

# **Stellungnahme**

**des Bundesverbandes der kommunalen  
Senioren- und Behinderteneinrichtungen (BKSB)**

**zum Referentenentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung  
der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer  
Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom  
22.06.2015**

---

## **Vorbemerkung**

### **Zu den Vorschriften im Einzelnen**

#### **Artikel 1**

1. §§ 14-15 -  
Richtlinien zur Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsverfahrens
2. § 18 Abs. 3 Satz 9  
Übermittlung des MDK-Gutachtens an den Pflegebedürftigen
3. § 28 a / § 43 Abs. 3 / § 84 Abs. 8  
Leistungen bei Pflegegrad 1 - Kostenerstattung bei stationärer Pflege
4. § 43  
Reduzierung der Pflegepauschalen in Pflegegrad II auf 770 €
5. § 43a  
Systematische Umstellung (statt 87b)
6. § 84 Abs. 7  
Nachweispflicht für tarifgebundene Unternehmen
7. § 113 b  
Ersetzung der Schiedsstelle durch Qualitätsausschuss

#### **Artikel 2**

8. § 1 Abs. 2 Ziff. 2  
Zuordnung in Pflegegrade
9. § 2 Abs. 3  
Zuschlag für Bestandsschutz

#### **Artikel 3**

10. § 3 Verfahren für die Umrechnung

**Anregung zur Aufnahme einer Änderung zu § 18 und 19 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch**

## Vorbemerkung

Dass der Gesetzgeber nun – wie angekündigt – im zweiten Teil des Pflegeleistungsgesetzes die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vornimmt, ist sehr zu begrüßen, ebenso, dass sich der vorgelegte Entwurf im Wesentlichen an den Empfehlungen des Expertenbeirats und den zu diesem Thema gefertigten Gutachten orientiert.

Angesichts der zahlreichen Determinanten, die mit diesem Gesetz geändert werden, ist es jedoch aktuell nicht möglich, die Folgewirkungen umfassend abzuschätzen und zu bewerten.

Weitreichende Auswirkungen werden insbesondere die Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 n.F. haben, denn erst diese werden die Abstufungen der Pflegegrade konkretisieren. Abgesehen von den Übergangsregelungen für bereits in den Einrichtungen lebende Bewohner wird es darauf ankommen, welche Verteilung sich durch das neue Begutachtungsinstrument in den Einrichtungen – jenseits der Theorien – tatsächlich ergeben wird.

In der Praktikabilitätsstudie des MDS und der Universität Bochum<sup>1</sup> wurden die Daten in stationären Einrichtungen und bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen erhoben, die Auswertung enthält aber keine Differenzierung, wie viele der Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen welche Pflegegrade erhalten haben. Damit lässt sich noch nicht einmal beispielhaft erkennen, wie die Verteilung in einer stationären Pflegeeinrichtung aussehen könnte.

Unabsehbar ist auch, welche Auswirkung eine Umstellung der Vergütungsstruktur in der stationären Pflege auf einen einheitlichen Eigenanteil haben wird.

Leider sieht der Entwurf eine gravierende Benachteiligung der meisten Pflegebedürftigen vor, die stationäre Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Rund 40 % aller Pflegebedürftigen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, erhalten derzeit Leistungen nach Pflegestufe I mit Pflegekassenleistungen in Höhe von 1.064 €. Nach der vorgesehenen Übergangsregelung entspräche dies dem Pflegegrad II mit einer Pflegekassenleistung von 770 € monatlich – daraus ergibt sich für diese Bewohner ein Minus von rund 300 € monatlich.

Legt man trotz der fehlenden Differenzierung für die stationäre und ambulante Versorgung die Ergebnisse der Praktikabilitätsstudie zugrunde (weil es keine anderen Prognosen gibt), wären von diesen „Kürzungen“ über 51 % aller Bewohner betroffen

---

<sup>1</sup> Abschlussbericht: Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (April 2015)

(Pflegergrad 1 und 2). Außer Betracht bleiben dabei die 10 % der Pflegebedürftigen, bei denen kein Pflegegrad zuerkannt wurde, weil diese in der Regel nicht in stationären Pflegeeinrichtungen wohnen.

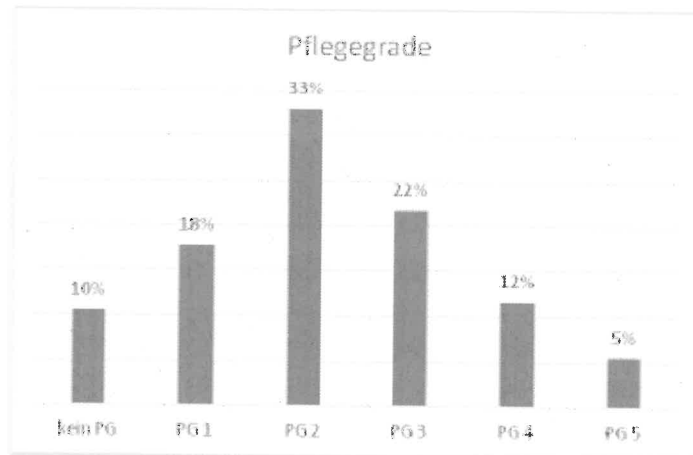


Abbildung 9: Erwachsene Antragsteller der Stichprobe differenziert nach Pflegegraden

(Aus der Praktikabilitätsstudie: [https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege\\_laufende\\_projekte\\_8/praktikabilitaetsstudie.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_laufende_projekte_8/praktikabilitaetsstudie.jsp))

Für somatisch Pflegebedürftige ergibt sich ein noch ungünstigeres Verhältnis: Hier-nach erhielten über 80 % der Bewohner Leistungen unterhalb des Pflegegrades 3.

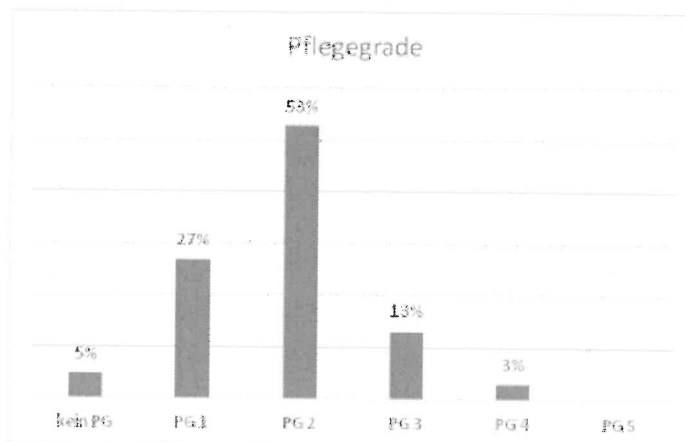


Abbildung 11: Antragsteller der Stichprobe ohne kognitive Funktionsstörungen differenziert nach Pflegegraden (PG 5 ≥ 90)

Menschen, die in stationäre Einrichtungen ziehen, tun dies schon längst nicht mehr nur deshalb, weil sie hauswirtschaftliche Tätigkeiten nicht (mehr) ausführen können. Gerade in Großstädten gibt es immer mehr Singlehaushalte mit der Konsequenz, dass im Alter keine adäquaten Strukturen für Unterstützungsleistungen außerhalb ambulanter Dienste und bezahlter Betreuungsdienste vorhanden sind. Auch stehen nicht genügend altersgerechte Wohnungen zur Verfügung.

Nach einer Studie der Prognos AG, die das Wirtschaftsforschungsunternehmen im Juli 2014 im Auftrag der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) erstellt hat, fehlen allein für den Personenkreis der über 65-Jährigen mit Mobilitätseinschränkungen schätzungsweise 2,7 Millionen Wohneinheiten. Demnach ist derzeit ein altersgerechter Wohnungsbestand in Deutschland von nur 700.000 Wohnungen vorhanden <sup>2</sup>.

Es ist zwar zu begrüßen, dass der vorliegende Entwurf die Benachteiligung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen weitgehend beseitigt haben dürfte – dies sollte aber nicht im Gegenzug zu einer Benachteiligung von pflegebedürftigen Menschen ohne kognitive Einschränkungen führen.

Hier liegt die strukturelle Benachteiligung nicht im Begutachtungsprocedere, sondern in der erheblichen Reduzierung von Pflegekassenleistungen für die Personengruppen, die am häufigsten in stationären Einrichtungen leben.

Bereits in unserer Stellungnahme vom 22.09.2014 zum Fünften SGB XI-Änderungsgesetz (Anhörung am 24.09.2014; Ausschussdrucksache 18(14)0049-34) hatten wir darauf hingewiesen, dass eine eigenständige Betrachtung der stationären Pflege erforderlich sei, die nicht nur im finanziellen Vergleich zur ambulanten Versorgung gesehen werden könne und hatten weiter dazu ausgeführt:

*Seit dem 01.07.2008 bis heute haben sich die tariflichen Löhne (TVöD) über 20 % erhöht – 2015 werden es über 22 % sein. Die Personalkosten machen zwischen 70 und 80 % aller Kosten in einer Pflegeeinrichtung aus. (...)*

*In den Pflegestufen I und II wurden die Pauschalen bei der stationären Pflege im gleichen Zeitraum (01.07.2008 - 2014) - also **in 8 Jahren - nicht** erhöht, in der selten vorkommenden Pflegestufe III um 13 %. Die jetzt vorgesehene Erhöhung von rund 4 % ist da der sprichwörtliche „Tropfen auf den heißen Stein“.*

*Hier besteht ein gravierendes Missverhältnis zwischen tatsächlichen Kostensteigerungen und Anhebung der Pauschalen. Dementsprechend entwickeln sich seit Jahren die Pauschalen und Entgelte für die Pflege immer weiter auseinander. Dies hat zur Folge, dass die ursprüngliche Intention des Gesetzes, Pflegebedürftige bei Heimeinzug möglichst nicht automatisch in die Sozialhilfebedürftigkeit fallen zu lassen, de facto aufgegeben wird.*

---

<sup>2</sup> Quelle: Antwort der Bundesregierung (18/4148) auf eine Kleine Anfrage (18/3882) der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vom 09.03.2015.

---

*Wir regen daher an, bei der Anpassung der Pauschalen insbesondere für die Pflegestufen I und II in der stationären Pflege die tatsächlichen Kostenentwicklungen angemessen zu berücksichtigen.*

Gerade das Gegenteil sieht der vorliegende Entwurf vor.

Wir verweisen in diesem Zusammenhang auch auf die Empfehlungen des Expertenbeirats vom 27.06.2013 (Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs), der in seiner Zusammenfassung unter Ziff. 12 geraten hatte, bei der Ausgestaltung des Gesetzes die politischen Zielsetzungen zu berücksichtigen und dabei ausdrücklich auf die **„Abwendung der pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit“** hinwies.

In Ziff. 13 hatten die Experten empfohlen, **das bisherige Leistungsniveau nicht zu unterschreiten** und für Pflegegrad 2 mindestens den (damals für Pflegestufe 1 geltenden) Betrag von 1.024 € beizubehalten (S. 68).

Die Absenkung der Pflegekassenleistungen für die Pflegegrade 2 und 3 läuft den ursprünglichen Zielen des Gesetzes zuwider: Insbesondere ist damit zu rechnen, dass wesentlich mehr Bewohner stationärer Einrichtungen zukünftig Sozialhilfeleistungen in Anspruch nehmen müssen.

Zukünftige Bewohner werden immer später in stationäre Einrichtungen ziehen, noch öfter mit gravierenden Einschränkungen, was wiederum einen vermehrten Einsatz qualifizierten Personals erfordert und damit höhere Kosten auslösen wird.

Die Studie der Universität Bremen und des Zentrums für Sozialpolitik vom März 2015<sup>3</sup> hatte „eine umfassende empirische Bestandsaufnahme der gegenwärtigen pflegerischen, gesundheitlichen und betreuenden Versorgungssituation“ zum Gegenstand. Dabei wurde gerade nicht prognostisch die Situation bewertet, die zukünftig entstehen wird, wenn das Gesetz mit dem aktuell geplanten Inhalt in Kraft tritt.

Wenn sich das Klientel in stationären Pflegeeinrichtungen durch das Inkrafttreten des geplanten Gesetzes noch einmal strukturell erheblich verändert – wovon wir ausgehen - und nur noch demenzkranke Menschen im Endstadium, Menschen mit schwersten Pflegeproblemen und Palliativfälle für die letzten Tage und Wochen ihres Lebens in stationäre Einrichtungen einziehen, werden die dort genannten Anforderungen an das Pflegepersonal nicht mehr ausreichen. Zudem wird sich unter diesen Umständen kaum noch ein Bewohner in einer Pflegeeinrichtung eingewöhnen und diese als ein neues Zuhause annehmen können.

---

<sup>3</sup> Evaluation des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen, Bremen März 2015

---

Als besonders positiv bewerten wir, dass die Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 87b SGB XI (nun 43 a) auch weiterhin allen Bewohnern von stationären Einrichtungen zur Verfügung stehen werden. Diese Maßnahmen haben

Problematisch ist wieder einmal der Zeitplan: Das Inkrafttreten der neuen Regelungen zum 01.01.2017 lässt für Verhandlungen, die sicher nicht ganz einfach sein werden, nur sehr wenig Zeit. Diese können sinnvollerweise erst beginnen, wenn die Richtlinien nach § 17 n.F. vorliegen, weil erst dann prognostiziert werden kann, welche Auswirkungen die Umstellung auf die neuen Pflegegrade haben wird, insbesondere, wie sich die durchschnittliche Belegung und damit die Verteilung auf die einzelnen Pflegegrade gestaltet – erst daraus können finanzielle Ableitungen und Kalkulationen erfolgen.

In einigen Bundesländern sind Rahmenverträge, ggf. Landesgesetze und Verordnungen zu ändern. Alle Einrichtungen müssen neue Einzelvereinbarungen mit den Kostenträgern schließen. Wir empfehlen daher, das Gesetz erst 6 Monate später in Kraft treten zu lassen.

Angesichts der Kürze der Zeit, die für die Stellungnahme zu Verfügung stand, haben wir uns darauf beschränkt, auf den ersten Blick wesentlich erscheinende Punkte zu bewerten.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

## Artikel 1

### Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

#### 11. §§ 14-15 - Richtlinien zur Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsverfahrens

Wie bereits ausgeführt, begrüßen wir, dass durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff die strukturelle Diskriminierung von Menschen mit kognitiven Defiziten beseitigt wird. Aus den Gutachten und Studien, die im Vorfeld angefertigt wurden, liegen nur einige Beispiele für die neue Einstufung, die Umsetzung und die möglichen Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vor. Jedoch erst mit der näheren Konkretisierung durch die Richtlinie (nach § 17) werden die praktischen Auswirkungen erkennbar und eine Beurteilung des Verfahrens insgesamt möglich.

#### 12. § 18 Abs. 3 Satz 9

##### Übermittlung des MDK-Gutachtens an den Pflegebedürftigen

Dass das „Recht auf Übermittlung“ des MDK-Gutachtens durch eine „automatische“ Übermittlungspflicht an den Pflegebedürftigen ersetzt wird, begrüßen wir sehr.

#### 13. § 28 a / § 43 Abs. 3 / § 84 Abs. 8

##### Leistungen bei Pflegegrad 1

##### Keine Kostenerstattung bei stationärer Pflege

Die Leistungen für Pflegegrad 1 in einer eigenen Vorschrift zu regeln, ist eine erhebliche systematische Verbesserung, die einen besseren Überblick ermöglicht. Dass die Leistungen im ambulanten Bereich im Wege der Kostenerstattung erbracht werden, ist nicht zu beanstanden.

Im stationären Bereich hingegen sollte die Direktzahlung an die Einrichtung erfolgen, weil Abrechnung und Forderungsstellung gegenüber dem Bewohner wesentlich aufwändigere Verwaltungsabläufe bedingen würden. Da der Zuschuss sowieso nur für die zu erbringenden Leistungen – nicht für Wahlzwe-



cke wie im ambulanten Bereich – ausgegeben werden kann, schränkt eine Direktzahlung an die Einrichtung die Rechte der Pflegebedürftigen nicht ein, sondern erleichtert auch für sie – bzw. deren Vertreter - die Administration regelmäßiger Zahlungen und Zahlungsüberwachungen.

**14. § 43 Reduzierung der Pflegepauschalen in Pflegegrad II auf 770 €**

Unsere Kritik an der Schlechterstellung von Pflegebedürftigen, die zukünftig Leistungen nach Pflegegrad 2 erhalten, haben wir bereits in der Einleitung dargestellt.

**15. § 43a Systematische Umstellung (statt 87b)**

Wir begrüßen sehr, dass die Leistungen nach 87b SGB XI beibehalten werden und allen pflegeversicherten Bewohnern weiterhin zugute kommt. Die systematische Umstellung führt zu einer besseren Übersichtlichkeit der Leistungen.

**16. § 84 Abs. 7 Nachweispflicht für tarifgebundene Unternehmen**

Nach Abs. 7 haben nach dem Wortlaut der Norm Träger, die der Tarifbindung unterliegen, nachzuweisen, dass die kalkulierten Löhne auch tatsächlich gezahlt werden. Aus unserer Sicht muss diese Vorschrift entsprechend auf alle Einrichtungsträger Anwendung finden. Die Anerkennung von Tariflöhnen in den Vergütungsvereinbarungen (§ 84 Abs. 2 Satz 5), trägt dem Umstand Rechnung, dass tarifgebundene Träger, zur Zahlung von Tariflöhnen verpflichtet sind und nicht verpflichtet werden können, Leistungen unterhalb ihrer Einstandskosten zu erbringen. Der Nachweis der tariflichen Bezahlung ist sachgerecht, benachteiligt aber letztlich die tarifgebundenen Unternehmen gegenüber Trägern, die ihre Mitarbeiter nicht tariflich entlohnen, wenn diesen keine entsprechende Nachweispflicht in Bezug auf die gezahlten Löhne obliegt.

Brauchen nicht tarifgebundene Unternehmen nicht nachweisen, die in der Kalkulation eingestellten Löhne auch tatsächlich an ihre Mitarbeiter gezahlt zu haben, können verdeckte Gewinne generiert werden – zumal in den Vergütungsverhandlungen Marktvergleiche mit tarifgebundenen Unternehmen stattfinden. Seitens der Kostenträger besteht dann keine Möglichkeit, festzustellen, ob und ggf. in welchem Maß in Vergütungsverhandlungen zugestandene Ge-

winnmargen überschritten werden.

#### 17. § 113 b Ersetzung der Schiedsstelle durch Qualitätsausschuss

Die lange Dauer der Schiedsstellenverfahren war auf die Komplexität der Sachverhalte und der unterschiedlichen Interessenlagen zurückzuführen. Das wird auch in dem neuen Gremium – unabhängig von seiner Bezeichnung – nicht anders sein. Ob der Qualitätsausschuss tatsächlich effektiver handeln kann und wird, als die Schiedsstelle, wird sich erst erweisen müssen.

Die Besetzung des Vorsitzes durch das Ministerium ist allerdings aus unserer Sicht ein Eingriff in die Selbstverwaltung.

##### **Abs. 4 am Ende: Vorschlagsrecht des Ministeriums**

Welchen Sinn diese Regelung haben soll, entzieht sich unserer Vorstellung. Dem Ministerium ist es unbenommen, jederzeit Vorschläge zu unterbreiten.

##### **Abs. 5 am Ende: Arbeitsergebnisse sind dem Gesundheitsministerium vor der Veröffentlichung vorzulegen.**

Ebenfalls unklar ist, welche Wirkung das Vorlegen von Unterlagen vor der Veröffentlichung haben soll. Soweit hiermit eine vorherige Genehmigung, Zustimmung oder eine einfache Kenntnisnahme durch das Ministerium gemeint ist, sollte dies sinnvollerweise unmissverständlich formuliert oder wenigstens entsprechend begründet werden.

## Artikel 2 Überleitungsregelungen

#### 18. § 1 Abs. 2 Ziff. 2 Zuordnung in Pflegegrade ohne erneute Antragstellung / Begutachtung

Die Formulierung in Ziff. 2 setzt voraus, dass zumindest vor dem 31.12.2016 Antragstellung und Begutachtung stattgefunden haben. Das geht aber explizit aus dem Gesetzeswortlaut und der Begründung nicht hervor. Hier wäre deshalb eine Klarstellung erforderlich.

### 19. § 2 Abs. 3 Zuschlag für Bestandsschutz

Die Regelung erleichtert den Pflegeheimbewohnern die Umstellung auf die Pflegegrade und sorgt schon im Vorfeld für eine Vermeidung von Härtefällen – im sozialen Sinn. Leider lässt sich der Vorschrift nicht entnehmen, wie lange die Übergangsregelung bestehen bleibt. Nur aus der Begründung ergibt sich, dass diese Leistung dauerhaft erbracht werden soll.

Ungeklärt bleibt, ob dies auch gilt, wenn eine Höherstufung in einen anderen Pflegegrad stattfindet. Diese Frage sollte im Gesetzgebungsverfahren nicht offen bleiben.

## Artikel 3 Übergangsregelungen für die stationäre Pflege

### 20. § 3 Verfahren für die Umrechnung

Hierzu empfehlen wir, nicht nur einen Stichtag zu wählen, sondern Durchschnittswerte aus den letzten drei Monaten vor dem 30.09.2016 für diese Berechnung anzusetzen, da ein längerer Zeitraum eine weitaus verlässlichere Basis bildet.

## Aufgrund aktueller Rechtsentwicklungen regen wir ergänzend eine Änderung in dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch an

### Die Entscheidung:

Mit Urteil vom 20.09.2012, Az. B 8 SO 20/11 R hat das Bundessozialgericht festgestellt hat, dass der Sozialhilfeträger nicht verpflichtet ist, bei einem stationären Heimaufenthalt zur Feststellung des Vermögenseinsatzes eine Rückrechnung auf den Zeitpunkt der Antragstellung vorzunehmen (keine Rechtsgrundlage für einen „fiktiven Vermögensverbrauch“).

### Das Problem:

Wird bei Einzug eines Bewohners Sozialhilfe beantragt, weil abzusehen ist, dass Bedürftigkeit bereits eingetreten ist oder in Kürze eintreten wird, dauert die Bearbeitungszeit nur selten weniger als 6 Monate – meist noch länger.

Weil in jedem Einzelfall ein Ermessensspielraum besteht, ließe sich auch bei Kenntnis des noch vorhandenen Vermögens und der Rechtslage nicht in je-

dem Fall der Umfang des notwendigen Vermögenseinsatzes exakt vorhersagen. Ein Bewohner, der noch Vermögen hat, erfährt deshalb oft erst zum Zeitpunkt der Entscheidung des Sozialamtes, in welchem Umfang er zum Vermögenseinsatz verpflichtet ist.

Erst wenn der Bescheid des Sozialamtes vorliegt, können Angehörige / Betreuer die Vermögenswerte sachgerecht einsetzen (z.B. Versicherungen auflösen) ohne Gefahr zu laufen, das Vermögen des Betreuten/ Vollmachtgebers durch voreilige Zahlungen (die später nicht revisibel sind) zu veruntreuen. Bei bestimmten Rechtsgeschäften ist zusätzlich die Genehmigung des Betreuungsgerichts erforderlich.

Der Träger der Pflegeeinrichtung hat auf dieses Verfahren und die Dauer einer eventuell erforderlichen Verwertung von Vermögensgegenständen keinen Einfluss. Es ist in der Regel auch nicht über die vorhandenen Vermögenswerte informiert.

Stellt der Sozialhilfeträger – wie im entschiedenen Fall - 7 Monate nach dem Heimeinzug fest, dass der Bewohner noch 1.000 € hätte einsetzen müssen, kann er – nach der vom BSG bestätigten Rechtslage - diesen Betrag in jedem Monat, in dem das Geld noch „vorhanden“ war, dem Bewohner entgegenhalten, weil „vorhandenes, zu verwertendes und verwertbares Vermögen, so lange zu berücksichtigen ist, wie es vorhanden ist“.

Das bedeutete im entschiedenen Fall, dass der Einrichtungsträger in jedem Monat, den das Verfahren dauerte, 1000 € weniger erhielt und ihm damit ein Verlust von über 7000 € entstand, den er zu keiner Zeit hätte vermeiden können, weil er auf das sozialhilferechtliche Verfahren keinen Einfluss hatte. Aufgrund der eingetretenen Bedürftigkeit des Bewohners war die Forderung auch zivilrechtlich nicht mehr realisierbar.

Das Gericht hielt das Ergebnis wohl selbst für grenzwertig, denn es führte weiter aus

***„In Ermanglung einer gesetzlichen Grundlage hierfür scheidet mithin ein sogenannter fiktiver Vermögensverbrauch aus.“***

Das ist aus unserer Sicht ein eindeutiger Hinweis an den Gesetzgeber, an dieser Stelle tätig zu werden.

Sinnvoll wäre es gewesen, wenn – was auch zahlreiche Sozialämter so praktizieren – nach Feststellung des einzusetzenden Vermögensbetrages berechnet worden wäre, wie lange das Geld gereicht hätte, wäre es bei Einzug in die Einrichtung pflichtgemäß eingesetzt worden.

Aber gerade hierzu fehlt die Rechtsgrundlage.

Aus welchen Gründen auch immer sich das sozialhilferechtliche Verfahren in die Länge zieht: die stationären Pflegeeinrichtungen haben darauf keinen Einfluss.

Das Risiko, dass Vertreter der Bewohner gegenüber dem Sozialamt die erforderlichen Unterlagen nicht zeitnah vorlegen oder sich das Verfahren wegen personeller Engpässe der Sozialämter verzögert, trägt letztlich die Pflegeeinrichtung.

Der Heimträger kann sich auch nicht zivilrechtlich z.B. durch Kautionen oder Personalsicherheiten absichern: Nach § 14 Abs. WBVG sind Sicherheitsleistungen von gesetzlich pflegeversicherten Bewohnern untersagt.

Das Risiko, dass Angehörige / Vertreter der Pflegebedürftigen die Unterlagen verspätet oder unvollständig vorlegen und Sozialhilfe aus diesem Grund abgelehnt wird, geht immer noch zulasten der Pflegeeinrichtungen.

Aus unserer Sicht ist es daher dringend erforderlich, im SGB XII eine Regelung aufzunehmen, mit der die Berücksichtigung eines fiktiven Vermögensverbrauchs eine Rechtsgrundlage erhält. Eine entsprechende gesetzliche Regelung gibt Sozialämtern, die dieses Verfahren bisher ohne Rechtsgrundlage angewendet haben, Rechtssicherheit und verhindert zukünftig grob unbillige Ergebnisse durch gerichtliche Entscheidungen - wie in dem vom BSG entschiedenen Fall.

#### **Unser Vorschlag:**

Wir könnten uns vorstellen, dass in § 18 SGB XII ein Abs. 3 mit dem nachstehenden Wortlaut angefügt werden könnte. Damit dieses Verfahren eindeutig auch nach einem zwischenzeitlichen Versterben des Bedürftigen angewendet werden kann, sollte auch in § 19 Abs. 6 eine entsprechende Ergänzung aufgenommen werden.

**§ 18 Abs. 3 SGB XII**

*Ist zum Zeitpunkt der Bedarfsfeststellung durch die zuständige Behörde einzusetzendes Vermögen vorhanden, das bei pflichtgemäßem Einsatz bereits verbraucht wäre, setzt Sozialhilfe zu dem Zeitpunkt ein, zu dem der Vermögensverbrauch bei pflichtgemäßem Einsatz eingetreten wäre (fiktiver Vermögensverbrauch), nicht jedoch vor Bekanntwerden nach Abs. 1 oder 2.*

Ergänzung in § 19 Abs. 6 Satz 2: § 18 Abs. 3 gilt entsprechend.

Köln, den 07.07.2015

---