



**RECHNUNGSHOF  
RHEINLAND-PFALZ**

---

## **Auszug aus dem Kommunalbericht 2023**

### **Nr. 2 Hilfe zur Pflege in Einrichtungen – Prüfung der Heimbetreuungsbedürftigkeit verbessern und sonstige Mängel vermeiden**

---

**Impressum:**

Rechnungshof Rheinland-Pfalz  
Gerhart-Hauptmann-Straße 4  
67346 Speyer

Telefon: 06232 617-0  
Telefax: 06232 617-100  
E-Mail: [poststelle@rechnungshof.rlp.de](mailto:poststelle@rechnungshof.rlp.de)  
Internet: <https://rechnungshof.rlp.de>

## Nr. 2 Hilfe zur Pflege in Einrichtungen – Prüfung der Heimbetreuungsbedürftigkeit verbessern und sonstige Mängel vermeiden

### 1 Allgemeines

In Rheinland-Pfalz lebten Ende 2021 insgesamt 241.364 pflegebedürftige Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI erhielten.<sup>88</sup> Davon wurden 36.925 (15 %) vollstationär in Heimen und 204.439 Personen (85 %) ambulant betreut.<sup>89</sup>

Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung zusammen mit dem einzusetzenden Einkommen und Vermögen der Pflegebedürftigen nicht aus, um die Heimkosten zu finanzieren, haben vollstationär untergebrachte Pflegebedürftige der Pflegegrade<sup>90</sup> 2 bis 5 Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe in Form der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Weitere Voraussetzung ist, dass häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt (Heimbetreuungsbedürftigkeit).<sup>91</sup>

Im Jahr 2021 betragen die Leistungsausgaben (netto) der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen insgesamt 192,2 Mio. €. Für die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen wandten die Sozialhilfeträger 29,0 Mio. € auf.<sup>92</sup> Obwohl lediglich 15 % der Pflegebedürftigen vollstationär versorgt wurden, entfielen demnach auf diese 87 % der Leistungsausgaben. Das verdeutlicht, dass eine sachgerechte Abgrenzung der Hilfen und die sorgfältige Ermittlung, ob die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, maßgeblich für die finanzielle Belastung der kommunalen Kostenträger sind.

Ergänzend zur Hilfe zur Pflege erhalten die Leistungsberechtigten ggf. Hilfe zum Lebensunterhalt<sup>93</sup> und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung<sup>94</sup> (im Folgenden: Grundsicherung<sup>95</sup>).

---

<sup>88</sup> Statistisches Bundesamt, Datenbank Genesis-Online, Statistik über die Empfänger von Pflegeleistungen, Tabelle 22421-0011, abrufbar im Internet unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/inhalt.html#sprg234062>. Vergleichsweise wenige Personen sind nicht pflegeversichert, sodass diese zwecks Darstellung der Größenordnung vernachlässigt werden können.

<sup>89</sup> Empfänger teilstationärer Pflegeleistungen werden statistisch nicht mehr gesondert erfasst, da sie häufig auch ambulante Leistungen erhalten.

<sup>90</sup> Die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade (§ 15 SGB XI) gibt die Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wider. Sie wird mittels eines Begutachtungsinstruments, das sechs Bereiche berücksichtigt (§ 14 SGB XI), bestimmt.

<sup>91</sup> § 65 Satz 1 SGB XII.

<sup>92</sup> Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Statistischer Bericht Sozialhilfe 2021(K I - j/21). Die Angaben bezeichnen die Leistungsausgaben von Land und Kommunen zusammen.

<sup>93</sup> Barbetrag und Bekleidungsbeihilfe.

<sup>94</sup> Nach § 42 SGB XII umfasst diese den Regelsatz, pauschalierte Bedarfe für Unterkunft und Heizung sowie ggf. weitere Bedarfe, wie insbesondere Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und Mehrbedarfe.

<sup>95</sup> Ein Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende besteht nach § 7 Abs. 4 SGB II allenfalls dann, wenn Heimbewohner mindestens 15 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind. Solche Fälle fand der Rechnungshof bei seinen Prüfungen nicht vor.

Die Höhe der Sozialhilfeleistungen ist unabhängig vom Pflegegrad.<sup>96</sup> Einzusetzendes Einkommen und Vermögen werden zunächst auf die Grundsicherung, anschließend auf die Hilfe zum Lebensunterhalt und verbleibende Beträge auf die Hilfe zur Pflege angerechnet.

Die Kosten der Grundsicherung übernimmt der Bund. Die Kosten der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Hilfe zur Pflege tragen das Land und die Kommunen (Landkreise und kreisfreie Städte) jeweils hälftig.<sup>97</sup>

Die rechtskonforme und wirtschaftliche Umsetzung der Leistungen der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen war Gegenstand von Prüfungen bei drei kreisfreien Städten und drei Landkreisen in den Jahren 2021 bis 2023. In die Prüfungen einbezogen wurden auch Leistungen nach dem SGB XII an Personen in Pflegeheimen, die nicht wenigstens in Pflegegrad 2 eingestuft waren. Der vorliegende Beitrag fasst die wesentlichen Erkenntnisse aus den Prüfungen zusammen.

## 2 Fallzahlen – Unterschiede nicht nur strukturbedingt

Statistische Angaben zur pflegerischen Versorgung können der Pflegestatistik entnommen werden.<sup>98</sup> Differenziert nach der Art der SGB XI-Leistungen bezogen Ende 2021<sup>99</sup> in Rheinland-Pfalz 128.360 Personen in den Pflegegraden 2 bis 5 ausschließlich Pflegegeld<sup>100</sup>; 41.961 Personen erhielten Leistungen für eine Versorgung durch ambulante Pflegedienste und 35.030 Personen<sup>101</sup> befanden sich in vollstationärer Dauerpflege<sup>102</sup>.

Der Anteil der Personen, die dauerhaft stationär versorgt werden, variiert vor allem nach dem Pflegegrad, aber auch regional.

---

<sup>96</sup> Der sozialhilferechtliche Bedarf hängt vom sog. einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (Anteil der nicht durch Leistungen der Pflegeversicherung gedeckten Pflegekosten – einschließlich des von der Aufenthaltsdauer abhängigen Leistungszuschlags), den Unterkunft- und Verpflegungskosten sowie den Investitionskosten der jeweiligen Einrichtung ab.

<sup>97</sup> Vgl. zur Zuständigkeit des Landes § 2 Abs. 2 Nr. 2 AGSGB XII, zur Delegation auf die Kommunen § 4 Satz 1 AGSGB XII i. V. m. § 1 Abs. 1 Satz 1 Erste Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und zur anteiligen Kostentragung § 6 Abs. 1 Satz 1 AGSGB XII. Auswirkungen des Finanzausgleichs (LFAG) bleiben hier außer Betracht.

<sup>98</sup> § 109 SGB XI. Die Statistik weist die Zahl der Leistungsempfänger, die in Einrichtungen leben und derer, die von Pflegediensten versorgt werden, zum Stichtag 15. Dezember, die Zahl der Empfänger von Pflegegeld zum 31. Dezember aus.

<sup>99</sup> Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Statistischer Bericht Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger/-innen am 15. Dezember bzw. 31. Dezember 2021 (K VIII - 2j/21).

<sup>100</sup> Ohne hälftiges Pflegegeld bei gleichzeitiger Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege und ohne Kombinationsleistungen.

<sup>101</sup> Ohne Personen in Kurzzeitpflege, in Pflegegrad 1 und solche, die noch nicht in einen Pflegegrad eingestuft waren. Daher weichen die Angaben von denen auf Seite 1 des Beitrags ab.

<sup>102</sup> Außerdem wurden weitere 6.028 Personen in Pflegeheimen versorgt, die nur Pflegegrad 1 zugeordnet waren oder sich in Kurzzeit- oder Tagespflege befanden oder für die noch kein Pflegegrad festgestellt war.

In rheinland-pfälzischen Pflegeheimen war die Personengruppe mit vergleichsweise geringer Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade 1 und 2) gegenüber dem Bundesdurchschnitt überrepräsentiert:

**Anteil (%) der Ende 2021 stationär versorgten Personen an Pflegebedürftigen mit dem jeweiligen Pflegegrad**

Pflegegrad	1	2	3	4	5
Rheinland-Pfalz	1,55	10,23	21,86	36,61	42,40
Bund	1,05	9,17	24,25	43,91	51,19

Darstellung: Rechnungshof Rheinland-Pfalz. Quelle: Statistisches Bundesamt, Datenbank Genesis-Online, Tabelle 22421-0011; eigene Berechnungen.

Demgegenüber wurden in Rheinland-Pfalz pflegebedürftige Personen mit schweren Beeinträchtigungen zu einem größeren Anteil als in anderen Ländern ambulant versorgt.<sup>103</sup>

Hilfe zur Pflege in Einrichtungen<sup>104</sup> bezogen Ende 2021 in Rheinland-Pfalz 12.210 Personen.<sup>105</sup> Folglich reichten bei etwas mehr als einem Drittel der stationär versorgten Pflegebedürftigen Einkommen (vor allem Renten), Vermögen und Leistungen der Pflegeversicherung nicht aus, um die Heimkosten zu finanzieren. Von allen in Heimen untergebrachten Empfängern der Hilfe zur Pflege waren 22,20 % in Pflegegrad 2 eingestuft. Dieser Wert lag nur geringfügig unter dem von Bewohnern, die ihren Heimaufenthalt anderweitig finanzieren konnten (23,57 %). Letztere sind ungeachtet ihres Pflegegrads in ihrer Wahl zwischen ambulanter und stationärer Pflege frei. Wer hingegen zur Finanzierung seines Heimaufenthalts auf Sozialhilfeleistungen angewiesen ist, muss seine Heimbetreuungsbedürftigkeit (ambulant vor stationär) nachweisen. Wegen dieser rechtlichen Hürde wäre zu erwarten, dass gerade im Bereich des Pflegegrads 2 der Anteil der Sozialhilfeempfänger nicht nur marginal, sondern deutlich geringer ist als bei anderweitig finanzierenden Personen.

Zwar waren zumindest einige Träger der Sozialhilfe bemüht, vor Gewährung stationärer Hilfe zur Pflege im Pflegegrad 2 die Notwendigkeit der Heimbetreuung zu prüfen. Allerdings bestand bei den meisten Trägern der Sozialhilfe noch Optimierungsbedarf bei der Prüfung der Heimbetreuungsbedürftigkeit. Dies spricht dafür, dass der Anteil von in Pflegegrad 2 eingestuften Empfängern stationärer Hilfe zur Pflege noch weiter verringert werden könnte.

Würde das im Ländervergleich günstige Verhältnis ambulanter zu stationärer Betreuung bei Personen in den Pflegegraden 4 und 5 auch im Pflegegrad 2 erreicht werden, ließe sich die Zahl der Empfänger von stationärer Hilfe zur Pflege um schätzungsweise 500 Personen verringern. Dadurch könnten die Träger der Sozialhilfe überschlägig 5,0 Mio. € jährlich einsparen.<sup>106</sup>

Die Häufigkeit von Leistungen der stationären Hilfe zur Pflege und deren Verteilung auf Pflegegrade unterschied sich zum Teil deutlich zwischen den örtlichen Trägern der Sozialhilfe. Dies zeigte sich auch im Hinblick auf den Anteil der in Pflegegrad 2

<sup>103</sup> Das ist vermutlich insbesondere auf die in Rheinland-Pfalz höhere Bereitschaft Angehöriger zurückzuführen, Menschen ambulant zu betreuen. Zudem wird das Ziel, möglichst viele Menschen ambulant zu versorgen, durch die vorhandenen Strukturen (z. B. Pflegestützpunkte) und Fördermaßnahmen des Landes (z. B. Landesförderung Gemeindegewerkschaften<sup>plus</sup>) unterstützt.

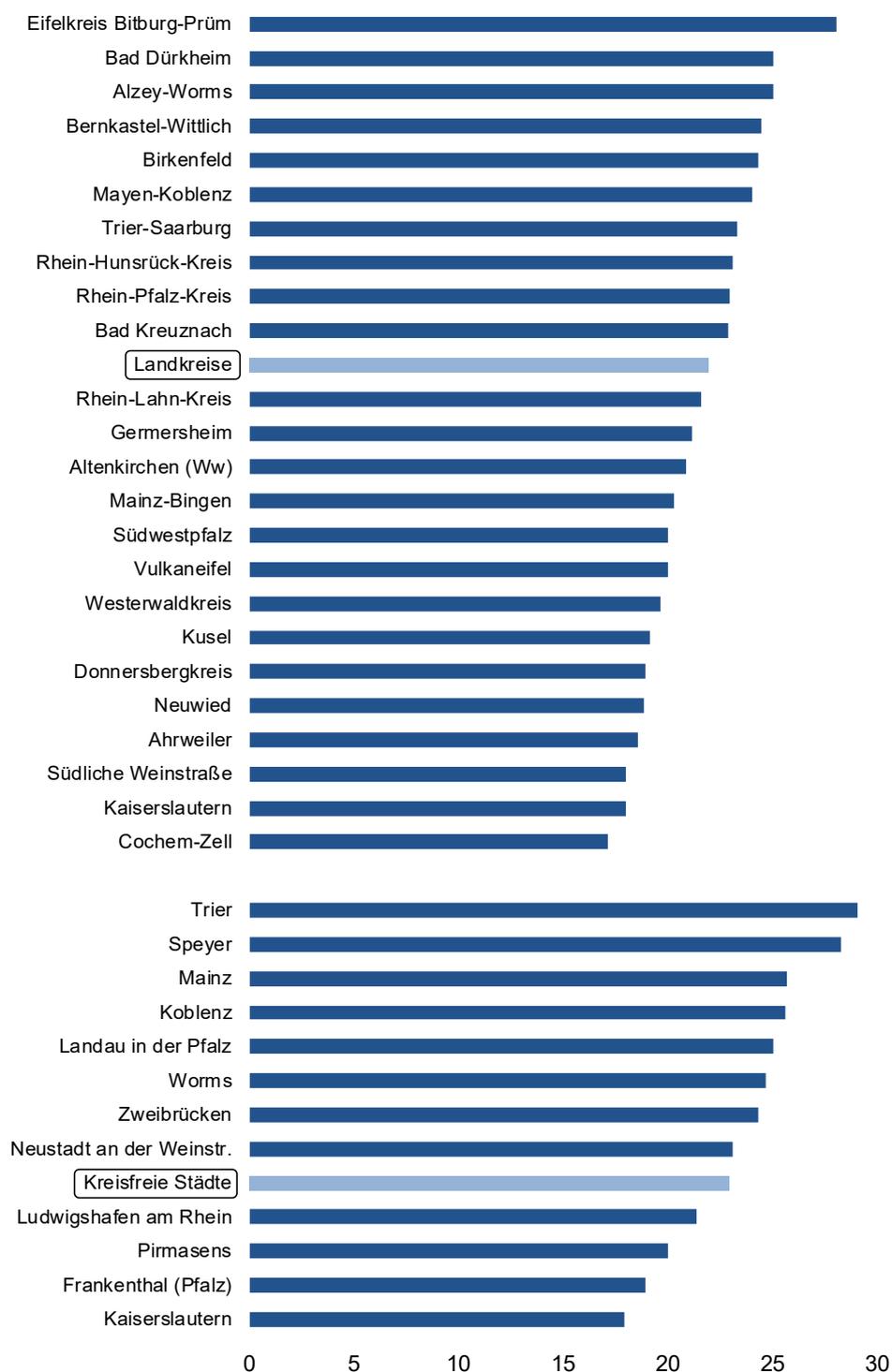
<sup>104</sup> Ohne Leistungsberechtigte in Kurzzeitpflege und Tagespflege.

<sup>105</sup> Davon 230 Personen ohne Leistungen der Pflegeversicherung.

<sup>106</sup> Dabei wird davon ausgegangen, dass mindestens zwei Drittel der 500 Personen, die keinen Bedarf für stationäre Hilfe zur Pflege haben, aufgrund eigener Mittel und Leistungen der Pflegeversicherung auch keine ambulanten Leistungen der Hilfe zur Pflege benötigen.

eingestuften Personen an der jeweiligen Gesamtzahl der Empfänger von stationärer Hilfe zur Pflege:

**Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen mit Pflegegrad 2 in %**



Darstellung: Rechnungshof Rheinland-Pfalz. Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz; eigene Berechnungen.

Dabei werden die Fallzahlen stationärer Hilfe zur Pflege von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Insbesondere die Altersstruktur, das jeweilige Einkommensniveau<sup>107</sup> und die – in Städten regelmäßig niedrigere – Wohneigentumsquote<sup>108</sup> sind von den Trägern der Sozialhilfe kaum zu beeinflussen. Aber auch die Versorgungsstruktur, abzubilden im Pflegestrukturplan<sup>109</sup>, spielt eine entscheidende Rolle. Werden Überkapazitäten in Pflegeheimen vermieden und ambulante Angebote qualitativ und quantitativ bedarfsgerecht ausgebaut, erhöht dies den Anteil ambulant versorgter pflegebedürftiger Personen. Darüber hinaus ist auch die Prüfung der Heimbetreuungsbefähigung relevant. Der Anteil der Leistungsberechtigten in Pflegegrad 2 war bei den geprüften Trägern der Sozialhilfe besonders hoch, die diese Prüfung nicht sachgerecht durchführten.

Der Rechnungshof hat die aufgeführten Größen (Altersstruktur, Einkommensniveau und Wohneigentumsquote) für jeden Träger der Sozialhilfe zu einem Belastungsfaktor zusammengefasst und diesen im nachfolgenden Diagramm den jeweiligen Fallzahlen der Hilfe zur Pflege gegenüber gestellt.<sup>110</sup> Ein hoher Belastungsfaktor lässt grundsätzlich eine hohe Falldichte<sup>111</sup> in der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen, ein geringer hingegen einen niedrigeren Anteil Leistungsberechtigter erwarten.

---

<sup>107</sup> In Regionen mit höheren Renten kann ein größerer Anteil der pflegebedürftigen Menschen den Heimaufenthalt aus eigenem Einkommen finanzieren.

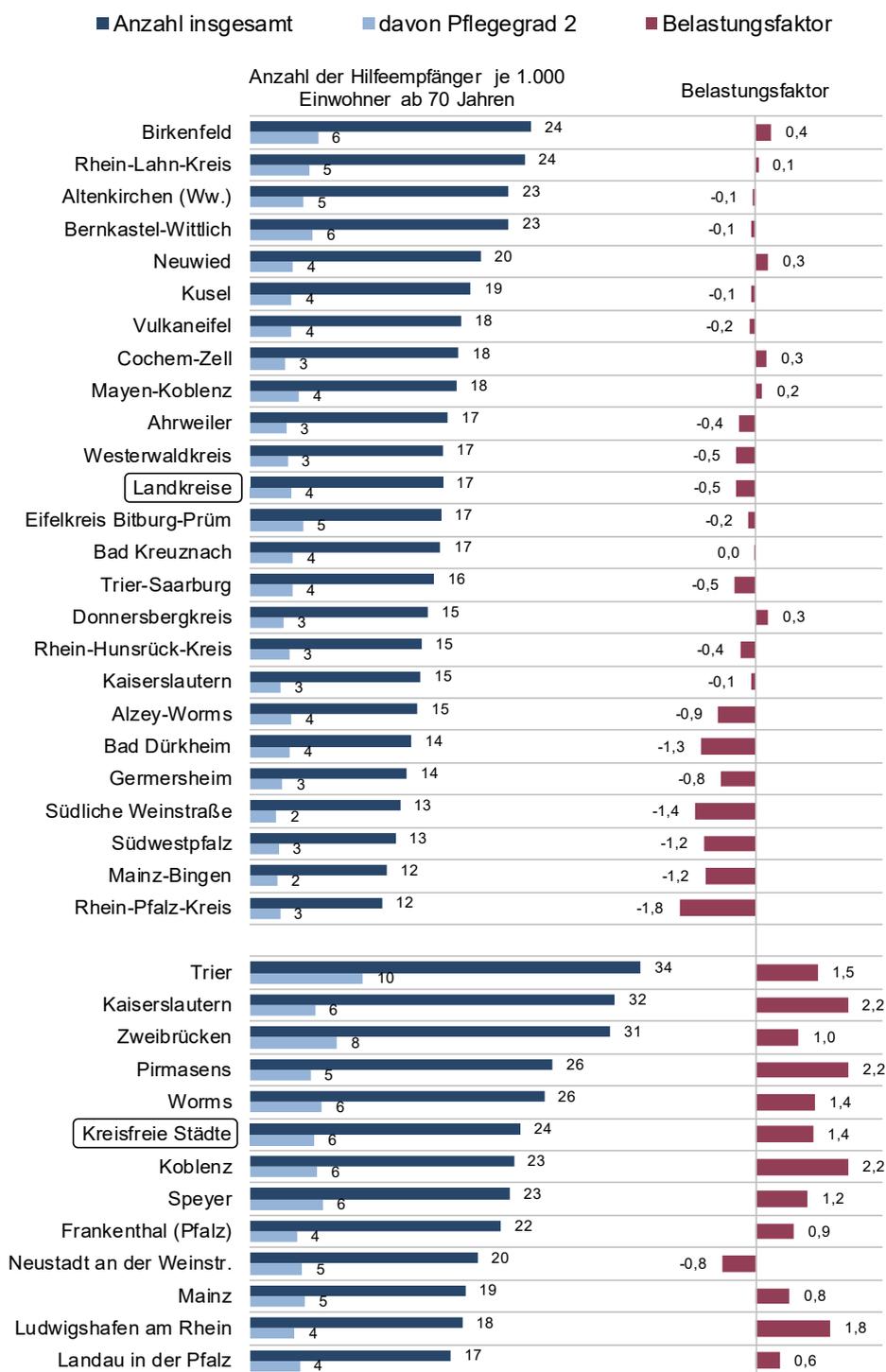
<sup>108</sup> Heimbewohner lebten vor ihrer Heimaufnahme ganz überwiegend allein. Bestand Wohneigentum, war dieses i. d. R. als Vermögen einzusetzen und führte so dazu, dass Hilfe zur Pflege meist gar nicht, erst nach Jahren oder in Einzelfällen darlehensweise zu gewähren war. Häufig fördert die Aussicht auf das Erbe bzw. dessen Verbrauch auch die Bereitschaft Angehöriger, die Pflege ambulant sicherzustellen.

<sup>109</sup> Siehe nachfolgend Tz. 3.

<sup>110</sup> Grundlage sind Daten des Statistischen Landesamts. Den Berechnungen liegen folgende Angaben zugrunde: Zahl der verfügbaren vollstationären Plätze in Pflegeheimen je 1.000 Einwohner ab 70 Jahren (Statistischer Bericht K VIII - 2j/21), verfügbares Einkommen der privaten Haushalte 2020 je Einwohner (Rheinland-Pfalz regional – Kreisfreie Städte und Landkreise in Rheinland-Pfalz – ein Vergleich in Zahlen, Ausgabe 2022) und prozentualer Anteil in Wohneigentum lebender Menschen ab 65 Jahren am 9. Mai 2011 (Statistische Monatshefte Rheinland-Pfalz 2015, S. 542). Die jeweils höchste Abweichung zum Durchschnitt ist dem Wert 1 oder - 1 gleichgesetzt, der Durchschnitt entspricht 0. Die übrigen Werte wurden entsprechend linear interpoliert. Aus diesen drei Angaben wurde durch Summierung ein Belastungsfaktor ermittelt.

<sup>111</sup> Leistungsberechtigte je 1.000 Einwohner ab 70 Jahren.

## Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen am 31. Dezember 2021 und Belastungsfaktor



Darstellung: Rechnungshof Rheinland-Pfalz. Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz; eigene Berechnungen.

Die Bestandteile des Belastungsfaktors bilden wesentliche Einflüsse ab, sind aber naturgemäß nicht abschließend und berücksichtigen keine örtlichen Besonderheiten. Dennoch sollten Träger der Sozialhilfe, die im Vergleich zur Fallzahl einen günstigeren Belastungsfaktor aufweisen, ihre Bewilligungspraxis kritisch hinterfragen.

### 3 Pflegestrukturplan – Instrument besser zum Ausbau ambulanter Angebote nutzen

Landkreise und kreisfreie Städte sind verpflichtet, für die pflegerische Angebotsstruktur in ihrem Gebiet Pflegestrukturpläne für ambulante Dienste sowie teilstationäre und vollstationäre Einrichtungen aufzustellen und regelmäßig fortzuschreiben.<sup>112</sup>

Einer der sechs geprüften Träger der Sozialhilfe verfügte noch nicht über einen Pflegestrukturplan. Bei einem anderen Träger war dieser bereits mehr als fünf Jahre alt. Pläne waren zum Teil unvollständig in der Darstellung der Angebotsstrukturen, z. B. zu Angeboten der hauswirtschaftlichen Hilfe. Auch wenn solche Daten vorlagen, war deren Nutzen begrenzt. Es fehlten Informationen, welche Angebote noch ortsbezogen<sup>113</sup> zu schaffen oder auszubauen waren.<sup>114</sup> Zudem waren Ziele weitgehend nur allgemein beschrieben (z. B. „Zunahme des Anteils ambulant versorgter Pflegebedürftiger“).

Die zuständigen Träger haben bei der Pflegestrukturplanung

- den vorhandenen Bestand an Diensten und Einrichtungen zu ermitteln,
- zu prüfen, ob ein qualitativ und quantitativ ausreichendes sowie wirtschaftliches Versorgungsangebot in den einzelnen Leistungsbereichen unter Berücksichtigung der Trägervielfalt zur Verfügung steht und
- über die erforderlichen Maßnahmen zur Sicherstellung und Weiterwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur zu entscheiden.

Durch eine regelmäßige Fortschreibung kann der Pflegestrukturplan mit geringerem Aufwand den Entwicklungen angepasst werden, als bei einer vollständigen Neuerstellung, wenn er durch eine Vielzahl zwischenzeitlich nicht erfasster Änderungen stark veraltet ist.

Der Pflegestrukturplan<sup>115</sup> stellt ein wichtiges Steuerungsinstrument für die Hilfe zur Pflege dar. Mit seiner Hilfe können lokale Versorgungslücken und Überangebote erkannt und Maßnahmen zu deren Behebung eingeleitet werden. Die Planung ermöglicht den Trägern der Sozialhilfe

- gezielter auf die Gestaltung des Versorgungsangebots Einfluss zu nehmen,
- wirtschaftliche Hilfe, Pflegeberatung, Pflegefachkräfte und Seniorenarbeit besser zu vernetzen und
- damit auch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ mehr als bisher umzusetzen.

Der Pflegestrukturplan sollte konkrete Maßnahmen zur Schaffung, zum Ausbau oder zum Erhalt von Angebotsstrukturen aufzeigen, die es pflegebedürftigen Menschen ermöglichen, in ihrem häuslichen Umfeld zu verbleiben. Hierzu gehören beispielsweise ehren- und hauptamtliche Angebote zur hauswirtschaftlichen Versorgung (einschließlich Hilfen im Haushalt, Essen auf Rädern und Einkaufsservice) und zur Entlastung pflegender Angehöriger, aber auch Angebote zur Freizeitgestaltung (z. B. Seniorenkaffee) sowie die Beratung und Unterstützung im Alltag (einschließlich

---

<sup>112</sup> § 3 Abs. 1 LPflegeASG.

<sup>113</sup> Z. B. in Verbandsgemeinden, Ortsgemeinden oder in Stadtteilen.

<sup>114</sup> Z. B. Handlungsempfehlungen zur Behebung der von den Akteuren in der Seniorenarbeit benannten Defizite.

<sup>115</sup> Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (LSJV), Nr. 10 der Arbeitshilfe zur Erstellung von kommunalen Pflegeberichten, Durchführung von Zielplanungsprozessen und Formulierung von Maßnahmen im Handlungsfeld der Pflege und Sorge in Rheinland-Pfalz, 6. Auflage 11. März 2021, im Internet abrufbar unter [https://lsjv.rlp.de/fileadmin/lsjv/Dateien/Aufgaben/Sozialraumentwicklung/Pflegestrukturplanung/Arbeitshilfe\\_Pflegestrukturplanung.pdf](https://lsjv.rlp.de/fileadmin/lsjv/Dateien/Aufgaben/Sozialraumentwicklung/Pflegestrukturplanung/Arbeitshilfe_Pflegestrukturplanung.pdf).

Nachbarschaftsinitiativen und Gemeindegewerkschaften<sup>plus</sup>). Auch Angebote an gemeinschaftlichen Wohnformen und seniorengerechtem Wohnraum haben Einfluss darauf, ob Pflegebedürftige ambulant versorgt werden können oder eine stationäre Unterbringung erforderlich wird.<sup>116</sup> Die Ergebnisse sollten im Rahmen der regionalen Pflegekonferenz und im direkten Austausch mit Leistungsanbietern erörtert werden.

Die Stadt, die bislang nicht über einen Pflegestrukturplan verfügte, hat mitgeteilt, dass dieser inzwischen vorliege und regelmäßig fortgeschrieben werde. Ein Landkreis erklärte, die Hinweise des Rechnungshofs zur Konkretisierung von Maßnahmen und Zielen bei der Fortschreibung des Plans zu berücksichtigen.

## **4 Prüfung der Heimbetreuungsbedürftigkeit – Optimierung geboten**

### **4.1 Fehlende oder unzureichende Grundlagen und Fachkompetenz**

Bei einem Teil der Träger der Sozialhilfe entschieden Verwaltungskräfte – regelmäßig nach Aktenlage – über die Frage, ob pflegebedürftige Personen im Heim zu versorgen sind. Pflegefachkräfte waren bei diesen Trägern nicht vorhanden oder erhielten andere Prüfungsaufträge. Ob im Vorfeld Pflegestützpunkte<sup>117</sup> oder soziale Einrichtungen beteiligt waren, ergab sich häufig nicht aus den Akten. Eine Verwaltung teilte mit, dass eine Beratung angeboten werde, sofern die Leistungsberechtigten dies wünschten. Prüfungen der Heimbetreuungsbedürftigkeit fanden nach Aktenlage nicht statt.

Seit 1. Januar 2017 sieht § 63a SGB XII eine umfassende Bedarfsermittlung durch den Träger der Sozialhilfe vor. Sachgerechte Entscheidungen zu Art und Umfang der zu leistenden Hilfen erfordern insbesondere die Prüfung der Heimbetreuungsbedürftigkeit. Eine intensiviertere Erstberatung<sup>118</sup> (über die Möglichkeiten einer ambulanten Versorgung) und die passgenaue Bedarfsermittlung im Vorfeld von stationären Hilfestellungen – insbesondere bei den Pflegegraden 2 und 3 – kann bei einem Teil der Pflegebedürftigen zur Heimvermeidung und ihrem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit führen sowie eventuell Enthospitalisierungen nach gesundheitlichen Stabilisierungen befördern. Das erfordert, dass die pflegebedürftigen Personen oder deren Vertreter entsprechend aufgeklärt und beraten sowie Informationen über das persönliche Umfeld eingeholt werden, um einen möglichst umfassenden Überblick über die vorhandenen pflegerischen Ressourcen zu erhalten. Da der Bedarfsermittlungs- und Beratungsaufwand weit über das hinausgeht, was die Leistungssachbearbeiter qualifiziert erbringen können, ist die Einbindung von Pflegefachkräften hierfür grundsätzlich erforderlich. Hat die Pflegeberatung<sup>119</sup> des Pflegestützpunkts bereits einen Versorgungsplan erstellt, sollte dieser angefordert werden. Nur mit einer entsprechend professionellen Prüfung können die Leistungen individuell, bedarfsgerecht und wirtschaftlich erbracht werden. Beurteilungen nach Aktenlage sollten nur in eindeutigen Fällen vorgenommen werden. Die Ergebnisse der jeweiligen Prüfung sind aktenkundig zu machen.

In einigen Fällen lagen den Sozialämtern keine Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD)<sup>120</sup> über die Prüfung der Pflegebedürftigkeit vor. Häufig fehlten Wiederho-

---

<sup>116</sup> Die Aspekte sind keineswegs als abschließende Aufzählung zu verstehen. In einzelnen Kommunen gab es noch eine Reihe anderer Projekte, z. B. ehrenamtliche Fahrdienste, „Dorfkümmerner“, „Wohnen für Hilfen“ (Wohnpartnerschaften) und Wohnungstauschbörsen.

<sup>117</sup> Diese beraten und unterstützen Hilfesuchende sowie deren Angehörige und koordinieren wohnortnahe Hilfs- und Unterstützungsangebote (§ 7c SGB XI).

<sup>118</sup> In der Erstberatung und der Prüfung pflegerischer Bedarfe liegt ein hohes Steuerungspotenzial.

<sup>119</sup> § 7a Abs. 1 SGB XI.

<sup>120</sup> Früher: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK).

lungsgutachten, obwohl der MD solche wegen zu erwartender Verbesserungen avisierte.<sup>121</sup> Die Verwaltungen bewilligten stationäre Hilfe zur Pflege ohne weitere Prüfung. Dies betraf sogar Fälle von Personen, die noch nicht die Regelaltersgrenze für den Bezug einer Altersrente erreicht hatten und nach Feststellungen der DRV oder des Ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit nur befristet voll erwerbsgemindert waren, weil mit einer noch ausstehenden Therapie eine Besserung der gesundheitlichen Situation möglich erschien.

Die Gutachten des MD sind eine wesentliche Grundlage für die Entscheidung über die Heimbetreuungsbedürftigkeit. Dies gilt auch für Wiederholungsbegutachtungen. Die Gutachten sind daher durch die Sozialhilfeträger anzufordern. Dies ist von besonderer Bedeutung, wenn nach ärztlicher Einschätzung Verbesserungen möglich sind.

In anderen Fällen hatte der MD in seinen Gutachten erklärt, dass die erforderliche Pflege im häuslichen Umfeld sichergestellt werden könne. Die Verwaltungen bewilligten dennoch Hilfe zur Pflege in Einrichtungen ohne weitere Prüfung.

Die Ausführungen des MD zur Heimbetreuungsbedürftigkeit binden die Träger der Sozialhilfe nicht. Ein Rechtsanspruch auf Leistungen der stationären Pflege besteht aber nur, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Häusliche Pflege ist grundsätzlich vorrangig.<sup>122</sup> Das geschilderte Vorgehen widersprach dem.

Ein Träger der Sozialhilfe holte mittels eines Fragebogens Stellungnahmen der Pflegeeinrichtung zur Notwendigkeit der Heimunterbringung ein. Grundsätzlich folgten die Leistungssachbearbeiter der Einschätzung der Heime und bewilligten dann stationäre Hilfe zur Pflege, meist ohne weitere Prüfungen. Dies betraf sogar Fälle mit unplausiblen Angaben der Heime. So erklärten diese mehrfach, selbst bei Personen in Pflegegrad 2, dass Leistungsberechtigte bei Tag und Nacht Hilfe bei allen anfallenden Tätigkeiten benötigen würden.

Die Einschätzung eines Pflegeheims ist allein nicht geeignet, um die Heimbetreuungsbedürftigkeit zu beurteilen. Es ist nicht auszuschließen, dass die Stellungnahme von den eigenen (wirtschaftlichen) Interessen des Heimträgers beeinflusst wird.<sup>123</sup> Die zum Teil unplausiblen Angaben zum Pflegebedarf legen dies nahe.

Teilweise legten Angehörige oder Betreuer ärztliche Stellungnahmen vor, mit denen die Heimbetreuungsbedürftigkeit belegt werden sollte. Verwaltungen folgten diesen medizinischen Einschätzungen auch dann, wenn offensichtlich ein Dissens zu den Feststellungen des MD bestand. So attestierte beispielsweise ein Hausarzt „fortgeschrittene Demenz“, der MD stellte aber nur „leichte oder keine kognitive Einschränkung“ fest.

Die Heimbetreuungsbedürftigkeit ist nicht allein eine medizinische Frage. Ihre Beurteilung erfordert weitere Feststellungen. Davon unabhängig muss sich die Verwaltung in Fällen mit erkennbar divergierenden medizinischen Einschätzungen um deren Klärung bemühen.

---

<sup>121</sup> Z. B. bei einer Heimunterbringung im Rahmen der Kurzzeitpflege nach einem sturzbedingten Krankenhausaufenthalt.

<sup>122</sup> § 64 i. V. m. § 13 Abs. 1 SGB XII.

<sup>123</sup> Die Auslastungsquote der Pflegeheime mit versicherten Personen war in Rheinland-Pfalz Ende 2021 mit 87,7 % bei einem bundesweiten Durchschnitt von 94,5 % die niedrigste im Ländervergleich.

## 4.2 Einsatz von Pflegefachkräften

Soweit von den Trägern beschäftigte Pflegefachkräfte zur Heimbetreuungsbedürftigkeit Stellungnahmen abgaben,

- fehlten zum Teil Ausführungen, ob und wie eine ambulante Versorgung sichergestellt werden könnte,
- gingen die Kräfte trotz fehlender Kostenangaben davon aus, dass eine ambulante Versorgung mit höheren Kosten verbunden wäre als eine Heimaufnahme,
- orientierten sich die Stellungnahmen erkennbar an Wünschen der Pflegebedürftigen und
- hatten die Verwaltungen bislang davon abgesehen, den Fachkräfteeinsatz zu evaluieren.

Die Prüfung erfordert eine Auseinandersetzung mit den für die Versorgung erforderlichen Bedarfen sowie mit der Frage, ob und wie diese ambulant gedeckt werden können.<sup>124</sup> Hierbei ist die Wohnsituation (alleinstehend, Mitbewohner vorhanden, Barrieren, Einrichtung im Bad usw.) zu berücksichtigen. Es sind eventuell vorhandene Versorgungsstrukturen (Angehörige, Bekannte, ambulante Dienste usw.) zu ermitteln und die Frage zu klären, welche Versorgungs- oder Betreuungsleistungen insbesondere Angehörige zu erbringen bereit sind. Können die konkreten Bedarfe ambulant gedeckt werden, sind die Kosten mit denen einer Versorgung im Heim zu vergleichen.

Den Wünschen Leistungsberechtigter nach einer stationären Versorgung soll nur entsprochen werden, wenn dies mangels anderweitiger Bedarfsdeckungsmöglichkeiten nach der Besonderheit des Einzelfalls erforderlich ist oder keine unverhältnismäßigen Mehrkosten verursacht.<sup>125</sup> Die Höhe der Sozialhilfeleistungen bei ambulanter Pflege hängt vom konkreten pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bedarf, dem einzusetzenden Einkommen und Vermögen sowie davon ab, wie die Bedarfe gedeckt werden. Die bei niedrigeren Pflegegraden geringeren Bedarfe verursachen unter Berücksichtigung der Leistungen der Pflegekassen meist geringere Leistungen ambulanter Hilfe zur Pflege als die einrichtungseinheitlichen Beträge zuzüglich Barbetrag bei stationärer Versorgung. Dies gilt meist auch, wenn Leistungsberechtigte nicht mehr in ihrer früheren Wohnung verbleiben können und in eine ambulant betreute Wohnform ziehen.<sup>126</sup> Eine sachgerechte Entscheidung, ob aus Kostengründen eine ambulante oder stationäre Versorgung günstiger ist, kann nur anhand eines Vergleichs der zu erwartenden Aufwendungen getroffen werden.

Zwar ist der Einsatz von Pflegefachkräften zur Beurteilung der Heimbetreuungsbedürftigkeit grundsätzlich zu befürworten (Tz. 4.1). Das setzt voraus, dass die Kräfte dieser Aufgabe mit der gebotenen Sorgfalt nachkommen. Dies sollte ausreichend dokumentiert und stichprobenartig geprüft werden, auch im Hinblick auf die Entwicklung der Fallzahlen.

## 4.3 Nicht ausreichende Begründungen

Begründungen von Leistungsberechtigten, Betreuern und Angehörigen zur vermeintlichen Notwendigkeit der Heimaufnahme überzeugten nicht immer. Die Verwaltungen nahmen diese hin, ohne zu hinterfragen, ob nicht auch im Rahmen einer

---

<sup>124</sup> Die Pflegefachkräfte einiger Träger besuchten grundsätzlich die pflegebedürftigen Personen persönlich. Die Verwaltungen berichteten jeweils, dass durch die dabei erlangten Kenntnisse in einigen Fällen Heimaufnahmen vermieden werden konnten.

<sup>125</sup> § 9 Abs. 2 SGB XII.

<sup>126</sup> Über den Angemessenheitsgrenzen liegende Kosten der Unterkunft können ggf. nach § 42a bzw. § 35 SGB XII dauerhaft anerkannt werden.

ambulanten Versorgung den Beeinträchtigungen Rechnung getragen werden konnte. Dies betraf insbesondere folgende Fälle:

#### **4.3.1 Sturzneigung, Sturzangst**

Sturzgefahr besteht ggf. auch im Heim und bei Verlassen des Heims. Sofern deswegen eine besondere Gefahr für die Gesundheit Leistungsberechtigter gesehen wird, sollte geprüft werden, wie dieser im eigenen Haushalt begegnet werden kann. Hierfür kommen beispielsweise seit Jahrzehnten bewährte Notrufsysteme in Betracht. Smartwatches mit Sturzerkennung und „SOS-Funktion“ ermöglichen über voreingestellte Kontakte auch dann eine Alarmierung, wenn aufgrund von Sturzfolgen der dafür übliche Notruf nicht mehr gesendet werden kann.<sup>127</sup>

#### **4.3.2 Medikamentengabe, Sauerstoffmessung**

Medikamenten- und Sauerstoffgaben können u. U. auch bei einer ambulanten Versorgung sichergestellt werden. Besteht ein Bedarf für Messungen der Sauerstoffsättigung des Bluts, ist auch dies grundsätzlich ambulant – z. B. mithilfe eines Pulsoxymeters<sup>128</sup> – möglich.

#### **4.3.3 Verwahrlosung**

Lässt sich der persönlichen Verwahrlosung eines Pflegebedürftigen mit Maßnahmen der ambulanten Pflege ausreichend entgegenwirken, so begründet eine im Einzelfall hinzutretende (drohende) Verwahrlosung des Wohnumfelds nicht automatisch eine Heimpflegebedürftigkeit.<sup>129</sup> Ihr kann in der Regel durch die zusätzliche Bewilligung hauswirtschaftlicher Hilfen begegnet werden.

#### **4.3.4 Harninkontinenz**

Die Ursachen und Erscheinungsformen der Harninkontinenz sind vielfältig. Pauschale Hinweise auf Inkontinenz begründen allein noch keine Heimbetreuungsbedürftigkeit. Diese ist einzelfallbezogen zu substantiieren. Besteht keine Notwendigkeit eines nächtlichen Wechsels von Hilfsmitteln<sup>130</sup>, kann pflegerisches Management der Inkontinenz auch von ambulanten Pflegediensten gewährleistet werden.

### **5 Leistungen bei Pflegegrad 1 – unzulässige Hilfearten**

Fünf der sechs geprüften Landkreise und kreisfreien Städte gewährten Leistungen für eine stationäre Unterbringung in Pflegeheimen auch für Personen, bei denen nur Pflegegrad 1 festgestellt worden war. Zwei Städte und ein Landkreis bewilligten Hilfe zur Pflege; zwei andere Träger erbrachten die Leistungen als Grundsicherung.

---

<sup>127</sup> <https://www.malteser.de/aware/hilfreich/digitale-helfer-am-handgelenk-wie-smarte-uhren-leben-retten.html>.

<sup>128</sup> <https://www.info-pflege.de/pages/artikel/pulsoxymetrie-in-der-pflege-einsetzen.php>.

<sup>129</sup> Vgl. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 14. Juli 2022 – L 30 P 69/20 (juris Rn. 25 m. w. N.), wonach eine fehlende Sicherstellung der (ambulanten) Pflege nicht schon bei Umfeldverwahrlosung, sondern erst bei hinzutretender persönlicher Verwahrlosung anzunehmen ist.

<sup>130</sup> Vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 31. August 2000 – B 3 P 16/99 R (juris Rn. 16), wonach die Verweisung Pflegebedürftiger auf die nächtliche Nutzung von Inkontinenzhilfsmitteln grundsätzlich zumutbar ist und keinen rechtlichen Bedenken begegnet.

Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 erhalten keine Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen.<sup>131</sup> Die Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad ist für den Träger der Sozialhilfe bindend.<sup>132</sup> Die Hilfen wurden somit rechtswidrig geleistet.

Der Umfang der Grundsicherung ist in § 42 SGB XII abschließend geregelt.<sup>133</sup> Die gesamten ungedeckten Heimkosten dürfen danach nicht im Rahmen der Grundsicherung übernommen werden.

Wenn nach Prüfung der Heimbetreuungsbedürftigkeit Hilfen in stationären Einrichtungen gewährt werden sollen, kommen hierfür ggf. „erweiterte“ Hilfe zum Lebensunterhalt, Altenhilfe oder Hilfe in sonstigen Lebenslagen in Betracht. Dies kann allerdings nur in wenigen Ausnahmefällen gerechtfertigt sein, da bei Pflegegrad 1 grundsätzlich davon auszugehen ist, dass eine ambulante Versorgung ausreicht.

## **6 Verwaltungssachbearbeitung – Informationsbeschaffung unzureichend und Mängel vor allem bei der Prüfung von Einkommen und Vermögen**

### **6.1 Elektronische Abfragen**

Mehrere Träger der Sozialhilfe nutzten die Möglichkeiten zu digitalen Datenabfragen noch nicht. Dies betraf insbesondere die nachfolgenden Datenquellen:

#### **6.1.1 Einwohnermeldesystem**

Sozialhilferechtlich ist der gewöhnliche Aufenthalt von Leistungsberechtigten vor Aufnahme in einer Einrichtung maßgeblich.<sup>134</sup> Auch wenn Einwohnermeldedaten hinsichtlich der Aufenthaltsbestimmung nur Indizwirkung haben, sollten die Sachbearbeiter über einen unmittelbaren Zugriff auf Einwohnermeldedaten verfügen und regelmäßig, insbesondere bei Neuansuchen, Ausdrücke zu den Akten nehmen. Der Zugriff ist nach § 118 Abs. 4 SGB XII zulässig. Die Meldebehörden stellen die Daten zur Verfügung.<sup>135</sup>

#### **6.1.2 Ausländerzentralregister (AZR)**

Insbesondere Ansprüche von Flüchtlingen hängen vom jeweils aktuellen ausländerrechtlichen Status ab. Dazu ist es möglich, Daten aus dem AZR automatisiert abzurufen.<sup>136</sup>

#### **6.1.3 Bundeszentralamt für Steuern (BZSt)**

Beim BZSt sind Bankverbindungsdaten registriert. Kontenabrufersuchen dürfen im begründeten Einzelfall nach § 93 Abs. 8 AO unmittelbar an das BZSt gerichtet werden. Auch hier können Bankdaten elektronisch abgefragt werden, wenn dies zuvor eingerichtet wird. Anhand der Bankverbindungen können dann von den Leistungsberechtigten oder mit deren Einwilligung bei den Geldinstituten Angaben zu Kontenbeständen angefordert werden.

---

<sup>131</sup> § 65 Satz 1 SGB XII.

<sup>132</sup> § 62a Satz 1 SGB XII.

<sup>133</sup> Regelsatz, ggf. Bedarfe nach §§ 30 bis 33 und 42b SGB XII, Bildung und Teilhabe, Unterkunft und Heizung als Pauschale sowie bestimmte Darlehen.

<sup>134</sup> § 98 Abs. 2 SGB XII.

<sup>135</sup> § 4 f. AGBMG i. V. m. § 1 f. MDLVO und § 34 ff. BMG.

<sup>136</sup> §§ 18a und 22 AZR-Gesetz.

#### **6.1.4 Elektronisches Grundbuch**

Eine umfassende Prüfung vorhandenen (Grund-)Vermögens ist bei der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von besonderer Bedeutung. Behörden können Grundbuchdaten automatisiert abrufen.<sup>137</sup> Die Teilnahme am Verfahren muss beantragt werden und ist in Rheinland-Pfalz gebührenfrei.<sup>138</sup> Sie versetzt die Träger der Sozialhilfe in die Lage, Auskünfte über vorhandenes Grundvermögen unabhängig von den Angaben der Leistungsberechtigten zu erlangen.

#### **6.1.5 Kfz-Zulassung**

Abfragen bei der Zulassungsstelle können dazu beitragen, Vermögen in Form von Kraftfahrzeugen festzustellen. Datenabgleiche – auch in automatisierter Form – innerhalb der Verwaltung, mit den wirtschaftlichen Unternehmen der Landkreise und kreisfreien Städte sowie mit kreisangehörigen Verbandsgemeinden und verbandsfreien Gemeinden sind nach § 118 Abs. 4 SGB XII zulässig; dies gilt insbesondere für die Kfz-Zulassungsstelle.<sup>139</sup>

### **6.2 Zuständigkeit**

Für die Sozialhilfe örtlich zuständig ist der Träger der Sozialhilfe, in dessen Bereich der gewöhnliche Aufenthalt des Leistungsberechtigten vor Heimaufnahme lag. Das ist dort, wo sich jemand unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt.<sup>140</sup> Die örtliche Zuständigkeit wurde in einigen Fällen nicht mit der gebotenen Sorgfalt ermittelt.

#### **6.2.1 Wechsel von ambulant betreuter Wohnform in stationäre Einrichtung**

Bei Umzügen Leistungsberechtigter von ihrer eigenen Wohnung in eine betreute Wohnform im Sinne des § 98 Abs. 5 SGB XII bleibt für Leistungen am Ort des betreuten Wohnens die Zuständigkeit des bisherigen Trägers der Sozialhilfe bestehen. Ziehen diese dann in eine stationäre Einrichtung (sog. gemischte Kette), wechselt die Zuständigkeit an den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts vor Heimaufnahme.

Davon abweichend wendete eine kreisfreie Stadt noch immer die Vereinbarungen der rheinland-pfälzischen Kommunen über den Ausschluss des gewöhnlichen Aufenthalts und die fortgesetzte Zuständigkeit nach § 98 Abs. 5 SGB XII aus den Jahren 2009 und 2014 an. Eine andere Stadt übersah die Folgen eines Wechsels von einer betreuten Wohnform in ein Seniorenheim für ihre Zuständigkeit.

Die Vereinbarungen sind unwirksam.<sup>141</sup> Der Beitritt zu den Erklärungen entfaltet aufgrund der Nichtigkeit der Vereinbarungen keine Bindungswirkung. Der eingangs beschriebene Zuständigkeitswechsel tritt in diesen Fällen ein.

Die beiden Städte wandten insgesamt 95.000 € für stationäre Pflege in zwei Fällen auf, ohne zuständig gewesen zu sein.

---

<sup>137</sup> § 139 Abs. 3 GBO i. V. m. § 80 ff. GBV.

<sup>138</sup> § 2 JVKostG.

<sup>139</sup> § 118 Abs. 4 Satz 4 Nr. 6 SGB XII.

<sup>140</sup> § 30 Abs. 3 Satz 2 SGB I.

<sup>141</sup> Rundschreiben Nr. 13/2018 des LSJV zum Urteil des Bundessozialgerichts vom 5. Juli 2018 – B 8 SO 32/16 R (juris Rn. 18 ff.) sowie Bundessozialgericht, Urteil vom 13. Februar 2014 – B 8 SO 11/12 R (juris Rn. 31).

## **6.2.2 Von Einwohnermeldedaten abweichender Aufenthalt**

Die Träger der Sozialhilfe entschieden über ihre örtliche Zuständigkeit zumeist anhand der Einwohnermeldedaten. Ein Träger stellte auch in einem Fall, in dem jemand tatsächlich an der gemeldeten Adresse nicht wohnte<sup>142</sup>, keine weiteren Ermittlungen an.

Einwohnermeldedaten entfalten Indizwirkung hinsichtlich des gewöhnlichen Aufenthalts Leistungsberechtigter zur Zeit vor ihrer Heimaufnahme. Diese kann aber widerlegt werden, wenn sich aus Umständen oder Erklärungen ergibt, dass Leistungsberechtigte tatsächlich an einem anderen Ort wohnten. Ein gewöhnlicher Aufenthalt kann z. B. auch auf einem Campingplatz begründet sein.<sup>143</sup> In solchen Fällen sind entsprechende Ermittlungen anzustellen.

## **6.2.3 Wechsel von besonderer Wohnform der Eingliederungshilfe in Pflegeheim**

Eine Leistungsberechtigte war seit vielen Jahren in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe untergebracht, die ab 1. Januar 2020 als besondere Wohnform<sup>144</sup> galt. Im Jahr 2021 zog sie in ein Pflegeheim. Der Träger prüfte die Zuständigkeit nicht neu und gewährte Hilfe zur Pflege in Einrichtungen.

Für die stationäre Eingliederungshilfe und – ab Januar 2020 – die ambulante Eingliederungshilfe war, im Hinblick auf den gewöhnlichen Aufenthalt der Leistungsberechtigten vor der seinerzeitigen Heimaufnahme, der geprüfte Träger der Sozialhilfe zuständig.<sup>145</sup>

Zum 1. Januar 2020 wurden aus stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe besondere Wohnformen. Diese sind keine stationären Einrichtungen im Sinne des § 13 SGB XII. Die örtliche Zuständigkeit war für die stationäre Hilfe zur Pflege neu zu bestimmen. Mit dem Einrichtungswechsel und der Einstellung der Eingliederungshilfeleistungen richtete sie sich nach § 98 Abs. 2 Satz 1 SGB XII.<sup>146</sup> Sie wechselte zu dem Träger der Sozialhilfe, in dessen Zuständigkeitsbereich die besondere Wohnform lag. Da dies nicht erkannt wurde, hatte der Träger Kosten von überschlägig 6.000 € ohne rechtliche Verpflichtung übernommen.

Bei Leistungen durch einen unzuständigen Träger sind Erstattungsansprüche gegen den zuständigen Träger zu prüfen.<sup>147</sup>

## **6.3 Unzureichende Prüfung von Kautionsansprüchen und Ansprüchen aus Nebenkostenabrechnungen Leistungsberechtigter**

### **6.3.1 Kautionen**

Träger der Sozialhilfe übernahmen beim Umzug Leistungsberechtigter ins Pflegeheim Mietzahlungen während der gesetzlichen Kündigungsfrist und Kosten für die

---

<sup>142</sup> Das war dem Träger bekannt.

<sup>143</sup> Das Sozialamt hat, solange die Ordnungsbehörde die Nutzung nicht untersagt, keine Prüfung der Zulässigkeit z. B. eines Wohnmobils als dauerhafte Wohnstätte durchzuführen, Bundessozialgericht, Urteil vom 17. Juni 2010 – B 14 AS 79/09 R (juris Rn. 10).

<sup>144</sup> § 113 Abs. 5 SGB IX i. V. m. § 42a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und Satz 3 SGB XII.

<sup>145</sup> Die fortbestehende Zuständigkeit für den Zeitraum der Gewährung der Eingliederungshilfe in der besonderen Wohnform ergab sich aus § 98 Abs. 5 SGB IX.

<sup>146</sup> Eine abweichende Zuständigkeit nach § 98 Abs. 6 SGB XII kam durch die Einstellung der Eingliederungshilfe nicht in Betracht. Die Anwendung von § 98 Abs. 2 Satz 2 SGB XII scheidet daran, dass es sich bei der besonderen Wohnform nicht mehr um eine stationäre Einrichtung handelt.

<sup>147</sup> § 105 SGB X.

Wohnungsauflösung. Ob eine Kautions bestand, aus der die Kosten ganz oder teilweise hätten getragen werden können, prüften nicht alle Träger.

Bei Umzug ins Pflegeheim nicht vermeidbare Mieten für den Zeitraum der Kündigungsfrist<sup>148</sup> und Kosten für die Räumung der Wohnung<sup>149</sup> sind ggf. aus Mitteln der Sozialhilfe zu übernehmen. Die Miete und der Anspruch des Vermieters auf Übergabe einer geräumten Wohnung sind zivilrechtlicher Natur. Zahlt der Mieter nicht oder kommt er dieser Verpflichtung nicht nach, kann der Vermieter seine Forderung aus der Kautions befriedigen, die er anderenfalls an den Mieter nach Beendigung des Mietverhältnisses auszahlen muss. Bevor die nachrangige Sozialhilfe die Räumungskosten übernimmt, muss die Erforderlichkeit geprüft werden. Dies umfasst auch den Einsatz dafür zur Verfügung stehender finanzieller Mittel. Daher ist vorrangig die Kautions für offene Forderungen des Vermieters und die Räumung der Wohnung einzusetzen.<sup>150</sup>

### 6.3.2 Letzte Betriebs- und Heizkostenabrechnung

Nach Heimaufnahme Leistungsberechtigter, die zuvor in einer Mietwohnung gelebt hatten, verlangten die Sozialämter nicht die Vorlage der letzten Betriebs- und Heizkostenabrechnung. Teilweise erklärten sie, im Rahmen der jährlichen Ermittlung der wirtschaftlichen Verhältnisse zu prüfen, ob Abrechnungsguthaben vorhanden seien. Die Akten belegten dies allerdings nicht.

In den Antragsvordrucken und Fragebogen für die jährliche Überprüfung waren Fragen nach dem Einkommen nur allgemein gehalten. Daher war nicht zu erwarten, dass die Leistungsberechtigten bzw. ihre Betreuer erkannten, dass davon auch Guthaben aus Abrechnungen erfasst waren. Zudem können auf diesem Weg bestehende, von den Leistungsberechtigten aber nicht geltend gemachte und von den Vermietern nicht von sich aus erfüllte Ansprüche von vorneherein nicht erkannt werden.

Die Wohnungen waren oft mehrere Monate unbewohnt. Es ist davon auszugehen, dass in den meisten dieser Fälle Ansprüche aus Neben- und Heizkostenguthaben bestanden. Vermieter haben nach Ende des Abrechnungszeitraums ein Jahr Zeit, Ansprüche auf Nachzahlungen geltend zu machen. Der Anspruch der Mieter auf Erstellung der Abrechnung verjährt nach weiteren drei Jahren.

Zum Einkommen nach § 82 SGB XII gehören alle Einkünfte, die dem Leistungsberechtigten im Bedarfszeitraum zufließen. Mittel, die der Hilfesuchende früher als Einkommen erhalten hat, sind, soweit noch vorhanden, Vermögen.<sup>151</sup> Auszugehen ist vom tatsächlichen Zufluss, es sei denn, rechtlich wird ein anderer Zufluss als maßgeblich bestimmt (sog. modifizierte Zuflusstheorie).<sup>152</sup>

---

<sup>148</sup> Bundessozialgericht, Urteil vom 30. Oktober 2019 – B 14 AS 2/19 R (juris Rn. 15 ff.) und Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 18. Februar 2010 – L 9 SO 6/08 (juris Rn. 24).

<sup>149</sup> Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 16. Juli 2007 – L 13 SO 26/07 ER (juris Rn. 5). Das gilt jedoch insbesondere nicht, soweit der Leistungsberechtigte die Räumung selbst bewerkstelligen kann und auch nicht für Schäden, die Leistungsberechtigte verursacht haben, vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Beschluss vom 29. Juli 2008 – L 11 B 577/08 SO ER (juris Rn. 13) und Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12. Februar 2014 – L 18 AS 2908/12 (juris Rn. 23) sowie für Kosten der Räumung einer „Messie-Wohnung“ (hier ggf. Ermessensentscheidung im Rahmen von § 67 f. SGB XII, vgl. Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 8. März 2012 – L 13 AS 22/12 B ER (juris Rn. 20 ff.)).

<sup>150</sup> Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 10. März 2011 – L 15 SO 23/09 (juris Rn. 27).

<sup>151</sup> Bundessozialgericht, Urteil vom 19. Mai 2009 – B 8 SO 35/07 R (juris Rn. 14).

<sup>152</sup> Bundessozialgericht, Urteil vom 25. Oktober 2017 – B 14 AS 35/16 R (juris Rn. 22).

Bei Neben- und Heizkostenguthaben handelt es sich um einmalige Einnahmen zum Zeitpunkt ihres Zuflusses.<sup>153</sup> Diese sind in einem Monat oder auf bis zu sechs Monate verteilt zu berücksichtigen.<sup>154</sup> Dies gilt auch für Guthaben aus Zeiten ohne Bedürftigkeit<sup>155</sup> und Verrechnung der Guthaben durch den Vermieter mit Mietrückständen<sup>156</sup>. Ansprüche sind zu prüfen und bei ihrer Realisierung anzurechnen.

#### **6.4 Mehrbedarfszuschlag bei Schwerbehinderung**

Bei etlichen Leistungsberechtigten mit Anspruch auf Grundsicherung berücksichtigten Träger der Sozialhilfe keinen Mehrbedarf. Bescheide nach § 152 Abs. 4 SGB IX oder Ausweise nach § 152 Abs. 5 SGB IX über die Feststellung des Merkzeichens G<sup>157</sup> lagen in diesen Fällen nicht vor. Die Verwaltungen wirkten auch nicht auf eine Antragstellung hin.

Personen, die die Altersgrenze nach § 41 Abs. 2 SGB XII erreicht haben oder voll erwerbsgemindert nach dem SGB VI sind, wird in der Grundsicherung ein Mehrbedarf von grundsätzlich 17 % des maßgebenden Regelsatzes anerkannt, wenn diese die Feststellung des Merkzeichens G nachweisen.<sup>158</sup> Ein Anspruch auf das Merkzeichen G besteht bei einer erheblichen Einschränkung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr. Der Mehrbedarf (820 € jährlich) erhöht den Anspruch auf Grundsicherung (Finanzierung durch den Bund) und verringert in der Folge die kommunal mitfinanzierten Leistungen der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen. Die Verwaltungen sollten auf die Stellung der Anträge hinwirken.

#### **6.5 Kranken- und Pflegeversicherung**

Nach wie vor übernahmen Träger der Sozialhilfe freiwillige Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung oder leisteten Krankenhilfe, obwohl ggf. Ansprüche auf Familienversicherung oder Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bestanden. Häufig fehlten Angaben zu den Versicherungsverläufen, die z. B. aus dem Rentenerstbescheid hervorgehen und die für die Prüfung der KVdR benötigt werden.

Zu dem Themenkomplex wird auf die Kommunalberichte 2015 und 2022 verwiesen.<sup>159</sup>

#### **6.6 Renten**

In der Regel rechneten die Träger der Sozialhilfe die Renten als Einkommen<sup>160</sup> aufgrund von Angaben der Leistungsberechtigten oder deren Vertreter an.

---

<sup>153</sup> Nachzahlungen für eine frühere Wohnung aus Zeiten vor Eintritt der Bedürftigkeit stellen Schulden und damit keinen Bedarf zum Zeitpunkt ihrer Fälligkeit dar, Bundessozialgericht, Urteil vom 25. Juni 2015 – B 14 AS 40/14 R (juris Rn. 20).

<sup>154</sup> § 82 Abs. 7 SGB XII.

<sup>155</sup> Bundessozialgericht, Urteile vom 22. März 2012 – B 4 AS 139/11 R (juris Rn. 13 ff.) und 24. Juni 2020 – B 4 AS 7/20 R (juris Rn. 29).

<sup>156</sup> Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Mai 2012 – B 4 AS 132/11 R (juris Rn. 21).

<sup>157</sup> § 229 Abs. 1 SGB IX.

<sup>158</sup> § 30 Abs. 1 SGB XII.

<sup>159</sup> Kommunalbericht 2015 Nr. 6 und 2022 Nr. 2.

<sup>160</sup> § 82 SGB XII.

Auf die Möglichkeit und die Vorteile der Teilnahme am automatisierten Rentenauskunftsverfahren hat der Rechnungshof bereits im Kommunalbericht 2022 hingewiesen.<sup>161</sup> Dies nutzten immer noch nicht alle Träger der Sozialhilfe.

### 6.6.1 Altersrente

Fehlende Versicherungsverläufe<sup>162</sup> führten auch dazu, dass die Träger der Sozialhilfe eventuelle Rentenansprüche von Personen, die keine Rente erhielten, häufiger nicht prüften. Dies betraf vor allem Leistungsberechtigte, die jahrzehntelang selbstständig waren, und solche mit mehreren Kindern.

Für eine sachgerechte Prüfung durch die Verwaltung muss der Versicherungsverlauf angefordert und gezielt nach möglichen fehlenden Zeiten gefragt werden. Anspruch auf eine Regelaltersrente besteht, wenn die Regelaltersgrenze erreicht und die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren<sup>163</sup> erfüllt ist. Neben Beitragszeiten<sup>164</sup> sind auch Ersatzzeiten<sup>165</sup> zu berücksichtigen, z. B. für Ausbildung und Kindererziehung. Ein Anspruch auf eine gesetzliche Rente kann auch entstehen, wenn nie Rentenbeiträge gezahlt wurden. „Mütterrenten“<sup>166</sup> erhalten anspruchsberechtigte Elternteile, deren Kinder vor 1992 zur Welt kamen. Hierfür reichen ggf. zwei vor 1992 geborene Kinder.

### 6.6.2 Sonstige Renten

Gaben Leistungsberechtigte an, verwitwet zu sein und keine Witwen-/Witwerrente zu erhalten, prüften Träger der Sozialhilfe nicht, ob ein Rentenanspruch bestand.

Witwen und Witwer, die nicht wieder geheiratet haben, haben nach dem Tod des versicherten Ehegatten Anspruch auf eine kleine Witwen-/Witwerrente, wenn der versicherte Ehegatte die allgemeine Wartezeit erfüllt hatte.<sup>167</sup> Der Anspruch besteht längstens für 24 Monate.<sup>168</sup> Zumeist besteht dann auch Anspruch auf eine große Witwen-/Witwerrente, die ohne zeitliche Begrenzung gewährt wird.<sup>169</sup> Die weiteren Voraussetzungen hierfür sind häufig erfüllt. Für eine sachgerechte Prüfung sind die rentenrechtlich relevanten Zeiten verstorbener Ehegatten zu ermitteln.

Die Sozialämter prüften nicht ausreichend, ob neben einer Altersrente ggf. Ansprüche auf eine betriebliche Altersversorgung bestanden. Angaben zu den früheren Arbeitgebern wurden nicht erfasst.

Arbeitnehmer haben nach § 1a Betriebsrentengesetz einen Rechtsanspruch gegen ihren Arbeitgeber auf Umwandlung von Teilen ihres Entgelts zur Verwendung für die

---

<sup>161</sup> Kommunalbericht 2022 Nr. 2, Tz. 10.1.1.

<sup>162</sup> Der Versicherungsverlauf gibt Auskunft über die bei der Rentenversicherung vorhandenen Sozialversicherungsdaten (§ 149 Abs. 3 SGB VI).

<sup>163</sup> § 50 Abs. 1 SGB VI.

<sup>164</sup> § 51 Abs. 1 SGB VI.

<sup>165</sup> § 51 Abs. 4 SGB VI.

<sup>166</sup> § 56 SGB VI, § 249 SGB VI für „Zugangsrentner“ bzw. § 307d SGB VI für „Bestandsrentner“. Mit dem RV-Leistungsverbesserungsgesetz (2014) und dem RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz (2018) wurden die Kindererziehungszeiten für die Erziehung von vor 1992 geborenen Kindern von 12 auf maximal 30 Monate verlängert.

<sup>167</sup> Nach § 46 Abs. 3 i. V. m. § 243 SGB VI kommen Ansprüche auch nach dem vorletzten Ehegatten in Betracht.

<sup>168</sup> § 46 Abs. 1 SGB VI.

<sup>169</sup> § 46 Abs. 2 und 3 SGB VI.

betriebliche Altersversorgung. Dieser Anspruch besteht seit 2002.<sup>170</sup> Zuvor war der Erwerb von Ansprüchen auf eine Betriebsrente von Vereinbarungen zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern, i. d. R. durch Tarifverträge oder Betriebsvereinbarungen, abhängig. Bei vielen Arbeitgebern erwarben und erwerben Arbeitnehmer auf dieser Basis Ansprüche auf eine Betriebsrente, ohne aus ihrem Entgelt Anteile abführen zu müssen. Dies ist den Rentenberechtigten häufig nicht bekannt. Erforderliche Anträge, insbesondere aufgrund länger zurückliegender Beschäftigungsverhältnisse, werden daher nicht immer gestellt. Eventuelle Ansprüche sind zu prüfen: Die Leistungsberechtigten sollten nach ihren ehemaligen Arbeitgebern befragt werden.

## **6.7 Vermögen**

### **6.7.1 Lebensversicherungen**

Verschiedentlich sahen Träger der Sozialhilfe allein aufgrund von Erklärungen Leistungsberechtigter oder deren Angehöriger davon ab, Sterbegeldversicherungen als einzusetzendes Vermögen zu berücksichtigen.

Diese Verfahrensweise war nicht sachgerecht, da solche Versicherungen nur unter bestimmten Voraussetzungen kein verwertbares Vermögen sind.

Zwar ist der Wunsch, für die Zeit nach dem Tod durch eine angemessene Bestattung und Grabpflege vorzusorgen, sozialhilferechtlich schützenswert. So ist beispielsweise Vermögen aus einem Bestattungsvorsorgevertrag insoweit als Schonvermögen im Sinne der Härtefallregelungen anzusehen.<sup>171</sup> Gleiches kann auch für Sterbegeldversicherungen gelten. Diese sind jedoch dann verwertbares Vermögen i. S. v. § 90 Abs. 1 SGB XII, wenn ein Kündigungsrecht und ein Anspruch auf Auszahlung des Rückkaufwertes bestehen. Handelt es sich hingegen bei der Sterbegeldversicherung um eine Kapitallebensversicherung lediglich für den Todesfall, ist diese sozialhilferechtlich ein geschützter Vermögensgegenstand. Voraussetzung hierfür ist, dass durch die Versicherung angemessene Bestattungs- und Grabpflegekosten abgedeckt werden. Zudem muss sichergestellt sein, dass der angesparte Vermögenswert tatsächlich für die Bestattungskosten oder die Grabpflege verwendet wird.<sup>172</sup>

Mangels Vorlage der Versicherungsverträge und der Versicherungsbedingungen versäumten einige Verwaltungen die gebotene Überprüfung. In anderen Fällen war ersichtlich, dass die Versicherungen entgegen den Annahmen der Verwaltung einzusetzendes Vermögen waren.

Bei solchen Versicherungen ist daher zu prüfen, ob es sich um (angemessene) Sterbegeldversicherungen handelt. Anderenfalls sind sie als Vermögen zu berücksichtigen.

### **6.7.2 Plausibilität des Vermögensverbrauchs**

Viele Leistungsberechtigte finanzierten einige Zeit die Heimrechnungen mithilfe ihres Vermögens und beantragten anschließend Leistungen bei Unterschreiten des Vermögensfreibetrags.<sup>173</sup> Regelmäßig verlangten die geprüften Kommunen Nachweise über die Höhe des Vermögens zumindest in den letzten drei Monaten vor Antragstellung. Dabei ergaben sich zum Teil Hinweise, dass sich das Vermögen in

---

<sup>170</sup> Eingeführt mit dem Altersvermögensgesetz, BGBl. I 2001, S. 1310.

<sup>171</sup> Bundessozialgericht, Urteil vom 18. März 2008 – B 8/9b SO 9/06 R (juris Rn. 22).

<sup>172</sup> Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 17. November 2022 – L 7 SO 619/21 (juris Rn. 39). Das ist z. B. nicht der Fall, wenn die Versicherungssumme nach dem Todesfall von Angehörigen für andere Zwecke verwendet werden kann.

<sup>173</sup> Nach § 1 Satz 1 Nr. 1 Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch beläuft sich der Freibetrag bei alleinstehenden Personen seit 1. Januar 2023 auf 10.000 €. Zuvor betrug er 5.000 € und 2.600 € bis 31. März 2017.

einem Umfang verringert hatte, der mittels der Heimrechnungen nicht zu erklären war. Dennoch prüften nicht alle Sozialämter die Plausibilität der Vermögensreduktionen. Häufiger waren aus Kontoauszügen oder Sparbüchern Überweisungen an Angehörige oder Abbuchungen von solchen erkennbar, ohne dass Verwaltungen sich die Gründe belegen ließen.

So erhielt beispielsweise ein Leistungsberechtigter im März 2019 insgesamt 36.000 € aus einer Erbschaft. Unter Berücksichtigung seiner Belastungen hätten hiervon im Zeitpunkt der Antragstellung (November 2020) noch etwa 15.000 € vorhanden sein müssen. Tatsächlich betrug der Kontostand knapp 2.800 €.

Haben Leistungsberechtigte bei der Antragstellung kein verwertbares Vermögen, ist zu prüfen, ob in der Zeit vor der Antragstellung Vermögen über dem Schonbetrag bestand und ob dessen Verbrauch plausibel ist. Bei einem im Hinblick auf den sozialhilferechtlichen Bedarf nicht nachvollziehbaren Vermögensverzehr ändert sich die Beweislastverteilung hinsichtlich der Bedürftigkeit. Ist die Hilfebedürftigkeit auch nach Ausschöpfung aller denkbaren Erkenntnisquellen nicht hinreichend wahrscheinlich, geht dies nach allgemeinen Regeln zulasten des Hilfesuchenden. Denn dieser möchte hieraus eine für ihn günstige Rechtsfolge abgeleitet wissen. Er trägt dann die objektive Beweislast dafür, dass Vermögen nicht mehr vorhanden ist.<sup>174</sup> Die Verwaltung muss sich die Verwendung der Mittel belegen lassen. Werden Mittel von Angehörigen nicht für Leistungsberechtigte verwendet, sind Rückforderungen in Betracht zu ziehen.

### **6.7.3 Anrechnung von Vermögen im ersten Monat der Bewilligung**

Die Träger der Sozialhilfe handhabten den Vermögenseinsatz unterschiedlich, soweit es den Monat betraf, in dem der Vermögensfreibetrag erstmalig unterschritten wurde. Einige gewährten die Leistungen ohne Anrechnung von Vermögen, andere berechneten hingegen noch einzusetzende Beträge.

Maßgeblich ist der Stand des Vermögens zum Zeitpunkt der Fälligkeit der Heimrechnung. Der den Freibetrag übersteigende Betrag ist dann anzurechnen.<sup>175</sup>

### **6.7.4 Hilfe bei nicht realisierbarem Vermögen**

Eine kreisfreie Stadt gewährte stationäre Hilfe zur Pflege als Beihilfe, weil nach ihrer Auffassung vorhandenes Grundvermögen nicht verwertbar war.

Leistungsberechtigte, denen der sofortige Verbrauch oder die sofortige Verwertung ihres Vermögens nicht möglich ist, soll die Sozialhilfe als Darlehen geleistet werden.<sup>176</sup> Dabei kann der Anspruch auf Rückzahlung dinglich oder in anderer Weise gesichert werden.

Da die Stadt dem nicht nachkam, ist ihr ein finanzieller Schaden entstanden. Nach Hinweisen vom Rechnungshof versuchte die Stadt, Kostenersatz bei dem Erben des mittlerweile verstorbenen Leistungsberechtigten geltend zu machen.

## **6.8 Erbensprüche**

Bei einigen Leistungsberechtigten ergab sich aus den Akten, dass ihre Eltern oder Elternteile während der Leistungsgewährung oder kurze Zeit davor verstorben waren. Träger der Sozialhilfe prüften dann nicht immer, ob den Leistungsberechtigten Erbensprüche zustanden.

---

<sup>174</sup> Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 18. Februar 2016 – L 9 SO 128/14 (juris Rn. 37).

<sup>175</sup> Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Februar 2022 – B 8 SO 17/20 R (juris Rn. 20).

<sup>176</sup> § 91 Satz 1 SGB XII.

Mögliche Erb- oder Pflichtteilsansprüche sind zu prüfen. Einnahmen aus einer Erbschaft sind als Vermögen zu berücksichtigen.<sup>177</sup> Bis zur Verwertung kommt ggf. nur eine darlehensweise<sup>178</sup> Leistungsgewährung in Betracht.<sup>179</sup>

## **6.9 Vorrangige Leistungen**

### **6.9.1 Kurzzeit- und Verhinderungspflege**

Bei Aufnahme im Heim beantragten die meisten Pflegebedürftigen oder ihre Vertreter Leistungen der Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege selbst. Anderenfalls wirkten Träger der Sozialhilfe auf die Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegekassen hin. Ein Träger versäumte dies. Er forderte weder Nachweise zur Prüfung eventueller Ansprüche noch wirkte er auf deren Beantragung hin.

Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege<sup>180</sup> für eine vollstationäre Unterbringung von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr besteht ggf.

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder
- in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Der Leistungsbetrag kann um Mittel der Verhinderungspflege erhöht werden.<sup>181</sup> Sozialämter haben im Einzelfall zu prüfen, ob Leistungen der Kurzzeit- und ergänzend der Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden können. Gegebenenfalls ist für eine Antragstellung Sorge zu tragen.

### **6.9.2 Wohngeld**

Leistungsberechtigte der Grundsicherung sowie der Hilfe zum Lebensunterhalt (auch in stationären Heimen der Hilfe zur Pflege) erhalten grundsätzlich kein Wohngeld.<sup>182</sup> Der Ausschluss gilt jedoch insbesondere nicht, wenn Leistungen als Darlehen gewährt werden oder durch Wohngeld die Hilfebedürftigkeit vermieden oder beseitigt werden kann.<sup>183</sup> Dann ist Wohngeld vorrangig.

Zumeist prüften die Träger der Sozialhilfe Wohngeldansprüche der Leistungsberechtigten mittels sog. Proberechnungen. Teilweise führten sie bei Änderungen in den wirtschaftlichen Verhältnissen (z. B. Rentenerhöhung) keine neuerlichen Proberechnungen durch.

Insbesondere bei vergleichsweise geringen Differenzen zwischen den Ansprüchen auf Grundsicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt einerseits sowie Wohngeld andererseits können sich z. B. aufgrund von Rentenerhöhungen im weiteren Verlauf Ansprüche auf Wohngeld ergeben. In solchen Fällen sollten bei Änderungen der wirtschaftlichen Verhältnisse neue Proberechnungen vorgenommen werden.

---

<sup>177</sup> Bis 31. Dezember 2022 waren sie zudem bei Zufluss im Anrechnungszeitraum nach § 82 Abs. 7 SGB XII als Einkommen zu berücksichtigen. Selbiges gilt seit 1. Januar 2023 noch bei Pflichtteilsansprüchen und Vermächtnissen.

<sup>178</sup> Auf die Möglichkeit des Bezugs von Wohngeld bei darlehensweisem Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung wird hingewiesen.

<sup>179</sup> § 91 SGB XII.

<sup>180</sup> § 42 Abs. 1 SGB XI. Die Leistungen betragen bis zu 1.774 € im Kalenderjahr.

<sup>181</sup> § 42 Abs. 2 Satz 3 und 4 i. V. m. § 39 SGB XI. Die mögliche Erhöhung beläuft sich auf bis zu 1.612 €.

<sup>182</sup> § 7 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 5 und 6 WoGG.

<sup>183</sup> § 7 Abs. 1 Satz 3 WoGG.

Bei der Wohngeldberechnung prüften nicht alle Träger, ob Freibeträge wegen Schwerbehinderung anzusetzen waren.

Für schwerbehinderte Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 100 ist bei der Einkommensermittlung im Wohngeldrecht ein jährlicher Freibetrag von 1.800 € zu berücksichtigen.<sup>184</sup> Dadurch erhöhen sich die Wohngeldansprüche. Soweit kein (ausreichender) Schwerbehindertenausweis vorliegt, jedoch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen für eine solche Schwerbehinderung sprechen, sollten die Träger der Sozialhilfe auf die Beantragung eines Ausweises oder die Feststellung eines höheren GdB hinwirken.

### 6.9.3 Schadensersatzansprüche und Opferentschädigungsgesetz (OEG)

Einzelne Leistungsberechtigte waren aufgrund von Verletzungen<sup>185</sup> pflegebedürftig geworden. Nicht alle Träger der Sozialhilfe fragten nach den Ursachen der Verletzungen. Die Antragsvordrucke sahen hierzu auch nicht immer Angaben vor. Selbst wenn die Ursachen den Sozialämtern bekannt waren, verfolgten sie daraus eventuell resultierende Ansprüche nicht mit dem gebotenen Nachdruck. So gewährte z. B. eine kreisfreie Stadt einem Leistungsberechtigten, der zuvor in einem Obdachlosenheim lebte und nach einem körperlichen Angriff u. a. an posttraumatischen Belastungsstörungen litt, vollstationäre Hilfe zur Pflege. Abgesehen von der Übersendung eines Antragsformulars auf Opferentschädigung hatte das Sozialamt die tatsächliche Antragstellung nicht weiterverfolgt. Die Stadt wandte in zweieinhalb Jahren 74.000 € im Rahmen der Heimunterbringung auf.

Ein auf anderen gesetzlichen Vorschriften beruhender Anspruch auf Ersatz eines Schadens geht ggf. auf den Träger der Sozialhilfe über, soweit dieser aufgrund des Schadensereignisses Sozialleistungen zu erbringen hat.<sup>186</sup> Zivilrechtliche Schadensersatzansprüche, z. B. bei Unfällen oder Arzthaftung, gehen grundsätzlich zum Zeitpunkt der Schädigung auf den Sozialhilfeträger über, wenn aufgrund der Schädigung mit dem späteren Eintritt des sozialhilferechtlichen Bedarfs zu rechnen ist. Eine spätere Abgeltung des Schadens an den Leistungsberechtigten hindert den Sozialhilfeträger nicht, die auf ihn übergegangenen Ansprüche gegen den Schädiger geltend zu machen.<sup>187</sup> Die Verjährung beginnt grundsätzlich mit der Kenntnis des für den Regress zuständigen Sachbearbeiters.<sup>188</sup> Damit eventuelle Ansprüche erkannt werden können, bedarf es einer entsprechenden Frage im Antragsvordruck.

Personen, die mittelbar oder unmittelbar Opfer einer Gewalttat geworden sind, durch die eine gesundheitliche Schädigung eingetreten ist, haben ggf. Ansprüche nach dem OEG. Gewalttat ist u. a. jeder vorsätzliche, rechtswidrige, tätliche Angriff gegen eine Person. Unter Umständen besteht nach Antragstellung ein Anspruch auf Versorgung, der sich nach den Bestimmungen des Bundesversorgungsgesetzes richtet und Ansprüche nach § 32 BVG auf Ausgleichsrente sowie nach § 26c BVG die Hilfe zur Pflege in entsprechender Anwendung des SGB XII umfasst. Leistungen nach dem OEG gehören zu den Sozialleistungen im Sinne von § 11 SGB I.<sup>189</sup> Die Sozialämter sind nach § 95 SGB XII berechtigt, ein Feststellungsverfahren zu betreiben

---

<sup>184</sup> § 17 Nr. 1 Buchst. a WoGG.

<sup>185</sup> Damit sind keine Verletzungen gemeint, die sich ältere Menschen bei Stürzen infolge Gebrechlichkeit zugezogen haben.

<sup>186</sup> § 116 Abs. 1 SGB X.

<sup>187</sup> Bundesgerichtshof, Urteil vom 12. April 2011, VI ZR 158/10 (juris Rn. 8). In Fällen, in denen mit befreiender Wirkung Schadensersatz geleistet wurde, kommen Erstattungsansprüche nach § 116 Abs. 7 SGB X gegen die Leistungsberechtigten in Betracht.

<sup>188</sup> Bundesgerichtshof, Urteil vom 17. April 2012 – VI ZR 108/11 (juris Rn. 10).

<sup>189</sup> §§ 5 und 68 Nr. 7 Buchst. f SGB I.

und Anträge auf Gewährung von Leistungen nach dem OEG zu stellen. Erstattungsansprüche sind nach § 104 SGB X geltend zu machen.

In dem dargestellten Fall hat die Stadtverwaltung mitgeteilt, dass inzwischen Leistungen nach dem OEG beantragt worden seien.

#### **6.10 Kostenersatz durch Erben**

In Einzelfällen schieden Leistungsberechtigte aufgrund von Erbschaften aus dem Leistungsbezug aus und zahlten die Heimrechnungen fortan selbst. Es fehlten in diesen Fällen Überwachungsmechanismen, um nach dem Tod der ehemals Leistungsberechtigten etwaige Ansprüche auf Kostenersatz durch Erben zu prüfen.

Versterben Leistungsberechtigte, sind ihre Erben oder die ihrer Ehegatten bzw. Lebenspartner grundsätzlich<sup>190</sup> zum Ersatz der Kosten der Sozialhilfe verpflichtet.<sup>191</sup> Die Ersatzpflicht gehört zu den Nachlassverbindlichkeiten; die Haftung ist auf den Wert des Nachlasses begrenzt. Ersatzpflichtig sind die Kosten der Sozialhilfe, die innerhalb eines Zeitraums von zehn Jahren vor dem Erbfall aufgewendet wurden. Dies gilt auch für bereits beendete Fälle. Der Anspruch auf Kostenersatz erlischt drei Jahre nach dem Tod. Die Ansprüche sind zu prüfen. Hierzu sollten in solchen Fällen Wiedervorlagen geführt werden.

---

<sup>190</sup> Mit Ausnahme der Leistungen nach dem Vierten Kapitel SGB XII (Grundsicherung).

<sup>191</sup> § 102 SGB XII.