

Maßgebliche Rechtsgrundlagen sind die §§ 61 bis 66a SGB XII, wg. des Umfangs wird auf einen Abdruck hier verzichtet

Der aktuelle Gesetzestext kann den Rose-Hilfetexten entnommen werden.

## Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines zur Pflegeversicherung und die Hilfe zur Pflege .....	1
1.1 Entwicklung der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege.....	1
1.2 Leistungshöhen .....	2
1.3 Ziele und Hilfearten .....	2
1.4 gesundheitliche Voraussetzungen für Leistungen des SGB XI und der Hilfe zur Pflege .....	4
1.5 weitere Voraussetzungen für Leistungen der Pflegeversicherung .....	5
2. Abgrenzung der Hilfe zur Pflege zu anderen Hilfearten / Kürzung Pflegegeld .....	6
2.1 allgemeiner Nachrang des SGB XII .....	6
2.2 Verhältnis von Betreuungs- und Entlastungsleistungen n. § 45a/b SGB XI zum SGB XII .....	7
3. Feststellung des Pflegegrades und des Pflegebedarfs.....	7
4. Wirtschaftliche Voraussetzungen für die Hilfe zur Pflege .....	9
5. Bewilligungsbescheid / Kostenübernahmeerklärung Pflegedienst / Tod .....	9
6. Überleitungs- und Besitzstandsregeln .....	10
6.1 Überleitung von Hilfen vor dem 31.12.2016 .....	10
6.2 Besitzstandsregel .....	10

## 1. Allgemeines zur Pflegeversicherung und die Hilfe zur Pflege

### 1.1 Entwicklung der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege

1995 trat das Pflegeversicherungsgesetz erstmalig in Kraft. Es gewährt für alle Pflegebedürftigen der Pflegestufe I-III ambulante oder stationäre Hilfen (Pflegegelder und/oder Sachleistungen). In unregelmäßigen Abständen wurden die Beträge in den Folgejahren erhöht.

Die Pflegeleistungen wurden durch das Pflegeergänzungsgesetz (PfIEG) zum 01.01.2002 verbessert. Neu eingeführt wurden sogenannte zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen für an Demenz und ähnlichen, die Alltagskompetenz einschränkenden Krankheiten leidende Personen (§§ 45a/b SGB XI; zum Inhalt und zur Abgrenzung zum SGB XII siehe 4.2). Bei diesen Personen musste dafür mindestens Pflegestufe I-III und ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf festgestellt werden.

Zum 01.07.08 wurden durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfwG) diese zusätzlichen Betreuungsleistungen erhöht und auch auf den Personenkreis der an Demenz u.ä. Erkrankten mit erheblichem Betreuungsbedarf in der ehemaligen sogenannten Pflegestufe 0 erweitert.

Zum 01.01.13 wurden durch das Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) erneut die Leistungen für an Demenz u.ä. Erkrankte mit erheblichem Betreuungsbedarf erweitert. Hierfür wurde zusätzlich zu den Betreuungsleistungen ein kleines Pflegegeld (für damalige Pflegestufe 0) sowie ein Aufstockungsbetrag für die regulären Pflegegelder oder Pflegesachleistungen der Pflegestufen I-III eingeführt (§ 123 SGB XI). Diese Leistungen waren auf einen ggf. ergänzenden Sachleistungsbedarf an Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII anrechnungsfähig, sofern mit den ergänzenden Sachleistungen bereits schon gleichartige Leistungen zur Entlastung und Betreuung gedeckt werden.

Diese Leistungen wurden durch das zum 01.01.2015 eingeführte Pflegestärkungsgesetz (PSG I) nochmals erhöht und die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach §§ 45a,b SGB XI nun auch für alle, also nicht nur an Demenz u.ä erkrankte, Personen der Pflegestufe I-III eingeführt.

Zum 01.01.16 wurde durch das PSG II maßgeblich ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff im Gesetz verankert, der dann zum 01.01.17 in der Praxis zu erheblichen Änderungen bei der Begutachtung/Einstufung führte. Die bisherig gesondert festgestellte eingeschränkte Alltagskompetenz v.a. bei Demenzerkrankten fließt nunmehr in die Gesamtbegutachtung ein, alle kognitiven Einschränkungen werden nunmehr in den Pflegegraden mit berücksichtigt. Maßgeblich ist nicht mehr der zeitliche Hilfebedarf, sondern das Maß der Einschränkung an eigenständiger Lebensführung durch Erkrankung und/oder durch kognitive Defizite.

Am 01.01.17 traten durch das PSG III dann die neuen Begutachtungsrichtlinien für die Pflegeversicherung in Kraft und die bisherigen Pflegestufen wurden in Pflegegrade umgewandelt. Das SGB XII wurden auf die neuen Bestimmungen des SGB XI angepasst. Im SGB XII sind Betreuungs- und Entlastungsleistungen zusätzlich eingeführt worden, ebenso Leistungen für Kurzzeit und Verhinderungspflege.

## 1.2 Leistungshöhen

Die ab **01.01.2017** möglichen Pflegeversicherungsleistungen für ambulante Pflege sowie deren Anrechnungsfähigkeit auf SGB XII-Leistungen im Überblick:

<b>Pflegegrad</b>	<b>Pflegegeld nach § 37 SGB XI (anrechenbar auf SGB XII)</b>	<b>Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI (anrechenbar auf SGB XII)</b>	<b>(Zusätzliche) Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI (nur anrechenbar, wenn für den selben Zweck eingesetzt wie in §§ 64i, 66 SGB XII)</b>	<b>Stationäre Leistungen (anrechenbar auf SGB XII)</b>
1	-	-	125 €	125 €
2	316 €	689 €	125 €	770 €
3	545 €	1.298 €	125 €	1.262 €
4	728 €	1.612 €	125 €	1.775 €
5	901 €	1.995 €	125 €	2.005 €
<b>Verhinderungspflege PG 2-5 (1.612 €/Jahr), Kurzzeitpflege Pflegegrad 2-5 1612 €/Jahr mit Verhinderungspflege addierbar), Tages- und Nachtpflege PG 2-5 (in Höhe der Beträge für stationäre Pflege zusätzlich zu Pflegegeld u./o Sachleistungen)</b>				

## 1.3 Ziele und Hilfearten

Die Leistungen zur Pflege nach dem SGB XI und XII sollen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen. Den pflegebedürftigen Menschen soll trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes, der Würde des Menschen entsprechendes Leben in der eigenen häuslichen Umgebung ermöglicht werden (Grundsatz: ambulant vor stationär).

Die Aktivierung der Pflegebedürftigen zum Zweck des Erhalts und der Steigerung ihrer vorhandenen Fähigkeiten und die Aufrechterhaltung ihrer sozialen Beziehungen soll hierbei im Mittelpunkt

stehen, um eine weitgehende Unabhängigkeit von Pflegeleistungen nach den Umständen des Einzelfalls zu erreichen. Zur Dienstleistung des Sozialhilfeträgers gehören insbesondere die Beratung in Fragen der Sozialhilfe und die Beratung und Unterstützung in sonstigen sozialen Angelegenheiten (§§ 10 Abs. 2, 64f SGB XII). Beratung im Zusammenhang mit der Pflege bieten auch die Wohnberatung, die Pflegeberatung und die sogenannten Pflegestützpunkte an.

Die Hilfgewährung und der Leistungsanspruch richtet sich -im Gegensatz zum Recht vor dem 01.01.17- nun nicht mehr nach drei Pflegestufen (zzgl. Pflegestufe 0) sondern nach fünf Pflegegraden (PG 1-5), die durch Punktwerte nach einem vorgegebenen Begutachtungsverfahren festgestellt werden.

Zur Zielerreichung und zur Vermeidung einer vollstationären Pflege umfasst der Leistungskatalog des SGB XI und SGB XII folgende Hilfen:

- Pflegegeld, wenn die Pflege zuhause durch Angehörige, Nachbarn oder Bekannte sichergestellt werden kann. Mit dem Pflegegeld soll sichergestellt werden, dass Angehörige, Lebenspartner und sonstige Pflegepersonen eine materielle Anerkennung für die im häuslichen Bereich erbrachte Pflege und Betreuung erhalten. Die Höhe ist im SGB XI und SGB XII gleich und abhängig vom jeweiligen Pflegegrad.
- Pflegesachleistungen, wenn ein Pflegedienst eingeschaltet werden muss. Pflegebedürftige der PG 2-5 haben als Pflegesachleistung Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung. Häusliche Pflege wird durch geeignete Pflegekräfte oder über ambulante Pflegedienste erbracht, die mit dem Pflegekassen und dem Sozialhilfeträger einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Der Anspruch umfasst die pflegerischen Maßnahmen in den nach § 14 SGB XI genannten Bereichen und wird in der Regel nach sogenannten Leistungskomplexen (LK, eine Liste der LKs findet sich in Anlage 1) abgegolten. Im SGB XI bestehen Höchstbeträge nach jeweiligem Pflegegrad, im SGB XII ist die Höhe nicht gedeckelt.
- Kombinationsleistung (nur im SGB XI) aus den beiden o.g. Leistungen. Z.B. besteht, wenn die Pflegesachleistung nur zu 80 % in Anspruch genommen wird, noch ein Anspruch auf von 20 % des für den Pflegegrad maßgeblichen Pflegegeldes. Im SGB XII wird bei Bezug von Sachleistungen immer mindestens 1/3 Pflegegeld zusätzlich gewährt (siehe Beispiele unter 2.1).
- Entlastungsbetrag in Höhe von mtl. max. 125 € als Angebot zur Unterstützung im Alltag für Personen in PG 1-5. Näheres dazu kann Punkt 2.2 bzw. dem Hinweis zu §§ 64i und 66 SGB XII entnommen werden.
- Pflegehilfsmitteln z.B. Pflegebett, Waschsysteme, Hausnotrufsysteme, Desinfektionsmittel, Bettschutzeinlagen o. Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen z.B. Türverbreiterung, Duschumbau etc. Im SGB XI auf max. 4.000 € pro Maßnahme gedeckelt; im SGB XII nicht gedeckelt.
- Tages- oder Nachtpflege als stundenweiser Besuch einer Pflegeeinrichtung. Pflegeversicherte in PG 2-5 erhalten die pflegebedingten Aufwendungen, Kosten der sozialen Betreuung und die Fahrkosten bis zu einer Höhe der stationären Leistung zusätzlich zu Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombileistung. SGB XII Berechtigte haben einen ungedeckelten Anspruch, das Pflegegeld kann dann jedoch angemessen gekürzt werden. Bei PG 1 siehe Hinweis zu § 64i und 66 SGB XII.
- Kurzzeitpflege in einer stationären Einrichtung für eine Übergangszeit im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder in sonstigen Krisensituationen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht ausreichend ist. Die Leistung ist sowohl im SGB XI als auch SGB

XII beschränkt auf den PG 2-5 und im SGB XI auf 8 Wochen im Jahr und auf 1.612 € begrenzt, im SGB XII jedoch ungedeckt. Kombination mit Verhinderungspflege ist möglich.

- Verhinderungspflege, wenn die private Pflegeperson (Angehörigen im mehr als 2. Verwandtschaftsgrad und nicht in häuslicher Gemeinschaft) wegen Urlaub, Krankheit o.ä. verhindert ist. Die Ersatzpflege durch einen Pflegedienst wird im SGB XI für Fälle des PG 2-5 längstens 6 Wochen im Jahr gezahlt und mit max. 1.612 € bezuschusst. Im SGB XII ist sie grundsätzlich ungedeckt, muss aber angemessen sein, sodass sich hinsichtlich Mindestpflegegrad und Dauer an das SGB XI angelehnt werden sollte. Kombination mit Kurzzeitpflege ist möglich.
- Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen (nur im SGB XI). Es wird pauschal ein Wohngruppenzuschlag von 214 € mtl. zusätzlich zum Pflegegeld oder der Pflegesachleistung gewährt, wenn die Person in einer Wohngruppe wohnt. Dieser dient dazu, die zusätzlichen Aufwendungen einer Wohngruppe zu finanzieren, wenn diese gemeinschaftlich eine Person beauftragen, die die allgemeinen organisatorischen, verwaltenden oder betreuenden Tätigkeiten verrichtet oder hauswirtschaftliche Unterstützung leistet. Auf die Leistungen der Sozialhilfe ist dieser nur anzurechnen, wenn die Sozialhilfe dem selben Zweck dienen soll.
- Alterssicherungsbeihilfen und andere Erstattung von Aufwendungen der pflegenden Personen. Anspruchsberechtigt sind Personen mit PG 2-5. Die Hilfearten ergeben sich aus §§ 44, 44a SGB XI und § 64 f SGB XII.

Der/die Leistungsberechtigte mit PG 2-5 hat sowohl in der Pflegeversicherung als auch in der Hilfe zur Pflege einen Rechtsanspruch auf Gewährung der Hilfe zur Pflege als laufende Leistung in Form eines (trägerübergreifenden) persönlichen Budgets (§ 35a SGB XI, § 63 Abs.3 SGB XII). Hierfür ist jedoch ein gesonderter Antrag erforderlich.

Soweit eine häusliche Versorgung nicht (mehr) möglich und eine stationäre Hilfe zumutbar ist, werden Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen betreut; umfassende Hilfen dafür werden jedoch erst ab PG 2-5 erbracht (§ 43 SGB XI, § 65 SGB XII). Fälle des PG 1 haben nur Anspruch auf mtl. 125 € für die stationäre Pflege. PG 0 Fälle erhalten keine SGB XI-Leistungen bzw. keine Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII für stationäre Aufenthalte in einer Pflegeeinrichtung.

Der Vorrang der ambulanten Pflege gilt nicht, wenn eine geeignete stationäre Hilfe zumutbar und eine ambulante Pflege mit unverhältnismäßigen Mehrkosten in der Sozialhilfe verbunden ist. Ob entstehende Mehrkosten unverhältnismäßig sind, ist in jedem Einzelfall zu prüfen und zu bewerten. Dabei ist in der Regel davon auszugehen, dass Mehrkosten, die durch die ambulante oder teilstationäre statt der stationären Pflege entstehen, unverhältnismäßig sind, wenn die Kosten einer vergleichbaren stationären Pflege durch die ambulanten Pflegekosten um 50% und mehr überschritten werden. Es können aber im Einzelfall auch geringere Überschreitungen bereits zu einer Unverhältnismäßigkeit führen. Geprüft werden muss aber immer, ob die Hilfen im stationären Bereich auch deckungsgleich erbracht werden können und eine stationäre Unterbringung im Einzelfall zumutbar ist (§ 13 Abs.1 SGB XII).

#### **1.4 gesundheitliche Voraussetzungen für Leistungen des SGB XI und der Hilfe zur Pflege**

Die Bestimmungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII und der Sozialen Pflegeversicherung - SGB XI – sind eng verzahnt. Die maßgeblichen Kriterien, anhand derer der Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit bemessen wird, werden in § 14 SGB XI und § 61a SGB XII aufgezählt und mit Punktwerten klassifiziert. Im Gegensatz zum alten Pflegebegriff vor 01.01.17 ist es nun von Bedeutung, inwieweit der Leistungsberechtigte welche Tätigkeiten noch selber ausüben kann bzw. über welches Maß an kognitiven Fähigkeiten er noch verfügt. Die Aufzählung

im SGB XII stimmt mit der in §§ 14,15 i.V.m. Begutachtungsrichtlinien des SGB XI überein, enthält aber im Gegensatz dazu keine zeitliche Komponente. D.h. auch Personen, die voraussichtlich weniger als 6 Monate pflegebedürftig sind, können Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten. Im Gegensatz zum bisherigen Recht spielt im SGB XI und SGB XII der Bedarf an hauswirtschaftlicher Hilfe keine Rolle mehr bei der Bemessung des Pflegegrades, er wird jedoch bei der Begutachtung durch den MDK der Pflegekasse sowie durch die hiesigen Pflegefachkräfte mit erhoben (siehe dazu auch Hinweis zu §§ 64i und 66 SGB XII bzw. § 70 SGB XII).

Die Sozialhilfe ist gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung nicht gedeckelt sondern weiterhin bedarfsdeckungsorientiert zu leisten, d.h. Sozialhilfeleistungen der Hilfe zur Pflege können u.a. auch dann zum Tragen kommen, wenn bei Pflegeversicherten die Leistungen der Pflegekasse nicht ausreichen. Sie kann auch grundsätzlich erwerbsfähigen Menschen gewährt werden und ist altersmäßig nicht beschränkt.

Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII können damit folgende Personen erhalten:

- Pflegebedürftige, die zwar Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, die jedoch wegen der gesetzlich begrenzten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung den individuellen Pflegebedarf nicht abdecken,
- Pflegebedürftige, deren Pflegebedürftigkeit vor Ablauf von sechs Monaten überwunden sein wird,
- Pflegebedürftige, die zwar pflegeversichert sind, jedoch die Vorversicherungszeiten des SGB XI nicht erfüllen (s.u.),
- Pflegebedürftige, die nicht pflegeversichert sind (i.d.R. nach § 264 SGB V betreute Personen).

### **1.5 weitere Voraussetzungen für Leistungen der Pflegeversicherung**

Ist eine pflegebedürftige Person in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert, bedeutet dies nicht automatisch, dass sie auch ab Beginn der Versicherung Leistungen in Anspruch nehmen kann. Vielmehr gelten Mindest-/Vorversicherungszeiten und erst nach deren Erfüllung besteht Anspruch auf Hilfen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Für einen Leistungsanspruch muss in einem Zeitraum von 10 Jahren vor Antragstellung für mindestens 24 Monate, die nicht zusammenhängen müssen, eine Pflicht- oder Familienversicherung in der Pflegeversicherung bestanden haben.

Müssen Leistungen nach dem SGB XII gewährt werden, weil die vorgenannten Mindest-/Vorversicherungszeiten noch nicht erfüllt sind, ist sicherzustellen, dass der Termin, ab dem ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung besteht, auf Wiedervorlage gehalten wird.

Grundsätzlich werden die Leistungen der Pflegeversicherung ab Antragstellung gewährt. War der Versicherte schon vor der Antragstellung pflegebedürftig und wird der Antrag erst später als einen Monat nach dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, so beginnen die Leistungen am Anfang des Antragsmonats. Leistungen der Hilfe zur Pflege werden dagegen erst ab Bekanntwerden (§ 18 SGB XII) erbracht.

Der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht grundsätzlich nicht während eines Nicht-EU-Auslandsaufenthaltes (Ausnahme Pflegegeld: es wird für die ersten 6 Wochen im Ausland weitergezahlt). Für die ersten 4 Wochen eines Krankenhaus- oder stationären Reha-Aufenthaltes wird Pflegegeld oder Kombipflegegeld ebenfalls weitergezahlt; bei Leistungen im Rahmen des Arbeitgebermodells nach § 63 b Abs.6 SGB XII wird die Leistung der Pflegekasse (und des Sozialhilfeträgers) für die gesamte Dauer des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind in der Höhe gedeckelt, so dass v.a bei der häuslichen Pflege durch Pflegedienste und bei der stationären Pflege ggf. ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII in Betracht kommen können.

## 2. Abgrenzung der Hilfe zur Pflege zu anderen Hilfearten / Kürzung Pflegegeld

### 2.1 allgemeiner Nachrang des SGB XII

Für die Gewährung von Leistungen der ambulanten Pflege sowie der teilstationären/vollstationären Pflege und Kurzzeitpflege nach dem SGB XII bestimmt § 63b SGB XII die Nachrangigkeit gegenüber allen gleichartigen Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften (z.B. SGB XI, BVG oder LAG). Insbesondere die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz, Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe (z.B. Kuren) und Krankenhilfe nach dem SGB V (§ 39c SGB V Kurzzeitpflege nach Krankenhausentlassung) oder dem 5.Kapitel SGB XII haben Vorrang vor der Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege, soweit hierdurch langfristige Pflegebedürftigkeit vermeidbar ist. Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem sechsten Kapitel SGB XII bleiben von den Leistungen des SGB XI unberührt, d.h., dass Pflegeversicherungsleistungen nicht auf die Eingliederungshilfe angerechnet werden.

Bei Fällen mit PG 1 kommt u.U. eine parallele Gewährung von häuslicher Pflege nach §§ 61 ff SGB XII und von Leistungen nach § 70 SGB XII (Hilfe zur Weiterführung des Haushalts), § 71 SGB XII (Altenhilfe als Dienstleistung) in Betracht. Näheres dazu ist den Hinweisen zu §§ 64i und 66 SGB XII und § 70 SGB XII (inkl. der dortigen tabellarischen Übersicht) zu entnehmen.

Erhält eine Person Pflegegeld von der Pflegeversicherung oder von anderen Trägern, wird dieses im vollen Umfang auf das Pflegegeld nach § 64a SGB XII angerechnet, d.h. es wird in aller Regel keine weitere Hilfe zur Pflege erbracht.

Sachleistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege (§ 64b SGB XII) werden nicht gewährt, wenn der pflegebedürftige Mensch in der Lage ist, zweckentsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften, i.d.R. nach dem Pflegeversicherungsgesetz, in Anspruch zu nehmen. Bei Inanspruchnahme von Sachleistungen – entweder nach dem Pflegeversicherungsgesetz oder nach dem SGB XII- besteht jedoch grundsätzlich noch Anspruch auf das – nach pflichtgemäßem Ermessen gekürzte - Pflegegeld nach § 63b Abs.5 SGB XII, sofern die wirtschaftlichen Voraussetzungen gegeben sind. Dieses Restpflegegeld soll dazu dienen, es dem Pflegebedürftigen zu ermöglichen, die Pflegebereitschaft auch nahestehender Personen aufrecht zu erhalten, die ergänzend zu professionellen Pflegekräften tätig sein können.

Beispiele für anteiliges Pflegegeld:

Ein pflegebedürftiger Mensch in PG 3 ist nicht pflegeversichert und hat einen Bedarf an Hauspflege. Diese wird von einem Pflegedienst durchgeführt. Dieser Bedarf wird als Sachleistung vollständig nach § 64b SGB XII anerkannt. Daneben steht ihm ein maximal um 2/3 gekürztes Pflegegeld nach § 64a SGB XII i.V.m. § 63 Abs.5 SGB XII zu. Er erhält damit zusätzlich zur Sachleistung ein Pflegegeld mindestens in Höhe von 181,67 € (1/3 von 545 €) monatlich.

Ein pflegebedürftiger Mensch in PG 3 nimmt Sachleistungen der Pflegeversicherung in Höhe von 1.168,20 € in Anspruch (= 90% der zustehenden Sachleistung i. H. v. 1.298 €). Er erhält somit gem. § 38 Satz 2 SGB XI als Kombinationsleistung noch 10% des ihm zustehenden Pflegegeldes von 545 € = 54,50 € monatlich von der Pflegekasse. Sozialhilferechtlich erhält er dagegen mindestens 1/3 seines Pflegegeldes nach § 64 SGB XII von 545 € = 181,67 € monatlich. Er hat demnach neben den Pflegesachleistungen und

dem Pflegegeld nach SGB XI noch einen Anspruch auf ein Pflegegeld nach dem SGB XII von mindestens 127,17 € (181,67 € abzüglich 54,50 €) monatlich.

Bei teilstationärer pflegerischer Betreuung (d.h. bei Tages- oder Nachtpflege) kann das Pflegegeld ebenfalls angemessen gekürzt werden.

Leistungen der dauerhaften stationären Pflege nach § 65 SGB XII werden auch bei einer vorübergehenden Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus der stationären Einrichtung erbracht (bis max. 42 Tage zzgl. evt. Tage einer Krankenhausbehandlung).

Erhält der pflegebedürftige Mensch Blindengeld (nach § 72 SGB XII oder z.B. nach dem Blindengeldgesetz), ist dieses mit 70% auf das Pflegegeld oder Restpflegegeld der Sozialhilfe anzurechnen, d.h das Pflegegeld ist um diesen Betrag zu kürzen.

Bei nicht pflegeversicherten Personen, die Pflegegeld nach §§ 64a o. 63b Abs.5 SGB XII erhalten, ist bei stationären Aufenthalten analog wie im Recht der Pflegeversicherung zu verfahren, d.h. das Pflegegeld wird erst ab dem Beginn der 5. Woche des Krankenhausaufenthaltes eingestellt.

## **2.2 Verhältnis von Betreuungs- und Entlastungsleistungen n. § 45a/b SGB XI zum SGB XII**

Bei den Leistungen nach § 45b SGB XI handelt es sich um sogenannte qualitätsgesicherte Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Diese dienen der Unterstützung im Haushalt, insbesondere bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, der Unterstützung bei der Organisation benötigter Hilfeleistungen, dem Entgegenwirken von Weglauftendenzen und/oder zur Entlastung von Angehörigen. Unter die Betreuungsleistungen fallen insbesondere auch Vorlesen, Spaziergehen und ähnliche Leistungen.

Die Leistungen werden den Pflegebedürftigen nur als Erstattungen ihrer diesbezüglichen Aufwendungen -die immer über einen qualifizierten bzw. in diesem Bereich anerkannten Pflegedienst erbracht werden müssen- gewährt. Der Bedarf kann als Jahresbedarf geltend gemacht werden, nicht verbrauchte Beträge des Vorjahres können z.b. auch auf das Folgehalbjahr übertragen werden.

Nach § 45 Abs.3 Satz 3 SGB XI werden die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI auf die 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.

Näheres dazu regelt der Handbuchhinweis zu §§ 64i und § 66 SGB XII bzw. § 70 SGB XII.

## **3. Feststellung des Pflegegrades und des Pflegebedarfs**

Die Pflegekasse entscheidet durch ein Gutachten des medizinischen Dienstes der Kassen (MDK) über alle Anträge pflegeversicherter Personen. Das Ergebnis der Begutachtung durch den MDK ist hinsichtlich des Ausmaßes des Pflegegrades verbindlich für den Sozialhilfeträger (§ 62a SGB XII), d.h. Leistungen des Sozialhilfeträgers sind nur innerhalb der festgestellten Pflegegrade zu gewähren.

Die Pflegefachkräfte von der Fachstelle Hilfe zur Pflege treffen – zusätzlich zum MDK – in den folgenden Fällen die Feststellungen zum erforderlichen Umfang der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII:

- wenn der MDK keinen Pflegegrad festgestellt hat, der Antragsteller jedoch einen Hilfebedarf z.B. nach § 70 SGB XII für hauswirtschaftliche Versorgung geltend macht,
- wenn ein ergänzender Hilfebedarf besteht, weil die Sachleistungen der Pflegeversicherung oder die Leistung bei PG 1 wegen der begrenzten Leistungsbeträge nicht ausreichen,
- wenn gegen die Einstufung bzw. Nichteinstufung der pflegebedürftigen Person durch den MDK in einen Pflegegrad Widerspruch einzulegen ist (ggf. zur Unterstützung bei der Begründung des Widerspruchs),
- wenn Pflegegrad und Pflegebedarf bei nicht pflegeversicherten Personen festzustellen ist,
- wenn zu prüfen ist, ob nach den Kriterien des § 13 Abs. 1 SGB XII ein Wechsel in die stationäre Pflege erfolgen kann oder
- wenn ein Hilfeplan für pflegebedürftige Menschen ab PG 2 im Rahmen der Gewährung eines persönlichen Budgets erstellt werden soll.

Das Bekanntwerden eines pflegerischen Bedarfs im Sinne von § 18 SGB XII erfolgt in der Regel durch Hinweise und Mitteilung der Betroffenen, der Pflegedienste, Krankenhäuser oder Angehörige an die Sozialen Diensten 201.1, die Leistungsabteilungen 201.31/34 oder an die Pflegefachkräfte. Für die Anfragen an die Fachstelle Hilfe zur Pflege ist das entsprechende Formular (in AKDN) zu verwenden. Eingereichte Gutachten des medizinischen Dienstes der Pflegekassen (MDK) oder Atteste sind, sofern in der Akte vorhanden, in Kopie beizufügen. Sofern im MDK Gutachten kein Pflegegrad anerkannt worden ist, ist dies im Regelfall nur bedingt zur Feststellung des notwendigen ergänzenden Bedarfs geeignet; die vom MDK getroffenen Feststellungen können dann aber Anhaltspunkte für detaillierte Ermittlungen bei der Fachstelle Hilfe zur Pflege liefern.

Die tatsächliche Ermittlung eines Pflegegrades und des notwendigen Hilfeumfangs obliegt damit:

- a. entweder der Pflegekasse; d.h. deren Entscheidung hat die hilfeschende Person ggf. abzuwarten und wenn sich danach ein ergänzender finanzieller Bedarf für Kosten eines Hauspflegedienstes ergeben sollten, muss dieser von den Pflegefachkräften ermittelt werden.
- b. in Eilfällen den Pflegefachkräften, die möglichst in Kooperation mit den Kollegen/Kolleginnen der Sozialen Dienste auch den tatsächlichen Bedarf feststellen. Ein Eilfall ist in der Regel ein dringender Bedarf, bei dem die betroffene Person über keine finanziellen Mittel oberhalb eines GruSI Bedarfes verfügt. Ein Eilfall kann auch die Sicherstellung von Versorgung und Pflege bei Meldungen an den Sozialdienst über hilflose Personen, über Krisenintervention und in Notfällen sein. Bei solcher Form von Gefahr im Verzug und nicht rechtzeitiger Möglichkeit der Einschaltung der Pflegefachkräfte, hat auch der Sozialdienst die Befugnis zur Kostenzusage gegenüber den beauftragten Pflegediensten und schaltet danach die Pflegefachkräfte ein. Hier sind dann im Wege eines Erstattungsanspruches ggf. Leistungen der Pflegekasse zu sichern.
- c. in Fällen ohne Pflegeversicherung möglichst in Kooperation mit den Kollegen/Kolleginnen der Sozialen Dienste abschließend den Pflegefachkräften, die auch zugleich den Bedarf abschließend feststellen.

Die Pflegefachkräfte (und in den obigen Ausnahmen auch der Sozialdienst) geben in der Regel auch Kostenzusagen gegenüber Pflegediensten ab, dies entbindet jedoch nicht von einer Kostenübernahmeerklärung im Sinne von Punkt 5.

Die Fachstelle Hilfe zur Pflege erstellt einen Bericht und stellt darin fest, welcher Pflegegrad vorliegt (bei nichtpflegeversicherten Personen) und welche ggf. ergänzende Hilfe notwendig ist. Dies ist Entscheidungsgrundlage für die Bescheiderteilung durch 201.31.



#### 4. Wirtschaftliche Voraussetzungen für die Hilfe zur Pflege

Für den Bezug von Leistungen der Hilfe zur Pflege gelten die Einkommensgrenzen der §§ 85 ff. SGB XII; wegen des Einkommenseinsatzes siehe insbesondere § 87 Abs. 1 S. 3 SGB XII. Bezüglich des Vermögens sind die §§ 90, 91 SGB XII in Verbindung mit der DVO sowie § 66a SGB XII (wenn kein gleichzeitiger Hilfebedarf nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII besteht) anzuwenden. Insbesondere bei SGB II-Berechtigten sind die unterschiedlichen Vermögensschongrenzen zu beachten.

Für Empfänger von Leistungen nach dem Conterganstiftungsgesetz sind die Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel ab 01.08.2013 ohne Anrechnung von Einkommen und Vermögen der antragstellenden Person und der Angehörigen der Einsatzgemeinschaft zu erbringen.

#### 5. Bewilligungsbescheid / Kostenübernahmeerklärung Pflegedienst / Tod

Die Leistung ist mit Bescheid zu bewilligen. In der Regel ist der Leistungszeitraum auf maximal ein Jahr nach der Begutachtung der Fachstelle Hilfe zur Pflege zu begrenzen oder an den Nachbegutachtungstermin, den die Fachstelle Hilfe zur Pflege in ihren Hausbesuchsberichten aufführt, anzupassen. Jede Bewilligung muss eine Berechnung der monatlichen Hilfehöhe/Leistung bzw. eine Benennung der anerkannten Leistungskomplexe beinhalten sowie den Abzug der ggf. vorrangigen Pflegeversicherungsleistung benennen.

Zugleich ist bei den Fällen mit einer (Teil-)Kostenübernahme ambulanter Sachleistungen wegen des Dreiecksverhältnisses „Sozialhilfeträger - ambulanter Dienst - pflegebedürftige Person“ eine schriftliche Kostenübernahmebestätigung unter Angabe des Bewilligungszeitraumes sowie der anerkannten Leistungskomplexe an den Pflegedienst zu übermitteln. Diese Kostenübernahmebestätigung muss auch einen Hinweis auf einen Rückforderungsvorbehalt bei rückwirkender Aufhebung der Leistungsbewilligung gegenüber der pflegebedürftigen Person beinhalten.

Bei gleichzeitigem Bezug von Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII sollte die Bewilligungsdauer der Hilfe zur Pflege an den Bewilligungszeitraum der Grundsicherung angepasst werden.

Beispiel:

Die Feststellung des Pflegegrades 2 durch die Fachstelle erfolgt am 01.03.17; eine erneute Prüfung wird vorgeschlagen in 12 Monaten; somit also im Februar 2018:

Lfd. Bewilligungszeitraum der Grundsicherung noch bis zum 30.06.17

- zunächst Bewilligung der Hilfe zur Pflege für den Zeitraum 01.03.17 nur bis 30.06.17

Nach nahtloser Vorlage des Weiterbewilligungsantrages auf Grundsicherung:

- Bewilligung Grundsicherung für den Zeitraum 01.07.17 bis 30.06.18
- Bewilligung Hilfe zur Pflege für den Zeitraum 01.07.17 jedoch nur bis 28.02.18 (neuer Begutachtungstermin)

Bei dem Bewilligungsbescheid für die pflegebedürftige Person handelt es sich um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung. Zukünftige oder später bekannt gewordene Änderungen in den gesundheitlichen und/oder wirtschaftlichen Verhältnissen, die die Verringerung oder die gänzliche Ablehnung der Hilfe zur Pflege zur Folge haben, sind mit einer Aufhebungsentscheidung nach §§ 45, 48 ff. SGB X entsprechend zu bescheiden.

Gegenüber einem Pflegedienst besteht erst nach Aufhebung des Bewilligungsbescheides ein zivilrechtlicher Anspruch auf Erstattung aus ungerechtfertigter Bereicherung und gegenüber der pflegebedürftigen Person aus einem öffentlich rechtlichen Schuldverhältnis. Beide haften gegenüber dem Sozialamt als Gesamtschuldner (BGH v. 31.03.16, Az III ZR 267/15).

Bei Tod wird das Pflegegeld im Sterbemonat vollständig geleistet (§ 64a Abs.2 SGB XII). Bei nicht pflegeversicherten Personen, die Pflegegeld nach §§ 64a o. 63b Abs.5 SGB XII erhalten, ist bei stationären Aufenthalten analog wie im Recht der Pflegeversicherung zu verfahren, d.h. das Pflegegeld wird erst ab dem Beginn der 5. Woche des Krankenhausaufenthaltes eingestellt.

## 6. Überleitungs- und Besitzstandsregeln

### 6.1 Überleitung von Hilfen vor dem 31.12.2016

Nach § 140 SGB XI und § 137 SGB XII wurden alle Pflegebedürftigen, die am 31.12.2016 in Pflegestufen eingeteilt waren, zum 01.01.17 auf die neuen Pflegegrade umgestellt. Aus Pflegestufe I wurde Pflegegrad 2 usw. (Stufensprung) und bei von der Pflegekasse festgestellter eingeschränkter Alltagskompetenz erfolgte ein doppelter Stufensprung, d.h. aus Pflegestufe I wurde Pflegegrad 3 usw. Dies gilt bis zu einer Neubegutachtung mit etwaiger Höherbewertung. Pflegestufe 0 Fälle im SGB XII erhalten nach der Besitzstandsregel die Leistung ebenfalls zunächst weiter (s.u.).

### 6.2 Besitzstandsregel

Im SGB XI:

Ergibt eine Neubegutachtung nach dem 01.01.17, dass keine Änderung eingetreten ist oder ein geringerer PG als der übergeleitete PG vorliegt, besteht im SGB XI Bestandsschutz auf den zum 01.01.17 übergeleiteten Pflegegrad und die übergeleitete Leistungshöhe. Wenn keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt erfolgt keine Leistungsgewährung mehr.

Im SGB XII:

Fälle der ehemaligen Pflegestufe 0:

Wurden bis zum 31.12.2016 Leistungen der Pflegestufe 0 (ohne Feststellung der eingeschränkten Alltagskompetenz) erbracht und wird auch bei einer Neubegutachtung nach dem 01.01.17 kein PG, aber dennoch derselbe Bedarf an Hilfen festgestellt, so wird die Leistung der Pflegestufe 0 als Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII a.F i.V.m. § 138 SGB XII i.d.F ab 01.01.17 in gleicher Höhe wie bis zum 31.12.2016 als Besitzstand weiterhin erbracht.

Ergibt eine Neubegutachtung nunmehr einen Pflegegrad 1 (oder höher), ist die Hilfe nach dem Recht ab 01.01.17 zukünftig festzusetzen; ggf. auch rückwirkend ab 01.01.17, wenn bereits vor Begutachtung die Voraussetzungen für den PG vorgelegen haben. Bei PG 1 siehe aber auch Hinweise §§ 66 SGB XII oder § 70 SGB XII.

Fälle der ehemaligen Pflegestufe I-III:

Wurden zum 31.12.2016 Leistungen der Pflegestufe I-III auf PG 2-5 übergeleitet und wird bei einer Neubegutachtung nach dem 01.01.17 nun ein geringerer PG festgestellt, so wird nur für die Zukunft die Hilfe nach dem geringeren PG festgesetzt. Für die Vergangenheit erfolgt keine Rückforderung.