

L 8 SO 166/12

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Sozialhilfe

Abteilung

8

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 32 SO 473/10

Datum

25.06.2012

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 8 SO 166/12

Datum

28.01.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 8 SO 22/14 R

Datum

17.12.2015

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Die Änderung einer auf Hilfe zur Pflege gerichteten Leistungsklage auf eine Klage wegen mangelhafter stationärer Krankenhilfe nach dem SGB V ist unzulässig.

2. Mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtungen vom 20.12.2012 ist ein Anspruch für eine zusätzliche Pflege im Krankenhaus durch ambulante Leistungserbringer erneut ausgeschlossen worden.

3. [Art. 3 Absatz 3 GG](#) führt zu keiner Bevorzugung besonderer Gruppen sondern untersagt die Benachteiligung wegen einer Behinderung.

4. Allgemeine Gerechtigkeitserwägungen oder das Sozialstaatsprinzip (Auffanghilfe für soziale Notlagen) begründen auch in der Sozialhilfe keine Ansprüche auf Sozialleistungen.

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts München vom 25. Juni 2012 aufgehoben und die Klage gegen den Bescheid vom 31.03.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.09.2010 abgewiesen. Die Klagen gegen die Beigeladenen werden abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin von der Beklagten nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) Hilfe zur Pflege während eines vollstationären Aufenthalts in einem Krankenhaus in der Zeit vom 28.03. bis 01.04.2011 beanspruchen kann.

Die 1981 geborene Klägerin leidet seit Geburt an einer spastischen Cerebralparese. Sie bezog im streitigen Zeitraum (neben ihrer Vergütung in einer Behindertenwerkstatt) Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII von der Beklagten. Weiter erhielt sie in zeitlichem Zusammenhang mit den streitigen Leistungen Hilfe zur häuslichen Pflege nach dem SGB XII. So sagte die Beklagte der Klägerin mit Bescheid vom 05.11.2009 für die Zeit bis 30.11.2010 bzw. fortgesetzt mit Bescheid vom 25.10.2010 für die Zeit vom 01.12.2010 bis 30.11.2011 ua Grundpflege von täglich bis zu fünf Stunden und 16 Minuten zu, daneben hauswirtschaftliche Versorgung von täglich bis zu einer Stunde, Pflegebereitschaft von täglich bis zu 16 Stunden und ein Pflegegeld der Stufe III (bzw. mit Bescheid vom 25.10.2010 Pflegegeld in Höhe von 150 EUR monatlich) zu. Die Pflege der Klägerin wird durch einen ambulanten Pflegedienst ("I.H.") gewährleistet (durchschnittliche Kosten von etwa 11.000 EUR monatlich). Die Klägerin hat selbst keine "besonderen" Pflegekräfte angestellt.

Am 25.03.2010 beantragte die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherte Klägerin bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für eine Pflegeassistenz des ambulanten Pflegedienstes für einen Aufenthalt in der S.-Klinik vom 28.03.2011 bis zum 01.04.2011 zu je 24 Stunden bei einem Stundensatz von 15,70 EUR. Sie benötige mehrmals im Jahr eine Biofeedbacktherapie, die stationär durchgeführt werde. Ziel der Therapie sei es, ihren Zustand zu erhalten oder sogar geringfügig zu verbessern, weiteren Kontrakturen vorzubeugen und die Spastik zu vermindern. Es sei ihr aufgrund ihres hohen Pflegebedarfes nicht möglich, den Krankenhausaufenthalt ohne persönliche Assistenz durchzuführen; dies werde von der Klinik auch nicht sichergestellt.

Mit Bescheid vom 31.03.2010 lehnte die Beklagte die Übernahme der für den Krankenhausaufenthalt beantragten Hilfe zur Pflege ab. Sie gewähre allein Leistungen zur häuslichen Pflege. Für die Dauer eines stationären Krankenhausaufenthalts seien diese gesetzlich ausgeschlossen. Hiergegen wandte die Klägerin ein, ihr hoher Pflegeaufwand könne vom Krankenhauspersonal nicht erfüllt werden und belegte dies durch eine entsprechende Bescheinigung der S.-Klinik. Die Regierung von Oberbayern wies den Widerspruch am 06.09.2010 als

unbegründet zurück. In einer stationären oder teilstationären Einrichtung könnten Pflegebedürftige Leistungen zur häuslichen Pflege nicht erhalten. Lediglich wenn die Pflege im Arbeitgebermodell organisiert werde, lasse das Gesetz eine Ausnahme bei vorübergehenden Krankenhausaufenthalten zu. Die Klägerin beziehe jedoch die Pflegeleistungen von einem ambulanten Pflegedienst.

Hiergegen hat die Klägerin am 05.10.2010 Klage zum Sozialgericht München (SG) erhoben. Dabei legte sie erneut ein Schreiben des Krankenhauses (vom 27.05.2010) vor, wonach sie auf Grund ihres hohen Pflegeaufwandes eine Assistenz zur Therapie mitbringen müsse. Ausschließlich das im Rahmen der häuslichen Pflege eingesetzte Pflegepersonal kenne ihre individuellen Bedürfnisse, weshalb dessen Mitnahme ins Krankenhaus zwingend geboten sei. Häusliche Pflege könne im Übrigen für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen nur ausgeschlossen werden, wenn die Deckung des vollen Pflegebedarfs in der Klinik anderweitig sichergestellt sei und tatsächlich erbracht werde. Am 25.10.2010 erging der Folgebescheid über häusliche Pflege (für die Zeit vom 01.12.2010 bis 30.11.2011) in Form einer Leistungszusage.

Am 21.03.2011 erfolgte die Verpflichtung der Beklagten im Eilverfahren durch das SG (Az.: [S 32 SO 51/11 E R](#)). In Ausführung dieses Beschlusses erlangte die Beklagte ein Pfl egetagebuch vom 28.3.2011 10:00 Uhr bis zum 01.04.2011 11:20 Uhr (Therapieplan), um einschätzen zu können, inwieweit noch eine Bereitschaftszeit erforderlich sei. Daneben seien auch Leistungen der Eingliederungshilfe notwendig, die nicht in die Zuständigkeit der Beklagten fallen würden.

Das SG hat durch Beschluss vom 23.05.2012 den zuständigen Krankenversicherungsträger (zu1) und den überörtlichen Sozialhilfeträger (zu 2) zum Verfahren beige laden, da sich im Verfahren ergeben habe, dass beide als alternativ leistungspflichtig in Betracht kämen.

Durch Urteil vom 25. Juni 2012 hat das SG die Beklagte verpflichtet, "während des stationären Aufenthalts in der S.-Klinik vom 28.03. bis 01.04.2011" zu je 24 h bei dem Stundensatz von 15,70 EUR die Kosten für eine Pflegeassistenzkraft zu übernehmen. Zur Begründung wird ausgeführt, dass sich das Rechtsschutzbedürfnis für die Klage insbesondere daraus ergebe, dass die der Klägerin mit Bescheiden vom 05.11.2009 bzw. vom 25.10.2010 bewilligte Hilfe zur Pflege dem Umfang und der Art nach nicht den vorliegend begehrten Leistungen entspreche. Insoweit sei zumindest eine Änderung der genannten Bewilligungen nach [§ 48 SGB X](#) nötig, die ggf. konkludent mit den streitigen Entscheidungen abgelehnt worden sei. Die Klägerin habe Anspruch auf Erstattung der von ihr zuletzt geltend gemachten Kosten. Dabei könne es für den vorliegenden Streit wegen [§ 14 Abs. 3](#) in Verbindung mit Abs. 2 SGB IX dahin stehen, ob als Anspruchsgrundlage [§ 39 Abs. 1 Satz 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) oder [§ 19 Abs. 3](#) in Verbindung mit [§ 65 Abs. 1 Satz 2 SGB XII](#) greife, da die Voraussetzungen zumindest einer der beiden Rechtsgrundlage erfüllt seien. Die vollstationäre Behandlung im Sinn des [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) umfasse auch den hier streitigen Pflegebedarf. Das Gericht sei weiter davon überzeugt, dass die dokumentierte Grundpflege vom Krankenhaus nicht gewährleistet werden könne. Weiter ist angeführt, dass es dem historischen Gesetzgeber mit der Regelung des [§ 63 Abs. 3 SGB XII](#) darum gegangen sei, dass der Sozialhilfeträger für den gleichen Zeitraum keine ambulanten Leistungen erbringen könne, wenn er bereits stationäre Hilfe leiste ([BT-Drs. 13/4091 S. 45](#)). Es sei ihm erkennbar nicht darum gegangen, nötige, nicht gedeckte Hilfe nicht zu gewähren.

Hiergegen hat die Beklagte Berufung zum Bayer. Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Sie wird unter anderem damit begründet, dass der Ausnahmetatbestand des [§ 63 S. 4 SGB XII](#) nicht gegeben sei. Schließlich sei die Beklagte auch kein Rehabilitationsträger im Sinne des [§ 14 SGB IX](#). [§ 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX](#) stelle zwar fest, dass Sozialhilfeträger Rehabilitationsträger sein könnten. Das setze aber voraus, dass sie nach den einschlägigen Zuständigkeitsregeln für die Leistungen nach [§ 5 Nr. 1, 2](#) und [4 SGB IX](#) tatsächlich zuständig seien (dazu als Anlage auch ein Schreiben des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 18.06.2012). Die bloße Möglichkeit, dass der betroffene Träger die Eigenschaft als Reha-Träger besitzen könnte, reiche nicht aus. Leistungen aus einem Anspruch auf Eingliederungshilfe würden pauschal zu den Pflege- und Bereitschaftszeiten außerhalb des Krankenhauses mit 1,5 h bewilligt. Hierfür sei aber der überörtlichen Sozialhilfeträger gemäß Art. 82 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 AGSG zuständig. Im Übrigen liege inzwischen ein Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Assistenz- Pflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vor (BR-Drs. 17/10747). Danach sei eine Ausweitung des begünstigten Personenkreises auf Personen, die ihre Pflege nicht im Arbeitgebermodell organisierten, gerade nicht beabsichtigt. Im Übrigen haben Ermittlungen der Beklagten ergeben, dass für den Therapieaufenthalt vom 13.08. bis 17.08.2012 die Kosten von der S.-Klinik in voller Höhe übernommen worden seien. Dazu habe das Krankenhaus einen Vertrag mit dem Pflegedienst der Klägerin geschlossen und bekomme die Kosten erstattet.

Die Beigeladene zu 1 (AOK) hat mitgeteilt, dass die Vereinbarung zwischen ihr und der S.- Klinik vom 11.07.2013 ausschließlich die Frage betreffe, unter welchen Voraussetzungen ein stationärer Krankenhausaufenthalt (gegenüber einer ambulanten Reha) indiziert sei, damit überhaupt stationäre Krankenhausbehandlungen abgerechnet werden könnten. Insoweit seien die strittigen Altfälle (unter anderem der der Klägerin im Jahre 2011) mit einer Quote von 50 % abgegolten worden. Inwieweit den Kliniken Kosten für externe Dienste entstünden, sei der AOK nicht ersichtlich, da die Krankenhäuser nach Fallpauschalen abrechnen würden. Auch die nötigen Zuschläge/Zusatzentgelte stellten nicht darauf ab, ob externe Dritte eingeschaltet würden, sondern beispielsweise darauf, ob die Versicherten die Anforderungen der Kodierrichtlinie zur Pflegebedürftigkeit erfüllen. Grundsätzlich sei das Krankenhaus zur vollständigen Versorgung und Pflege gegebenenfalls unter Einschaltung von externen Dritten verpflichtet. Dies werde durch die Krankenhausvergütung aus Fallpauschalen und soweit einschlägig oder vereinbart mit Zusatzentgelten abgegolten (§ 2 Abs. 2 Nr. 2 KHEntG). Später hat die Beigeladene zu 1 nochmals das Abrechnungssystem erläutert. Die Fallpauschale stelle eine Vergütung anhand einer durchschnittlichen Betrachtung dar und erfasse somit hoch aufwändige Fälle wie den der Klägerin wie auch weit unterdurchschnittliche Fälle. Die finanziellen Mittel für die vom Krankenhaus zu erbringenden Leistungen würden auch im streitgegenständlichen Zeitraum zur Verfügung gestellt. Die Verwendung der Mittel, etwa Bereitstellung ausreichenden Personals oder die Veranlassung von Leistungen Dritter (zum Beispiel Pflegedienste, wenn die eigene Personalausstattung im Einzelfall nicht ausreiche), sei Sache der Krankenhäuser (§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntG).

Die Beklagte hat angeführt, dass sie 1.884,00 EUR an den Pflegedienst bezahlt habe und der Beigeladenen zu 2 für dieselbe Zeit 117,75 EUR erstattet habe. Aus ihrer Sicht sei der Bescheid vom 31.03.2010 der maßgebliche Streitgegenstand. Der spätere Bescheid vom 25.10.2010 stelle nur eine Zusicherung dar, bis zu welchem Umfang Leistungen der häuslichen Pflege bewilligt werden könnten, solange die Versorgung unverändert bleibe. Jeden Monat werde dann im Einzelfall geprüft, wie viele Stunden Pflege tatsächlich geleistet worden seien und wie der tatsächlich Bedarf gewesen sei. Dies ergebe sich auch aus der Begründung, wonach gerade bei Zeiten der häuslichen Abwesenheit vorrangige Ansprüche anderer Leistungsträger in Betracht kämen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 25.06.2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Klägerbevollmächtigte stellt den Antrag:

I. Die Berufung wird zurückgewiesen.

II. Hilfsweise:

In Abänderung von Ziffer I. des Urteils des Sozialgerichts München vom 25.06.2012 wird festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet ist, für die Klägerin während ihres stationären Aufenthalts in der S.-Klinik vom 28.03.2011 bis 01.04.2011 die Kosten für eine Pflegeassistentkraft des ambulanten Pflegedienstes "I.H." zu je 24 Stunden bei einem Stundensatz von 15,70 EUR pro Stunde zu übernehmen.

III. Hilfspflichtweise:

die Beigeladene zu 1), hilfsweise der Beigeladene zu 2), wird verpflichtet, für die Klägerin während ihres stationären Aufenthalts in der S.-Klinik vom 28.03.2011 bis 01.04.2011 die Kosten für eine Pflegeassistentkraft des ambulanten Pflegedienstes "I.H." zu je 24 Stunden bei einem Stundensatz von 15,70 EUR pro Stunde zu übernehmen und die von der Beklagten im Voraus gezahlten Kosten zu erstatten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die von der Beklagten übermittelten Akten sowie die Gerichtsakten beider Instanzen zum Verfahren [S 32 SO 51/11 ER](#) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

I.

1. Die Berufung ist zulässig. Sie wurde form- und fristgerecht eingelegt ([§§ 143, 151 SGG](#)). Die Berufung ist ohne Zulassung statthaft, weil sie eine Leistung in Höhe von 1884,00 EUR betrifft ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr.1 SGG](#)). Streitgegenstand ist die Erstattung dieses Betrages durch die Beklagte bzw. die Feststellung einer entsprechenden Verpflichtung.

2. Eine Beiladung des Pflegedienstes "I.H." ist nicht erforderlich, denn die Klägerin begehrt keine Zahlung an die Einrichtung (gilt in gleicher Weise für ambulante Dienste, vgl. BSG, Urteil vom 22.03.2012 - [B 8 SO 30/10 R](#) - Rn. 16, BSG, Urte. v. 22.03.2012, [B 8 SO 1/11 R](#)). Dessen Forderung ist bereits durch die Zahlung der Beklagten im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes im April 2011 erfüllt (gem. [§ 267 BGB](#)). Hat der Schuldner nicht in Person zu leisten, so kann auch ein Dritter die Leistung bewirken. Die Einwilligung des Schuldners ist nicht erforderlich. Das SG hätte den Pflegedienst auf die Klage vom 05.10.2010 auch nicht nach [§ 75 Abs. 2 1. Alt SGG](#) bei dem - der späteren Kostenübernahme ggf. vorgeschalteten - Streit um die Erteilung einer Zusicherung oder auf Erlass eines Grundlagenbescheids notwendig beiladen müssen (Urteil des BSG vom 23.08.2013, Az.: [B 8 SO 10/12 R](#), Jaritz/Eicher in juris PraxisKommentar SGB XII, § 75 RdNr 119.5 f).

Im Übrigen handelt es sich bei der Pflegeleistung häusliche Pflege gemäß [§ 63 SGB XII](#) nicht um einen ausschließlichen Erstattungsanspruch (beim Streit um die Erstattung von Kosten als reiner Geldleistung wäre eine Beiladung auch nicht notwendig; vgl. Urteil des BSG vom 23.08.2013, Az.: [B 8 SO 10/12 R](#); [BSGE 110, 301](#) ff RdNr 16 = SozR 4-3500 § 54 Nr. 8). Trotz der Worte "zu erstatten" ist die Vorschrift nicht ausschließlich so zu verstehen, dass der Pflegebedürftige die Aufwendungen der Pflegeperson zunächst selbst auszugleichen hätte und erst dann seinen Erstattungsanspruch gegenüber dem Sozialhilfeträger geltend machen könnte. Es ist auch eine direkte Erstattung der Aufwendungen an den Pflegedienst möglich, wenn der Pflegebedürftige einverstanden ist oder auch, wenn die Gefahr besteht, dass durch die Nichtweitergabe der Erstattungssumme die Weiterführung der Pflege gefährdet würde (vgl. Meßling in juris-PK SGB XII, § 65, Rn. 70). Der Verwendung der Begriffe "erstatte" oder "übernehmen" kommt Bedeutung nur insoweit zu, als beim "Übernehmen" von Leistungen dies grundsätzlich auch in Form von Sachleistungen möglich wäre (s. Meßling in juris-PK aaO.).

3. Gegenstand des Verfahrens war bei Klageerhebung im Oktober 2010 zunächst eine auf Zusicherung gerichtete Verpflichtungsklage zur Übernahme erweiterter Pflege für die Zeit vom 28.03.2011 bis zum 01.04.2011. Die Klägerin wehrt sich gegen den Bescheid vom 31.03.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides ([§ 95 SGG](#)) vom 06.09.2010, mit dem der Beklagte die Zusage der Übernahme der zukünftigen Kosten häuslicher Pflege gemäß [§ 63 SGB XII](#) abgelehnt hat, die die Klägerin für einen stationären Aufenthalt in der Zeit vom 28.03. bis 01.04.2010 zu erwarten hatte. Darauf stellte auch der auf Übernahme gerichtete Leistungsantrag ab.

4. Nicht Gegenstand geworden ist der Bescheid vom 25.10.2010. [§ 96 SGG](#) ist tatbestandlich nicht gegeben, da dieser Bescheid einen anderen Regelungsgehalt zu einem anderen Sachverhalt hatte. Auch er beinhaltet eine Zusage, aber für die normale häusliche Pflege unter gleich bleibenden Verhältnissen. Erforderlich ist nämlich bei der Zusicherung, dass sich die Erklärung der Behörde auf einen konkreten Sachverhalt bezieht. Der Sachverhalt muss bei Erlass der Zusicherung bereits so konkret feststehen, dass für die Beteiligten klar ist, welcher Verwaltungsakt erlassen werden soll. Dies ist deshalb wichtig, weil die Zusicherung als ein der erstrebten Begünstigung vorgeschalteter Verwaltungsakt grundsätzlich nur das regeln kann, was auch durch den nachfolgenden Verwaltungsakt, auf den sich die Zusicherung bezieht, nach Maßgabe des spezialgesetzlichen Fachrechts geregelt werden kann. Die Erteilung einer Zusicherung setzt damit voraus, dass bereits im Zeitpunkt der Erteilung die Voraussetzungen für den zu erlassenden oder zu unterlassenden Verwaltungsakt festgestellt werden können. Ein zukünftiger Krankenhausaufenthalt sollte jedenfalls in dem im Bescheid vom 25.10.2010 geregelten Sachverhalt nicht enthalten sein. Damit wurde auch eine entsprechende Zusicherung mit diesem bindend gewordenem Bescheid für den Fall eines zukünftigen Krankenhausaufenthaltes weder erteilt noch verweigert.

5. Nach Durchführung der Maßnahme und Beauftragung des Pflegedienstes "I.H." auch für die Zeit vom 28.03. bis 01.04.2011 erfolgte zulässigerweise eine Klageänderung iS [§ 99 Abs. 3 Nr. 3 SGG](#) auf Erstattung und später Feststellung dieses Betrages nach Bezahlung der Rechnung des Pflegedienstes "I.H." vom 19.04.2011. So hat die Klägerin am 21.01.2014 neben der Zurückweisung der Berufung hilfsweise beantragt, in Abänderung des Urteils des SG festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet sei, die Kosten der Pflegeassistenz für o.g. Aufenthalt im Umfang von täglich 24 h einen Stundensatz von 15, 70 EUR zu übernehmen.

6. Die auf Verurteilung der Beigeladenen zu 1 gerichtete Klage ist zwar ebenfalls Gegenstand des Verfahrens im Sinne eines gestellten

Antrags (§ 123 SGB), aber unzulässig. Am 21.01.2014 beantragte die Klägerin mit einem Hilfsantrag, die Beigeladene zu 1, hilfsweise den Beigeladenen zu 2 zu verpflichten, für die Klägerin die Kosten für eine Pflegeassistentkraft des ambulanten Pflegedienstes "I.H." während ihres stationären Aufenthalts zu je 24 h bei einem Stundensatz von 15,70 EUR pro Stunde zu übernehmen. Dabei handelt es sich um eine Klageänderung in der Berufungsinstanz. Diese ist in der Berufungsinstanz unter denselben Voraussetzungen zulässig wie im erstinstanzlichen Verfahren (vgl. Ulmer, SGB 2013, 207-210). Bei diesem Antrag handelt es sich aber um eine Klageänderung, die den Voraussetzungen des [§ 99 Abs. 1](#) (und Abs. 3) SGG nicht genügt und deswegen zur Unzulässigkeit der Klage führt. Gegenüber der bisher auf Hilfe zur Pflege gerichtete Leistungsklage ist eine Klage wegen mangelhafter stationärer Krankenhilfe kein Fall der Ergänzung oder Erweiterung oder der Ersetzung der einen Leistungsform (vgl. die einzelnen Tatbestände von [§ 99 Abs. 3 SGG](#)). Zum einen ist die Beigeladene zu 1 kein Träger der Pflegeversicherung, zum anderen ergibt sich aus der Begründung des am 21.01.2014 gestellten Antrags, dass damit ein Antrag gemäß [§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) gemeint ist. Denn es wird zu dessen Begründung ausgeführt, dass festzustellen sei, dass die Beigeladene zu 1 ihrer gegenüber der Versicherten bestehenden Verpflichtung zur Verschaffung der mit der Krankenhausbehandlung verbundenen Dienstleistungen gemäß [§ 2 Abs. 2 S. 1 und S. 3 SGB V](#) nicht nachgekommen sei.

Eine Zustimmung zu der geänderten Klage durch den Prozessgegner und die neu mit einer Klage überzogene Beigeladene zu 1 im Sinne von [§ 99 Abs. 1 und Abs. 2 SGG](#) liegt nicht vor. Die Beklagte hat dem vielmehr in der mündlichen Verhandlung ausdrücklich widersprochen und mehrmals zum Ausdruck gebracht, dass sie nicht als "Ausfallbürge" für Defizite der Leistungsabwicklung bei Problemen der Klägerin mit anderen Leistungsträgern fungiere. Insbesondere ist eine solche Klageänderung auch nicht sachdienlich. Ein Anspruch auf Krankenbehandlung war bislang weder in einem Verwaltungsverfahren streitig, noch ist er von der Zuständigkeit der bisher Beklagten umfasst. Soweit primäre Ansprüche auf Krankenhausbehandlung oder sekundäre Ansprüche wegen Leistungsstörungen im Verhältnis der Klägerin zum Leistungserbringer (Krankenhaus, zum Beispiel nach [§ 13 SGB V](#)) geltend gemacht werden, wird der Rechtsstreit rechtlich auf völlig neue Füße gestellt und kann genauso gut als ein eigenständiges neues Verfahren geführt werden. Insoweit genügt es nicht, dass derselbe Lebenssachverhalt im Verfahren häufig diskutiert bzw. thematisiert worden ist. Auch das Prozessrecht des sozialgerichtlichen Verfahrens ist streng an der Dispositionsmaxime ausgerichtet und weist dem Gericht - schon aus Gründen der verfassungsrechtlich gebotenen Gewaltenteilung - nur eine Zuständigkeit innerhalb gestellter Anträge zu. Dieses Urteil erstreckt sich damit auch in seiner Rechtskraft nicht auf Ansprüche gegenüber der Beigeladenen zu 1. Es bleibt der anwaltlich vertretenen Klägerin unbenommen, insoweit selbständig die geltend gemachten Ansprüche weiterzuverfolgen, ebenso wie Rechte aus ihrer Rechtsbeziehung zum involvierten Leistungserbringer im Recht der Krankenversicherung.

7. Die auf Verurteilung des Beigeladenen zu 2 gerichtete Klage ist jedenfalls unzulässig. Als weiteren Hilfsantrag beantragt die Klägerin am 21.01.2014, die Beigeladene zu 1 hilfsweise den Beigeladenen zu 2 zu verpflichten, der Klägerin während ihres stationären Aufenthalts die Kosten für eine Pflegeassistenz des ambulanten Pflegedienstes "I.H." zu je 24 h bei einem Stundensatz von 15,70 EUR pro Stunde zu erstatten. Auch dabei handelt es sich um eine Klageänderung in der Berufungsinstanz. Auch insoweit fehlen die Voraussetzungen der Zustimmung des Prozessgegners und des involvierten Beigeladenen ebenso wie die Sachdienlichkeit. Bei diesem Anspruch ist von der Klägerin auch nicht dargetan, worauf sie sich nach materiellem Recht stützt. Schon deswegen ist er nicht sachdienlich. Soweit es sich um den mit der Klage geltend gemachten Anspruch auf erweiterte Pflege handelt, der hilfsweise (bei fehlender Zuständigkeit der Beklagten als örtlichem Träger der Sozialhilfe) gestellt wird, wird später noch weiteres auszuführen sein.

8. Ein Rechtsschutzbedürfnis ist für den zuletzt geänderten Klageantrag im Sinne eines Feststellungsbegehrens gegeben. Die Kosten sind dem Pflegedienst gegenüber von der Beklagten erstattet worden. Die spätere Entwicklung hat zwar gezeigt, dass die involvierte Klinik für spätere Aufenthalte der Klägerin selbst den Pflegedienst beauftragt hatte und die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen ihrer Zuständigkeit für stationäre Heilbehandlung dafür Zusatzentgelte erbracht hatte (S 52 SO 369/12 ER). Die gesamten Kosten in Höhe von 1884,00 EUR abzüglich der durch den Beigeladenen zu 2 geleisteten Zahlungen der Eingliederungshilfe sind dem Grunde nach für die Klägerin noch offen. Denn der Pflegedienst wurde im einstweiligen Rechtsschutz nur vorläufig von der Beklagten bezahlt, wie sich aus der bearbeiteten Rechnung vom 19.04.2011 und der Folgerechnung ergibt. Erweist sich aber die Anordnung einer einstweiligen Verfügung als von Anfang an ungerechtfertigt, besteht eine Verpflichtung zum Schadensersatz ([§ 945 ZPO](#)). Insoweit besteht ein Interesse der Klägerin an der Feststellung, ob sie von entsprechenden Zahlungen freigestellt ist.

II.

Der Anspruch auf Feststellung, dass die Klägerin einen Anspruch auf Leistungsverschaffung der Hilfe zur Pflege für den Zeitraum vom 28.03. bis 01.04.2011 hat, ist weder aus Verwaltungsakt noch aus dem Gesetz begründet.

1. Eine bindende Zusage aus dem Bescheid vom 25.10.2010 besteht hierfür nicht. Schon oben wurde ausgeführt, dass dieser Bescheid eine entsprechende Leistung nicht verweigert und bindend geworden ist. Er hat aber auch von seiner Regelung her keine entsprechende Zusage gemacht. In diesem Bescheid ist ein Anspruch auf häusliche Pflege in der Zeit vom 01.12.2010 bis längstens zum 30.11.2011 beim Vorliegen eines Tatbestandes der häuslichen Pflege zugesagt. Dies ergibt sich - wie oben schon ausgeführt - aus der Rechtsnatur der Zusage und wird im Wortlaut des [§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) durch die Formulierung "einen bestimmten Verwaltungsakt später zu erlassen" deutlich. Die Zusicherung kann als ein der erstrebten Begünstigung vorgeschalteter Verwaltungsakt grundsätzlich nur das regeln, was auch durch den nachfolgenden Verwaltungsakt, auf den sich die Zusicherung bezieht, nach Maßgabe des spezialgesetzlichen Fachrechts geregelt werden kann. Die Erteilung einer Zusicherung setzt damit voraus, dass im Zeitpunkt der Erteilung die Voraussetzungen für den zu erlassenden oder zu unterlassenden Verwaltungsakt bereits festgestellt werden können. Der Sachverhalt der Zusicherung muss daher für die Beteiligten im Zeitpunkt des Bescheiderlasses bereits so konkret feststehen, dass für die Beteiligten klar ist, welcher Verwaltungsakt erlassen oder unterlassen werden soll. Zum Zeitpunkt des 25.10.2010 ist die vorangegangene Zusicherung vom 05.11.2009 in ihrem zeitlichen Regelungsgehalt erledigt. Es handelte sich bei dem Bescheid vom 25.10.2010 um einen Folgebescheid, der normale, typische Verhältnisse der häuslichen Pflege umfasste. Dies belegen auch die Erläuterungen zu den jeweiligen Bescheidtexten. Schließlich ergibt sich auch aus dem Kontext des Gesetzes, dass bei Pflege im stationären Rahmen ein Ruhen der Leistungen eintritt (vgl. [§ 34 SGB XI](#), [§ 63 SGB XII](#)). Der Zusicherung der häuslichen Pflege mit Bescheid vom 25.10.2010 für den Zeitraum vom 01.12.2010 bis 30.11.2011 ist die Beklagte später dann monatlich durch Abrechnungen und erfüllende Verwaltungsakte, deren es aufgrund der Zusage iS einer Zweistufigkeit noch bedurfte, nachgekommen.

2. Die Verweigerung der Zusage im streitgegenständlichen Bescheid für den stationären Aufenthalt vom 28.03.2011 bis 01.04.2011 durch den Bescheid vom 31.03.2010 erfolgte zu Recht. Als Rechtsgrundlage für den geltend gemachten späteren Anspruch der Klägerin kommt [§](#)

[19 Abs. 3 SGB XII](#) i.V. mit [§ 61ff.](#) SGB XII zwar in Betracht, unterfällt jedoch einem Ausschlusstatbestand.

Gemäß [§ 63 Abs. 1 S. 1 SGB XII](#) soll der Träger der Sozialhilfe darauf hinwirken, dass die Pflege einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahe stehen, oder als Nachbarschaftshilfe übernommen wird, sofern häusliche Pflege geboten ist. Darüber hinaus (S. 2) regeln die §§ 64 bis 66 das Nähere. Hier gibt insbesondere [§ 65 SGB XII](#) einen Anspruch auf umfassendere häusliche Pflege. Ist neben oder anstelle der Pflege nach [§ 63 Satz 1 SGB XII](#) die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen ([§ 65 Abs. 1 S. 2 SGB XII](#)). Einer entsprechenden Rechtsfolge steht aber entgegen, dass der Anspruch auf häusliche Pflege während eines stationären Aufenthalts ruht. Gemäß [§ 34 Abs. 2 S. 1 SGB XI](#) ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege ([§ 37 SGB V](#)) auch ein Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Spezialgesetzlich regelt dies [§ 63 S. 3 SGB XII](#), wonach in einer stationären oder teilstationären Einrichtung Pflegebedürftige keine Leistungen zur häuslichen Pflege erhalten.

Eine Rückausnahme vom Ausschlusstatbestand nach [§ 63 S. 4 SGB XII](#) idF des ersten Gesetzes zur Assistenzpflege vom 30.07.2000 besteht nicht. Die Rechtslage ist mit dem Zweiten Gesetz zur Assistenzpflege vom 20.12.2012 restlos geklärt. Dabei geht es im Wesentlichen um zwei Tatbestandsvoraussetzungen: den Bereich der Pflege, in dem gepflegt wird und die Art der Bewerksstellung der Pflege. Die Novellierung bestand darin, dass über die stationäre Krankenbehandlung hinaus eine Erweiterung der Leistungen bei Aufhalten in stationären Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt ist. Es war aber der erklärte Wille des Gesetzgebers, dass hiervon nur die Versorgungsform der ambulant erbrachten Pflegeleistungen mittels Arbeitgebermodell umfasst sein sollte. Bei der Klägerin erfolgt die Pflege aber nicht durch von ihr beschäftigte besondere Pflegekräfte (im sog. Arbeitgeber- oder Assistenzmodell nach [§ 66 Abs. 4 S. 2 SGB XII](#)). Sie nimmt bis zur Erschöpfung ihres Anspruchs nach dem SGB XI und darüber hinaus nach [§ 63 SGB XII](#) Sachleistungen in Anspruch. Sie ruft dabei Dienstleistungen des Pflegedienstes im Wege eines zivilrechtlichen Vertrages auf der Grundlage des [§ 611 BGB](#) (Pflegevertrag) ab. Gem. [§ 120 Abs. 1 S. 1 SGB XI](#) übernimmt der zugelassene Pflegedienst bei häuslicher Pflege auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen, zu pflegen und hauswirtschaftlich zu versorgen. Um einen Arbeitsvertrag handelt es sich jedenfalls nicht. Sie beschäftigt keine besonderen Pflegekräfte.

Durch Art. 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 30.07.2009 ([BGBl I 2495](#)) des Deutschen Bundestages ist mit Wirkung vom 05.08.2009 eine erste Rückausnahme eingefügt worden, wonach [§ 63 S. 3 SGB XII](#) nicht für vorübergehende Aufenthalte in einem Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches gilt, soweit Pflegebedürftige nach [§ 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII](#) ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen. Die vorausgehende Rechtslage mag uneinheitlich gewesen sein und unter Umständen eine andere Rechtsfolge zugelassen haben. Insoweit kann auf die Entscheidung des Sozialgerichts Landshut vom 6. Februar 2013, Az.: [S 10 SO 63/10](#) (jetzt anhängig als Berufung beim erkennenden Senat unter dem Az.: [L 8 SO 67/13](#)) hingewiesen werden. Spätestens aber mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ist eine Rechtsansicht unvertretbar, die gegen den Wortlaut des Gesetzes und nach Verwerfung entsprechender Vorschläge im Gesetzgebungsverfahren (Gesetzesentwurf der Fraktion die Linke, Drucksache 17/10784) weiterhin eine Rückausnahme für Pflegeleistungen in stationären Aufhalten durch zugelassene ambulante Leistungserbringer annimmt. Mit Art. 3 des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vom 20.12.2012 (AssPflStatRG, [BGBl I 2012, 2789](#)) ist in einer weiteren Novellierung lediglich die Begünstigung für Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, ausgeweitet worden auf Aufenthalte "in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches".

Schon angesichts dieser Gesetzesgeschichte begegnet die Vorschrift keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, insbesondere nicht nach dem allgemeinen Gleichheitssatz in [Art. 3 Abs. 1 GG](#) (vgl. dazu auch Meßling in: jurisPK-SGB XII, § 63, Rn 28.1). Eine Gesetzeslücke, die zu schließen gewesen wäre, lag bei diesem breiten Diskussionsprozess nicht mehr vor. Die Ungleichbehandlung bzw. Privilegierung einer bestimmten Art der Pflegeerbringung war hinreichend rational diskutiert und begründet. Die besondere vertragliche Verpflichtung als Arbeitgeber einer Pflegeperson mit entsprechendem arbeitsrechtlichem Schutz rechtfertigt die Begünstigung des Modells der Assistenzpflege. Es handelt sich bei dieser Möglichkeit der Selbsteinstellung um ein über die Jahre gewachsenes Modell zur Verwirklichung eines möglichst weitgehenden selbstbestimmten Lebens der pflegebedürftigen Person. Diese Ausnahmeregelung war erstmals im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung erforderlich geworden. Denn nach [§ 77 Abs. 1 Satz 3 SGB XI](#) dürfen die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen. Nur für dieses Modell der Gestaltung der Pflege ist auch eine Durchbrechung der Aufgaben- bzw. Zuständigkeitsverteilung zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung gerechtfertigt. Denn zunächst ist nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung stationäre Pflege voll umfassend. Ziel und Hintergrund der Ausnahmenvorschrift des [§ 63 S. 4 SGB XII](#) ist nicht, einen Pflegenotstand im behandelnden Krankenhaus zu beheben; für die Übernahme sämtlicher benötigter Pflegeleistungen ist während eines Krankenhausaufenthalts immer das Krankenhaus zuständig ([§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#), vgl. dazu Meßling in: jurisPK-SGB XII, [§ 63 SGB XII](#), Rn 28.1, Aktualisierung vom 31.01.2013 mit weiteren Hinweisen). Die Verlagerung dieser Verantwortung auf den Sozialhilfeträger ist daher nur in Fällen des Arbeitgebermodells gerechtfertigt, um der betroffenen Person zu ermöglichen, ihr - oft mühsam organisiertes - Pflegesystem mit eigenen Pflegekräften aufrechtzuerhalten. Das Benachteiligungsverbot in [Art. 3 Absatz 3 GG](#) untersagt die Benachteiligung "wegen" einer Behinderung. Zwischen der Behinderung und der Benachteiligung ist ein kausaler Zusammenhang erforderlich. Es geht nicht um den Schutz besonderer Gruppen, sondern den Schutz vor Benachteiligungen, die an das Merkmal "Behinderung" anknüpfen. Auch das ist hier nicht ersichtlich.

3. Allgemeine Erwägungen oder etwa das Sozialstaatsprinzip, wie vom Klägerbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung angeführt, begründen keine Ansprüche auf Sozialhilfeleistungen. Entgegen der Rechtsprechung des BVerwG ([BVerwGE 58, 68](#), 69; [60, 236](#), 238; [68, 285](#), 289) existiert kein über [§ 37](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch - Allgemeiner Teil - (SGB I) vorgehendes normatives Strukturprinzip der Sozialhilfe irgendwelcher Art (vgl. Urteil des BSG vom 29.09.2009, Az.: [B 8 SO 16/08 R](#)). Die Vorstellung von der Sozialhilfe als einer Art Auffanghilfe für soziale Notlagen widerspricht dem Grundsatz vom Vorbehalt des Gesetzes ([§ 31 SGB I](#)). Danach ist eine Maßnahme der öffentlichen Hand nur rechtmäßig, wenn das Handeln auf ein Gesetz oder eine gesetzliche Ermächtigung zurückgeführt werden kann. Insbesondere liegt aber auch kein Pflegedefizit vor. Denn stationäre Krankenbehandlung ist umfassend auch in den Nebenleistungen. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung ([§ 28 Abs. 1 SGB V](#)), Krankenpflege, ua. Hierfür erhält der Leistungserbringer eine Vergütung (§ 2 Abs. 2 Nr. 2.KHEntG), die

auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter umfasst. So wie bislang mit den Pflegesätzen alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet wurden, werden nun mittels Fallpauschalen (verweildauerunabhängigen Pflegesätze) die gesamten allgemeinen Krankenhausleistungen entgolten.

4. Ein gegen die gesetzliche Krankenversicherung gerichteter Anspruch, der von der Beklagten nicht rechtzeitig weitergeleitet worden ist, liegt nicht vor. Dafür verlangt [§ 14 Abs. 1 SGB IX](#) als Tatbestandsvoraussetzung, dass Leistungen zur Teilhabe beantragt werden; der Inhalt des Antrags muss auf Leistungen zur Teilhabe ([§§ 4, 5 SGB IX](#)) gerichtet sein. Nicht erfasst sind Anträge auf Hilfe zur Pflege ([§ 63 SGB XII](#)) und auf stationärer Behandlung ([§ 39 SGB V](#)). Erst dann und wenn der zuerst angegangene Träger nicht zuständig ist ([§ 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX](#)) stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest ([§ 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX](#)), wenn dann der Antrag innerhalb bestimmter Fristen nicht weitergeleitet wird.

Für den geltend gemachten Anspruch auf Zusage häuslicher Pflege war die Beklagte der richtige, zuständige Leistungs-, aber nicht Rehabilitationsträger. Dies ergibt sich schon aus den oben getroffenen Feststellungen zu dem entsprechenden Anspruch nach [§ 63 SGB XII](#). Ein Anspruch auf stationäre Krankenbehandlung (ua auch keine Rehabilitation) ist am 25.03.2010 nicht gestellt worden. Allein schon das entsprechende Verwaltungsverfahren ist anders ausgestaltet (Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten in einem zugelassenen Krankenhaus nach ärztlicher Verordnung gem. [§ 73 SGB V](#) in der Fassung vom 22.12.2011 bzw. Übermittlung von Aufnahmediagnosen gem. [§ 301 Abs. 1 SGB V](#)). Der Inhalt des gestellten Antrags war eindeutig nur auf die Zusage einer Nebenleistung stationärer Krankenbehandlung gerichtet gewesen. Die erst in einem Jahr zu erbringende Hauptleistung sollte in der stationärer Behandlung ([§ 39 SGB V](#)) bestehen. Dazu bestehen lediglich im Leistungsinhalt einige Überschneidungen. So umfasst die stationäre Krankenbehandlung auch Bereiche der Grundpflege in der Körperpflege, Ernährung und zum Teil der Mobilität (vgl. [§ 14 Abs. 4 Nr. 1, 2 und 3 SGB XI](#)). Aber schon der Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung (vgl. [§ 14 Absatz 4 Nr. 4 SGB XI](#)) gehört nicht zum Leistungsumfang der stationären Krankenpflege. Die Hauptleistung der stationärer Behandlung ([§ 39 SGB V](#), Krankenhausbehandlung) umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung ([§ 28 Abs. 1 SGB V](#)), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung ([§ 39 Abs. 1 SGB V](#) in der Fassung vom 22.12.2011). Das ist von der Klägerin bei dem auf eine Zusicherung zu Pflegeleistungen gestellten Antrag ein Jahr vor der beabsichtigten Krankenhausbehandlung beim Träger der Sozialhilfe nicht beantragt worden. Ein solcher Anspruch ist erst kurz vor der mündlichen Verhandlung im Januar 2014 - hilfsweise auch gegenüber der Beigeladenen zu 1 - geltend gemacht worden und prozessual als unzulässig zu behandeln (siehe oben). Eine Verurteilung der Beigeladenen zu 1 aus der Beiladung kann damit nicht erfolgen. Die unechte notwendige Beiladung gemäß [§ 75 Abs. 5 SGG](#) soll verhindern, dass trotz Entscheidungsreife hinsichtlich der materiellen Anspruchsvoraussetzungen ein Folgeprozess notwendig wird, nur weil der beklagte Leistungsträger nicht zuständig ist (Breitkreuz in: Breitkreuz/Fichte, [§ 75 SGG](#)). Denn die Entscheidung kann nur einheitlich gegenüber dem beklagten Rehabilitationsträger und dem möglicherweise "eigentlich zuständigen" Sozialhilfeträger als Rehabilitationsträger ergehen. Das BSG hat dazu entschieden, dass der Anspruch gegen den Beteiligten "grundsätzlich derselbe" sein muss wie der ursprünglich gegen den Beklagten geltend gemachte (BSG, Urteil vom 24.05.1984, [7 RA 15/82](#), SozR 2200 § 1237 a Nr. 25, erforderliche Identität des Streitgegenstandes, vgl. zu dieser Voraussetzung auch [BSGE 85, 278](#), 279 mwN = [SozR 3-3300 § 43 Nr. 1](#)). Ist dies nicht der Fall, darf eine Verurteilung des Beigeladenen nur erfolgen, wenn sich die Ansprüche gegenseitig ausschließen (BSG, Urteil vom 15. 11. 1979, [11 RA 9/79](#), SozR 5090 § 6 Nr. 4.). Beides ist nicht der Fall. Schließlich ist der Anspruch auf stationäre Krankenbehandlung als Sachleistung auch erfüllt worden. Insoweit bestanden kein Rechtsschutzbedürfnis und auch kein Streit.

Zudem ist der am 25.03.2010 gestellte Antrag nicht zögerlich weitergeleitet worden oder gar nicht verbeschieden worden, sondern innerhalb weniger Tage (nach 6 Tagen) mit Bescheid vom 31.03.2010 abgelehnt worden. Sinn und Zweck der Regelung des [§ 14 SGB IX](#) über die "vorläufige" Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers, der einen Antrag nicht fristgerecht weitergeleitet hat bzw. an den ein solcher Antrag rechtzeitig weitergeleitet worden ist, ist es lediglich, durch rasche Zuständigkeitsklärung eine möglichst schnelle Leistungserbringung zu gewährleisten (vgl. dazu grundlegend [BSGE 93, 283](#) ff = [SozR 4-3250 § 14 Nr. 1](#)).

Die stationäre Behandlung ([§ 39 SGB V](#)) ist im Übrigen keine Rehabilitation. Bei der durchgeführten Biofeedback-Therapie handelt es sich um keine Leistung zur Teilhabe nach [§ 4 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX](#). Dies ergibt sich aus dem Schreiben der beigeladenen AOK von 13.08.2013. Medizinische Rehabilitation umfasst einen engen Begriff und ist nicht identisch mit Krankenpflege. Trotz des Aspektes bzw. des Ziels der (Wieder-)Herstellung der Gesundheit haben jedoch nicht alle Maßnahmen des SGB V rehabilitativen Charakter in einem Sinn, der dem Verständnis des SGB V über eine Teilhabeleistung entspricht. Die Ermittlungen des Senats haben ergeben, dass die Klägerin nicht Leistungsempfängerin im Rahmen von [§ 40 SGB V](#) (in der Fassung vom 23.10.2012) war. Nach [§ 40 SGB V](#) erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, wenn bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um die in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) beschriebenen Ziele zu erreichen. Nach [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) haben Versicherte auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. ([§ 11 Abs. 2 S. 2 SGB V](#) in der Fassung vom 20.12.2012)

Eine Erstattungspflicht aus dem Recht der Rehabilitation (selbstbeschaffte Leistung - [§ 15 Abs. 1 S 4](#) und 5 SGB IX in der Fassung vom 19.06.2001) besteht damit schon von vorneherein nicht. Aber auch die entsprechenden Voraussetzungen, dass der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, fehlen gänzlich. Die Leistung war ein Jahr vorausgeplant und ein Anspruch gegenüber der Beklagten hat auch nicht bestanden.

5. Für eine Verurteilung des Beigeladenen zu 2 (Bezirk Oberbayern) aufgrund erfolgter Beiladung ergibt sich keine Rechtsgrundlage. Nach dem Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) vom 08.12.2006 ist die sachliche Zuständigkeit der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bestimmt. Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe sind nach Art. 82 Abs. 1 Nr. 2 AGSG zwar sachlich für alle übrigen Leistungen der Sozialhilfe zuständig, die in stationären oder teilstationären Einrichtungen gewährt werden. Für die begehrte Leistung im Rahmen der Sachleistung als häusliche Pflege verbleibt es aber bei der Zuständigkeit des örtlichen Trägers, auch wenn diese Pflege während eines stationären Aufenthalts geleistet wird. Abzustellen ist nach dem Wortlaut nur auf die ihrer Natur nach in Einrichtungen erbrachten Leistungen. Nicht damit gemeint sind schlechthin alle Leistungen, die während eines Aufenthalts in einer stationären Einrichtung erbracht werden.

Auf die Berufung der Beklagten ist daher das Urteil des Sozialgerichts München vom 25. Juni 2012 aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid vom 31.03.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.09.2010 abzuweisen. Im Übrigen sind die Klagen, die Klageänderungen betreffend, abzuweisen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Klägerin ist insgesamt unterlegen ([§ 193 SGG](#)).

Gründe zur Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich ([§ 160 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2015-12-28