Teil 2.1

Aktuelles aus der Rechtsprechung

2.1.1 Aktuelle Rechtsprechung

In den vergangenen Monaten sind von verschiedenen Gerichten aus dem Bereich des SGB XI zu diversen Problemkreisen wiederum zahlreiche Entscheidungen verkündet worden, die zur Auslegung von Gesetzen und Verordnungen im Bereich der Pflegeversicherung Relevanz haben.

2.1.1.1 LSG BW, Urteil vom 11. Dezember 2015 – L 4 P 1171/15

Zur Frage der Beiladung des pflegebedürftigen Leistungsempfängers im Erstattungsstreit zwischen Sozialhilfeträger und Pflegekasse. Zum Zeitpunkt des Beginns eines Erstattungsanspruchs.

Die Klägerin ist Träger der Sozialhilfe. Die Beklagte ist Trägerin der GPV. Der bei der Beklagten Versicherte V. ist seit April 1995 pflegebedürftig und seit dem 28. August 2000 in einem Heim für Mehrfachbehinderte stationär untergebracht. Der LWF trug als Träger der überörtlichen Sozialhilfe seitdem die Kosten für Betreuung und Pflege im Rahmen der Eingliederungshilfe. Die Beklagte übernahm auf Antrag des LWF nach § 43a SGB XI zehn Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts. Seit dem 8. September 2008 wohnt der Leistungsempfänger im Haus E., der Pflegeabteilung der H. Die Trägerin der H., die Z. Anstalten Behinderten gGmbH, schloss am 21. Februar 2011 mit Wirkung ab dem 1. Februar 2011 unter anderem mit der Beklagten einen **Versorgungsvertrag** nach § 72 SGB XI, aufgrund dessen die H. (Pflegeabteilung Haus E.) seither zur stationären Versorgung Pflegebedürftiger zugelassen ist. Mit dem Leistungsempfänger wurde kein Heimvertrag abgeschlossen.

Mit Schreiben vom 18. Juli 2011, das bei der Beklagten am 2. August 2011 einging, beantragte die Klägerin nach § 95 SGB XII für den Leistungsempfänger Pflegeleistung für vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI **ab dem Zeitpunkt der Zulassung der H. als stationäre Pflegeeinrichtung.** Mit Bescheid vom 10. November 2011 bewilligte die Beklagte dem Leistungsempfänger Leistungen für stationäre Pflege nach Pflegestufe III ab dem 18. Juli 2011 bis zu einem Gesamtwert von 1.510 Euro je Kalendermonat. Zugleich informierte die Beklagte die Klägerin über diese Entscheidung mit Schreiben vom 10. November 2011. Sie erklärte sich in der Folgezeit auch gegenüber der Klägerin bereit, diese Leistung ab dem 1. Juli 2011, Beginn des Monats der Antragstellung, zu übernehmen (Schreiben vom 5. Juni 2012).

Mit Schreiben vom 15. Juni 2012 bat die Klägerin die Beklagte um Erstattung der Pflegeleistungen rückwirkend ab dem 1. Februar 2011 bis zum 30. Juni 2011.

Die Klägerin erhob am 18. April 2013 Klage beim SG. Sie wiederholte ihr Vorbringen aus dem vorgerichtlichen Schriftwechsel, bezifferte aber die Höhe ihres Erstattungsanspruches nur noch mit 4.510,83 Euro. Das SG verurteilte die Beklagte mit Urteil vom 23. Februar 2015, der Klägerin einen Betrag von 4.510,83 Euro zu erstatten und diesen Betrag in Höhe von fünf Prozent (gemeint: Prozentpunkten) über dem Basiszinssatz ab dem 18. April 2013 zu verzinsen. Zugleich ließ es die Berufung zu.

Das **LSG hat auf die Berufung der Beklagten das erstinstanzliche Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen**.

Es führt zunächst aus, einer Beiladung des Leistungsempfängers bedurfte es nicht. Im Erstattungsstreit zwischen zwei Leistungsträgern bedarf es der Beiladung des Leistungsempfängers nur, wenn sich die Erfüllungsfiktion nach § 107 SGB X auf weitere Rechte des Leistungsempfängers auswirkt (BSG, Urteil vom 18. November 2014 – B 1 KR 12/14 R). Hat der Berechtigte die Leistung aber bereits erhalten, kann er diese nicht noch einmal beanspruchen. **Hat die Entscheidung über die Erstattungsforderung keine Auswirkung auf seine Rechtsposition, ist eine notwendige Beiladung nicht erforderlich.**

So liege der Fall hier. Der Leistungsempfänger hat von der Klägerin bereits Sozialleistungen erhalten und kann diese Leistungen – unabhängig vom Ausgang des vorliegenden Erstattungsrechtsstreits – weder nochmals von den hier Beteiligten beanspruchen noch kommt in Betracht, dass er der Klägerin die erbrachten Leistungen erstatten muss. Vorliegend geht es lediglich noch um die Verteilung leistungsrechtlicher Verpflichtungen zwischen Leistungsträgern.

In der Hauptsache sei die Klage unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die stationäre Pflege des Leistungsempfängers zwischen dem 1. Februar 2011 und dem 30. Juni 2011. Ein solcher Anspruch folgt weder aus § 103 Abs. 1 noch § 104 Abs. 1 SGB X.

aa) Entgegen der Auffassung des SG sei § 103 Abs. 1 SGB X von vorneherein nicht einschlägig. Die Vorschrift sei nur anwendbar bei institutionell gleichrangigen Leistungsträgern (BSG, Urteil vom 28. August 1997 – 14/10 RKg 11/96 – in juris, Rdnr. 9; BSG, Urteil vom 14. September 1994 – 3/1 RK 56/93 – in juris, Rdnr. 10; Becker, in: Hauck/Noftz, SGB X, § 103 Rdnr. 9 [August 2011]; Prange, in: jurisPK-SGB X, 2013, § 103 Rdnr. 21 ff., 41). Dies ist im Verhältnis zwischen der Klägerin als Sozialhilfeträgerin und der Beklagten als Trägerin der sozialen Pflegeversicherung nicht der Fall. Denn § 2 SGB XII ordnet den Nachrang der Sozialhilfe gegenüber den Sozialleistungen aller anderen Träger an. Erstattungsansprüche von Sozialhilfeträgern gegen andere Leistungsträger richten sich somit regelmäßig nach § 104 SGB X (BSG, Urteil vom 28. August 1997 – 14/10 RKg 11/96 – in juris, Rdnr. 10; noch weitergehender [„stets“] BSG, Urteil vom 14. September 1994 – 3/1 RK 56/93 – in juris, Rdnr. 10; siehe auch Roos, in: von Wulffen/Schütze [Hrsg.], SGB X, 8. Aufl. 2014, § 104 Rdnr. 2 f., 6 a).

So verhalte es sich auch hier. Die Klägerin sei als Sozialhilfeträgerin institutionell nachrangiger Leistungsträger gegenüber der Beklagten als Trägerin der sozialen Pflegeversicherung. Besonderheiten des Einzelfalles, die von diesem Nachrangverhältnis abzuweichen veranlassen, liegen nicht vor.

Der geltend gemachte Anspruch der Klägerin folge auch nicht aus § 104 SGB X. Die Erstattungsansprüche der §§ 102 ff. SGB X sind grundsätzlich selbstständig und nicht mit dem Sozialleistungsanspruch gegen den auf Erstattung in Anspruch genommenen Träger identisch. Die eigenständigen Erstattungsansprüche nach §§ 102 ff. SGB X entstehen nicht dadurch, dass der Erstattung begehrende Leistungsträger etwa aufgrund einer Überleitungsanzeige oder im Wege des Forderungsüberganges in eine Anspruchsposition des Berechtigten gegenüber dem auf Erstattung in Anspruch genommenen Leistungsträger einrückt (BSG, Urteil vom 28. April 1999 – B 9 V 7/98 R – in juris, Rdnr. 15 m. w. N. – auch zum Folgenden). Vielmehr sind die

Erstattungsansprüche allein von der Erfüllung der in §§ 102 ff. SGB X geregelten Tatbestandsvoraussetzungen abhängig und entstehen grundsätzlich unabhängig von und selbstständig neben einem Anspruch des Berechtigten gegen den zur Erstattung herangezogenen Leistungsträger. Ungeachtet dieser Selbstständigkeit ist der Erstattungsanspruch allerdings auch inhaltlich abhängig von und untrennbar verbunden mit dem Anspruch des (vermeintlich) Leistungsberechtigten. Denn es ist offensichtlich Sinn des Erstattungsanspruchs, die Kosten von Sozialleistungen, die einem bestimmten Berechtigten gewährt worden sind, auf die als leistungspflichtig in Frage kommenden Träger angemessen zu verteilen und dabei zugleich Doppelleistungen zu vermeiden.

Der Erstattungsanspruch nach § 104 Abs. 1 Satz 1 SGB X setzt daher voraus, dass der vorrangig verpflichtete Leistungsträger bereits zum gleichen Zeitpunkt wie der nachrangig verpflichtete Leistungsträger leistungspflichtig war (BSG, Urteil vom 22. April 1998 – B 9 VG 6/96 R – in juris, Rdnr. 20 m. w. N.). Dies ergibt sich bereits unmittelbar aus dem Wortlaut der Norm, wonach der Berechtigte gegen den Erstattungsverpflichteten einen Anspruch haben bzw. gehabt haben muss. Mit dieser Vorgabe wird gesichert, dass der Rechtszustand wiederhergestellt wird, der bestanden hätte, wenn der vorrangige Leistungsträger von Anfang an geleistet hätte. Bekräftigt wird dies durch § 104 Abs. 3 SGB X, der den Umfang des Erstattungsanspruches an den Umfang des Leistungsanspruchs gegenüber dem vorrangig verpflichteten Leistungsträger knüpft (vgl. Oberverwaltungsgericht [OVG] Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 3. September 2012 – 12 A 1082/12 – in juris, Rdnr. 36).

Der Anspruch auf Pflegesachleistungen gegenüber einer Pflegekasse setzt einen Antrag voraus (§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Leistungen werden nicht für Zeiten vor einer Antragstellung gewährt; dies ergibt sich in einem Umkehrschluss aus § 33 Abs. 1 Satz 2 SGB XI. Wird der Leistungsantrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt (§ 33 Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Der Leistungsantrag sei materielle Anspruchsvoraussetzung (BSG, Urteil vom 13. Mai 2004 – B 3 P 7/03 R – in juris, Rdnr. 19; Tresoret, in: jurisPK-SGB XI, 2014, § 33 Rdnr. 13, 23). Dies ergibt sich schon aus der amtlichen Überschrift „Leistungsvoraussetzungen" des § 33 SGB XI. § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB XI geht damit über § 19 Satz 1 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV), nach dem vorbehaltlich anderer Regelungen unter anderem Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung (nur) auf Antrag erbracht werden und der lediglich verfahrensrechtliche Funktion hat (Tresoret, in: jurisPK-SGB XI, 2014, § 33 Rdnr. 13 m. w. N.), hinaus.

Einen solchen Antrag haben der Leistungsempfänger nicht und die Klägerin erst am 2. August 2011 gestellt. Der auf den Zeitraum davor gerichtete Erstattungsanspruch sei deshalb unbegründet.

2.1.1.2 LSG Mainz, Urteil vom 7. Januar 2016 – L 5 P 25/15

Zur Gewährung eines Wohngruppenzuschlags nach § 38a SGB XI.

Die bei der Beklagten pflegeversicherte Klägerin erhält von dieser seit September 2011 Leistungen aus der GPV nach der Pflegestufe II und seit April 2014 nach der Pflegestufe I. Sie lebt seit dem 15. September 2012 im Haus S in einer Wohngemeinschaft für demenziell Erkrankte. Träger der Einrichtung Wohngemeinschaft S ist der Caritasverband W e. V. In dem Haus gibt es zwei separate Wohngruppen mit jeweils 11 Bewohnern.

Die Klägerin schloss mit der C Caritas Dienstleistungs- und Serviceunternehmen W GmbH, einer Tochtergesellschaft des Caritasverbandes W e. V., einen Mietvertrag über einen Wohnraum mit einer Wohnfläche von 37,68 qm (davon 23,09 qm Allgemeinfläche zur gemeinsamen Nutzung, 14,59 qm persönliche Wohnfläche). Die Bruttowarmmiete beträgt monatlich 367,27 Euro. In § 18 Abs. 1 dieses Vertrages heißt es:

> „Mit dem Abschluss dieses Mietvertrages ist der Mieter als Mitglied der Mietergemeinschaft im Haus (K.-str …, …) berechtigt, darüber zu entscheiden, wer die persönlichen Dienstleistungen
>
> - Pflege
> - hauswirtschaftliche Leistungen
> - Mahlzeitenversorgung
> - sonstige hauswirtschaftliche Leistungen
> - persönliche Beratung und Unterstützung
> - soziale Betreuung und ständige Personalpräsenz
>
> jeweils für die Mieter erbringt. Das Nähere über die Rechte und Pflichten beim Empfang der persönlichen Dienstleistungen ergibt sich aus dem entsprechenden Vertrag mit dem jeweiligen Leistungserbringer der persönlichen Dienstleistungen.
>
> (2) Im ersten Quartal eines Kalenderjahres wählt die Mietergemeinschaft jährlich jeweils für 2 Jahre eine Sprecherin oder einen Sprecher und eine stellvertretende Sprecherin oder Sprecher, die die Interessen der Mieter im Bereich der persönlichen Dienstleistungen Dritter vertreten.
>
> (3) Zur Herbeiführung einer Entscheidung über die Erbringung der persönlichen Leistungen lädt der Sprecher oder im Fall der Verhinderung der stellvertretende Sprecher der Mietergemeinschaft im 1. Quartal eines Kalenderjahres die Mietergemeinschaft schriftlich zu einer Versammlung ein. Beschlüsse der Mietergemeinschaft werden mit einfacher Mehrheit gefasst.
>
> (4) Die Versammlung ist beschlussfähig, wenn die Hälfte der Mieter der Mietergemeinschaft anwesend ist oder durch schriftlich bevollmächtigte Personen vertreten wird. Wenn die Versammlung nicht beschlussfähig ist, beruft der Sprecher innerhalb von vier Wochen eine neue Versammlung schriftlich ein, die ohne Rücksicht auf die Beschlussfähigkeit beschlussfähig ist. Hierauf ist in der schriftlichen Einladung hinzuwirken.

(5) Hat die Mietergemeinschaft eine Auswahlentscheidung über die Anbieter der persönlichen Dienstleistung getroffen, wird der Mieter von seiner Verpflichtung, die vereinbarte Vergütung zu zahlen, nicht frei, wenn er die Dienstleistungen abweichend von der Auswahlentscheidung von anderen Leistungserbringern entgegen nimmt. Die Mietergemeinschaft kann den Sprecher durch Beschluss bevollmächtigen, die Verträge mit den Leistungserbringern im Namen und mit Vollmacht der Mieter abzuschließen, nachdem sie darüber mehrheitlich abgestimmt haben."

Die Klägerin schloss außerdem mit dem Caritasverband W e. V. einen Betreuungsvertrag vom 15. September 2012 über benötigte Hilfeleistungen. Durch Urteil vom 21. April 2015 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Die Klägerin habe keinen Anspruch auf zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach Maßgabe des § 38a SGB XI. Für die Zeit bis zum 31. Dezember 2014 sei Prüfungsmaßstab § 38a SGB XI a. F. Vorliegend handele es sich nicht um eine ambulante Wohngruppe im Sinne des § 38a SGB XI a. F. i. V. m. § 6 LWTG. Die Voraussetzungen des § 6 LWTG sein schon deshalb nicht erfüllt, weil entgegen Abs. 2 Buchstabe a dieser Vorschrift mehr als acht Personen die Wohngemeinschaft und entgegen Abs. 1 Nr. 3 dieser Vorschrift 22 statt höchstens 16 Personen das ganze Haus bewohnten. Hinzu komme, dass die freie Wahl des Pflegedienstes aus rechtlichen Gründen nicht gewährleistet sei. Den Bewohnern sei es zwar möglich, einen anderen als den ausgewählten Anbieter zu wählen; sie müssten sich aber an den Kosten für den ausgewählten Anbieter beteiligen.

Gegen dieses ihrer Verfahrensbevollmächtigen am 6. Mai 2015 zugestellte Urteil richtet sich die am 29. Mai 2015 eingelegte Berufung der Klägerin, die vorträgt: Entgegen der Auffassung des SG sei die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen gewährleistet. Die Terminologie des rheinland-pfälzischen Heimrechts sei nicht entscheidend.

Das **LSG hat auf die Berufung das erstinstanzliche Ureteil aufgehoben und die Beklagte zur Leistung verurteilt**. Zur Begründung führt es aus, bei der Wohngruppe, in der die Klägerin lebt, handele es sich um eine ambulant betreute Wohngruppe im Sinne dieser Bestimmung. Die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen i. S. d. § 38a Abs. 2 SGB XI a. F. sei nicht eingeschränkt. Nach § 18 Abs. 1 des von der Klägerin abgeschlossenen Mietvertrags sei der Mieter als Mitglied der Mietergemeinschaft berechtigt zu entscheiden, wer die persönlichen Dienstleistungen im Bereich der Pflege und sonstigen Betreuung erbringen soll. Damit ist sowohl bei den Pflege- als auch bei den sonstigen Betreuungsleistungen die Wahlmöglichkeit der Bewohner rechtlich sichergestellt. **Die in § 18 Abs. 5 des Mietvertrags geregelte Bindung des einzelnen Mieters an die Auswahlentscheidung der Mietergemeinschaft stellt nach § 38 Abs. 2 Satz 2 SGB XI a. F. keine Einschränkung dar, die eine ambulante Versorgungsform ausschließe.**

Eine tatsächliche Einschränkung der Wahlmöglichkeit ergebe sich auch nicht aus den (früheren) Angaben in der Internetpräsentation des Caritasverbands W. Soweit es dort in der Präsentation der Wohngemeinschaften im Haus St. N heißt: „Präsenzkräfte sind 24 Stunden täglich ansprechbar" sowie „Die Präsenzkräfte des Hauses begleiten

die Mieter des Hauses durch den Tag", ergebe sich allein hieraus keine tatsächliche Einschränkung der durch den Mietvertrag begründeten rechtlichen Wahlmöglichkeit. Aus den Angaben in der Internetpräsentation ergebe sich nicht, dass die Präsenzkraft nicht von der Mietergemeinschaft gewählt werden könnte. Selbst die Bezeichnung „Präsenzkräfte des Hauses" lässt nicht den zwingenden Schluss zu, dass die Wahl der Präsenzkraft durch die Mietergemeinschaft ausgeschlossen ist. In der Internetpräsentation heißt es auch, Pflegedienstleistungen würden bei Bedarf „durch die Caritas Sozialstation St. L erbracht". Insoweit kann die Internetpräsentation auch als Beschreibung des zum Veröffentlichungszeitpunkt bestehenden Ist-Zustands verstanden werden. Sie enthält jedenfalls keine Aussagen dazu, dass eine Wahl der Präsenzkraft oder des Pflegedienstleisters durch die Mietergemeinschaft entgegen den Bestimmungen des Mietvertrags ausgeschlossen oder eingeschränkt wäre.

Auch die personellen und gesellschaftsrechtlichen Verbindungen zwischen dem Vermieter und der Präsenzkraft bzw. dem Pflegedienst rechtfertigten für sich allein nicht den Schluss, dass die Wahlmöglichkeiten der Mieter bezüglich dieser Dienstleistungen tatsächlich eingeschränkt seien. In solchen Fällen mag ein Interesse des Vermieters bestehen, dass die mit ihm verbundenen Pflegekräfte und Träger die entsprechenden Aufgaben in der Einrichtung wahrnehmen. Soweit jedoch keine weiteren Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Vermieter die Wahlmöglichkeiten der Mietergemeinschaft zugunsten der von ihm bevorzugten Dienstleister einschränkt, kann allein aus der tatsächlichen Wahl dieser Anbieter nicht auf eine unzulässige tatsächliche Einschränkung der Wahlmöglichkeit geschlossen werden. Im vorliegenden Fall ist weder vorgetragen noch sonst ersichtlich, dass der Vermieter die Mieter daran gehindert hätte, andere Anbieter für Präsenzkräfte oder Pflegedienstleistungen vorzuschlagen oder zu wählen. Dabei verkennt der Senat nicht, dass die persönliche Situation der pflegebedürftigen Mieter diesen die tatsächliche Wahrnehmung ihrer Wahlmöglichkeiten in der Mietergemeinschaft erschweren kann. Der Gesetzgeber geht in § 38a Abs. 2 Satz 2 SGB XI a. F. jedoch selbst davon aus, dass die betroffenen Wohngemeinschaften zu eigenen unabhängigen Entscheidungen in der Lage sind. Es ist auch nicht ersichtlich, dass die C C Dienstleistungs- und Serviceunternehmen W GmbH als Vermieter oder andere dieser verbundene Personen die Mieter, deren Angehörige oder sonstige Betreuungspersonen zu einer bestimmten Entscheidung gedrängt hätten. Eine unzulässige Beeinflussung kann nicht allein darin gesehen werden, dass die Versammlung der Mietergemeinschaft von der aktuell tätigen Präsenzkraft organisiert wird und für das Protokoll oder die Abstimmung Formulare oder sonstige Materialien der aktuell beauftragten Präsenzkraft oder des aktuell beauftragten Pflegedienstes benutzt werden. Andere Anhaltspunkte, die belegen könnten, dass die Wahlmöglichkeiten der Mieter tatsächlich eingeschränkt sind, sind weder vorgetragen noch sonst ersichtlich.

Auch die Anforderungen des § 38a Abs. 1 Nr. 4 SGB XI a. F. seien erfüllt. Insbesondere stehen die maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften bzw. ihre Anforderungen an Leistungserbringer vorliegend dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung nicht entgegen. Zwar lebt die Klägerin nicht in einer „selbstorganisierten Wohngruppe" im Sinne des § 6 des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe (LWTG). Denn nach dem Mietvertrag

können die Bewohner oder die für sie vertretungsberechtigten Personen nicht über die Aufnahme neuer Mitbewohner selbst entscheiden (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe c LWTG) und die Wohngemeinschaft verfügt über mehr als acht Plätze (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe a LWTG). „Ambulant betreute Wohngruppen" im Sinne des § 38 a SGB V sind jedoch nicht nur solche Wohngruppen, die die Anforderungen des § 6 LWTG an „selbstorganisierte Wohngemeinschaften" erfüllen. Bereits die Begriffe sind nicht identisch. Das Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe beschreibt zudem nur allgemein die Anforderungen an Betreiber von Einrichtungen zur Betreuung von pflegebedürftigen und behinderten volljährigen Menschen; es definiert dagegen weder den Begriff der „ambulant betreuten Wohngruppe" im Sinne des § 38 a SGB XI a. F. noch enthält es eine institutionelle Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Betreuung von Pflegebedürftigen (vgl. dazu auch Stellungnahme des Bundesrates zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Entwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes BT-Drucks. 17/9669, Seite 7, sowie Gegenäußerung der Bundesregierung Seite 21). Wie zwischen den Beteiligten zu Recht unstreitig ist, handelt es sich um eine Einrichtung im Sinne des § 5 LWTG. Diese erfülle die heimrechtlichen Anforderungen bzw. die Anforderungen an die Leistungserbringer, die an eine solche Wohnform gestellt werden. Nach der in den Verwaltungsakten der Beklagten (Blatt 36) enthaltenen Stellungnahme des Caritasverbandes für die Diözese M e. V. vom 27. November 2013 wurden das Konzept und die weitere Ausgestaltung der Betreuung in den Wohngruppen in enger Absprache mit der zuständigen heimrechtlichen Betreuungs- und Prüfbehörde entwickelt und nicht beanstandet.

Die Klägerin habe auch Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag für die Zeit ab dem 1. Januar 2015. Nach der **Übergangsregelung des § 122 Abs. 3 SGB XI** werde für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag nach § 38 a in der bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung haben, diese Leistung weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat. Da eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse bisher nicht eingetreten ist, hat die Klägerin auch über den 31. Dezember 2014 hinaus Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag. Auf die Frage, ob die Anspruchsvoraussetzungen auch nach der ab 1. Januar 2015 geltenden Neufassung des § 38 a SGB XI erfüllt sind, kommt es daher nicht an.

2.1.1.3 LSG Mainz, Urteil vom 4. Februar 2016 – L 5 P 45/15

Zur Frage des Umfanges des Ruhens eines Anspruchs auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung wegen eines Anspruchs auf Pflegegeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

Die Beklagte hatte der 1924 geborenen Klägerin ab März 2012 Leistungen aus der GPV nach der Pflegestufe I gewährt. Am 20. März 2013 erlitt die Klägerin bei einem Sturz eine Oberarmfraktur links. Während des dadurch erforderlichen stationären Krankenhausaufenthalts stürzte die Klägerin am 26. März 2013 erneut und zog sich eine Luxationsfraktur des linken oberen Sprunggelenkes mit Syndesmoseverletzung und kleinem knöchernen Ausriss der ventralen Syndesmose zu. Die Beklagte bewilligte der Klägerin mit Bescheid vom 7. Mai 2013 aufgrund eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes vom April 2013 Leistungen der Pflegestufe II.

Der beigeladene UV-Träger gewährt der Klägerin wegen des Unfalls vom 26. März 2013 im Hinblick auf einen Versicherungsschutz nach § 2 Abs. 1 Nr. 15 Buchstabe a SGB VII Leistungen aus der GUV. In einer von ihr eingeholten Stellungnahme vom August 2013 führte der Krankenpfleger und Orthopädiemeister H aus: Die Gesamthilfebedarfe der Klägerin seien wesentlich auf die Folgen des Unfalls vom 26. März 2013 zurückzuführen. Bei der Klägerin bestünden Gesamthilfebedarfe von 214,9 Minuten täglich, wovon durch den Unfall vom 26. März 2016 ein Mehraufwand von 91,2 Minuten bedingt sei, was einem prozentualen Anteil am gesamten Hilfebedarf von 42,44 Prozent entspreche. Demnach sei eine Leistung zur Pflege in Höhe von 42,44 Prozent, ausgehend von dem Pflegegeldbetrag in Höhe von 50 Prozent des Höchstbetrags, zu Lasten der Beigeladenen zu empfehlen. Daraufhin gewährte die Beigeladene der Klägerin durch Bescheid vom 26. September 2013 Pflegegeld nach § 44 SGB VII. Das Pflegegeld werde auf 42,44 Prozent von 50 Prozent des Höchstbetrages festgesetzt. Die monatliche Leistung betrage ab dem 17. April 2013 268,86 Euro und ab dem 1. Juli 2013 269,53 Euro.

Durch Bescheid vom 19. Dezember 2013 und Widerspruchsbescheid vom 2. Juni 2014 teilte die Beklagte der Klägerin mit: Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung seien nach § 13 Abs. 1 SGB XI gegenüber Entschädigungsleistungen nach dem SGB VII nachrangig; § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI konkretisiere dies dahingehend, dass der Leistungsanspruch nach dem SGB XI in Höhe der Entschädigungsleistungen nach dem SGB VII ruhe. Daher stehe der Klägerin nur Pflegegeld nach dem SGB XI in Höhe der Differenz zwischen der Pflegestufe II (monatlich 440 Euro) und der Leistung der Beigeladenen zu.

Am 2. Juli 2014 hat die Klägerin Klage erhoben und zur Begründung vorgetragen, die Beklagte hätte ihrer Leistung den ohne den Unfall vom 26. März 2012 bestehenden Pflegebedarf zugrunde legen müssen und habe ihr deshalb Leistungen nach der Pflegestufe I (monatlich 235 Euro) zu erbringen, ohne dass diese zum Ruhen gekommen seien. Die Beigeladene hat sich dieser Auffassung angeschlossen.

Durch Urteil vom 19. Juni 2015 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 Satz 1 SGB XI ruhe der Anspruch auf Pflegeleistungen, soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Unfallversicherung erhielten. Diese Regelung lasse nach ihrem Wortlaut keine Ausnahme zu. Dies sei verfassungskonform (Hinweis auf Bundessozialgericht – BSG – 29. April 1999 – B 3 P 15/98 R). Gegen dieses ihren Prozessbevollmächtigten am 21. Juli 2015 zugestellte Urteil richtet sich die am 30. Juli 2015 eingelegte Berufung der Klägerin, die ihr bisheriges Vorbringen wiederholt.

Das LSG hat die zulässige Berufung abgewiesen und führt zur Begründung aus, nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI ruhe der Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung, soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach § 35 BVG oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des BVG vorsehen, aus der GUV oder Unfallfürsorge erhalten. Diese Vorschrift greife vorliegend zu Lasten der Klägerin ein. Entgegen ihrer Auffassung ruhe ihr Anspruch auf Pflegegeld nach der Pflegestufe II nach dem SGB XI in Höhe des Leistungsanspruchs der Klägerin gegen die Beigeladene.

Nach den Grundsätzen des Unfallversicherungsrechts hat die für die Entschädigung des Unfalls vom 26. März 2013 zuständige Beigeladene der Klägerin Pflegegeld nach § 44 SGB VII nur für die durch diesen Unfall eingetretene Zunahme des Pflegebedarfs zu gewähren. Nimmt bei im Zeitpunkt des Versicherungsfalls im Sinne des SGB VII schon bestehender Pflegebedürftigkeit der Pflegebedarf wegen der Folgen dieses Versicherungsfalls zu, ist, wovon die Beigeladene zu Recht ausgegangen ist, nur diese Verschlimmerung vom Unfallversicherungsträger zu entschädigen (BSG 10. Oktober 2006 – B 2 U 41/05 R, juris; Ricke in Kasseler Kommentar, SGB VII, § 44 Rdnr. 5). Unfallversicherungsrechtlich bewirkt dies, dass der Pflegebedarf rechtlich in zwei Teile – einen zu entschädigenden und einen nicht zu entschädigenden Teil – zerlegt wird (vgl. allgemein zur Verschlimmerung Keller in Hauck/Noftz, SGB VII, K § 8 Rz. 293). Dies führt aber pflegeversicherungsrechtlich nicht dazu, dass das Pflegegeld nur anteilig zum Ruhen käme.

Nach dem Wortlaut des § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI ruhe der Anspruch auf Pflegegeld, „soweit" der Versicherte Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung erhält. Das Tatbestandsmerkmal „soweit" führt zur Begrenzung des Ruhenseintritts in Höhe der Leistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung. Demgegenüber ist die Ruhenswirkung nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI entgegen der Auffassung der Klägerin und der Beigeladenen (unzutreffend auch Landessozialgericht – LSG – Hamburg 12. September 2013 – L 1 P 8/12, juris) nicht insoweit begrenzt, als die Pflegebedürftigkeit auf Unfallfolgen zurückzuführen ist. Einer solchen Beschränkung der Ruhenswirkung steht der Umstand entgegen, dass das Pflegegeld aus der sozialen Pflegeversicherung eine einheitliche Leistung ist, die rechtlich nicht teilbar ist, auch wenn Pflegegeld nach einer höheren Stufe als der Pflegestufe I gewährt wird. Deshalb kommt eine nur auf den fiktiven Anteil der Pflegebedürftigkeit ohne die Folgen des Unfalls vom 26. März 2013 – hier: Pflegestufe I – beschränkte Ruhenswirkung nicht in Betracht.

Dem stehe die Zweckbestimmung des § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI nicht entgegen. Sinn dieser Vorschrift sei die **Vermeidung einer Überversorgung** durch Doppelleistungen. Dies setzt voraus, dass die beiden in Betracht kommenden Leistungen im Wesentlichen dem gleichen Zweck dienen – Zweckidentität, Gleichartigkeit – und zeitgleich bezogen werden – Zeitgleichheit – (BSG 19. April 2007 – B 3 P 6/06 R, juris Rdnr. 18). Zweckidentität, Gleichartigkeit und Zeitgleichheit in diesem Sinne sind vorliegend gegeben, wobei hinsichtlich der Zweckidentität die Unteilbarkeit der Pflegeleistung zu berücksichtigen ist. Für diese Auslegung des § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI durch den Senat spricht auch, dass die Ruhenswirkung nach dieser Vorschrift nicht auf eine volle Deckungsgleichheit der Leistungen begrenzt ist (vgl. BSG 29. April 1999 – B 3 P 15/98 R, juris Rdnr. 15). In dieser Auslegung verstoße § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI nicht gegen Normen des Grundgesetzes (vgl. BSG 29. April 1999 a. a. O., juris Rdnr. 24), zumal der Gesetzgeber verfassungsrechtlich nicht zur Sicherstellung eines Versicherungsschutzes in der gesetzlichen Unfallversicherung wegen Unfällen bei stationärer Krankenhausbehandlung verpflichtet sei.