

L 23 SO 178/14 B ER

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Sozialhilfe

Abteilung

23

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 212 SO 850/14 ER

Datum

26.05.2014

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 23 SO 178/14 B ER

Datum

30.09.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Auf die Beschwerde des Antragsgegners wird der Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 26. Mai 2014 aufgehoben und der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt.

Außergerichtliche Kosten sind für das gesamte Verfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Antragstellerin begehrt in der Sache, den Antragsgegner im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, weitere Leistungen zur Hilfe der Pflege nach [§§ 61 ff.](#) Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – SGB XII – zu gewähren, wobei sie sich bei der Bemessung der Kostenübernahme gegen die Anrechnung der Leistungen für einen Wohngruppenzuschlag nach [§ 38a](#) Sozialgesetzbuch Elftes Buch – SGB XI – wendet.

Die 1935 geborene Antragstellerin wohnt in einem Zimmer der ambulant betreuten Wohngruppe "V J" (WG). Mit ihr wohnen in der WG weitere Menschen, die von einem Pflegedienst gepflegt werden. Die Antragstellerin selbst erhält eine pflegerische Versorgung in der WG durch den Pflegedienst "Häusliche Krankenpflege J & S GbR" (Beigeladene zu 1) in B aufgrund des Vertrages über die ambulante pflegerische Versorgung vom 3. Juni 2010 (Pflegevertrag). Mit diesem Vertrag ist u.a. vereinbart, dass die Beigeladene zu 1) der Antragstellerin Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Krankenversicherung erbringt. Aus den weiteren Bestimmungen ergibt sich, dass auch Leistungen zu Lasten des Antragsgegners erbracht werden. Festgelegt ist, dass Leistungsumfang und Vergütung sich nach der vereinbarten Beschreibung der Leistungen und dem Berechnungsbogen, der dem Pflegevertrag als Anlage beigefügt ist, richten. Dabei werden bewilligte Leistungen der sozialen Kranken- und Pflegeversicherungen oder anderer Sozialleistungsträger vom Pflegedienst unmittelbar mit diesen abgerechnet. Die verbleibenden Eigenanteile, die der Pflegebedürftige zu tragen habe, sollen im Berechnungsbogen gesondert ausgewiesen und dem Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden. Die Entgeltverzeichnisse in der jeweilig gültigen Fassung der Vereinbarungen der Beigeladenen zu 1) mit den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern sind Bestandteil des Vertrages. Ab dem 1. März 2013 ist der Antragstellerin seitens der Pflegekasse (Beigeladene zu 2) ein pauschaler Wohngruppenzuschlag in Höhe von monatlich 200,00 Euro für eine von der Antragstellerin benannte Präsenzkraft in der WG bewilligt worden. Ausgeführt wird mit dem Bewilligungsschreiben vom 3. Juni 2013, dass diese Pflegekraft in der Wohngruppe organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten übernehme. Unter dem 18. Juli 2013 hat die Antragstellerin mit der Beigeladenen zu 1) eine Vereinbarung über Organisations- und Verwaltungsleistungen in Wohngemeinschaften abgeschlossen (Vereinbarung vom 18.07.2013). Für die darin bezeichneten Leistungen hat sich die Antragstellerin gegenüber der Beigeladenen zu 1) zur Zahlung von monatlich 150,00 Euro verpflichtet. In der Vereinbarung ist u.a. geregelt, dass die Antragstellerin die Beigeladene zu 1) über den Umfang des Pflegevertrages hinaus mit organisatorischen und verwaltenden Tätigkeiten lt. einer Anlage zum Vertrag beauftragt. Die Vereinbarung kann unabhängig vom Bestand des Pflegevertrages vom Pflegekunden ohne Einhaltung einer Frist mit sofortiger Wirkung gekündigt werden, wobei in diesem Fall eine monatsanteilige Vergütung geschuldet wird. Mit der Anlage zu dieser Vereinbarung wird ausgeführt:

"Leistungen nach Ziff. 2 der Vereinbarung über Organisations- und Verwaltungsleistungen in Wohngemeinschaften sind je nach Bedarf im Einzelfall: • Unterstützung bei Ein- und Auszug; • Kommunikation mit dem Vermieter; • Organisation von Telefon- und Fernsehanschluss; • Organisation der Arzttermine und Hausbesuche; Friseur- oder Fußpflegetermine; Unterstützung bei Beschaffung der Rezepte und Verordnungen für Medikamente, ggf. Hilfsmittel, Inkontinenzmaterial; • Unterstützung bei Krankenhauseinweisungen und Krankentransporten, Anträge auf Kostenübernahmen; • Verwaltung von Patientengeldern; • Organisation von Ausflügen oder Feierlichkeiten

ggf. Begleitung (nach Absprache), Organisieren von Aktivitäten und Veranstaltungen an Feiertagen; Organisieren von Geburtstagsfeiern; • Korrespondenz mit Angehörigen, Betreuern, Ärzten oder sonstigen Personen; Postverwaltung auch Unterstützung beim Verfassen von Briefen; • Unterstützung bei polizeilicher Ummeldung, Haustierversorgung; • Schlichtung bei Streitigkeiten".

Seit 2010 erhält die Antragstellerin vom Antragsgegner Leistungen der Hilfe zur Pflege nach [§§ 61 ff. SGB XII](#), und zwar aufgrund Bescheides vom 4. Dezember 2012 bis 31. Oktober 2013 in Höhe von Pflegekosten von ca. 1.900,00 Euro. Die Antragstellerin bezog auch Pflegesachleistungen der Pflegekasse zunächst ab Oktober 2013 in Höhe von 1.250,00 Euro der Pflegestufe II. Zusätzlich wurden der Antragstellerin Leistungen nach [§§ 45a, b SGB XI](#) in Höhe von 100,00 Euro monatlich gewährt.

Mit Bescheid vom 11. Dezember 2013 bewilligte der Antragsgegner der Antragstellerin Hilfen zur Pflege für die Zeit vom 1. November 2013 bis 31. Oktober 2014 und bestimmte den Hilfebedarf nach dem Leistungskomplex 19 (LK 19) in Höhe von 80,72 Euro täglich sowie nach LK 38 in Höhe von 18,47 Euro täglich für alle Tage der Woche. Mit dem Bescheid wird ausgeführt, dass kein Eigenanteil zu leisten sei. Vorrangige Ansprüche der Pflegekasse in Form der bewilligten Pflegesachleistung der Stufe II in Höhe von 1.250,00 Euro würden von der Pflegestation abgerechnet, die Rechnung sei entsprechend zu kürzen. Der geleistete Wohngruppenzuschlag in Höhe von 200,00 Euro sei als zweckgleiche Leistung der Pflegekasse ab 1. November 2013 einzusetzen. Diese Leistungen würden direkt von der Pflegekasse ausgezahlt und seien daher an den Pflegedienst weiterzuleiten. Den Widerspruch der Antragstellerin vom 2. Januar 2014, der im Wesentlichen damit begründet wurde, dass die Leistungen des Wohngruppenzuschlages nicht zweckgleiche Leistungen seien und daher nicht in Anrechnung gebracht werden könnten, wies der Antragsgegner mit Widerspruchsbescheid vom 19. März 2014 zurück. Daraufhin hat die Antragstellerin am 2. April 2014 Klage zum Sozialgericht Berlin erhoben und gleichzeitig um Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes im Hinblick auf die Gewährung von Leistungen zur Hilfe der Pflege ohne Anrechnung des Wohngruppenzuschlages ersucht.

Die Antragstellerin hat geltend gemacht, der Antragsgegner sei nicht berechtigt, den gewährten Wohngruppenzuschlag der Pflegekasse in Höhe von 200,00 Euro als Einkommen bei der Gewährung zur Hilfe der Pflege zu berücksichtigen. Mit dem Wohngruppenzuschlag sollten gerade zusätzliche Aufwendungen der Wohngruppe mit einer erforderlichen Pflegekraft finanziert werden, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichte. Er diene nicht dazu, die Leistungen der häuslichen Pflege aufzustocken, es sei vielmehr ein eigenständiger Anspruch eingeführt worden. Auch der Antragsgegner weise ausdrücklich darauf hin, dass mit der Gewährung des Wohngruppenzuschlages der Tatsache Rechnung getragen werden sollte, dass in einer Wohngemeinschaft besondere Aufwendungen entstünden. Abwegig führe der Antragsgegner jedoch an, dass es sich dabei um Aufwendungen für die pflegerische Versorgung in der Wohngruppe handeln solle und verknüpfe dieses mit Kosten für die Tagesstruktur und soziale Betreuung. Hierfür gebe das Gesetz keine Anhaltspunkte. Der Antragsgegner führe an keiner Stelle konkrete Leistungen an, welche von ihm gemäß [§§ 61 ff. SGB XII](#) gewährt würden und in der Bedarfsfeststellung bzw. dem Modulbogen enthalten seien. Aus der Gesetzesbegründung zu [§ 38a SGB XI](#) gehe hervor, dass der Wohngruppenzuschlag pauschal zur eigenverantwortlichen Verwendung für die Organisation und die Sicherstellung der Pflege in der Wohngemeinschaft gewährt werde. Es sei nicht Zweck dieser Leistung, pflegerische Tätigkeiten zu finanzieren. Zudem sei der konkrete Regelungsgehalt des mit der Klage angefochtenen Bescheides fraglich. Der Antragsgegner wolle die Leistung eines Eigenanteils in Höhe von 200,00 Euro regeln, bestimme jedoch auch, dass lediglich vorrangige Leistungsansprüche für die Zeit ab 1. Oktober 2013 entsprechend der Pflegestufe II in Höhe von 1.250,00 Euro zu berücksichtigen seien. Die Antragstellerin hat weiter geltend gemacht, ihr Einkommen reiche nicht aus, um neben den Mitteln für den Lebensunterhalt auch die Pflege vollständig selbst zu bezahlen. Bei der vom Antragsgegner vorgenommenen Einschränkung der Kostenübernahme um 200,00 Euro monatlich stünden ihr keine ausreichenden Mittel zur Sicherung der Grundpflege und Hauswirtschaft zur Verfügung. Der Pflegedienst habe die Rechnungsbeträge lediglich bis zum Ausgang des Widerspruchsverfahrens gestundet. Die Beträge seien fällig und von der Antragsgegnerin auszugleichen, sie könne nicht damit rechnen, von der Pflegeeinrichtung weiter versorgt zu werden. Ein anderer Pflegedienst würde die Versorgung gar nicht erst übernehmen, wenn er eine um 200,00 Euro minimierte Kostenzusage des Antragsgegners erhalte.

Der Antragsgegner ist dem Antrag der Antragstellerin mit der Begründung des Widerspruchsbescheides entgegengetreten und hat ergänzend ausgeführt, es sei nicht erkennbar, inwiefern die Versorgung der Antragstellerin durch den Pflegedienst gefährdet sein sollte. Die Leistungen würden weiterhin im gleichen Umfang erbracht. Verändert sei lediglich die Aufteilung der Kostentragung zwischen Pflegekasse und Sozialhilfeträger. Die von der Antragstellerin mit der Beigeladenen zu 1) geschlossene Vereinbarung vom 18.07.2013 könne ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden. Die Antragstellerin habe ihre Tochter bevollmächtigt, so dass diese quasi als Betreuerin agiere und daher Anteile der mit dem Vertrag mit dem Pflegedienst angeführten Bedarfe abdecken müsse.

Mit Beschluss vom 26. Mai 2014 hat das Sozialgericht den Antragsgegner verpflichtet, der Antragstellerin für die Zeit ab 2. April 2014 bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens, längstens jedoch bis zum 31. Oktober 2014 vorläufig Hilfen zur Pflege ohne Anrechnung des Wohngruppenzuschlages nach [§ 38a SGB XI](#) zu bewilligen. Die Antragstellerin habe einen Anordnungsanspruch und einen Anordnungsgrund glaubhaft gemacht. Streitig sei allein die Frage, ob der Antragsgegner berechtigt sei, den der Antragstellerin bewilligten Wohngruppenzuschlag nach [§ 38a SGB XI](#) auf die ihr gewährten ambulanten Hilfen zur Pflege anzurechnen, was mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht rechtmäßig sei. Der Wohngruppenzuschlag nach [§ 38a SGB XI](#) diene nicht demselben Zweck und decke nicht denselben Bedarf wie die der Antragstellerin bewilligten Hilfen zur Pflege. Dies ergebe sich aus dem Sinn und Zweck des neu eingeführten Wohngruppenzuschlages und der genaueren Betrachtung der der Antragstellerin bewilligten Pflege- und Betreuungsleistungen nach Leistungskomplexen (LK) 19 und 38. Eine Leistungskongruenz zwischen dem Wohngruppenzuschlag und den hieraus finanzierten Tätigkeiten sowie den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach LK 19 und LK 38 sei zu verneinen.

Im Rahmen des LK 19 würden Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbracht, die von der Präsenzkraft gem. Vereinbarung vom 18.07.2013 nicht zu leisten wären. Die in der Anlage 1 der Vereinbarung vom 18. 07. 2013 vereinbarten Tätigkeiten seien aber auch nicht von den der Antragstellerin bewilligten Leistungen nach LK 38 umfasst. Es handele sich dabei um eine ergänzende Tagespauschale bei der Gewährung des LK 19 nur für Pflegebedürftige mit Pflegestufe II und höher. Eine parallele Bewilligung von LK 31 – 36 und 37 (Tagesstrukturierung und Beschäftigung, persönliche Assistenz/zeitlich umfangreiche Pflege, psychosoziale Betreuung, Maniküre, Hilfe bei der Haarwäsche, Haushaltsbuch) sei ausgeschlossen. In der Erläuterung dieses Leistungskomplexes werde weiter ausgeführt: "Der besondere Versorgungs- und Betreuungsbedarf von einem an Demenz erkrankten Menschen umfasse neben dem Hilfebedarf in der Grundpflege insbesondere Aktivierung und Anleitung sowie die notwendige Beaufsichtigung bei der eigenständigen Verrichtung der grundlegenden Lebensaktivitäten. Das Konzept der Tagesstrukturierung gebe einen Rahmen vor, mit dem individuell die erforderliche Anleitung, Begleitung und Beaufsichtigung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens sowie Hilfestellung bei der Bewältigung des Alltags

und die Anleitung zur sinnvollen Tagesgestaltung sichergestellt und die Selbständigkeit erhalten und gestärkt sowie Eigen- sowie Fremdgefährdung ausgeschlossen werden könnten (). Der Leistungskomplex 38 beinhalte alle Einzelleistungen, die darüber hinaus zur angemessenen Versorgung des Personenkreises im Rahmen der zweiseitigen Vereinbarung erforderlich seien". Der Schluss dahin, damit seien alle in einer WG erforderlichen Leistungen abgedeckt, überzeuge nicht. Der LK sei nicht verrichtungsbezogen, er gehe über die Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigen hinaus. Er beinhalte vielmehr die Impulsgebung für pflegebedürftige an Demenz erkrankter Menschen. Sofern der Leistungskomplex auch tagesstrukturierende Maßnahmen abdecke, sei damit u.a. auch die psychosoziale Betreuung gemeint. Damit gehe der LK deutlich über den Pflegebedürftigkeitsbegriff hinaus. Nicht erfasst vom LK 38 sei jedoch, dass beispielsweise eine Spiel- oder Malttherapeutin organisiert werde. Die Organisation und Sicherstellung dieser tagesstrukturierenden Maßnahmen falle daher nicht unter LK 38. Mit [§ 38a SGB XI](#) habe der Gesetzgeber die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Hilfebedürftigen in den besonderen Wohnformen bezweckt. Der in [§ 13 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI](#) normierte Vorrang von Pflegeleistungen nach dem SGB XI vor den Hilfen nach [§§ 61 ff. SGB XII](#) könne daher nur insoweit gelten, soweit Deckungsgleichheit zwischen den Bedarfen bestünde. Dies sei jedoch gerade nicht der Fall, da ein neuer zusätzlicher Bedarf definiert werde, der nunmehr mit 200,00 Euro monatlich pauschal abgedeckt werde. Daher bestünden die Ansprüche auf Wohngruppenzuschlag nach [§ 38a SGB XI](#) genauso wie auf die der Antragstellerin von der Pflegekasse gewährte zusätzliche Betreuungsleistung nach [§ 45a/b SGB XI](#) neben dem Anspruch auf Hilfen zur Pflege. Der Gesetzgeber habe mit der Präsenzkraft, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichte, einen neuen, von den Begriffen der Pflegebedürftigkeit im SGB XI und SGB XII sich unterscheidenden Bedarf beschrieben bzw. diesen erstmalig in pauschaler Form monetarisiert. Der Bedarf liege in der Sicherstellung der Pflege, das heißt in der Verwaltung und Organisation der WG wie bspw. der Organisation von Hausbesuchen durch Ärzte.

Wenn - wie vorliegend -, der Pflegedienst auf Grundlage des Pflegevertrages keine verwaltenden Tätigkeiten erbringe, der Antragsgegner gleichwohl jedoch die Rechnungen des Pflegedienstes um den Wohngruppenzuschlag in Höhe von 200,00 Euro monatlich kürze, so werde ein Teil der Antragstellerin erbrachten Leistungen nach LK 19 und LK 38 nicht vergütet. Zu einer solchen Kürzung sei der Antragsgegner nicht befugt.

Die Antragstellerin habe auch einen Anordnungsgrund glaubhaft gemacht. Ihr stünden keine ausreichenden finanziellen Mittel zur Verfügung, um die häusliche Pflege sicherzustellen und das monatlich durch die Kürzung der Hilfe zur Pflege entstehende Defizit von 200,00 Euro aufzufangen. Daher sei ihr ein Zuwarten bis zur Entscheidung der Hauptsache nicht zuzumuten.

Gegen den am 26. Mai 2014 zugestellten Beschluss richtet sich die am 19. Juni 2014 eingelegte Beschwerde des Antragsgegners. Er macht weiterhin geltend, der Anspruch der Klägerin auf Leistungen nach [§§ 61 ff. SGB XII](#) werde in vollem Umfang abgedeckt. Durch die Berücksichtigung des Wohngruppenzuschlages nach den Vorschriften des SGB XI werde der tatsächlich erforderliche Pflegebedarf lediglich von unterschiedlichen Leistungsträgern erbracht. Die Antragstellerin sei derzeit nicht beschwert. Der Antragsgegner vertieft des Weiteren den erstinstanzlichen Vortrag.

Er beantragt,

den Beschluss des Sozialgerichts vom 26. Mai 2014 aufzuheben.

Die Antragstellerin beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Die Annahme des Antragsgegners, der Begriff der Hilfe zur Pflege nach [§§ 61 ff. SGB XII](#) erfasse auch organisatorische und verwaltende Tätigkeiten, wie sie von der Präsenzkraft zu erbringen seien, werde durch das Gesetz nicht gestützt. Vielmehr nehme [§ 61 Abs. 2 bis 6 SGB XII](#) eindeutig Bezug auf den Leistungskatalog der Pflegeversicherung. Soweit der Antragsgegner meine, dass der in Rede stehende Bedarf bereits von jeher durch das SGB XII und von dem Antragsgegner berücksichtigt gewesen sei, werde eine Konkretisierung dessen erwartet. Die LK 19 und 38 bildeten dies gerade nicht ab. Der Antragsgegner erwecke den Eindruck, dass die Abrechenbarkeit der Leistungskomplexe 19 und 38 eine Besonderheit des Sozialhilferechts sei. Dabei werde verkannt, dass es sich hierbei um eine Vereinbarung über die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung gemäß [§ 89 SGB XI](#) handele. An dieser Vereinbarung sei der Träger der Sozialhilfe beteiligt gewesen. Hieraus werde deutlich, dass der LK 19 einzelfallbezogen alle Leistungen der LK 1 bis 16 für den dementen Pflegebedürftigen enthalte. Darin seien keine verwaltenden oder organisatorischen Leistungen enthalten. Auch der LK 38 enthalte derartige Leistungen nicht. Darüber hinaus werde aus der Vereinbarung deutlich, dass dieser Leistungskomplex nur ab der Pflegestufe II gewährt werde. Demzufolge könnten nicht generell verwaltende und organisatorische Tätigkeit hierin für alle Pflegebedürftigen enthalten sein. Auch eine Zweckidentität mit dem Leistungskomplex 38 liege nicht vor. Mit der Zusammenfassung von Leistungskomplexen in den LK 19 und 38 sei keine Leistungsausweitung im Sinne einer erhöhten Kostenübernahme oder eine weitere Sachleistungsgewährung verbunden gewesen. Der Gesetzgeber habe mit der Schaffung des [§ 38a SGB XI](#) auf einen ungedeckten Bedarf reagiert. Die Ausführungen, ambulante Pflegedienste hätten bereits in der Vergangenheit Organisations- und Verwaltungsleistungen kostenfrei erbracht, könnten der Beschwerde nicht zum Erfolg verhelfen. Vielmehr erkenne der Antragsgegner an, dass Leistungen erbracht worden seien, denen bis zur Einführung des [§ 38a SGB XI](#) keine entsprechende Vergütung gegenüberstanden habe. Nunmehr werde der Antragstellerin die Möglichkeit eingeräumt, diese Leistungen auch adäquat als Anspruch gegenüber der Präsenzkraft zu vereinbaren und zu vergüten. Bisher sei die Antragstellerin auf das Wohlwollen eines Leistungserbringers angewiesen gewesen. An keiner Stelle sei dem Gesetz oder auch der Gesetzesbegründung zu entnehmen, dass eine Entlastung des Sozialhilfeträgers beabsichtigt gewesen sei.

Der vom Senat beigeladene Pflegedienst hat eine Ablichtung der aktuellen Leistungs- und Vergütungsvereinbarung mit dem Antragsgegner zur Gerichtsakte gereicht. Die beigeladene Pflegekasse hat sich nicht zum Rechtsstreit geäußert.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes zum Zeitpunkt der Entscheidung, insbesondere hinsichtlich des Vortrags der Beteiligten im Einzelnen wird auf den Inhalt des beigezogenen Verwaltungsvorganges und den der Gerichtsakte und den darin enthaltenen Schriftsätzen der Beteiligten nebst Anlagen verwiesen, der vorgelegen hat und Gegenstand der Entscheidung gewesen ist.

II.

Die zulässige Beschwerde ist begründet. Das Sozialgericht hat im Ergebnis zu Unrecht den Antragsgegner im Wege des Erlasses einer Einstweiligen Anordnung zu weiteren Leistungen verpflichtet. Die Voraussetzungen hierfür liegen nicht vor.

Nach [§ 86b Abs. 2 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG – kann das Gericht einstweilige Anordnungen zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Antragsteller müssen glaubhaft machen ([§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) i.V.m. [§ 920 Abs. 2](#) Zivilprozessordnung – ZPO -), dass sie einen Anspruch auf die geltend gemachte Leistung haben (Anordnungsanspruch) und dass das Abwarten einer gerichtlichen Entscheidung in einem Hauptsacheverfahren für sie mit unzumutbaren Nachteilen verbunden wären (Anordnungsgrund). Diese Voraussetzungen liegen nicht vor.

Die Antragstellerin hat einen Anordnungsgrund nicht glaubhaft gemacht. Es ist nicht ersichtlich, dass der Erlass einer einstweiligen gerichtlichen Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig wäre. Die Antragstellerin hat nicht glaubhaft gemacht, dass ein Abwarten einer Entscheidung in einem Hauptsacheverfahren darüber, ob die Antragstellerin einen Anspruch darauf hat, dass der Antragsgegner eine weitergehende Kostenübernahme erklärt, als mit Bescheid vom 11. Dezember 2013 geschehen, für sie mit wesentlichen Nachteilen verbunden ist. Der geltend gemachte Anspruch kann sich vorliegend nur darauf beziehen, dass der Antragsgegner zu einer weiteren Kostenübernahme für notwendige Pflegeleistungen nach dem 7. Kapitel des SGB XII verpflichtet ist, um den Anspruch auf Hilfe zur Pflege der Antragstellerin und damit den Pflegebedarf abzudecken. Die Klärung dieses Anspruchs im Hauptsacheverfahren kann von der Antragstellerin zumutbar abgewartet werden, denn die Deckung des notwendigen Pflegebedarfs durch die Beigeladene zu 1) ist über den Pflegevertrag abgesichert.

Der Hilfebedarf der Antragstellerin für Leistungen der Hilfe zur Pflege ist, wovon auch das Sozialgericht zutreffend ausgeht, vorliegend festgestellt und ergibt sich aus der Anlage zum Bescheid vom 11. Dezember 2013 (Modulbogen für die Zeit vom 1. November 2013 bis 31. Oktober 2014) und aus der Bestätigung dieses Bedarfs durch die Beigeladene zu 1). Diese Bedarfsfeststellungen über ambulante Sachleistungen gemäß [§§ 61 ff.](#) SGB XII für die Zeit ab 1. November 2013 sind Bestandteil des Pflegevertrages zwischen der Antragstellerin und der Beigeladenen zu 1). Zwischen den Beteiligten ist der zu deckende Bedarf auch unstreitig. Wesentliche Nachteile könnten der Antragstellerin nur dann drohen, wenn die Sicherstellung des festgestellten Bedarfs für die Zeit des Abwartens einer Entscheidung in der Hauptsache gefährdet wäre. Dies ist hier nicht anzunehmen.

Die Beigeladene zu 1) ist nach dem mit der Antragstellerin geschlossenen Pflegevertrag vom 3. Juni 2010 verpflichtet, die darin vereinbarten Leistungen entsprechend der jeweiligen Anlage zum Pflegevertrag zu erbringen, das heißt vorliegend, den Bedarf entsprechend der Bedarfsfeststellung für die Zeit ab 1. November 2013 zu erbringen. Damit wird der Bedarf der Antragstellerin gedeckt. Die Antragstellerin hat einen Anspruch darauf, dass die Beigeladene zu 1) Leistungen entsprechend den LK19 und 38 erbringt, die die der Antragstellerin aus dem Pflegevertrag geschuldeten Leistungen konkretisieren. Es ist nicht ersichtlich, dass die Beigeladene zu 1) nicht gewillt ist, diese Leistungen zu erbringen. Entsprechende Leistungen sind von der Beigeladenen zu 1) nach den mit den Akten vorliegenden Rechnungen auch erbracht worden. Dass die Klägerin seit November 2013 während des Widerspruchsverfahrens bis Erlass des Widerspruchsbescheides aufgrund einer reduzierten Kostenübernahme durch den Antragsgegner trotz gleichbleibender Bedarfsfeststellungen nicht die entsprechenden Leistungen durch den Beigeladenen zu 1) erhalten hat, ist nicht vorgetragen und auch nicht ersichtlich. Dabei kann dahinstehen, ob die Beigeladene zu 1) die bedarfsdeckende Pflege der Antragstellerin nur glaubte deshalb erbringen zu müssen, weil der Antragstellerin 150,00 Euro in Rechnung gestellt wurden. Denn die Beigeladene zu 1) schuldet die bedarfsdeckende Pflege bereits aus dem Pflegevertrag. Soweit geltend gemacht wird, dass bei Kündigung der Vereinbarung vom 18. Juli 2013 eine Unterversorgung hinsichtlich des festgestellten Bedarfes droht, kann dies nicht nachvollzogen werden, denn die Beigeladene schuldet auch weiterhin die Erbringung der mit der Antragstellerin vereinbarten Leistungen aus dem Pflegevertrag.

Soweit geltend gemacht wird, dass bei Einsatz der Leistungen der Beigeladenen zu 2) nach [§ 38a SGB XI](#) für die fällige Vergütung nach dem Pflegevertrag eine Unterversorgung hinsichtlich weiterer notwendiger Bedarfe eintrete, da eine Leistungserbringung entsprechend der Vereinbarung vom 18. Juli 2013 nicht mehr vergütet werden könne und daher eine Einstellung dieser Leistungen drohe, führt dies nach Auffassung des Senats nicht zur Annahme eines Anordnungsgrundes.

Mit der zusätzlichen Vereinbarung vom 18. Juli 2013 soll die Erbringung der mit Anlage 1 der Vereinbarung definierten Leistungen sichergestellt werden. Die Vereinbarung kann - sofern hieraus überhaupt eine Zahlungspflicht neben der Vergütungsverpflichtung aus dem Pflegevertrag an die Antragstellerin folgt-, mit einer Frist von einer Woche gekündigt werden.

Eine Bedarfsunterdeckung bei Kündigung der Vereinbarung ist nicht zu erkennen.

Zunächst ist schon nicht erkennbar, dass einige der in der Anlage zur Vereinbarung aufgeführten Bedarfe bei der Antragstellerin tatsächlich überhaupt eintreten werden.

Die Klägerin macht selbst nicht geltend und es ist auch nicht ersichtlich, dass sie Unterstützung bei einem Ein- oder Auszug benötigt, derzeit eine Organisation bei einem Telefon- und/oder Fernsehanschluss erforderlich ist, eine Unterstützung bei polizeilicher Ummeldung oder eine Haustierversorgung benötigt wird. So dass diese Bedarfe schon tatsächlich nicht erkennbar sind.

Zudem sind Bedarfe, die die Beigeladene zu 1) vor Abschluss der Vereinbarung vom 18. Juli 2013 nicht schon aufgrund des Pflegevertrages zu erbringen hatte und tatsächlich erbracht hat, nicht zu erkennen.

Die Beigeladene zu 1) hat in der Vergangenheit Anträge bezüglich der Leistungen zur Hilfe der Pflege (Weiterbewilligungsanträge bzw. Anträge zur Höherstufung der Pflegeleistungen) für die Antragstellerin bei dem Antragsgegner gestellt und ist offenbar davon ausgegangen, dass diese Leistungen von den Verpflichtungen aus dem Pflegevertrag umfasst waren. Aus diesem Grunde sind der Antragstellerin diese Leistungen nicht gesondert in Rechnung gestellt worden, wie dies für nicht vereinbarte aber erbrachte Leistungen nach dem Pflegevertrag vorgesehen ist. Daraus folgt, dass die Antragstellerin und die Beigeladene zu 1) jedenfalls den geschlossenen Pflegevertrag insoweit tatsächlich gelebt haben, dass die vereinbarten Leistungen auch die Stellung von Leistungsanträgen (Anträge auf Kostenübernahme) beinhalteten. Dies gilt auch für die weiter mit der Anlage 1 zur Zusatzvereinbarung aufgeführten Leistungen hinsichtlich der Organisation der Arzttermine und Hausbesuche, Friseur- oder Fußpflegetermine etc. Die Antragstellerin hat nicht geltend gemacht, dass solche

Leistungen in der Vergangenheit auf der Grundlage des Pflegevertrages nicht bei Bedarf erbracht worden sind. Dass die Beigeladene zu 1) nunmehr meint, gegenüber der Antragstellerin diese Leistungen separat abrechnen zu wollen, führt nicht dazu, dass diese Leistungen nicht auch weiter auf der Grundlage des Pflegevertrages zu erbringen wären. Soweit der Prozessbevollmächtigte meint, mit Zahlung des Wohngruppenzuschlages nach [§ 38a SGB XII](#) werde der Antragstellerin "die Möglichkeit eingeräumt" diese Leistungen als Anspruch gegenüber der Beigeladenen zu 1) zu vereinbaren und entsprechend zu vergüten und die Antragstellerin sei nicht mehr auf das Wohlwollen des Pflegedienstes zu verweisen, kann diese Argumentation aus Sicht der Antragstellerin nicht nachvollzogen werden. Offenbar ist doch in der Vergangenheit der Vertragspartner der Antragstellerin davon ausgegangen, diese Leistungen aus dem Pflegevertrag zu schulden. Die Antragstellerin hatte keine Veranlassung, daran zu zweifeln. Verbleibende Eigenanteile aus dem Pflegevertrag sind nämlich im Berechnungsbogen zum Pflegevertrag gesondert auszuweisen, was vorliegend von der Beigeladenen zu 1) nicht vorgenommen worden ist.

Da sich ihr Bedarf nicht geändert hat, hat die Antragstellerin auch kein Interesse, für diese Leistungen nunmehr eine weitere Vergütung zu zahlen, selbst wenn die Beigeladene zu 1) meint, etwaige Leistungen in der Vergangenheit lediglich "wohlwollend" erbracht zu haben.

Soweit geltend gemacht wird, dass mit der Vereinbarung vom 18. Juli 2013 eine Leistungsvereinbarung für einen neu entstandenen Bedarf der Antragstellerin getroffen worden ist, kann dies nicht nachvollzogen werden. Eine solche Annahme kann insbesondere nicht schon damit begründet werden, dass mit Einführung des Wohngruppenzuschlages in [§ 38a SGB XI](#) eine neue Leistung im Rahmen der Pflegeversicherung geschaffen wurde. Dass der Gesetzgeber eine Leistung zu Lasten der Pflegeversicherung (Geldleistung in Höhe von 200,00 Euro monatlich bei Beschäftigung einer Präsenzkraft) schafft, besagt nichts darüber, ob der damit zu deckende Bedarf im konkreten Einzelfall bereits vorher bestanden hat und anderweitig gedeckt wurde, während er im Rahmen der Leistungen der Pflegeversicherung bisher keine Grundlage für eine Vergütung hatte. Die Antragstellerin lebt bereits seit 2010 in einer Wohngemeinschaft, in der durch die Art des Zusammenlebens der verschiedenen hilfebedürftigen Personen und im Hinblick auf die besondere Situation der Antragstellerin in einer Wohngemeinschaft entsprechende Bedarfe bestanden haben. Diese Bedarfslage war sowohl dem Antragsgegner bei der Bedarfsfeststellung ab 1. November 2013 als auch der Beigeladenen zu 1) bewusst, entsprechend ist die Bedarfsfeststellung für die Leistungen der Antragstellerin erfolgt. Dies gilt auch für die Zeit vor dem 1. November 2013. Daran hat sich durch Einführung des Wohngruppenzuschlages in [§ 38a SGB XI](#) nichts geändert.

Die Beigeladene zu 1) und auch der Antragsgegner haben der Situation von Pflegebedürftigen in Wohngemeinschaften dadurch Rechnung getragen, dass sie im Rahmen der zwischen ihnen geltenden Vereinbarung über die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung für die Leistungserbringung auch nach [§§ 61 ff. SGB XII](#) die besondere Situation der Pflegebedürftigen in der Wohnform einer Wohngemeinschaft durch Vereinbarung der LK 19 und 38 berücksichtigt haben. Gegenüber der Antragstellerin wurden die entsprechenden Bedarfe bestanden, dass damit der Bedarf, der durch die Pflege innerhalb der besonderen Wohnform in Wohngemeinschaften entsteht, abgedeckt ist. Da dies im Hinblick auf das Pauschalsystem im Rahmen der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI nicht im Rahmen der Vergütung sichergestellt war, kann die Einführung eines Wohngruppenzuschlages in [§ 38a SGB XI](#) nicht dahin gedeutet werden, dass damit automatisch neue Bedarfe im Sinne der Hilfe zur Pflege nach [§ 61 SGB XI](#), die über die Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen und den Pflegevertrag individuell für den Betroffenen konkretisiert waren, definiert wurden.

Vielmehr erscheint es folgerichtig, die konkret festgestellten Bedarfe der Antragstellerin in der besonderen Wohnform im vorliegenden Fall dahingehend zu prüfen, ob diese sich, gemessen an den gewährten Leistungen nach LK 19 und LK 38, geändert haben und nunmehr ganz oder teilweise über den Wohngruppenzuschlag und eine entsprechende Zusatzvereinbarung abgedeckt werden müssen. Für die Antragstellerin als Vertragspartnerin der Beigeladenen zu 1) ist es dabei im Übrigen nicht von Belang, ob die vereinbarten Leistungen (LK 19 und 38) als Leistungen der Hilfe zur Pflege nach [§ 61 SGB XII](#) zu qualifizieren sind, denn ihr Leistungsanspruch folgt aus dem Pflegevertrag, der Leistungen der LK 19 und 38 – die mit Vergütungen durch den Antragsgegner unterlegt sind – bestimmt.

Im vorliegenden Fall der Antragstellerin ist für den Senat nicht ersichtlich, dass der Bedarf, der mit der Anlage 1 zur Vereinbarung vom 18. Juli 2013 bezeichnet ist, nicht bereits von der Bedarfsfeststellung der Beigeladenen zu 1) und des Antragsgegners erfasst ist und nach dem Pflegevertrag zu erbringen ist und vom Antragsgegner entsprechend der derzeit zwischen ihm und der Beigeladenen zu 1) bestehenden Vereinbarung auch vergütet wird.

Diese individuelle, konkrete Betrachtung wird im Übrigen dadurch bestätigt, dass mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG – ausgeführt wird, dass sich für Träger der Sozialhilfe durch Einführung des Wohngruppenzuschlages gegenüber dem zuvor geltenden Recht Entlastungen ergeben können, die nicht exakt beziffert werden können ([BT-Drs. 17/9369](#), Seite, 2, 22). Die Unmöglichkeit der exakten Bezifferung folgt daraus, dass im Einzelfall des Pflegebedürftigen zu prüfen ist, ob Bedarfe, die durch die Wahl der besonderen Wohnform einer Wohngruppe entstehen, bereits abgedeckt sind oder nicht.

Auch der Gedanke, dass durch die Einführung des [§ 38a SGB XI](#) die neue Wohn- und Betreuungsform durch den Zuschlag gefördert werden sollte und deshalb ein neu abzudeckender Bedarf über den Wohngruppenzuschlag sicherzustellen ist, der vorliegend durch Einsatz der Mittel des Wohngruppenzuschlages für die Vergütungsverpflichtung aus dem Pflegevertrag droht ungedeckt zu bleiben, überzeugt nicht. Hintergrund der Einführung der Leistung nach [§ 38a SGB XI](#) war zwar die Förderung der neuen Wohn- und Betreuungsform für die Pflege. Bekannt war aber auch, dass in bestimmten Kommunen die Finanzierung solcher Wohnformen (und damit wohl auch die damit zusammenhängenden besonderen Bedarfe) weithin sichergestellt war, nämlich durch entsprechende Leistungsvereinbarungen gemäß [§ 75 SGB XII](#) (vgl. Klie/Richter in LPK-SGB XI, § 38a, Rn. 5).

Folgerichtig muss im konkreten Einzelfall geprüft werden, ob entsprechende Bedarfe, die speziell auf die Inanspruchnahme der Hilfen in der Wohnform der Wohngruppe zurückgehen, bereits bei der Bedarfsdeckung berücksichtigt waren. Vorliegend ist dies nach Auffassung des Senats im Gegensatz zu der Annahme des Sozialgerichts für die hier geltend gemachten Bedarfe entsprechend der Anlage 1 der Vereinbarung vom 18. Juli 2013 der Fall. Die LK 19 und 38, die Gegenstand der Leistungserbringung über die Vereinbarung nach [§ 75 SGB XII](#) geworden sind, sollen den Bedarf von Pflegebedürftigen in der Wohnform einer Wohngemeinschaft abdecken, denn sie beziehen sich eindeutig in Abgrenzung zu anderen Leistungskomplexen auf diese besondere Wohnform. Sofern nicht die hier in Rede stehenden "Zusatzbedarfe" bereits von anderen Leistungskomplexen, Tagesstrukturierung und Beschäftigung (LK 31), persönliche Assistenz (LK 32), Maniküre (LK 34), Hilfe bei der Haarwäsche und beim Frisieren (LK 35), Hilfe in Notfällen (LK 36), Haushaltsbuch (LK 37) erfasst sind, sind sie

Bedarfe, die unweigerlich von der Beschreibung der LK "Hilfe in Wohngemeinschaften für demente Pflegebedürftige" erfasst sind. Gerade die Nichtkonkretisierung der einzelnen (weiteren) Hilfebedarfe ist nach der Formulierung der LK Hinweis darauf, dass allgemeine, weitere mit der Wohnform WG in Zusammenhang stehende Bedarfe hierunter fallen. Ein Absehen von einer besonderen Spezifizierung der Einzelbedarfe der LK 38 im Rahmen der Vereinbarungen nach [§ 75 SGB XII](#) (aus welchen Gründen auch immer) schließt es aus, dass nunmehr Einzelbedarfe benannt werden, die eine gesonderte Vergütungsverpflichtung der betroffenen Pflegebedürftigen auslösen.

Durch die Bezugnahme auf Leistungen nach LK 19 und 38 im Pflegevertrag der Antragstellerin mit der Beigeladenen zu 1) musste und konnte die Antragstellerin davon ausgehen, dass etwaige Bedarfe, die aus der Wahl der besonderen Wohnform und der dortigen Hilfeerbringung folgen, abgedeckt sind. Davon zu unterscheiden ist die offenbar im vorliegenden Streitverfahren die Beteiligten interessierende Frage, ob bei diesem Verständnis die Vergütungsregelung der LK ausreichend ist. Dies führt jedoch nicht dazu, dass etwa die Antragstellerin nunmehr mit weiteren Kosten, trotz Vereinbarung dieser Leistungskomplexe, seitens des Leistungserbringers zu belasten wäre (vgl. zur Differenzierung der "Vergütungsebenen" bei der Sachleistungsveranschaffung im Rahmen der stationären Eingliederungshilfe: BSG v. 02.02.2010 - [B 8 SO 20/08 R](#) - juris).

Soweit der Prozessbevollmächtigte der Antragstellerin anführt, an keiner Stelle der Vereinbarung der Leistungen entsprechend den LK 19 und 38 mit dem Pflegevertrag werde deutlich, dass neben den Leistungen der Hilfe zur Pflege vom Sozialhilfeträger zusätzliche Kosten der Organisation und Verwaltung bzw. Anwesenheit übernommen würden, kann dem aus den dargelegten Gründen nicht gefolgt werden. Für die Antragstellerin als Vertragspartnerin der Beigeladenen zu 1) war ersichtlich, dass ihr von der Beigeladenen zu 1) der in der Wohnform der WG festgestellte Bedarf über den Pflegevertrag abgedeckt wird. Beziehen sich die Ausführungen des Prozessbevollmächtigten der Antragstellerin auf die Leistungs- und Vergütungsvereinbarung der Beigeladenen zu 1) mit dem Antragsgegner, so bleiben diese Erwägungen im Verhältnis der Antragstellerin zur Beigeladenen zu 1) - wie ausgeführt - ohne Belang.

Nach der Beschreibung des LK 38 sollen diese Leistungen die besondere Versorgungs- und Betreuungssituation von an Demenz erkrankten Menschen umfassen und dabei neben dem Hilfebedarf in der Grundpflege insbesondere Aktivierung und Anleitung sowie die notwendige Beaufsichtigung bei der eigenständigen Verrichtung der grundlegenden Lebensaktivitäten beinhalten. Das Konzept der Tagesstrukturierung gibt einen Rahmen vor, mit dem individuell die erforderliche Anleitung, Begleitung und Beaufsichtigung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens sowie Hilfestellung bei der Bewältigung des Alltages und die Anleitung zu sinnvoller Tagesgestaltung sichergestellt und die Selbständigkeit erhalten und gestärkt sowie Eigen- und Fremdgefährdung ausgeschlossen werden können. Die Antragstellerin als Hilfebedürftige (und Vertragspartnerin der Beigeladenen zu 1)) kann diesen Beschreibungen nur entnehmen, dass die Bedarfe entsprechend Anlage 1 der Vereinbarung vom 18. Juli 2013 hiervon erfasst sind: Das Organisieren von Arztterminen und Hausbesuchen sowie die Korrespondenz mit Ärzten, die Unterstützung bei Krankenhauseinweisungen und Krankentransporten dürften selbstverständlich von der Antragstellerin als Hilfeleistungen zum Ausschluss von Eigengefährdungen verstanden werden. Die Unterstützung bei Ein- und Auszug, Unterstützung bei polizeilicher Ummeldung, Korrespondenz mit Angehörigen, Betreuern oder sonstigen Personen, Postverwaltung insgesamt, Verwaltung von Patientengeldern, Organisation von Ausflügen oder Feierlichkeiten ggf. Begleitung, Organisation von Aktivitäten und Veranstaltungen an Feiertagen, Organisieren von Geburtstagsfeiern, Kommunikation mit dem Vermieter und Regelung von Telefon- und Fernsehanschlussangelegenheiten sind als Hilfe in der Begleitung und Beaufsichtigung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens sowie als Hilfestellung bei der Bewältigung des Alltages von der Antragstellerin als Hilfebedürftiger und Vertragspartnerin zu verstehen. Im Verhältnis der Antragstellerin zu ihrem Pflegedienstleister auf der Grundlage des Pflegevertrages und der erfolgten Bedarfsfeststellung (LK 19, LK 38) vermag der Ansatz des Sozialgerichts, eine pauschale Bedarfsabdeckung nach LK 38 und LK 19 nunmehr in einzelne Handlungen aufzuteilen und z.B. die Organisation von Fußpflege- und Friseurterminen nicht vom Leistungskomplex erfasst zu sehen, die Leistung an sich (Pediküre) jedoch schon, nicht zu überzeugen.

Im Hinblick auf eine mit den Leistungskomplexen und der Vereinbarung nach [§ 75 SGB XII](#) hinterlegte Vergütung dieser Leistungen mag zwar die Differenzierung zur Preisfindung (Verhältnis Beigeladene zu 1) zum Antragsgegner) für die Vertragsparteien von Bedeutung sein, Auswirkungen für die Bedarfsdeckung gegenüber der Antragstellerin haben aber solche Erwägungen nicht. Erst recht bestätigt dieses Ergebnis die Formulierung der Beschreibung des LK 38 dahin, dass der LK alle Einzelleistungen beinhaltet, die über den LK 19 hinausgehen, die darüber hinaus zur angemessenen Versorgung des Personenkreises im Rahmen der zweiseitigen Vereinbarung erforderlich sind. Es ist für den Senat nicht erkennbar, wie die Antragstellerin auf der Grundlage der Leistungsbeschreibung des Pflegevertrages eine Bedarfsunterdeckung in ihrer besonderen Pflegesituation in einer WG erkennen sollte. Denn dieser erfasst mit der Bezugnahme auf die LK 19 und LK 38 "alle Einzelleistungen, die darüber hinaus zur angemessenen Versorgung des Personenkreises erforderlich sind". Die Antragstellerin konnte und kann davon ausgehen, dass mit dieser Bedarfsfeststellung ihre individuelle Pflegesituation erfasst ist und der Bedarf auch hinsichtlich der nunmehr mit der Zusatzvereinbarung ausgeführten Bedarfe sichergestellt war und ist.

Soweit der Prozessbevollmächtigte der Antragstellerin in diesem Zusammenhang gegen die Einbeziehung der hier fraglichen Leistungen in die bereits vereinbarte Leistung anführt, der Antragsgegner möge benennen, bei welchem Hilfebedürftigen in der Vergangenheit gemeinsame Spaziergänge, die Organisation und der Einkauf von gemeinsamen Hausrat und Mobiliar sowie die Sicherstellung kleinerer handwerklicher Handreichungen als Leistungen bewilligt worden sind, betrifft dies nicht einen hier zu prüfenden Anspruch der Antragstellerin. Selbst wenn der Antragsgegner tatsächlich in der Vergangenheit diese benannten Bedarfe nicht erkannt und auch nicht vergütet haben soll, ist hier jedenfalls ein Anspruch der Antragstellerin gegen die Beigeladene zu 1) aus dem Pflegevertrag gegeben. Mag die Beigeladene zu 1) dies bisher verkannt haben - was jedoch gar nicht geltend gemacht wird -, führt dies jedenfalls nicht zu einer anderen Definition der hier vereinbarten Leistungen. Auch dieser Vortrag des Prozessbevollmächtigten dürfte eher die Rechtsbeziehung der Beigeladenen zu 1) zum Antragsgegner, insbesondere die Vergütungserwartungen aus den vereinbarten Vergütungssätzen für die Leistungen, betreffen. Dies betrifft jedoch nicht den hier konkret in Rede stehenden Leistungsanspruch der Antragstellerin.

Aus allem folgt, dass die Antragstellerin bereits auf der Grundlage des Pflegevertrages einen Anspruch auf die mit der Zusatzvereinbarung genannten Leistungen gegenüber der Beigeladenen zu 1) hat und daher bei Kündigung der Vereinbarung vom 18. Juli 2013 keine Bedarfsunterdeckung droht.

Nicht zu entscheiden hat der Senat in diesem Zusammenhang, ob die Beigeladene zu 1) überhaupt aus der Vereinbarung vom 18. Juli 2013 eine Vergütung fordern dürfte, da nach § 3 Abs. 4 der Vereinbarung des Beigeladenen zu 1) mit dem Antragsgegner Zuzahlungen von Pflegebedürftigen für die vertragsmäßig abgegoltenen Leistungen weder gefordert noch angenommen werden dürfen.

Da vorliegend somit schon ein Anordnungsgrund nicht glaubhaft gemacht ist, kommt es auf das Vorliegen eines Anordnungsanspruches nicht an. Der Senat weist jedoch darauf hin, dass dem Prozessbevollmächtigten der Antragstellerin insoweit zuzustimmen ist, dass die Regelung mit dem Bescheid vom 11. Dezember 2013, dass 200,00 Euro direkt an den Pflegedienst weiterzuleiten seien, unklar ist. Es ist nicht ersichtlich, ob der Antragsgegner den Wohngruppenzuschlag als Einkommen anrechnen will oder eine teilweise anderweitige Bedarfsdeckung annimmt (in diesem Fall dürfte jedoch der Leistungsumfang zu begrenzen sein) oder von einem Einsatz entsprechend der Regelung zum Pflegegeld nach [§ 13 Abs. 1 SGB XI](#) ausgeht. Ob die Antragstellerin einen Anspruch darauf hat, dass Hilfe zur Pflege nach [§§ 61 ff. SGB XII](#) ohne Berücksichtigung des Wohngruppenzuschlages nach [§ 38a SGB XI](#) geleistet und eine ungekürzte Kostenübernahme zu erklären ist, kann ebenfalls im einstweiligen Rechtsschutzverfahren offen bleiben. Jedenfalls ist die Leistung nach [§ 38a SGB XI](#) nicht von vornherein entsprechend [§ 13 Abs. 3a SGB XI](#) für die Hilfe zu Pflege unbeachtlich. Ob die Hilfe zur Pflege nach [§ 61 SGB XII](#) allein deshalb nicht deckungsgleich mit dem Zuschlag nach [§ 38a SGB XI](#) sein kann, weil [§ 61 Abs. 2 Satz 2 SGB XII](#) die Leistung nach § 28 Abs. 1 Nr. 15 (Wohngruppenzuschlag nach [§ 38a SGB XI](#)) nicht in Bezug nimmt, kann ebenfalls im vorliegenden einstweiligen Rechtsschutzverfahren unentschieden bleiben.

Ebenfalls unentschieden konnte bleiben, ob der Antragsgegner nicht eine Kostenübernahme den festgestellten Leistungskomplexen entsprechend gegenüber der Antragstellerin erklären muss und – entsprechend seiner Rechtsauffassung zum gedeckten Bedarf aus Mitteln des Wohngruppenzuschlages – der Vergütungsforderung gegenüber der Beigeladenen zu 1) jedenfalls in Höhe der mit Vereinbarung vom 18.07.2013 vereinbarten Vergütung für die Präsenzkraft unter Berufung auf Erfüllung entgentreten müsste.

Nach Allem war der Beschluss des Sozialgerichts aufzuheben und der Antrag abzulehnen.

Die Kostenentscheidung folgt aus der entsprechenden Anwendung des [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Rechtsstreits.

Dieser Beschluss kann nicht mit der Beschwerde zum Bundessozialgericht angefochten werden, [§ 177 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2014-10-22