

Anlage zu § 83 Abs. 3 LRV SGB IX

**Leitlinien und Regeln zur
Ausgestaltung der Angebotsformen für Menschen mit Pflegebedarf
im Sinne des Umgangs mit Versorgungs- und Unterstützungsangeboten**

**1. mit ausschließlichen Leistungen zur Teilhabe, in dem die Gesamtheit an
erforderlicher Pflege von der EGH umfasst wird**

(sog. Inklusives Modell)

und

2. mit kombinierten Leistungen stationärer Pflege und zur Teilhabe

(sog. Kombi-Modell)

verabschiedet in der Vertragskommission am 12.12.2023

Inhalt

1.	Einleitung und Herleitung der Empfehlung aus der Teilhabe-Pflege Vorbemerkung	4
1.1.	Bisher „binnendifferenzierte“ Angebotsformen.....	4
1.2.	neue Angebotsstrukturen	5
2.	Rahmenbedingungen des Inklusiven und des Kombi-Modells	6
3.	Besondere Bestimmungen zum Inklusiven Modell.....	6
3.1.	Mögliche Inhalte der Pflegeleistungen in den Leistungsvereinbarungen nach § 125 SGB IX.....	6
3.2.	Zahlungsströme zur Abwicklung der Leistungen nach § 43a SGB XI	6
3.3.	Ermittlung der Pflegebedarfe.....	6
3.4.	Bestimmungen zur med. Behandlungspflege innerhalb des Inklusiven Modells	6
3.4.1.	Einfachste med. Behandlungspflege	6
3.4.2.	Erweiterte med. Behandlungspflege.....	6
4.	Besondere Bestimmungen zum Kombi-Modell	6
4.1.	Anforderungen an den Status der atypischen Pflegeeinrichtung i.S.d. SGB XI.....	7
4.1.1.	In der Konzeption zu beschreibende spezielle Zielgruppe.....	7
4.1.2.	Schwerpunkt der pflegerischen Leistungen innerhalb des Wohnangebots	8
4.1.3.	Wahrnehmung außerhäuslicher Teilhabeangebote durch den Personenkreis ..	9
4.1.4.	Weitere einzuhaltende Rahmenbedingungen.....	9
4.1.5.	Zielgruppenbezogene Aufnahmepraxis, Überprüfung und Evaluation	10
4.2.	Anforderungen an das kombinierte Teilhabeleistungsangebot i.S.d. SGB IX.....	11
4.2.1.	Allgemeine Anforderungen an die Leistungsvereinbarung nach § 125 SGB IX.....	11
4.2.2.	Pflegeleistungen bei Wahrnehmung außerhäuslicher Teilhabeangebote	12
5.	Verfahrensweg zur leistungsrechtlichen Umsetzung bei Neuinbetriebnahme eines Angebots im Kombi-Modell.....	13
5.1.	Vorabklärung der Zugangsvoraussetzungen zu den Leistungssystemen	13
5.2.	Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages (nach § 72 SGB XI).....	13
5.3.	Pflegesatzverhandlungen mit Pflegekassen und dem Träger der Sozialhilfe	13
5.4.	Verhandlungen mit dem Träger der EGH über Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 125 SGB IX.....	13
6.	Neuinbetriebnahme einer Einrichtung im Inklusiven Modell.....	14
7.	Übergang der Bestandsangebote in das Inklusive Modell und das Kombi-Modell	14
7.1.	Wechsel eines bestehenden Angebots ohne Versorgungsvertrag nach §§ 72 ff. SGB XI ins Inklusive Modell	14
7.2.	Wechsel eines bestehenden Angebots mit einem Versorgungsvertrag nach §§ 72 ff. SGB XI ins Inklusive Modell	14
7.3.	Wechsel einer Einrichtung vom württembergischen Modell ins Kombi-Modell	15
7.4.	Wechsel einer Einrichtung vom badischen Modell in das Kombi-Modell.....	15
8.	Heim- und personalrechtliche Anforderungen.....	15

Anlage zu § 83 Abs. 3 LRV SGB IX BW – Inklusives Modell und Kombi-Modell

8.1. Bestimmungen im Inklusiven Modell	15
8.2. Bestimmungen im Kombi-Modell.....	15
9. Teilnahmepflicht bei und Finanzierung der Pflegeausbildung im Kombi-Modell.....	16
10. Förderrechtliche Konsequenzen im Kombi-Modell.....	16
11. Leistungsrechtliche Besonderheiten im Kombi-Modell.....	17
11.1 Keine Trennung der Leistungen	17
11.2 Weitere Besonderheiten.....	17

1. Einleitung und Herleitung der Empfehlung aus der Teilhabe-Pflege Vorbemerkung

Die auf Landesebene geschlossene „Vereinbarung zur übergangsweisen Fortführung bestehender Unterstützungsstrukturen für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarfen in Baden-Württemberg und zugleich über die Entwicklung künftiger Angebotsstrukturen innerhalb der Rahmenbedingungen des Bundesteilhabegesetzes und des SGB XI“ vom 19.12.2019 (nachfolgend abgekürzt: Vereinbarung Teilhabe-Pflege) enthält, konkret in § 6 Abs. 1d, den Auftrag zur Erstellung einer gemeinsamen Empfehlung.

Danach haben die derzeit noch binnendifferenzierten Einrichtungen ihre Angebote und Leistungen umzustellen, und zwar

- entweder rein auf Basis des SGB IX (**sog. Inklusives Modell**), in dem die Gesamtheit an erforderlicher Pflege von der EGH umfasst wird, oder
- auf ein Modell, das leistungs- und vergütungsrechtlich getrennte Vereinbarungen des Leistungserbringers mit den Pflegekassen und den Leistungsträgern der EGH vorsieht, bei dem die Inhalte der jeweiligen Leistungen die Pflege- und Teilhabeansprüche der Betroffenen möglichst schnittstellenfrei decken und die Besonderheiten in der kombinierten Leistungserbringung berücksichtigen (**sog. Kombi-Modell**).

Gemäß § 83 Abs. 2 LRV obliegt es dem jeweiligen Leistungserbringer, ob er ein Angebot als „Inklusives Modell“ oder als „Kombi-Modell“ führt. Diese beiden Modellvarianten werden als gleichberechtigt betrachtet.

Jedem Menschen mit Behinderung muss die Möglichkeit gegeben werden, im Rahmen der Personenzentrierung, seines Wunsch- und Wahlrechts, der UN-BRK etc. in einem Angebot der Eingliederungshilfe („Inklusives Modell) leben und auch bleiben zu können, sofern – siehe § 103 Abs. 1 SGB IX – die Pflege im jeweiligen Angebot sichergestellt oder zur Nachverhandlung unter Berücksichtigung der Laufzeiten aufgefordert (geregelt in § 34 III, VI LRV SGB IX nach § 126 SGB IX i.V.m. § 125 SGB IX) werden kann.

Mit den Leitlinien und Regeln dieser Empfehlung sollen die bislang binnendifferenzierten Angebote in BTHG-gerechte Angebote überführt und hierfür die Voraussetzungen, die Spezifika, das Verfahren und die Einführung dargestellt werden.

1.1. Bisher „binnendifferenzierte“ Angebotsformen

Für **Wohnangebote** zur Unterstützung und Versorgung von Menschen mit Behinderung,

- die gleichzeitig über wesentliche pflegerische Bedarfe als auch über Teilhabebedarfe verfügen und
- die ein für diese multiplen Bedarfslagen gemeinsam abdeckendes Setting benötigen und wünschen, das vom Umfang her, dem einer bisher vollstationären Einrichtung gleichkommt,

wurden zwei unterschiedlichen „binnendifferenzierten“ Modell-Alternativen angeboten:

- **sog. Württembergisches Modell**
- **sog. Badisches Modell**

Für beide Modelle war bisher in leistungsrechtlicher Hinsicht einheitlich kennzeichnend, dass jedes „binnendifferenzierte“ Angebot über einen mit den Pflegekassen nach § 72 SGB XI geschlossenen Versorgungsvertrag nebst Pflegesatzvereinbarung verfügt und mit

einem Träger der Eingliederungshilfe eine stationäre Leistungs- und Vergütungsvereinbarung nach § 76 SGB XII geschlossen hat. Demgegenüber unterschieden sich die beiden Modelle insbesondere in der Ausgestaltung der Finanzierungs- und Abrechnungskreisläufe zwischen dem jeweiligen Leistungserbringer, den beteiligten Trägern der EGH und den Pflegekassen. Je nach Modell wurden die Leistungen nach §§ 43 bzw. 43a SGB XI in den Finanzierungskreislauf unterschiedlich einbezogen.

1.2. neue Angebotsstrukturen

Mit dem Pflegestärkungsgesetz III und zuletzt mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat der Bundesgesetzgeber Veränderungen an den zwischen EGH, Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege (SGB XII) bestehenden Schnittstellen vorgenommen. Um die sich zum Teil neu stellenden Schnittstellenfragen zu klären bzw. um zumindest praktikable Lösungen für deren Umgang und für die leistungsrechtlichen Anpassungen zu finden,

- gründeten in Baden-Württemberg die Träger der EGH, die beteiligten Pflegekassen, die Verbände der Leistungserbringer zusammen mit der Interessenvertretung der Menschen mit Behinderung eine AG Schnittstelle – unter Begleitung des Ministeriums für Soziales und Integration (SM),
- schlossen die Beteiligten zum Jahreswechsel 2019/2020 eine Vereinbarung¹ zur Zusammenarbeit, innerhalb derer u.a. die Rahmenbedingungen für jene künftigen Angebote erarbeitet werden sollen, in denen stationäre Pflegeleistungen und Teilhabeleistungen kombiniert angeboten werden, und die damit die Grundlagen für die ab 01.01.2021 beginnende Umstellungsphase bilden sollen.

Die Empfehlung sieht mit Blick auf das **Inklusive Modell** Regelungen dafür vor,

- welche leistungsrechtlichen Voraussetzungen das Inklusive Modell erfüllen muss und was Leistungserbringer und -träger bei deren Einführung und Betrieb zu beachten haben,
- welche Verfahrensschritte Leistungserbringer und die beteiligten Leistungsträger zu beachten haben, wenn entweder Bestandsangebote in das Inklusive Modell überführt oder neue Angebote in Form des Inklusiven Modells in Betrieb genommen werden sollen,
- welche Besonderheiten in diesem Modell zu berücksichtigen sind.

Die Empfehlung sieht mit Blick auf das **Kombi-Modell** Regelungen und Lösungsansätze dafür vor,

- welche leistungsrechtlichen Voraussetzungen das Kombi-Modell erfüllen muss und was Leistungserbringer und -träger bei deren Einführung und Betrieb zu beachten haben,
- welche Verfahrensschritte Leistungserbringer und die beteiligten Leistungsträger zu beachten haben, wenn entweder Bestandsangebote in das Kombi-Modell überführt oder neue Angebote in Form des Kombi-Modells in Betrieb genommen werden sollen,
- welche Besonderheiten in diesem Modell zu berücksichtigen sind.

Die Beteiligten verstehen diese Empfehlungen insofern als einen gemeinsamen Weg für Baden-Württemberg, um am Ende für die Betroffenen eine Vielfalt an Angeboten im Spektrum der Leistungssysteme weiterhin bieten zu können und - wie es das BTHG wünscht - Zugang zu möglichst sämtlichen Leistungssystemen zu eröffnen. Dabei soll gerade – wie

¹ Vgl. dazu Vereinbarung Teilhabe-Pflege; konkret §§ 1 Abs. 3, 6 Abs. 1a-d.

es in § 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI zum Ausdruck gebracht wird - ein fruchtbares Nebeneinander der Leistungen der Pflege und der Teilhabe ermöglicht werden.

2. Rahmenbedingungen des Inklusiven und des Kombi-Modells

Siehe Anlage nach § 83 Abs. 3 LRV SGB IX.

3. Besondere Bestimmungen zum Inklusiven Modell

3.1. Mögliche Inhalte der Pflegeleistungen in den Leistungsvereinbarungen nach § 125 SGB IX

Im Inklusiven Modell werden nach § 82 Abs. 1 LRV SGB IX die Fachleistungen einschließlich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen², der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen³ nach Art, Inhalt und Umfang vereinbart.

3.2. Zahlungsströme zur Abwicklung der Leistungen nach § 43a SGB XI

Die Zahlungsströme zur Abwicklung der Leistungen nach § 43a SGB XI erfolgen von der jeweiligen Pflegeversicherung direkt an den jeweiligen Leistungsträger der Eingliederungshilfe.

3.3. Ermittlung der Pflegebedarfe

Zur Ermittlung und Verbescheidung der Pflegebedarfe der leistungsberechtigten Personen gelten die Bestimmungen und der Begutachtungsrichtlinien des MD.

3.4. Bestimmungen zur med. Behandlungspflege innerhalb des Inklusiven Modells

3.4.1. Einfachste med. Behandlungspflege

Zu den einfachsten Maßnahmen med. Behandlungspflege gelten die Bestimmungen nach der Anlage zum § 82 Abs. 1b LRV SGB IX.

3.4.2. Erweiterte med. Behandlungspflege

Zu den erweiterten Maßnahmen med. Behandlungspflege gelten die Bestimmungen nach § 82 Abs. 2 LRV SGB IX und deren Anlage, insbesondere zu personellen, sächlichen und investiven Aufwendungen.

4. Besondere Bestimmungen zum Kombi-Modell

Sowohl die Leistungserbringer, welche künftig ein **neues Angebot** im Sinne eines Kombi-Modells in Betrieb nehmen wollen, als auch jene, die ein **Bestandsangebot** im Sinne eines binnendifferenzierten Angebots⁴ betreiben und dieses auf das Kombi-Modell umstellen wollen, müssen sich bei der Planung des künftigen Angebots mit den sowohl aus Sicht des SGB XI als auch aus Sicht des SGB IX bestehenden Voraussetzungen beschäftigen. Diese Voraussetzungen sind beim Abschluss der dafür notwendigen Leistungsverträge mit den beteiligten Sozialleistungsträgern auf Seiten der Pflege als auch auf Seiten der Teilhabe und damit auch in den jeweiligen Angebotskonzeptionen zwingend zu berücksichtigen.

² vgl. § 1 lit. a – c LRV SGB XI stationär

³ vgl. § 1 lit. d – e LRV SGB XI stationär

⁴ Ungeachtet der Modellvariante.

4.1. Anforderungen an den Status der atypischen Pflegeeinrichtung i.S.d. SGB XI

Ein Angebot im Kombi-Modell, in dem Menschen mit Behinderungen stationäre Pflegeleistungen erhalten bzw. innerhalb dessen Pflegekassen stationäre Pflege gewährleisten sollen, benötigt - wie jede andere Pflegeeinrichtung auch – eine Zulassung in Form eines schriftlichen Versorgungsvertrags⁵. Dieser ist vom Leistungserbringer mit den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe abzuschließen⁶.

Im Versorgungsvertrag ist grundsätzlich der (pflegerische) **Versorgungsauftrag** festzulegen, der innerhalb des Kombi-Modells vom Anbieter zu erfüllen ist. Zum **Mindestinhalt** zählen⁷:

- Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden allgemeinen Pflegeleistungen⁸, die während der Dauer des Vertrages für die pflegeversicherten Bewohner zu erbringen sind.
- Bestimmung der Kapazitäten der Pflegeeinrichtung

Im Übrigen sind die Inhalte und Bestimmungen des Rahmenvertrages für vollstationäre Pflege zu beachten und umzusetzen.

Damit für ein Kombi-Modell-Angebot ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden kann, müssen darüber hinaus nachfolgende Voraussetzungen erfüllt bzw. gegenüber den Pflegekassen dokumentiert sein.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die in den bisher „binnen-differenzierten“ Bestandsangeboten abgeschlossenen Versorgungsverträge auf die nachfolgenden Punkte (insb. Abschnitt 4.1.1.) hin zu überprüfen sind. Auch bei der Überführung von Bestandsangeboten in das Kombi-Modell ist eine entsprechende Präzisierung der bestehenden Konzeptionen bzw. der zu treffenden Regelungen durch Anpassung der Versorgungsverträge vorzunehmen.

4.1.1. In der Konzeption zu beschreibende spezielle Zielgruppe

Da sich das Kombi-Modell-Angebot aus Sicht der Pflegekassen als eine **atypische** (vollstationäre) Pflegeeinrichtung mit Ausrichtung auf eine spezielle Zielgruppe versteht, bedarf es innerhalb der Beschreibung des Versorgungsauftrags einer klaren Definition des Personenkreises, der mit der personellen oder sachlichen Ausstattung dieser Pflegeeinrichtung versorgt werden soll.

Im Vorfeld des Abschlusses des Versorgungsvertrags ist den Landesverbänden der Pflegekassen eine **Konzeption** zur Prüfung vorzulegen, in der der für das Angebot in Frage kommende spezielle Personenkreis dargestellt wird. Bei dieser Darstellung sind folgende Maßgaben zu berücksichtigen:

- a.) Jene Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, die in der atypischen vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt und betreut werden, sind gesondert zu beschreiben bzw. zu definieren – und zwar im Spiegel zu jenen Personenkreisen, die außerhalb solcher atypischer Angebote unterstützt und gepflegt wer-

⁵ Vgl. § 72 Abs. 1 S. 1 SGB XI.

⁶ Vgl. § 72 Abs. 2 SGB XI.

⁷ Vgl. § 84 SGB XI.

⁸ Vgl. dazu § 1 des Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg (nachfolgend abgekürzt: LRV SGB XI).

den. Schließlich muss bei den im Kombi-Modell versorgten Menschen mit Behinderung **die (Langzeit)Pflege⁹ als Bedarfslage im Vordergrund stehen** und nicht die Rehabilitation und Teilhabe.

- b.) Regelhaft steht die Pflege bei diesem Personenkreis im Vordergrund, wenn der einzelne Betroffene eine Aufnahme in ein solches Angebot wünscht und bei ihm die Pflegebedürftigkeit durch das Pflegegutachten des MD (unter Berücksichtigung der nach dem neuen Begutachtungsassessment¹⁰ relevanten Module bzw. Bereiche¹¹) mit

mehr als 64 Punkten

bewertet wird.

Diese Orientierungsgrenze berücksichtigt, dass

- sowohl aus sozialmedizinischer Sicht als auch unter Berücksichtigung der erheblichen Überschneidungen, inwieweit bestimmte Beeinträchtigungen bei Menschen mit Behinderungen ein Ausdruck von Pflegebedürftigkeit oder ihrer Behinderung sind, ein Punktwert von 27 bis 47,5 Punkten (Erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten = Pflegegrad 2) die Vorrangigkeit der Pflege bei diesen Personen nicht nachweist.
 - der im Fokus des Kombi-Modells stehende Personenkreis im Wesentlichen aus Personen mit Schwerst-/Mehrfachbehinderungen und erheblichen Pflegebedarfe besteht, die nach dem NBA diese Punktegrenze i.d.R. erreichen und damit im oberen Bereich des Pflegegrad 3 (Schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten) liegen.
- c.) Soweit in Bestandsangeboten zum Zeitpunkt der Umstellung auf das Kombi-Modell einzelne Personen versorgt werden, die diesen Regelpunktwert nicht ausweisen, bleibt deren fortgeführte Versorgung innerhalb des Kombi-Modell garantiert. Die Weiterbewilligung der bisherigen Pflegesachleistungen nach § 43 SGB XI wird dadurch ebenfalls nicht ausgeschlossen¹².

Für alle Einrichtungen im Kombimodell gelten die Maßgaben zur zielgruppenbezogenen Aufnahmepraxis, Überprüfung und Evaluation gemäß 4.1.5.

4.1.2. Schwerpunkt der pflegerischen Leistungen innerhalb des Wohnangebots

In der den Landesverbänden der Pflegekassen zur Prüfung vorzulegenden Konzeption ist weiter darzulegen:

- der pflegerische Schwerpunkt bzw. Vordergrund des Kombi-Modell-Angebots, welcher auch in der Praxis innerhalb des Wohnangebots gelebt wird
- die konzeptionelle Abgrenzung zu den innerhalb des Wohnangebots angebotenen Teilhabeleistungen nach SGB IX

⁹ Im Sinne des § 43 SGB XI.

¹⁰ Nachfolgend abgekürzt: NBA.

¹¹ Vgl. § 14 Abs. 2 SGB XI.

¹² Es besteht zwischen den Beteiligten der Empfehlung Einigkeit, dass diese Personen durch die Systemumstellung in ihrer bisherigen Versorgung nicht berührt sein sollen (Bestandsschutz).

4.1.3. Wahrnehmung außerhäuslicher Teilhabeangebote durch den Personenkreis

Es besteht das gemeinsame Verständnis, dass im Rahmen des Kombi-Modells auch eine zusätzliche außerhäusliche Unterstützung zur Stärkung der Teilhabe der Betroffenen erfolgen kann und diese außerhäuslichen Maßnahmen grundsätzlich dem Abschluss eines Versorgungsvertrages nicht entgegenstehen¹³.

Um aber im Sinne einer Gesamtbetrachtung prüfen zu können, ob bei dem vom Kombi-Modell-Angebot erfassten Personenkreis - im Sinne der SGB XI-Vorgaben - die Pflege im Vordergrund steht, ist in der Konzeption weiter darzustellen,

- welche Form der außerhäuslichen Unterstützung erfolgt, die eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern soll und die über die von einer Pflegeeinrichtung mit dem Ziel der Sicherung der persönlichen Lebensgestaltung im Pflegeheim zu erbringenden sozialen Betreuung hinausgeht¹⁴,
- insbesondere in welchem zeitlichen Umfang die außerhäusliche Unterstützung zum Aufenthalt in der Pflegeeinrichtung steht (Bsp.: Wie viele Stunden hält sich der Personenkreis am Tag maximal in einem tagesstrukturierenden Angebot der EGH¹⁵ auf?; In welchem Zeitkorridor befindet sich der Personenkreis deshalb regelmäßig nicht innerhalb der Pflegeeinrichtung?).

4.1.4. Weitere einzuhaltende Rahmenbedingungen

Für den Abschluss eines Versorgungsvertrags müssen für das Angebot im Kombi-Modell auch die weiteren allgemeinen Rahmenbedingungen für stationäre Pflegeeinrichtungen erfüllt sein¹⁶. Dazu gehören:

- a.) Nachweis der selbstständig wirtschaftenden Einrichtung¹⁷, in welcher die Zielgruppe
 - unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt wird,
(n.b.: Die Wahrnehmung eines im Tagesverlauf zeitlich begrenzten Tagesstrukturangebots nach SGB IX steht der Erfüllung dieses Merkmals nicht entgegen.)
 - ganztägig (vollstationär) untergebracht und gepflegt werden kann.
- b.) Verpflichtung¹⁸,
 - nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln,
 - alle Expertenstandards nach § 113a SGB XI anzuwenden.

¹³ Gleiches gilt auch für die Bewertung des Angebots als ganztägige „vollstationäre“ Pflegeeinrichtung i.S.d. § 71 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI.

¹⁴ Vgl. § 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI i.V.m. § 1 Abs. 3 e.) LRV SGB XI.

¹⁵ Vgl. dazu etwa die Teilhabeleistungen zum Erwerb und zum Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach § 52 LRV SGB IX i.V.m. § 81 SGB IX.

¹⁶ Die Voraussetzungen für den Versorgungsvertrag werden vor Abschluss vom jeweils federführenden Landesverband der Pflegekassen durch sog. Strukturerhebungsbögen abgefragt.

¹⁷ Vgl. § 71 Abs. 2 SGB XI.

¹⁸ Vgl. § 72 Abs. 3 SGB XI.

- c.) Alle rahmenvertraglichen Voraussetzungen für den Betrieb einer vollstationären Einrichtung, u.a.
 - Pflegedienstleitung,
 - Personalschlüssel¹⁹.
- d.) Alle ordnungsrechtlichen Vorgaben für den Betrieb einer vollstationären Einrichtung nach dem Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz für Baden-Württemberg²⁰ und der Verordnung des Sozialministeriums über personelle Anforderungen für stationäre Einrichtungen²¹, wobei die Empfehlung für das Kombi-Modell von Abweichungsmöglichkeiten ausgeht (vgl. dazu unten Ziff. 8).

4.1.5. Zielgruppenbezogene Aufnahmepraxis, Überprüfung und Evaluation

- a.) Bei Aufnahme von Personen entsprechend der konzeptionellen Beschreibung in das Kombi-Modell-Angebot stellt der beschriebene Punktwert eine Orientierungsgrenze dar, die vom Träger der Pflegeeinrichtung im Rahmen des Versorgungsauftrags zu beachten ist. Die Einhaltung des durchschnittlichen Punktwert von 64 Punkten - berechnet über sämtliche in der Pflegeeinrichtung aktuell dort lebenden Personen - stellt das prägende Element für die Atypik des Angebots dar. Soweit eine Person die Punktegrenze erreicht, ist eine vom Betroffenen gewünschte Aufnahme in das Angebot ohne weitere Prüfung möglich.

Die Aufnahme von Personen aus der Zielgruppe mit einem unter der Orientierungsgrenze liegenden Punktwert ist, **im Einzelfall** möglich, wenn ein Einzugs dieser Person nach dem durchgeführten Gesamt- und Teilhabeplanverfahren für angezeigt bzw. erforderlich erachtet wird und dies auch dem Willen der betroffenen Person bzw. dem des gesetzlichen Betreuers entspricht. Zu den berücksichtigungsfähigen Einzelfällen können gerade auch jene Menschen mit Behinderung zählen, für die in einem Angebot mit reinem SGB IX-Modell die erforderliche Pflege nicht mehr sichergestellt ist, die aber die Orientierungsgrenze noch nicht erreichen. Die Gründe dafür, warum eine Aufnahme im Einzelfall für angemessen erachtet wird, ergibt sich aus dem Gesamt- und Teilhabeplanverfahren.

Das Wunsch- und Wahlrecht des Pflegebedürftigen/Leistungsberechtigten, das sich in der Entscheidung für oder gegen ein Kombi-Modell-Angebot ausdrücken kann, wird nicht eingeschränkt. Begehrt demnach eine leistungsberechtigte Person, deren Bewertung zur Pflegebedürftigkeit die Orientierungsgrenze von 64 Punkten zwar überschreitet und bei der Gesamtplan einen Teilhabebedarf ausweist, die Aufnahme in ein Wohnangebot in einer besonderen Wohnform nach dem Inklusiven Modell, gilt: Die pflegerische Einstufung bzw. der ggfls. im Vordergrund stehende pflegerische Bedarf steht einer Aufnahme in ein solches Angebot nach § 103 SGB IX nicht entgegen, solange die für die Person erforderliche Pflege über das konkret gewünschte Angebot sichergestellt werden kann. Diese Frage ist im individuellen Gesamt- und Teilhabeplanverfahren zu klären.

¹⁹ Vgl. dazu § 17 ff. LRV-BW SGB XI.

²⁰ Nachfolgend abgekürzt: WTPG.

²¹ Nachfolgend abgekürzt: LPersVO.

b.) Um zu überprüfen, ob der Status der atypischen Pflegeeinrichtung gewahrt ist, können die Landesverbände der Pflegekassen einmal jährlich von der Einrichtung verlangen:

- die Darlegung des einrichtungsdurchschnittlichen Punktwertes nach dem NBA der Bewohner,

die Benennung jener Einzelfälle, bei denen der individuelle Punktwert den Grenzwert unterschreitet in Verbindung mit einer geeigneten Dokumentation aus dem Gesamt- und Teilhabeplanverfahren. Es besteht Einigkeit darüber, dass das Kombi-Modell für die angesprochenen Personengruppen Wahlfreiheit gewährleisten und keine wesentliche Verschiebung der Angebotszahlen zwischen den SGB IX- und SGB XI-Angeboten auslösen soll.

c.) Um die Wirksamkeit und Praktikabilität der Grenzwert-Vorgabe im Rahmen der Aufnahmen zu prüfen, können die Pflegekassen zu gegebener Zeit die landesweit erfolgten Aufnahmen bzw. die Aufenthalte der Menschen mit Behinderung in bis dahin vereinbarten Kombi-Modell-Angeboten evaluieren. Etwaig erforderliche Anpassungen der Vorgaben nach den Ziff. 4.1.1. und 4.1.5. und damit dieser Empfehlung werden bei Bedarf zwischen den Beteiligten der AG Schnittstelle vorbereitet.

Um eine zielgerichtete Evaluation durchführen zu können, sind die zum 01.01.2021 reell vorgehaltenen Platzzahlen in den bisher „binnendifferenzierten“ Angeboten und Informationen zu zukünftigen Neuaufnahmen zu erheben - unter Mitwirkung der betroffenen Einrichtungen. Die Kriterien und Inhalte der Evaluation sollen über Beschlüsse in der Pflegesatzkommission stationär und der Vertragskommission SGB IX festgehalten und werden in enger Zusammenarbeit ausgearbeitet werden. Im Rahmen der Neuabschlüsse bzw. Anpassungen der Versorgungsverträge für das Kombi-Modell wird auch die Verpflichtung zur Mitwirkung der Einrichtungen nach den vorgenannten Ziffern b.) und c.) statuiert.

4.2. Anforderungen an das kombinierte Teilhabeleistungsangebot i.S.d. SGB IX

4.2.1. Allgemeine Anforderungen an die Leistungsvereinbarung nach § 125 SGB IX

a.) Der Leistungserbringer, der innerhalb des Kombi-Modells für den genannten Personengruppe individuell-bedarfsdeckende Teilhabeleistungen anbieten will, hat bei der Planung einer Neuinbetriebnahme bzw. der Umstellung eines Bestandsangebots auf das Kombi-Modell jene Leistungsbestandteile zusammenzustellen, die schließlich mit dem Träger der EGH für die Vereinbarung nach § 125 SGB IX zu verhandeln sind. Dazu zählen sämtliche in § 7 Abs. 1 LRV SGB IX aufgeführten Punkte.

b.) In der Regel kommen innerhalb des Kombi-Modells als Teilhabeleistungen in Betracht²²:

- Assistenzleistungen,
- Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten (etwa in Form von Fördergruppenangeboten),

²² Vgl. dazu §§ 47, 50, 52, 53 LRV SGB IX.

- Leistungen zur Mobilität.

- c.) Die Leistungen müssen hinreichend bestimmt beschrieben und möglichst den neun Lebensbereichen der ICF nach § 118 Absatz 1 SGB IX zugeordnet sein, so dass daraus hervorgeht, wie und in welcher Form welcher Teilhabebedarf des jeweiligen Personenkreises gedeckt werden soll²³. Dabei ist auch zu berücksichtigen, welche bedarfsdeckenden Wirkungen sich durch die stationären Pflegeleistungen ergeben – zumindest in Bezug auf jene Teilhabebedarfe, die während des Aufenthalts innerhalb des Wohnangebots gedeckt werden sollen.

Die AG Schnittstelle hat die Frage der inhaltlichen Schnittflächen zwischen Pflege- und Teilhabebedarfen auch im Kombi-Modell als die zentrale Problematik identifiziert. Schließlich stellt sich auch dort - genauso wie im häuslichen Bereich – die Frage, wie ein bestimmter Pflegebedarf von den Teilhabebedarfen so abgegrenzt werden kann, dass die jeweiligen Leistungen nach SGB XI und IX dafür bedarfsdeckend erbracht und finanziert werden.

Zu der Frage, inwieweit **bereits im Rahmen der zu vereinbarenden Teilhabeleistungen** eine Vorabgrenzung von jenen Bedarfslagen erfolgen kann, die auch als Teilhabebedarfe eingestuft werden können, welche aber aufgrund ihrer inhaltlichen Überschneidung mit den Pflegebedarfen durch die stationären Pflegeleistungen bereits als gedeckt angesehen werden, erfolgt derzeit noch keine weitergehende Empfehlung.

- d.) Welche Teilhabebedarfe im Einzelfall vorliegen²⁴ und einer entsprechenden Leistungsbewilligung bedürfen bzw. welche davon durch die stationären Pflegeleistungen bereits mitabgedeckt sind, sind im Rahmen der vom zuständigen Träger der EGH durchzuführenden Bedarfsermittlung und des individuellen Gesamt- und Teilhabeplanverfahrens, an dem die Pflegekassen mit Zustimmung des Leistungsberechtigten zu beteiligen sind²⁵, zu bestimmen und festzustellen.

4.2.2. Pflegeleistungen bei Wahrnehmung außerhäuslicher Teilhabeangebote

Soweit etwa Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten (in Form einer externen Tagesstruktur) angeboten werden sollen, sind die während der Zeit dieses außerhäuslichen Angebots von den Personen benötigten Pflegeleistungen als zusätzliche Fachleistungen mit dem Träger der EGH zu vereinbaren. Da diese Pflegeleistungen die Teilnahme an der Tagesstruktur erst ermöglichen, aber nicht im Vordergrund des Tagesstrukturangebots stehen, sind diese i.d.R. Bestandteil der EGH-Fachleistung.

Klarstellend zu beachten ist hierbei, dass mit der Pauschalleistung der Pflegekassen nach § 43 SGB XI sämtliche pflegedingten Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie Aufwendungen für Betreuung im Sinne des SGB XI von Seiten der Pflegekassen abgegolten sind. Dies gilt sowohl für die Leistungserbringung im Rahmen des Kombi-Modells als auch für außerhäusliche Teilhabeangebote. Eine weitere Finanzierung ist durch die Kranken- und Pflegeversicherung ausgeschlossen.

²³ Vgl. § 7 Abs. 2 LRV SGB IX

²⁶ Vgl. § 85 SGB XI.

²⁶ Vgl. § 85 SGB XI.

5. Verfahrensweg zur leistungsrechtlichen Umsetzung bei Neuinbetriebnahme eines Angebots im Kombi-Modell

Leistungsanbieter, die ein Angebot im Kombi-Modell neu in Betrieb nehmen wollen, haben die vorgenannten Vereinbarungen mit den beteiligten Sozialleistungsträgern frühzeitig und gut koordiniert abzustimmen. Für die Leistungsanbieter gilt nachfolgender Verfahrensweg:

5.1. Vorabklärung der Zugangsvoraussetzungen zu den Leistungssystemen

- a.) Abstimmung der nach Ziff. 4.1.1. erforderlichen Konzeption (insb. zum Personenkreis) mit der federführenden Pflegekasse als Voraussetzung für den Abschluss des Versorgungsvertrags unter Berücksichtigung des vom Leistungsanbieter vorgesehenen Personenkreises
- b.) Abstimmung der Konzeption mit dem Träger der Eingliederungshilfe vor Ort und der Sozialplanung des Kreises (insb. zu den Themen: Sozialplanerische Bedarfslage in den Bereichen Pflege und Teilhabe; Versorgungssituation in der zuständigen Kommune in den Bereichen Pflege und Teilhabe; Teilhabebedarfe des vorgesehenen Personenkreises, Gewaltschutz)
- c.) Abstimmung der Konzeption mit der Heimaufsicht vor Ort wegen möglicher Abweichungen von den Vorgaben der LPersVO und weiteren ordnungsrechtlichen Vorgaben (Dienstkleidung etc.)

5.2. Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages (nach § 72 SGB XI)

Die Stellung des Antrags ist verpflichtende Grundlage für die sich anschließende Pflegesatzverhandlung; Verfahren und Voraussetzungen regeln die §§ 71, 72 und 73 SGB XI.

5.3. Pflegesatzverhandlungen mit Pflegekassen und dem Träger der Sozialhilfe

- a.) Aufforderung der Pflegekassen und des Trägers der Sozialhilfe (als Träger der Hilfe zur Pflege) zum Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung²⁶ und Vereinbarung über Investitionskosten²⁷ auf Grundlage:
 - der Vorgaben nach SGB XI,
 - der Vorgaben des Landesrahmenvertrag SGB XI sowie
 - der Kalkulationsvorlagen nach Schiedsstellenmuster.
- b.) Durchführung der Pflegesatzverhandlung nach LRV SGB XI und seinen Leistungsinhalten mit der (federführenden) Pflegekasse und dem Träger der Sozialhilfe
- c.) Verhandlung der Investitionskosten mit dem Träger der Sozialhilfe

5.4. Verhandlungen mit dem Träger der EGH über Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 125 SGB IX

- a.) Aufforderung des für den Ort der Leistungserbringung zuständigen Trägers der EGH zur Verhandlung einer Leistungs- und Vergütungsvereinbarung nach § 125 SGB IX

²⁶ Vgl. § 85 SGB XI.

²⁷ Vgl. § 75 SGB XII i. V. mit § 82 Abs. 4 SGB XI.

- unter Berücksichtigung des LRV SGB IX
- unter Vorlage einer Teilhabeleistungsbeschreibung, die berücksichtigt, durch welche der unter § 1 Abs. 3 Teilziff. b.) - e.) genannten Leistungsbestandteile des LRV SGB XI bereits Teilhabebedarfe gedeckt werden.

b.) Verhandlung der Leistungsvereinbarung:

- Verhandlung über die in der Aufforderungsunterlage vorgenommene Leistungszuordnung zwischen Träger der Eingliederungshilfe und Leistungserbringer
- Vereinbarung der angebotsspezifischen Leistungssystematik nach § 8 LRV SGB IX

c.) Verhandlung der Vergütungsvereinbarung entsprechend der Vergütungssystematik nach § 14 LRV SGB IX

6. Neuinbetriebnahme einer Einrichtung im Inklusiven Modell

Die Neuinbetriebnahme eines Leistungsangebots im Inklusiven Modell richtet sich vollständig nach den Maßgaben, Bestimmungen und Qualitätsanforderungen des LRV SGB IX.

7. Übergang der Bestandsangebote in das Inklusive Modell und das Kombi-Modell

7.1. Wechsel eines bestehenden Angebots ohne Versorgungsvertrag nach §§ 72 ff. SGB XI ins Inklusive Modell

Wenn es sich um Angebote ohne Versorgungsvertrag nach SGB XI handelt, dann sind das Angebote nach SGB IX. Daher gelten hier die allgemeinen Regeln des LRV nach §§ 20, 34, 82 LRV SGB IX.

Bei bestehenden Angeboten ohne Versorgungsvertrag nach §§ 72 ff. SGB XI sind die Leistungsangebote entsprechend den Vorschriften im LRV SGB IX zu beschreiben. Bei der Ermittlung der Leistungspauschale sind die dafür zuordenbaren personellen, sächlichen und investiven Aufwendungen zu berücksichtigen, § 20 Abs. 1 LRV.

Jede Leistungsvereinbarung beinhaltet die Bezeichnung und die Beschreibung der dem jeweiligen Leistungsangebot zugrundeliegenden Leistungen nach Art, Inhalt, Umfang, Ziel und Qualität einschließlich der Wirksamkeit und etwaiger Abgrenzungen. Im Rahmen der personellen Ausstattung sind die Aufgaben im Bereich der körperbezogenen Pflege, der einfachsten Maßnahmen der Behandlungspflege und der begleitenden Dienste sowie ggf. erweiterte behandlungspflegerische Maßnahmen, soweit diese zur Eingliederungshilfe zählen und für die Versorgung der Leistungsberechtigten erforderlich sind, zu berücksichtigen.

7.2. Wechsel eines bestehenden Angebots mit einem Versorgungsvertrag nach §§ 72 ff. SGB XI ins Inklusive Modell

Bei bestehenden Angeboten mit einem Versorgungsvertrag nach §§ 72 ff. SGB XI, die künftig im „Inklusiven Modell“ ihre Leistungen erbringen wollen, ist es erforderlich, einen bestehenden Versorgungsvertrag nach §§ 72 ff. SGB XI bis spätestens 31.12.2023 zu beenden.

Hierfür stehen dem Leistungserbringer insbesondere folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

Der Versorgungsvertrag kann:

- a) gemäß den gesetzlichen Vorschriften, § 74 SGB XI, insbesondere unter Beachtung der Kündigungsfrist gekündigt werden.
- b) auf der Grundlage des zwischen den Leistungserbringern, den Pflegekassen und den Leistungsträgern der Eingliederungshilfe erarbeiteten Muster-Aufhebungsvertrag zur Aufhebung von Versorgungsverträgen nach §§ 72 ff SGB XI zur Überführung von binnendifferenzierten Versorgungsmodellen beendet werden.

Um in diesem Fall genügend Zeit für den Unterschriftenumlauf bei den Pflegekassen einzuräumen, ist der jeweilige Leistungserbringer verpflichtet, das unterschriebene Angebot auf Abschluss eines Vertrags zur Aufhebung des Versorgungsvertrags spätestens zum 30.06.2023 bei der zuständigen Pflegekasse einzureichen.

7.3. Wechsel einer Einrichtung vom württembergischen Modell ins Kombi-Modell

- a.) Abstimmung der nach Ziff. 4.1.1. erforderlichen Konzeption bzw. Aktualisierung einer ggf. schon bestehenden Konzeption (insb. zum Personenkreis) mit der federführenden Pflegekasse als Voraussetzung für die Aufrechterhaltung des VV unter Berücksichtigung des vom Leistungserbringer vorgesehenen Personenkreises
- b.) Verfahren wie oben ab Ziff. 5.1. unter Berücksichtigung folgender Punkte:
 - Formelle Klärung des Fortbestands der Förderung mit der zuständigen Förderbehörde wegen des Modellwechsels (vgl. dazu auch unten Ziff. 10)
 - Berücksichtigung ursprünglich bewilligter Förderung bei der Berechnung der Investitionskosten bzw. ggf. Übertragung des bestehenden Investitionsbetrages (sowohl in der Eingliederungshilfe als auch für ggf. noch geförderte Pflegeeinrichtungen). Sofern es in der Eingliederungshilfe auch einen IK für Tagesstruktur gibt, muss dieser ebenfalls übertragen werden.

7.4. Wechsel einer Einrichtung vom badischen Modell in das Kombi-Modell

Es ist das Verfahren - wie oben ab Ziff. 5.1. – anzuwenden.

8. Heim- und personalrechtliche Anforderungen

8.1. Bestimmungen im Inklusiven Modell

Es gelten die ordnungsrechtlichen Vorschriften entsprechend des WTPG und seiner mitgeltenden Verordnungen.

8.2. Bestimmungen im Kombi-Modell

Das Sozialministerium hat bestätigt, dass die gemeinsamen Empfehlungen zu den binnendifferenzierten Einrichtungen aus Januar 2017²⁸ inhaltlich für das Kombi-Modell weiter Anwendung finden. Diese berücksichtigen die systembedingten Besonderheiten dieser atypischen Pflegeeinrichtungen in ordnungsrechtlicher Hinsicht.

²⁸ „Empfehlung zur Handhabung von systembedingten Besonderheiten in binnendifferenzierten Einrichtungen der Eingliederungshilfe aufgrund ihrer zusätzlichen versorgungsvertraglichen Behandlung als Pflegeeinrichtung“ vom 26.01.2017.

Die AG Schnittstelle geht davon aus, dass auch in den Angeboten nach dem Kombi-Modell mit Zustimmung der zuständigen Behörde im Interesse und nach den Bedürfnissen der dortigen Bewohner/innen von den grundsätzlich geltenden heimrechtlichen Vorgaben beim Einsatz von Pflegefachkräften abgewichen werden kann. Von den Behörden der Heimaufsicht ist dabei jeweils zu prüfen, inwiefern pflegefachliche Aufgaben durch Heilerziehungspfleger/innen erbracht und dann entsprechenden Abweichungen von den heimrechtlichen Anforderungen zugestimmt werden.

Maßstab ist das Curriculum der Ausbildung zum Heilerziehungspfleger. Ggfs. ist eine Ausnahmeregelung für Tätigkeiten möglich, die sich im Curriculum wiederfinden.

Tätigkeiten der Behandlungspflege, die sich nicht im Curriculum wiederfinden, müssen, sofern planbar, von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Ausnahmen hiervon sind möglich, wenn es sich um ein aus einer Akutsituation heraus nicht planbares Eingreifen bei folgenden Tätigkeiten der Behandlungspflege handelt:

- Wundversorgung (bei oberflächlichen Wunden einfacherer Art ohne fiebrigen Verlauf) Katheterisierung der Harnblase
- Sauerstoffgabe in palliativen Versorgungssituationen (ohne Beurteilung und Bewertung der palliativen Situation)
- Absaugen der oberen Luftwege (Erfahrung muss vorhanden sein)

Voraussetzung ist der durch die Konzeption und den Personalmix erbrachte Nachweis, dass Bewohner/innen in Angeboten nach dem Kombi-Modell von den sich ergänzenden Leistungen des SGB XI und SGB IX profitieren. Dies hat regelmäßig auch Auswirkungen auf die Fachkraftquote.

9. Teilnahmepflicht bei und Finanzierung der Pflegeausbildung im Kombi-Modell

Die Angebote nach dem Kombi-Modell haben sich zwingend an der Finanzierung der generalistischen Ausbildung (über den Ausbildungsfonds Baden-Württemberg, AFBW) zu beteiligen. Sie sind somit umlagepflichtig, wobei der Umlagesatz wiederum in der Pflege-satzvereinbarung nach SGB XI zu berücksichtigen ist²⁹. Die Teilnahme am AFBW ist durch das Pflegeberufgesetz³⁰ zwingend vorgegeben, wenn und solange ein vollstationärer Versorgungsvertrag besteht³¹. Sie endet erst mit Außerkrafttreten des Versorgungsvertrags. Weder das PfIBG noch die dazugehörigen Verordnungen räumen einer Einrichtung, die die Voraussetzungen eines Trägers der praktischen Ausbildung erfüllt, eine etwaige Wahlmöglichkeit ein, über die Teilnahme frei zu entscheiden.

10. Förderrechtliche Konsequenzen im Kombi-Modell

Bei der Planung eines neuen Angebots nach dem Kombi-Modell wie auch bei der Vorbereitung der „Umstellung“ eines Bestandsangebots auf das Kombi-Modell sind unterschiedliche förderrechtliche Aspekte im Hinblick auf etwaige Landes-Investitionsförderungen zu beachten:

- a.) Leistungserbringer, die ein neues Angebot nach dem Kombi-Modell und den Bau einer dazu passenden Immobilie planen, sind von einer Förderung nach der VwV Dezentrale

²⁹ Bei den bisher nach württembergischem Modell geführten binnendifferenzierten Einrichtungen werden die Umlagebeiträge nach einem Beschluss der Vertragskommission SGB XII in den Vergütungsvereinbarungen nach SGB IX bzw. SGB XII berücksichtigt und von den Leistungsträgern refinanziert.

³⁰ Nachfolgend abgekürzt: PfIBG.

³¹ Vgl. dazu § 26 Abs. 3 Nr. 2 i.V.m. § 7 Abs. 1 Nr. 2 PfIBG.

Angebote³² ausgeschlossen, da die aktuell geltende Fassung der Förderrichtlinien die Mittel nach ihrer Zwecksetzung ausschließlich für Wohnangebote nach dem Inklusiven Modell vorsehen³³.

- b.) Bei der Umstellung eines binnendifferenzierten Bestandsangebots nach dem württembergischen Modell, welches nach den seitherigen VwV eine entsprechende Investitionsförderung erhalten hat, wird angeraten, mit dem KVJS in eine Vorabstimmung darüber zu gehen, inwieweit aufgrund des Wechsels in das (nicht förderfähige) Kombi-Modell ein Teil-Widerruf bzw. eine Teilrückforderung in Betracht kommt. Die AG Schnittstelle geht jedoch davon aus, dass die Förderbehörde bei der Beurteilung berücksichtigt, dass die bisherigen Leistungen und Zielsetzungen, die mit der ursprünglichen Förderentscheidung verbunden waren, auch unter dem Kombi-Modell ohne Einschränkung fortgesetzt werden und sich damit im Kern an der Zweckbestimmung der bestehenden Einrichtung nichts ändert³⁴. Insofern wird davon ausgegangen, dass die Förderbehörde ihr Ermessen dahingehend ausübt und im Regelfall von einem Widerruf bzw. Rückforderung absieht.

11. Leistungsrechtliche Besonderheiten im Kombi-Modell

11.1 Keine Trennung der Leistungen

In besonderen Wohnformen nach SGB IX gilt das Prinzip der Trennung von Fachleistung und existenzsichernder Leistung gerade auch im Bereich der Wohnkosten (KdU). Hingegen stellen Kombimodellangebote nach dem SGB XI eine Komplexleistung zur Verfügung, bei denen u.a. das Wohnen (und damit die Miete) über den mit der Hilfe zur Pflege (SGB XII) zu verhandelnden Investitionsbetrag und die Grundpauschale finanziert wird.

11.2 Weitere Besonderheiten

Aufgrund der bei Kombimodellangeboten nach SGB XI entfallenden Trennung der Leistungen erhalten die Bewohner - statt eines Regelsatzes – (weiterhin) einen Barbetrag und (auf Antrag) eine Bekleidungs pauschale. Die Abrechnung sämtlicher Leistungen des Fachpflegeheims erfolgen direkt mit den Pflegekassen und den SGB XII-Behörden.

³² Vgl. Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums zur Förderung von dezentralen Wohnangeboten sowie von Betreuungs- und Werkstattangeboten für Menschen mit Behinderungen (VwV Dezentrale Angebote).

³³ Vgl. dazu Ziff. 2 der VV Dezentrale Angebote.

³⁴ Vgl. § 49 Abs. 2 LVwVfG i. V. m. Nr. 8.2.2 der Verwaltungsvorschriften zu § 44 LHO, der im Falle der Abweichung von einer ursprünglichen Zweckbestimmung eine Rückforderung vorsieht.