S 28 SO 356/20

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Düsseldorf (NRW)
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
28
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 28 SO 356/20
Datum
12.10.2022
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 20 SO 362/22
Datum
28.10.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Sozialgericht Düsseldorf

Verkündet am: 12.10.2022

Az.: S 28 SO 356/20

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

Klägerin

Proz.-Bev.:

gegen

Beklagte

Beigeladene

hat die 28. Kammer des Sozialgerichts Düsseldorf durch die Vorsitzende, Richterin am Sozialgericht ....., sowie die ehrenamtliche Richterin ..... und den ehrenamtlichen Richter ..... auf die mündliche Verhandlung vom 12.10.2022

für R e c h t erkannt:

Die Klage wird abgewiesen

Außergerichtlichen Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Pflegevergütung der Klägerin. Insbesondere ist streitig, inwiefern innerhalb einer 24-Stundenbetreuung, welche durch die Krankenkasse bezahlt wird, noch Pflegeleistungen als Bedarf übrigbleiben, die nicht durch das von der Pflegekasse gezahlte Pflegegeld abgedeckt ist.

Die am XX.XX.2010 geborene und am XX.XX.2021 verstorbene Klägerin litt unter Spinocerebellärer Ataxie. Sie hatte einen GdB von 100 mit den Merkzeichen aG und H sowie Pflegegrad 5 seit dem 01.10.2018. Bis zum 16.04.2018 lebte sie im Haushalt des Vaters und erhielt Leistungen nach Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) über das Sozialamt Schwelm. Nach einem stationären Aufenthalt im ..... KHS in ..... (04-05/18) war die Klägerin (05-07/18) in einer Wohngruppe der evangelischen Stiftung ..... untergebracht. Die Kosten trug der .... Seit dem 23.07.2018 war das Jugendamt ..... zum Vormund der Klägerin bestellt. Aufgrund des sich massiv verschlechternden Gesundheitszustandes musste die verstorbene Klägerin in eine Einrichtung mit palliativmedizinischer Versorgung umziehen. Seit dem 04.10.2018 lebte sie daher in der palliativmedizinischen Einrichtung ...., ... in ....., der heutigen Klägerin. Die verstorbene Klägerin erhielt dort von der heutigen Klägerin ambulante intensivmedizinische Pflegeleistungen nach § 120 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) in ambulant betreuten Wohngemeinschaften, 24-Stunden-Versorgung von häuslicher Krankenpflege gem. § 37 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und häusliche Pflegehilfe gem. § 36 SGB XI durch jeweils eine Pflegekraft

im Schichtdienst. 21,65 Stunden im Rahmen der Intensivpflege wurden durch die ..... beglichen. Darüber hinaus erhielt die Klägerin Hilfe zur Pflege nach Pflegestufe 5. Diese Pflegestufe floss ebenfalls in die Pflege der intensivmedizinischen Pflegeeinrichtung ein.

Für die monatlich variablen Restkosten der lebensnotwendigen Versorgung (zB Ausscheidungen, Sondenernährung, Lagern/Betten, Mobilisation, Große und Kleine Grundpflege; Rest = ca 1000,- € monatlich) stellte der Vormund einen Antrag vom 27.11.2018 bei der Beklagten auf Grundsicherung und Antrag auf Pflege in der Wohngemeinschaft ..... in ..... rückwirkend zum 04.10.2018.

Die Beklagte leitete den Antrag mit Schreiben vom 03.12.2018 weiter an die Stadt ..... mit der Begründung, dass für die Leistungen nach diesem Buch an Personen, die Leistungen nach dem Sechsten bis Achten Kapitel in Formen ambulanter betreuter Wohnmöglichkeiten erhalten, gem § 98 Abs 5 SGB XII alte Fassung der Träger der Sozialhilfe örtlich zuständig ist, der vor Eintritt in diese Wohnform zuletzt zuständig war oder gewesen wäre. Vor dem Umzug in die ambulante Wohngemeinschaft wohnte die Klägerin in ....., daher liege die örtliche Zuständigkeit in .....

Die Stadt ..... lehnte jedoch die Leistung ab mit der Begründung, dass nicht nachgewiesen sei, dass das Kind Leistungen nach 6.-8. Kap SGB XII in Form ambulant betreuten Wohnens erhalte. Die Gewährung einer betreuten Wohnmöglichkeit sei nicht nur eine vorwiegend medizinische oder pflegerische Betreuung, sondern Hauptziel müsse die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sein. Hier seien nur Leistungen für Miete sowie von der Pflegekasse ungedeckte Eigenanteile bei der Erbringung ambulanter Pflege beantragt

Sie beruft sich auf Zuständigkeitskonflikt zwischen mehreren Leistungsträgern iSd § 43 Abs 1 SGB I, daher müsse der zuerst angegangener

Leistungsträger vorläufig leisten.

Nach einem Eilantrag der verstorbenen Klägerin (S 28 SO 9/19 ER) erklärte die Beklagte unter Bezugnahme auf § 43 Abs 1 Satz 2 HS 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I), vorläufig zu leisten. Zu einer tatsächlichen Leistung kam es jedoch nicht, vielmehr lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 03.03.2020 Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff SGB XII ab. Zur

Begründung führte sie aus, dass der Pflegedienst die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs 2 SGB V nach Zeitaufwand abrechne und die häusliche Pflegehilfe nach § 36 SGB XI nach Leistungskomplexen. Diese Differenzierung der Vergütung nach Kostenträgern sei jedoch nicht zulässig (§ 89 Abs 1 S 1 und S 6 SGB XI). In Anlehnung an BSG, Urteil vom 17.06.2010, Az B 3 KR 7/09 R und nach den erlassenen Kostenabgrenzungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes vom 16.12.2016 sei bei einer 24h-Versorgung durch jeweils eine Pflegekraft im Schichtdienst bei gleichzeitiger Leistungserbringung von häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs 2 SGB V und häuslicher Pflegehilfe nach § 36 SGB XI für die Abrechnung dieser Tätigkeiten für den jeweiligen Einzelfall ein einheitlicher Stundensatz zwischen der KK, der Pflegekasse und dem Pflegedienst zu vereinbaren. Die häusliche Pflegehilfe nach § 36 SGB XI sei somit auch nach Zeit und nicht nach Leistungskomplexen zu vereinbaren. Vertragliche Vereinbarung zwischen den Leistungsträgern und dem Leistungserbringer seien erforderlich.

Der Widerspruch vom wurde durch Widerspruchsbescheid vom 02.06.2020 zurückgewiesen. Zwar bestehe ein entsprechender Hilfebedarf und zwar durch 24-stündige Krankenbeobachtung durch die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs 2 SGB V sowie häusliche Pflegehilfe nach § 36 SGB XI. Auch sei sie allenfalls vorrangig zuständig sei, ein Anspruch aber dem Grunde nach bestehe aber nicht, weil der Pflegedienst .... eine unterschiedliche Abrechnung in der Vergütung bei der häuslichen Krankenpflege und der häuslichen Pflegehilfe erstellt. Diese Differenzierung sei jedoch nicht zulässig, daher konnte ein Bedarf nicht ermittelt werden.

Am 03.07.2020 hat die mittlerweile verstorbene Klägerin Klage erhoben. Sie führt aus dass sie über keinerlei Vermögen oder Einkommen verfüge und dementsprechend die Kosten noch offen seien. Sie wiederholt und vertieft ihr Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren und beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 03.03.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.06.2020 zu verpflichten, ihr Leistungen der Hilfe zur Pflege gem §§ 61 ff SGB XII rückwirkend seit dem 04.10.2018 zu erbringen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie wiederholt und vertieft ihr Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren.

Mit Beschluss vom 18.01.2021 wurde .... nach § 75 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beigeladen.

Sie beruft sich auf die mit der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen in NRW sowie dem örtlichen Träger der Sozialhilfe getroffene Vereinbarung über die Vergütung ambulanter Pflegeleistung in NRW nach Leistungskomplexen und macht geltend, dass sie prüffähige Abrechnungen vorgelegt habe.

Mit Beschluss vom 09.02.2021 wurde die Stadt ..... nach § 75 Abs 2 SGG beigeladen.

Sie erklärte mit Schreiben vom 11.03.2021 ihre Zuständigkeit gem § 98 Abs 5 SGB XII für gegeben, schließt sich jedoch der Rechtsauffassung der Beklagten an und beantragt,

die Klage abzuweisen.

Ausweislich der vorgelegten Sterbeurkunde verstarb am 16.09.2021 die Klägerin.

Nach dem Tod sah die Beigeladene zu 2) als ehemaliger Vormund der verstorbenen Klägerin keine Veranlassung, dem Verfahren beizutreten. Die Beklagte berief sich darauf, dass mit dem Tod der Klägerin der geltend gemachte Anspruch auf Hilfe zur Pflege als aufgrund seines höchstpersönlichen Charakters nicht vererblich und mit dem Tod der Klägerin untergegangen sei. Mit Schreiben vom 15.03.2022 erklärte die Beigeladene zu 1) das Verfahren als Sonderrechtsnachfolger fortsetzen zu wollen. Daraufhin wurde das Rubrum geändert und die Beigeladene zu 1) als Klägerin eingetragen.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakte verwiesen. Sie waren Gegenstand der Entscheidung.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :

Die Klage ist unbegründet.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 03.03.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.06.2020. Gegen die genannten Bescheide wendet sich die Klägerin mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs 1 Satz 1, Abs 4 iVm § 56 SGG).

Die Klägerin hat jedoch keinen Anspruch auf Übernahme der geltend gemachten ambulanten Pflegeleistungen für ungedeckten Restkosten der lebensnotwendigen Versorgung in der Zeit vom 04.10.2018 bis zum 16.09.2021 aus § 19 Abs 6 SGB XII (in der Normfassung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das SGB vom 27.12.2003 - BGBl I 3022). Danach steht der Anspruch der Berechtigten auf Leistungen für Einrichtungen oder auf Pflegegeld, soweit die Leistung den Berechtigten erbracht worden wäre, nach ihrem Tode demjenigen zu, der die Leistung erbracht oder die Pflege geleistet hat. Damit regelt die Vorschrift nach der ausdrücklichen Formulierung der Gesetzesbegründung (BT-Drucks 13/3904, S 45 zu Nr 8b: "Anspruch ... auf einen Dritten übergehen läßt") einen besonderen Fall der Sonderrechtsnachfolge im Sinne einer cessio legis. § 19 Abs 6 SGB XII begründet keinen originären eigenen Anspruch iS eines subjektiven Rechts. Die in § 19 Abs 6 SGB XII genannten Personen treten bei Vorliegen der in der Vorschrift geregelten Voraussetzungen vielmehr in die Rechtsstellung des verstorbenen Hilfeempfängers ein (BSG Urteil vom 13.07.2010, Az B 8 SO 13/09 R juris Rn 11).

Durch die Regelung in § 19 Abs. 6 SGB XII sollen die Träger einer Einrichtung, die Hilfe zur Pflege erbracht haben, und Pflegepersonen im Sinne von nahen Angehörigen des Pflegebedürftigen, die Pflege geleistet haben, in ihrem Vertrauen auf die Gewährung von Leistungen geschützt werden. (juris PK § 19 SGB XII Rn 71)

Die Leistungen ambulanter Pflege und ambulanter intensivmedizinischer Pflege, die der von der Klägerin betriebene ambulante Dienst gegenüber der verstorbenen Hilfeempfängerin im streitgegenständlichen Zeitraum erbracht hat, sind keine "Leistungen für Einrich-

tungen" iS des § 19 Abs 6 SGB XII. Der Gesetzgeber unterscheidet schon bei der Begriffsbestimmung im Zweiten Kapitel Erster Abschnitt ("Grundsätze der Leistungen") zwischen "Leistungen außerhalb von Einrichtungen" (ambulante Leistungen) und Leistungen in teilstationären oder stationären Einrichtungen (teilstationäre oder stationäre Leistungen). Beide Begriffe werden in § 13 Abs 1 SGB XII (in der Normfassung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das SGB) in gesetzestypischer Weise durch Klammerzusätze (teilweise; siehe außerdem § 13 Abs 2 SGB XII) legaldefiniert (vgl auch § 75 Abs 1, § 35 Abs 1 SGB XII). Ambulante Leistungen werden hiernach "außerhalb von Einrichtungen" erbracht; ambulante Dienste sind mithin gerade nicht Einrichtungen iS dieser Definition (BSG, a.a.O., Rn 12).

Der Begriff "Einrichtung" war bereits nach dem Rechtsverständnis des BSHG der Oberbegriff für "Anstalten", "Heime" und "gleichartige Einrichtungen" (zB in § 97 Abs 4 BSHG; vgl Schoch in Münder, LPK-BSHG, 4. Aufl 1994, § 97 BSHG RdNr 47 ff; Schellhorn/Schellhorn, BSHG, 16. Aufl 2002, § 97 BSHG RdNr 89 ff). Nach der vom Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) zu dieser Vorschrift entwickelten Rechtsprechung handelt es sich bei einer Einrichtung iS dieser Vorschrift um einen in einer besonderen Organisationsform zusammengefassten Bestand von personellen und sächlichen Mitteln unter verantwortlicher Trägerschaft, der auf gewisse Dauer angelegt und für einen wechselnden Personenkreis zugeschnitten ist (BVerwGE 95, 149, 152; BVerwG, Urteil vom 24.2.1994 - 5 C 42/91 -, FEVS 45, 52 ff; Urteil vom 24.2.1994 - 5 C 13/91 -, FEVS 45, 183) und Leistungen der Sozialhilfe erbringt. Wesentliches Merkmal einer Einrichtung iS des Sozialhilferechts war seit jeher die räumliche Bindung an ein Gebäude.

Die Gleichstellung ambulanter Leistungserbringer mit stationären bzw teilstationären Leistungserbringern im Hinblick auf den

Anspruchsübergang nach § 19 Abs 6 SGB XII ist auch nicht vor dem Hintergrund des Gleichheitsgrundsatzes (Art 3 Abs 1 GG) geboten. Die Situation ambulanter Leistungserbringer und die der Erbringer von stationären bzw teilstationären Leistungen ist nicht vergleichbar, sodass deren unterschiedliche Behandlung im Hinblick auf den Anspruchsübergang nach § 19 Abs 6 SGB XII keine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung darstellt (BSG a.a.O Rn 15). Durch den Anspruchsübergang sollen die Träger einer Einrichtung, die Hilfe zur Pflege erbracht haben, und Pflegeperso

nen im Sinne von nahen Angehörigen des Pflegebedürftigen, die Pflege geleistet haben, in ihrem Vertrauen auf die Gewährung von Leistungen geschützt werden. Die besondere Schutzwürdigkeit dieses Vertrauens resultiert bei Pflegepersonen aus dem Umstand der geleisteten persönlichen Pflege aufgrund einer emotionalen Verbundenheit mit dem Pflegebedürftigen und der damit verbundenen Entlastung der Solidargemeinschaft. Das Vertrauen von Einrichtungen, die (teil-)stationäre Leistungen erbringen, ist besonders schutzwürdig. (Teil-)Stationäre Pflege wird im Regelfall gewährt, wenn ambulante Hilfen nicht ausreichend sind, was insbesondere dann der Fall ist, wenn der Hilfebedürftige in einem zunehmenden Maße pflegebedürftig wird. Dem in § 13 Abs 1 Satz 3 bis 5 SGB XII normierten Regel-Ausnahme-Verhältnis ("ambulant vor stationär") kann entnommen werden, dass der Gesetzgeber grundsätzlich von höheren Kosten für die (teil-)stationäre Pflege im Vergleich zur ambulanten Pflege ausgeht. Das Kostenrisiko ist für den Erbringer (teil-)stationärer Leistungen typischerweise größer als für einen ambulanten Leistungserbringer. Zudem dürften Einrichtungsträger ihre Leistungen im Regelfall in größeren zeitlichen Abständen abrechnen, sodass sie eher gefährdet sind, den Anspruch auf Leistungen in einem größeren Umfang durch den Tod des Hilfeberechtigten zu verlieren. Dieser Unterschied rechtfertigt nach den Ausführungen des BSG (a.a.O Rn 15), denen sich die Kammer anschließt, die Beschränkung des in § 19 Abs 6 SGB XII geregelten Anspruchsübergangs auf die Erbringer von (teil-)stationären Leistungen. Dass im Einzelfall die Kosten für die geleistete ambulante Pflege den Umfang der Kosten einer (teil-)stationären Pflege erreichen oder auch übersteigen, steht dem nicht entgegen. Bei der Regelung von Massenerscheinungen kann der Gesetzgeber typisierende und generalisierende Regelungen treffen; die dabei entstehenden Härten und Ungerechtigkeiten müssen hingenommen werden, wenn die Benachteiligung nur eine kleine Zahl von Personen betrifft und der Verstoß gegen den Gleichheitssatz nicht sehr intensiv ist (BSG a.a.O Rn 17 mwN).

Eine (gegebenenfalls entsprechende) Anwendung des § 19 Abs. 6 SGB XII kommt auch nicht bei ambulanten Pflegediensten in Betracht, die im Wesentlichen Leistungsempfänger nach dem SGB XII rund um die Uhr in Wohngemeinschaften betreuen (juris PK § 19 SGB XII Rn 82). Die Sonderrechtsnachfolge scheidet somit aus. Sofern die Schulden gegenüber dem Pflegedienst noch bestehen, fallen diese als Nachlassverbindlichkeit in die Erbmasse (vgl juris PK § 19 SGB XII Rn 81)

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 183, 193 SGG. Das Verfahren ist für die Klägerin gerichtskostenfrei; Nach § 183 Satz 3 SGG steht den in Satz 1 genannten Personen (hier: Leistungsempfänger) derjenige gleich, der im Falle des Obsiegens zu diesen Personen gehören würde. Da sich der Kläger eines Rechts als Sonderrechtsnachfolger nach der verstorbenen Hilfebedürftigen berühmt, ist er hiernach kostenrechtlich mit dieser gleichzustellen

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Zweigertstraße 54, 45130 Essen

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem

Sozialgericht Düsseldorf, Ludwig-Erhard-Allee 21, 40227 Düsseldorf

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist und über das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können nähere Informationen abgerufen werden.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Düsseldorf schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

Schriftlich einzureichende Anträge und Erklärungen, die durch einen Rechtsanwalt, durch eine Behörde oder durch eine juristische Person des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihr zu Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse eingereicht werden, sind als elektronisches Dokument zu übermitteln. Ist dies aus technischen Gründen vorübergehend nicht möglich, bleibt die Übermittlung nach den allgemeinen Vorschriften zulässig. Die vorübergehende Unmöglichkeit ist bei der Ersatzeinreichung oder unverzüglich danach glaubhaft zu machen; auf Anforderung ist ein elektronisches Dokument nachzureichen. Gleiches gilt für die nach dem Sozialgerichtsgesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach § 65a Absatz 4 Nummer 2 SGG zur Verfügung steht (§ 65d SGG).

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-03-24