Es wird unterschieden zwischen

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z.B. Windeln, Einmalhandschuhe, Bettschutzeinlagen) und
- technische Pflegehilfsmittel (z.B. Hausnotrufgeräte, Pflegebetten).

Nach § 64d Abs. 2 SGB XII sollen technische Pflegehilfsmittel den Pflegebedürftigen in geeigneten Fällen leihweise zur Verfügung gestellt werden.

Leistungen der Krankenversicherung sowie der Pflegeversicherung sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Mit einem Pauschalbetrag von maximal 40,00 € werden zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel durch die Pflegekasse abgegolten (§ 40 Abs. 2 SGB XI). Sofern die Pauschale nicht ausreicht, den notwendigen Bedarf zu decken, hat eine Aufstockung durch den Sozialhilfeträger zu erfolgen.

Bei technischen Pflegehilfsmitteln haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, einen Eigenanteil nach § 40 Abs. 3 S. 4 SGB XI in Höhe von 10 Prozent, höchstens jedoch 25,00 € je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten, sofern sie von der Zuzahlung nicht befreit sind. Die Eigenanteile werden nicht vom Sozialhilfeträger übernommen.

Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des technischen Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen.

Eine Aufstockung durch den Sozialhilfeträger bei einem vorrangigen Anspruch aus der Pflegeversicherung kommt bei technischen Pflegehilfsmitteln nicht in Betracht.

Ein Anspruch gegenüber dem Sozialhilfeträger kommt daher in Betracht bei

- nichtpflegeversicherten Pflegebedürftigen oder
- nicht bedarfsgerechter Leistung der Pflegekasse.

Die Notwendigkeit des beantragten Pflegehilfsmittels ist unter Beteiligung der Pflegefachkraft des Kreises Kleve zu prüfen.

Eine Übersicht der Pflegehilfsmittel findet sich gemäß § 78 SGB XI im Pflegehilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der Pflegekassen. Die dortige Aufzählung ist weder für die Pflegekasse, noch für den Sozialhilfeträger abschließend (siehe Urteil BSG vom 22.05.2015 - B3 KR 3/14 R).

[https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen\\_input.action](https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action)

### **Hausnotrufsystem**

Für pflegeversicherte Pflegebedürftige übernimmt die Pflegekasse die Kosten des Hausnotrufs. Eine Kostenübernahme aus Sozialhilfemitteln ist daher für diesen Personenkreis nicht möglich.

Für nichtpflegeversicherte Pflegebedürftige kommt die Übernahme der Kosten für den Anschluss an eine Hausnotrufzentrale aus Sozialhilfemitteln nur in Betracht, wenn der Pflegebedürftige allein lebend oder über weite Teile des Tages allein lebend ist und jederzeit aufgrund des Krankheits- bzw. Pflegezustandes (z.B. Gleichgewichts- und Bewusstseinsstörungen, Herzanfälle, Fallneigung) mit dem Eintritt einer Notsituation zu rechnen ist, in der es dem Pflegebedürftigen nur mit Hilfe des Hausnotrufsystems (und nicht mit handelsüblichen Telefonen) möglich ist, einen Notruf abzusetzen.

Der Anspruch besteht auch dann, wenn der Pflegebedürftige mit einer Person in häuslicher Gemeinschaft lebt, die jedoch aufgrund ihrer körperlichen oder geistigen Einschränkungen im Falle einer Notsituation nicht in der Lage ist, einen Hilferuf selbstständig abzusetzen.

Dem Hilfesuchenden sind bei Vorliegen der Voraussetzungen die monatlichen Anschlusskosten an eine Hausnotrufzentrale sowie die einmaligen Anschlussgebühren zu leisten.

Ist ein Telefonanschluss nicht vorhanden, sind auch die Anschlusskosten für das Telefon zu leisten. Die monatliche Grundgebühr sowie die Kosten für die Gesprächseinheiten sind nicht aus Sozialhilfemitteln zu leisten.

## **29. § 64e SGB XII - Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes**

Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen können gewährt werden,

1. soweit sie angemessen sind und
2. durch sie
  - a) die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert werden kann oder
  - b) eine möglichst selbständige Lebensführung der Pflegebedürftigen wiederhergestellt werden kann.

Der Anspruch besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5.

Die Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes dienen der möglichst weitgehenden Verwirklichung des Grundsatzes der ambulanten vor der stationären Pflege. Indem das Wohnumfeld der pflegebedürftigen Person an die Behinderung/Einschränkung angepasst wird, soll ihr ein längerer Verbleib in der häuslichen Umgebung ermöglicht werden.

Leistungen der Pflegekasse sind vorrangig in Anspruch zu nehmen. Die Pflegekasse gewährt nach § 40 Abs. 4 SGB XI Zuschüsse in Höhe von maximal 4.000,00 € je Maßnahme.

Sofern die Leistungen der Pflegekasse nicht ausreichen, kann der Sozialhilfeträger aufstockende Leistungen erbringen. Die Notwendigkeit der Maßnahme

wird dann nicht erneut geprüft. Bei Nichtpflegeversicherten erfolgt die Bedarfsprüfung durch den Sozialhilfeträger.

Jede Maßnahme kann nur einmal bezuschusst werden.

Dabei ist „eine Maßnahme“ auch eine größere Umbauaktion unter Einschluss mehrerer Umbauposten (z.B. Einbau Dusche statt Badewanne, Entfernung von Türschwellen, etc.).

Eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen liegt auch vor, wenn eine Verbesserung durch einen Umzug in eine den Anforderungen des Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung erreicht werden kann.

In diesen Fällen kann nach den Besonderheiten des Einzelfalls die Pflegekasse Umzugskosten bezuschussen. Bei Nichtpflegeversicherten können die Umzugskosten aus Sozialhilfemitteln übernommen werden.

Die Gewährung eines weiteren Zuschusses kommt nur in Betracht bei objektiver Veränderung der Pflegesituation mit nachvollziehbar entstandenem neuem Pflegebedarf oder wenn der Umzug erforderlich wird (und zwar selbst dann, wenn auch die frühere Wohnung schon bezuschusst wurde).

Die Zusammenfassung mehrerer Einzelmaßnahmen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt zur Verbesserung des individuellen Umfeldes eines Pflegebedürftigen notwendig sind, zu einer Gesamtmaßnahme im Rechtssinne gilt auch dann, wenn die Einzelmaßnahmen nicht in einem Auftrag gemeinsam vergeben oder zeitlich nacheinander durchgeführt werden.

### **Wohnung mit mehreren Pflegebedürftigen**

Werden in einer Wohnung, in der mehrere anspruchsberechtigte Pflegebedürftige gemeinsam wohnen, Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen erforderlich, kann jeder Pflegebedürftige bis zu 4.000,00 € gegenüber seiner Pflegekasse geltend machen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist jedoch auf 16.000,00 € begrenzt. Dieser Betrag bzw. die tatsächlich entstandenen Kosten werden bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die zuständigen Pflegekassen aufgeteilt.

Aufgrund des Nachrangs der Sozialhilfe ist bei einer derartig gemeinschaftlich finanzierten Maßnahme der Anspruch nach § 64e SGB XII auf den Anteil begrenzt, der bei Aufteilung der Gesamtkosten auf alle Leistungsberechtigten in der Wohngemeinschaft zu gleichen Teilen entsteht.

### **Beispiel:**

---

***Wohngemeinschaft mit 4 Personen, wovon 3 Personen pflegeversichert sind. Die Kosten für den Umbau des Bades betragen 24.000,00 €. Von der Pflegekasse erhalten die 3 Personen einen Zuschuss von 12.000,00 €. Die verbleibenden Kosten betragen 12.000,00 €. Aus Sozialhilfemitteln können für den nicht pflegeversi-***

---

*cherten Leistungsberechtigten hiervon 6000,00 € übernommen werden, da die Gesamtkosten auf alle Bewohner zu gleichen Teilen aufzuteilen sind (Bedarfsdeckung: keine Deckelung in der Sozialhilfe).*

**Beispiel:**

*Wohngemeinschaft mit 8 Personen, wovon 6 Personen pflegeversichert sind. Die Kosten für den Umbau betragen 24.000,00 €. Von der Pflegekasse erhalten die 6 Personen einen Zuschuss von 16.000,00 € als Höchstbetrag. Die verbleibenden Kosten betragen 8.000,00 €. Aus Sozialhilfemitteln können für die beiden nicht pflegeversicherten Leistungsberechtigten hiervon je 3.000,00 € übernommen werden. Auch in diesem Beispiel werden die Gesamtkosten auf alle Bewohner zu gleichen Teilen aufgeteilt.*

## Reparaturen/Wartungen

Hat sich eine Pflegekasse bei Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen mit einem Zuschuss beteiligt und müssen diese repariert oder gewartet werden, kann hierfür eine Kostenbeteiligung durch die Pflegekasse erfolgen, sofern der Höchstbetrag von 4.000,00 € noch nicht ausgeschöpft wurde. Die weitere Kostenbeteiligung für die Reparatur bzw. Wartung ist somit auf den noch nicht ausgeschöpften Restbetrag beschränkt.

Entsprechend des Urteils des Bundessozialgerichts vom 25.01.2017 (Az. B 3 P 4/16 R) ist für funktionswiederherstellende Reparaturen oder Wartungen eine neue Zuschussgewährung nicht möglich.

Sollte eine von der Pflegekasse mit dem Höchstbetrag bezuschusste wohnumfeldverbessernde Maßnahme defekt und deshalb komplett gebrauchsunfähig sein oder ausfallen, kann dies als Änderung der Pflegesituation gewertet werden. Das bedeutet, dass dann für eine Ersatzbeschaffung eine weitere wohnumfeldverbessernde Maßnahme bezuschusst werden kann.

Voraussetzung ist allerdings die vollständige Gebrauchsunfähigkeit. Hierbei darf die Gebrauchsunfähigkeit nicht mutwillig herbeigefügt worden sein.

Sofern der Höchstbetrag der Pflegekasse bereits ausgeschöpft wurde bzw. bei nichtpflegeversicherten Pflegebedürftigen ist eine Übernahme der Reparatur- bzw. Wartungskosten aus Sozialhilfemitteln möglich.

## 30. § 64f SGB XII - Andere Leistungen

### 30.1 Angemessene Alterssicherung der Pflegeperson

Nach § 64f Abs. 1 SGB XII sind zusätzlich zum Pflegegeld nach § 64a Abs. 1 SGB XII die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, soweit diese nicht anderweitig sichergestellt ist.

Absatz 1 betrifft die Fälle, in denen die Pflegeperson eine Erwerbstätigkeit zugunsten der Pflege eines Pflegebedürftigen minimiert oder gar nicht ausübt und dadurch die Alterssicherung gefährdet ist. In diesen Fällen sind die Beiträge für eine angemessene Alterssicherung vom Sozialamt zu übernehmen.

Bei der Bemessung der angemessenen Beiträge ist vorrangig auf den Umfang der geleisteten Pflegetätigkeit im Verhältnis zu einer Vollzeitpflegekraft abzustellen. Dies entspricht auch der Regelung des § 44 SGB XI.

Bei pflegeversicherten Personen sind die Leistungen der Pflegekasse nach § 44 SGB XI i.V.m. § 19 SGB XI vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Die Entscheidung, ob Beiträge zur Alterssicherung des Pflegepersonals gewährt werden, ist in erster Linie vom durchschnittlichen täglichen Pflegeaufwand abhängig.

Zu berücksichtigen ist außerdem, ob eine angemessene Alterssicherung anderweitig als sichergestellt anzusehen ist oder gar nicht mehr sichergestellt werden kann, weil die Pflegeperson kurz vor dem Rentenalter ist, oder deren Lebensunterhalt durch den Ehegatten sichergestellt ist.

Einzelfälle sind mit der Pflegefachkraft des Kreises Kleve und der Fachaufsicht abzuklären.

Neben Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung kann auch der Abschluss einer privaten Lebens- oder Rentenversicherung der Art nach angemessen sein.

Wird Pflegegeld nach § 64a SGB XII wegen anderer vorrangiger Leistungen nicht bezogen, entfällt auch der Anspruch auf Erstattung nach § 64f SGB XII.

### **30.2 Beratung der Pflegeperson**

Ist neben der häuslichen Pflege nach § 64 SGB XII eine Beratung der Pflegeperson geboten, sind nach § 64f Abs. 2 SGB XII die angemessenen Kosten zu übernehmen.

Vorrangig sind die Leistungen der Pflegeversicherung nach §§ 7a ff, 45 SGB XI in Anspruch zu nehmen. Eine Kostenerstattung umfasst z.B. die Pflegekursgebühren.

Absatz 2 bezweckt die Gewährleistung einer qualitativ möglichst hochwertigen Pflege, indem die Pflegeperson die nötige Beratung erhält. Zugleich können hierdurch Überforderungssituationen vermieden und die häusliche Pflege ggfs. länger realisiert werden.

### **30.3 Arbeitgebermodell**

Soweit die Sicherstellung der häuslichen Pflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 im Rahmen des Arbeitgebermodells erfolgt, sollen nach § 64f Abs. 3 SGB XII die angemessenen Kosten übernommen werden.

Das in Absatz 3 normierte Arbeitgebermodell dient der Verwirklichung eines möglichst weitgehenden selbstbestimmten Lebens der pflegebedürftigen Person. Sie soll selbst entscheiden können, wer sie wie pflegt.

Das **Arbeitgebermodell** ist eine Alternative oder Ergänzung zur Versorgung durch Pflegedienste und Einrichtungen.

Nach § 63b Abs. 6 SGB XII lässt sich den eigenen Bedürfnissen entsprechend bestimmen, welche Personen zu welcher Zeit die benötigte Unterstützungsleistung erbringen soll.

Der Leistungsumfang bemisst sich am festgestellten Bedarf der häuslichen Pflegehilfe.

Vorrangige Leistungen, insbesondere nach dem SGB V und SGB XI sind in Anspruch zu nehmen.

Das Arbeitgebermodell ist vom Gesetzgeber ausdrücklich gewollt, bzw. auch privilegiert (sh. auch § 64f Abs. 3 SGB XII).

### Hinweise:

Zu beachten ist, dass Pflegebedürftige nicht auf die Sachleistungen nach dem SGB XI verwiesen werden können (vgl. § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII), sie erhalten aber das Pflegegeld nach dem SGB XI.

- Das Pflegegeld ist anzurechnen (siehe § 63b Abs. 6 Satz 2 SGB XII)
- Die Übernahme der Kosten nach § 64f Abs. 3 SGB XII müssen angemessen sein.
- Das Arbeitgebermodell ist nur bei den **PG 2 - 5** möglich.

Es besteht auch die Möglichkeit das Pflegegeld nach § 64a SGB XII zu erhalten, hier ist aber die Leistungskonkurrenz nach § 63 Abs. 5 SGB XII zu beachten (in entsprechenden Fällen dürfte eine Kürzung um weniger als 2/3 kaum vertretbar sein).

Auch im Arbeitgebermodell kann sich der Pflegebedürftige als Arbeitgeber nicht nur darauf beschränken, lediglich nur den nach Vertrag vereinbarten Lohn zu zahlen. Es wird immer wieder Situationen geben, in denen der Pflegebedürftige eine neben dem Lohn hinausgehende notwendige Anerkennung für die Hilfe (ggf. auch andere Personen im Rahmen der Nachbarschaftshilfe) geben muss. (Sh. hierzu auch BVerwG, Urteil v. 05.07.2003, 5 C7/02, LGS Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 09.01.2006, L23B 1009/05 SO ER).

Leistungsvoraussetzungen des Arbeitgebermodells sind

- die Sicherstellung der Pflege durch die beschäftigten besonderen Pflegekräfte (es dürfen keine Angehörigen sein; es ist unerheblich ob die beschäftigten Pflegekräfte über eine besondere Ausbildung im pflegerischen Bereich verfügen),



- der Nachweis eines Konzeptes, welches die Sicherstellung der Pflege belegt,
- die Vorlage eines Arbeitsvertrages / einer Kostenkalkulation (Personal, Arbeitszeit, Urlaubszeit, Vertretungsregelung)
- Beispiel für angemessene Kosten für eine Pflegekraft im „Arbeitgebermodell“

<b>Gesamtbedarf pro Woche /Arbeitszeit</b>	<b>30 Stunden</b>
<b>Berechnung ausgehend von einem Brutto-Stundenlohn von 12,00 €</b>	
<b>Gerechnet für 1 Monat bei 30 Wochenstunden</b>	
<b>30 Std. x 4,339 Wochen = ca. 131 Std x12,00 € (AN-Brutto)</b>	1.572,00 €
<b>+AG –Anteile Sozialversicherung (ca.23%) = AG-Brutto</b>	371,15 €
	1.943,00 €
<b>+ 17% (8% für Krankheits- u. 9% für Urlaubsvertretung)</b>	330,43 €
<b>+Beitrag Unfallkasse NRW (ca. 70,00 € pro Jahr)</b>	
<b>+ggf. Pauschale für Lohnabrechnung (Steuerberater o.ä.)</b>	5,84 €
	40,00 €
<b>Gesamtbedarf pro Monat</b>	<b>2.319,33 €</b>

Neben den Personalkosten sind im Rahmen der Hilfe zur Pflege auch erforderliche Sachkosten zu übernehmen, die aufgrund der Mitbenutzung der Wohnung durch die Pflegeperson, z.B. für ein Assistenzzimmer entstehen (siehe auch BSG, Urteil vom 28.02.2013, B8SO1/12R).

### 31. § 64g SGB XII - Teilstationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, soweit die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Die teilstationäre Pflege dient dazu, den Vorrang der häuslichen Pflege zu erhalten und zu fördern auch in Fällen, in denen die häusliche Pflege nicht oder nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Mit ihr soll ein dauerhafter Wechsel von der häuslichen Pflege zur stationären Pflege verhindert werden.

Personen, die nur Pflegegrad 1 oder keinen Pflegegrad erreichen, haben keinen Anspruch auf teilstationäre Pflege.

Der Sozialhilfeträger hat für einen Leistungsberechtigten bei entsprechend festgestellten Bedarf grundsätzlich sowohl die Kosten der häuslichen wie auch der teilstationären Pflege zu übernehmen.

Die Leistungen der Pflegekasse sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Nach § 41 Abs. 2 S. 2 SGB XI übernimmt die Pflegekasse für versicherte Pflegebedürftige monatlich

- 689,00 € für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2
- 1.298,00 € für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3
- 1.612,00 € für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4
- 1.995,00 € für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Nach § 41 Abs. 3 SGB XI können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

### **32. § 64h SGB XII - Kurzzeitpflege**

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer stationären Pflegeeinrichtung, soweit die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und die teilstationäre Pflege nach § 64g nicht ausreicht.

Wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nach den §§ 71 und 72 SGB XI nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint, kann die Kurzzeitpflege auch erbracht werden

- durch geeignete Erbringer von Leistungen nach Teil 2 SGB IX oder
- in geeigneten Einrichtungen, die nicht als Einrichtung zur Kurzzeitpflege zugelassen sind.

Soweit während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der Pflegebedürftigen erforderlich ist, kann Kurzzeitpflege auch in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erbracht werden.

Die Kurzzeitpflege ist von der Verhinderungspflege nach § 64c SGB XII abzugrenzen.

Zwar kann auch die Kurzzeitpflege faktisch „Verhinderungspflege“ sein, wenn zur Entlastung der Pflegeperson die pflegebedürftige Person vorübergehend stationär unterzubringen ist, weil Ersatz im häuslichen Umfeld nicht gefunden werden kann.

Als Form der stationären Pflege ist die Kurzzeitpflege jedoch grundsätzlich gegenüber der Verhinderungspflege nach § 64c SGB XII, die eine Form der häuslichen Pflege ist, nachrangig.

Es ist daher stets vorrangig zu prüfen, ob vor der Kurzzeitpflege eine Verhinderungspflege nach § 64c SGB XII möglich ist.

Personen, die nur Pflegegrad 1 oder keinen Pflegegrad erreichen, haben keinen Anspruch auf Kurzzeitpflege.

Erforderlich für die Gewährung von Kurzzeitpflege ist, dass die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht auch dann, wenn bereits bei Aufnahme in die Kurzzeitpflegeeinrichtung feststeht, dass im Anschluss an die Kurzzeitpflege eine vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung erfolgen soll.

Aus der sozialen Pflegeversicherung ist nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI der Anspruch auf Kurzzeitpflege auf acht Wochen und einen Höchstbetrag von 1.612,00 € - bzw. bei Anrechnung des Maximalbetrags aus der Verhinderungspflege – auf 3.224,00 € pro Kalenderjahr begrenzt.

Diese zeitlichen und betragsmäßigen Begrenzungen gelten in der bedarfsdeckend zu erbringenden Sozialhilfe nicht. Je nach den Umständen des Einzelfalls ist daher die durch die Pflegekasse erbrachte Leistung aufzustocken.

Eine Überschreitung der zeitlichen Vorgaben der Pflegeversicherung ist grundsätzlich möglich. Sollten jedoch längere Aufenthalte notwendig sein, ist vollstationäre Dauerpflege angezeigt.

Während der Kurzzeitpflege kommt ein Anspruch auf Pflegegeld nach § 64a SGB XII nicht in Betracht; es gilt § 63b Abs. 3 S. 1 SGB XII.

### **33. Entlastungsbetrag**

#### **33.1 § 64i SGB XII**

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben nach § 64i SGB XII Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125,00 € monatlich.

Vor dem Hintergrund des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird hier eine über den notwendigen pflegerischen Bedarf hinausgehende zusätzliche Leistung gewährt; eine Entlastung von Pflegepersonen erfolgt auch bereits durch bestehende Leistungen der Hilfe zur Pflege wie Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege.

Mit der Ausgestaltung als zusätzliche Leistung soll Pflegepersonen jedoch die Möglichkeit eröffnet werden, insbesondere niedrigschwellige Angebote in Anspruch nehmen zu können.

Der Betrag ist nach Satz 2 zweckgebunden einzusetzen. Es handelt sich also nicht um eine Pauschale, die zur freien Verfügung des Pflegebedürftigen steht. Der Pflegebedürftige hat nachzuweisen, dass ihm Kosten bei der Inanspruchnahme von Hilfen nach Satz 2 entstanden sind. Die nachgewiesenen Kosten erhält er dann bis zur Höchstgrenze erstattet.

Mit dem Entlastungsbetrag können nur Hilfen finanziert werden, die von qualifizierten Diensten bzw. Pflegefachkräften erbracht werden.

Restbeträge durch nicht in Anspruch genommene Hilfen in Vormonaten können nicht „angespart“ werden.

Verwendungszwecke für den Entlastungsbetrag:

- weitere Entlastung der Pflegeperson
- Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Angeboten
- Förderung Selbständigkeit bei der Alltagsgestaltung
- Unterstützungsangebote § 45a Abs. 1 Satz 2 SGB XI

Beispielsweise Begleitung bei Spaziergängen, Vorlesen, Betreuungsmittag, Unterstützungsleistung bei der Haushaltsführung (Einkaufen, Wäschepflege).

Der Entlastungsbetrag kann auch parallel zur Gewährung von Pflegegeld gezahlt werden. Er kann auch parallel zur Gewährung von Pflegesachleistungen eines ambulanten Pflegedienstes erfolgen.

Wird jedoch von der Pflegefachkraft ein notwendiger Bedarf an Betreuungsleistungen (zusätzlich zur Pflege und ggfs. hauswirtschaftliche Versorgung) festgestellt, ist dieser Bedarf über § 64 b vollständig zu decken und zu gewährleisten.

Äußert die pflegebedürftige Person zusätzlich zum notwendigen Bedarf an Betreuungsleistungen noch den Wunsch, darüber hinaus noch (nicht notwendige aber wünschenswerte) Entlastungsleistungen - ggfs. auch durch einen anderen Dienst- in Anspruch nehmen zu wollen, sind diese mit maximal 125,00 € über § 64i zu gewähren.

### 33.2 § 66 SGB XII

Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 gilt die Regelung des § 66 SGB XII. Die Regelung entspricht im Wesentlichen der des § 64i SGB XII.

Der Unterschied besteht allerdings darin, dass der Entlastungsbetrag nach § 66 SGB XII auch für die Leistungen der häuslichen Pflege nach § 64b SGB XII, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 64e SGB XII, andere Leistungen nach § 64f SGB XII und Leistungen zur teilstationären Pflege nach § 64g SGB XII verwendet werden kann.

Der Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 stellt die einzige Leistung zur Deckung täglich anfallender pflegerischer Bedarfe dar.

Das Siebte Kapitel des SGB XII enthält also zwei unterschiedliche Anspruchsgrundlagen für den Entlastungsbetrag je nachdem, ob Pflegegrad 1 vorliegt oder die pflegebedürftige Person in die Pflegegrade 2 bis 5 einzustufen ist.

### **33.3 § 45b SGB XI**

Pflegeversicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben nach § 45b SGB XI gegenüber Ihrer Pflegekasse Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125,00 € monatlich. Dies gilt auch für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1.

Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbarer Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung Ihres Alltages.

Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
2. Leistungen der Kurzzeitpflege,
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI.

Im Gegensatz zum Entlastungsbetrag nach dem SGB XII können im SGB XI Restbeträge durch nicht in Anspruch genommene Hilfen in Vormonaten „angespart“ werden (siehe hierzu § 45b Abs. 1 S. 5 SGB XI).

Nach § 63b Abs. 2 S. 2 SGB XII gehen Leistungen nach § 45b SGB XI den Leistungen nach den §§ 64i und 66 SGB XII vor; auf die übrigen Leistungen der Hilfe zur Pflege werden sie nicht angerechnet.

Nach § 45b Abs. 3 S. 3 SGB XI wird der Entlastungsbetrag auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach §§ 64i oder 66 SGB XII nur dann angerechnet, wenn nach diesen Vorschriften Leistungen zu gewähren sind, deren Inhalte den Leistungen des § 45b SGB XI entsprechen.

Weil die Hilfen in §§ 64i und 66 SGB XII inhaltlich so gut wie identisch sind mit den Hilfen nach § 45b SGB XI sind, sind pflegeversicherte Personen auf die Ausschöpfung der Leistungen der Pflegeversicherung zu verweisen. Eine Aufstockung oder gar der doppelte Bezug von Entlastungsleistungen hat nicht zu erfolgen.

### **34. § 65 SGB XII - Stationäre Pflege**

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf Pflege in stationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht

möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Der Anspruch auf stationäre Pflege umfasst auch Betreuungsmaßnahmen; § 64b Absatz 2 findet entsprechende Anwendung.

Die vollstationäre Pflege ist somit grundsätzlich nachrangig gegenüber häuslicher wie teilstationärer Pflege.

Nach § 43 Abs. 2 SGB XI übernimmt die Pflegekasse für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat:

770,00 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,  
1.262,00 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,  
1.775,00 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,  
2.005,00 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Abweichend von Satz 1 übernimmt die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, soweit der nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt.

Die Leistung der Pflegekasse ist vorrangig zur Deckung der Heimpflegekosten einzusetzen. Die verbleibenden Restkosten können bei Vorliegen der wirtschaftlichen Voraussetzungen aus Sozialhilfemitteln übernommen werden.

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie von der Pflegekasse einen Zuschuss in Höhe von 125,00 € (§ 43 Abs. 3 SGB XII). Eine Übernahme der Restkosten aus Sozialhilfemitteln nach § 65 SGB XII ist für diesen Personenkreis nicht möglich.

Nach § 43b SGB XI haben Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen gegenüber ihrer Pflegekasse einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsleistungen. Für alle nichtpflegeversicherten Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen übernimmt der Sozialhilfeträger dieser Pflegekasse aus der Hilfe zur Pflege.

### **35. § 66a SGB XII - Sonderregelungen zum Einsatz von Vermögen**

Für Personen, die Leistungen nach dem 7. Kapitel (Hilfe zur Pflege) erhalten, gilt ein zusätzlicher Betrag von bis zu 25.000,00 € für die Lebensführung und die Alterssicherung im Sinne von § 90 Absatz 3 Satz 2 als angemessen, sofern dieser Betrag ganz oder überwiegend als Einkommen aus selbständiger und nichtselbständiger Tätigkeit der Leistungsberechtigten während des Leistungsbezugs erworben wird; § 90 Absatz 3 Satz 1 bleibt unberührt.

Das auf diese Weise erworbene Vermögen bleibt für die Leistungsberechtigten auch dann anrechnungsfrei, wenn die Erwerbstätigkeit während des Leistungsbezugs unterbrochen oder beendet wird.

Da der Einsatz oder die Verwertung eines solchen Vermögens für die Betroffenen stets eine Härte im Sinne des § 90 Absatz 3 Satz 1 SGB XII darstellt, bedarf es nach dem Willen des Gesetzgebers keiner Einzelfallprüfung, ob eine Härte vorliegt.

### **36. Leistungen Nachrang der Sozialhilfe / Vorrangige**

Sozialhilfe erhält nach § 2 Abs. 1 SGB XII nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen erhält; deren Verpflichtungen bleiben gem. § 2 Abs. 2 S. 1 SGB XII unberührt.

Dieser Nachranggrundsatz ist ein den Leistungsberechtigten bindendes Gebot der Sozialhilfe, so dass es insbesondere nicht in seinem Belieben steht, zwischen Selbsthilfe und der Inanspruchnahme von Sozialhilfe zu wählen.

Dabei gehört zur Selbsthilfeverpflichtung des Leistungsberechtigten auch die Geltendmachung realisierbarer Ansprüche gegenüber einem anderen Sozialleistungsträger.

Mit dem Nachranggrundsatz des § 2 SGB XII korrespondiert der Subsidiaritätsgrundsatz des § 13 Abs. 3 SGB XI. Nach Satz 1 Nr. 1 dieser Vorschrift gehen die Leistungen der Pflegeversicherung SGB XI den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach dem SGB XII vor.

Sozialhilferechtliche Leistungen zur Pflege sind daher nur zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder das SGB XII dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsieht.

Das Verhältnis zwischen den Leistungen der Hilfe zur Pflege und den Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften ist dabei abschließend in der Konkurrenznorm des § 63b SGB XII geregelt. Dort wird der in § 2 SGB XII normierte *Grundsatz der Nachrangigkeit* der Sozialhilfe nicht nur konkretisiert, sondern auch erweitert.

#### ➤ **Vorrang von Beihilfeansprüchen**

Beamte, Versorgungsempfänger und deren berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehepartner, Kinder) haben neben den Leistungen aus der privaten Pflegeversicherung Anspruch auf Beihilfe zu den Pflegeaufwendungen.

Geregelt ist die Gewährung von Beihilfeleistungen in der Beihilfeverordnung des Bundes (BBhV) sowie in den Beihilfeverordnungen der Länder (z.B. BVO NRW).

Die Beihilfe ist vorrangig gegenüber der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Dies gilt sowohl bei Geld- als auch bei Sachleistungen.

### ➤ **Pflegezulage nach dem Gesetz über den Lastenausgleich (Lastenausgleichsgesetz - LAG)**

Die Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz ist eine gleichartige Leistung im Sinne des § 63b Abs. 1 SGB XII, auch wenn sie nur einen Bemessungsposten für die Unterhaltshilfe darstellt.

Die Pflegezulage ist in voller Höhe auf die Hilfe zur Pflege anzurechnen, wenn die im Einzelfall gewährte Unterhaltshilfe mindestens der Pflegezulage entspricht. Ist die Unterhaltshilfe niedriger als die Pflegezulage, ist ein Betrag in Höhe der Unterhaltshilfe anzurechnen. (Urteil OVG Lüneburg, FEVS 24).

Die Pflegezulage im Lastenausgleich setzt sich zusammen aus dem Sockelbetrag nach § 267 Abs. 1 LAG in Höhe von 26,00 € bzw. 11,00 € bei Heimaufenthalt und ggf. einem Erhöhungsbetrag in Höhe von mtl. 159,00 €.

Der Sockelbetrag in Höhe von 26,00 € bzw. 11,00 € ist nachrangig gegenüber Leistungen der Pflegeversicherung.

### ➤ **Blindengeld und Blindenhilfe**

Blinde Volljährige unter 60 Jahren erhalten in NRW ein Blindengeld nach dem Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose NW (GHBG) in Höhe von monatlich 765,43 €, Kinder und Jugendliche in Höhe von 383,37 € (Stand 01.07.2020).

Blinde Menschen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, erhalten Blindengeld in Höhe von 473,00 €.

Diese Leistung wird unabhängig von Einkommen und Vermögen gewährt.

Blinde Menschen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, erhalten den Differenzbetrag von 292,43 € (765,43 € - 473,00 €) als ergänzende Blindenhilfe nach § 72 SGB XII, wenn Einkommen und Vermögen bestimmte Grenzen nicht überschreiten.

Erhalten blinde Menschen Leistungen der Pflegekasse, der privaten Pflegeversicherung oder Beihilfe wegen häuslicher Pflege, Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege, wird das Blindengeld um 170,64 € (Pflegegrad 2) bzw. 158,05 € (Pflegegrade 3 bis 5) gekürzt.

Diese Anrechnungsregelung hat der Gesetzgeber getroffen, weil der durch die Blindheit bedingte Mehraufwand teilweise bereits durch die Pflege- und Betreuungsleistungen abgedeckt wird.

Die Zuständigkeit für die Gewährung von Blindengeld und Blindenhilfe liegt beim LVR als überörtlicher Träger der Sozialhilfe.

Wird jedoch durch den örtlichen Sozialhilfeträger Hilfen zur Pflege für eine vollstationäre Unterbringung gewährt, ist der örtliche Träger auch zuständig für die Gewährung der Blindenhilfe nach § 72 SGB XII (siehe § 97 Abs. 4 SGB XII).



Auf das Pflegegeld nach § 64a SGB XII sind Leistungen nach § 72 SGB XII und gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften (GHBG NW) grundsätzlich mit 70% anzurechnen (§ 63b Abs. 2 SGB XII). Diese Anrechnungsvorschrift ist auch bei Hilfen für hochgradig sehbehinderte Menschen gemäß § 4 GHBG NW (monatlich 77,00 €) anzuwenden.

Eine Person, die Blindenhilfe bezieht, erhält nach § 72 Abs. 4 Satz 1 SGB XII daneben keine Hilfe zur Pflege wegen Blindheit außerhalb von stationären Einrichtungen.

Beruhet die Pflegebedürftigkeit auf anderen Gründen als auf der Blindheit, kommt ambulante Hilfe zur Pflege auch neben der Blindenhilfe in Betracht.

### 37. Rechtsnachfolge nach § 19 Abs. 6 SGB XII

Nach § 19 Abs. 6 SGB XII steht der Anspruch der Berechtigten auf Leistungen für Einrichtungen oder auf Pflegegeld, soweit die Leistung den Berechtigten erbracht worden wäre, nach ihrem Tode demjenigen zu, der die Leistung erbracht oder die Pflege geleistet hat.

Voraussetzung hierfür ist, dass

- der Sozialhilfebedarf dem Sozialamt gemäß § 18 SGB XII zu Lebzeiten des Hilfesuchenden bekannt geworden ist,
- die Voraussetzungen der Sozialhilfegewährung zu Lebzeiten des Hilfesuchenden gegeben waren,
- die Hilfe in einer Einrichtung oder von einer Pflegeperson tatsächlich geleistet wurde.

Die Anwendung der Rechtsnachfolge bei Pflegesachleistungen (z.B. Leistungen ambulanter Pflegedienste) ist *nicht* möglich, da es sich bei ihnen nicht um „Leistungen für Einrichtungen“ handelt. Ein ambulanter Pflegedienst ist keine Einrichtung im Sinne des § 19 Abs. 6 SGB XII (siehe Urteil BSG vom 13.07.2010, AZ B8 SO 13/09).

Ein Anspruch nach dem Tod des Leistungsberechtigten besteht jedoch dann, wenn die Bewilligung bereits erfolgt ist, aber die Kosten noch nicht gezahlt sind. In diesem Falle kann der Leistungsanbieter den aus der Bewilligung gegenüber dem Leistungsberechtigten erwachsen unmittelbaren Anspruch gegenüber dem Sozialhilfeträger geltend machen (Sozialhilferechtliches Dreiecksverhältnis, siehe Urteil BSG vom 18.11.2014 – B8 SO-23/13R).

Der Anspruch auf Sozialhilfe kann *nicht* vererbt werden, da der Bedarf des Leistungsberechtigten nach seinem Tod nicht mehr gedeckt werden kann. Es ergibt sich aus dem Bedarfsdeckungsgrundsatz in Gestalt des Individualisierungsgrundsatzes, dass Sozialhilfe für die Vergangenheit nicht geleistet wird.

Der Gesetzgeber hat – der Rechtsprechung des BVerwG folgend – eine §§ 56 ff. SGB I verdrängende Sonderregelung getroffen.

### **38. Umsetzung BTHG ab 01.01.2020**

Mit Wirkung zum 01.01.2020 traten die neuen Regelungen zur Eingliederungshilfe in Teil 2 des SGB IX in Kraft.

Im Bundesteilhabegesetz (BTHG) wird in § 103 Abs. 2 SGB IX für Menschen mit Behinderung, die gleichzeitig Pflegebedarf haben, das Verhältnis zwischen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII geregelt.

Treffen diese Leistungen - unabhängig, ob sie gleichartig oder nicht gleichartig sind - zusammen, gilt der sogenannte „Lebenslagenansatz“.

Dies bedeutet, die Leistungen der Eingliederungshilfe umfassen auch die Leistungen der häuslichen Pflege vor Erreichen der Regelaltersgrenze.

Dies gilt auch nach Erreichen der Regelaltersgrenze, soweit erstmalig vor diesem Zeitpunkt Leistungen der Eingliederungshilfe erbracht worden sind.

Da die Leistungen der Eingliederungshilfe die Leistungen der häuslichen Pflege umfassen, gelten auch insoweit die günstigeren Einkommens- und Vermögensregelungen der Eingliederungshilfe.

Bei Personen, die vor Erreichen der Regelaltersgrenze erstmals Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben, gilt diese Regelung auch über die Altersgrenze hinaus, soweit die Ziele der Eingliederungshilfe erreicht werden können (hier gilt die Vermögensfreigrenze der Eingliederungshilfe: ca. 56.070,00 €).

Für Personen, die nach Erreichen der Regelaltersgrenze Pflegebedürftigkeit und Behinderung erleiden, besteht aufgrund der Gleichrangigkeit Zugang zu beiden Leistungen, dann wird die Hilfe zur Pflege als Sozialleistung jedoch nach den Vorschriften der Sozialhilfe (SGB XII) erbracht (Vermögensfreigrenze 5.000,00 €).

Sachlich gerechtfertigt ist die Differenzierung aufgrund der unterschiedlichen Lebenslagen.

In der Lebenssituation eines Menschen, der von Geburt an oder in seiner aktiven Erwerbsphase mit einer Behinderung konfrontiert wird, dominiert neben der sozialen Teilhabe gerade die Teilhabe an Bildung und die Teilhabe am Arbeitsleben, sei es am allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei anderen Leistungsanbietern, und damit im Regelfall die Leistungen der Eingliederungshilfe.

Ein Mensch, der hingegen erst im vorgerückten Alter Pflegebedürftigkeit und Behinderung erleidet, ist typischerweise im Wesentlichen auf Pflegeleistungen angewiesen.

Diese Differenzierung der Lebenslagen anhand des Alters der Leistungsberechtigten, anknüpfend an das Kriterium der Regelaltersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung, ist ein objektives und eindeutiges Kriterium.

## 39. Projekt Wohnberatung im Kreis Kleve

Wohnberatung hat zum Ziel, das selbständige Wohnen bzw. die selbständige Haushaltsführung der Menschen in ihren Wohnungen bzw. in ihrem Wohnumfeld zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen.

Zur Zielgruppe gehören insbesondere ältere und hilfe- oder pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Demenz und Menschen mit Behinderungen.

Die meisten Menschen möchten gerne möglichst lange in den eigenen vier Wänden wohnen. Das Projekt „Kostenfreie Wohnberatung vor Ort“ des Kreises Kleve leistet hierzu einen hilfreichen Ansatz.

Ziel des Projekts ist es, frühzeitig über Veränderungen, die das Alter mit sich bringen kann, nachzudenken, nämlich dann, wenn man noch selbst entscheiden kann, wie und wo man die nächsten Jahre verbringen möchte.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der kostenfreien Wohnberatung vor Ort ist, dass der Bürger in einer selbst genutzten Eigentums- oder Mietimmobilie im Kreis Kleve wohnt und für die Beratung einen fachkundigen, am Projekt teilnehmenden, Wohnberater in Anspruch nimmt.

Die Kosten für die Wohnberatung werden durch den Kreis Kleve übernommen und direkt an den Beratungsdienstleister gezahlt. Zuständig für die Projektentwicklung und Abrechnung ist das Sachgebiet 4.21 (wohnberatung@kreis-kleve.de, 02821 85-341).

Paragrafen: §§ 61 – 66a SGB XII

- Fassung vom 20.10.2020

---

### Hinweis

Mit allen im Text verwendeten Personenbezeichnungen meint die gewählte Formulierung stets beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichteren Lesbar- und Übersichtlichkeit die männliche Form gewählt wurde.

---