L 3 U 66/19

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3.
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 12 U 111/17
Datum
15.02.2019
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 66/19
Datum
21.01.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Nach § 60 SGB VII ist die Kürzung der Verletztenrente nur bei Gewährung von Heimpflege möglich. § 60 SGB VII bezieht sich dabei auf die Differenzierung der Pflegeleistungen in § 44 Abs. 1 und 5 SGVII zwischen Stellung einer Pflegekraft (Hauspflege) und Pflege in einer geeigneten Einrichtung (Heimpflege), wie schon zuvor § 585 RVO, der eine Rentenkürzung nur bei Gewährung von Anstaltspflege vorsah und hierbei an die Differenzierung der Pflegeleistungen in § 558 Abs. 2 RVO zwischen Gestellung der erforderlichen Hilfe und Wartung duch Krankenpfleger, Krankenschwester oder auf andere geeignete Weise (Hauspflege) oder Gewährung von Unterhalt und Pflege in einer geeigneten Anstalt (Anstaltspflege) anknüpfte. 2. Die Gewährung der im SGB VII vorgesehenen Leistungen, die die häusliche Pflege eines Schwerstverletzten in einem hierfür von der Familie – mit Unterstützung des Unfallver-sicherungsträgers - errichteten Wohnhaus erst ermöglichen, u.a. von 24-Stunden-Intensivpflege durch einen Pflegedienst als „Hauspflege“ nach § 44 Abs. 1 und 5 SGB VII, berechtigt nicht zur Kürzung der Verletztenrente nach § 60 SGB VII. 3. Mangels Regelungslücke besteht auch kein Anlass, zur Ausweitung der vom SGB VII, wie zuvor von der RVO, nur für den Fall der Heimpflege (zuvor Anstaltspflege) vorgesehenen Möglichkeit zur Kürzung der Verletztenrente im Wege der Analogie.

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 15. Februar 2019 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass der Tenor des Urteils des Sozialgerichts Potsdam vom 15. Februar 2019 wie folgt gefasst wird:

„Der Bescheid der Beklagten vom 22. September 2016 sowie der Bescheid vom 27. März 2017, soweit darin für die Zeit ab dem 01. Juni 2017 eine Kürzung der Verletztenrente um 448,40 € monatlich vorgenommen worden ist, und der Widerspruchsbescheid vom 31. August 2017 werden aufgehoben.“

Die Beklagte hat auch die dem Kläger entstandenen notwendigen außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer Minderung der dem Kläger gewährten Verletztenrente.

Der im Jahr 1999 geborene Kläger war im Jahr 2013 Schüler und als solcher bei der Beklagten gesetzlich unfallversichert. Am 18. Januar 2013 erlitt er auf dem Weg von der Schule nach Hause als Insasse eines PKW bei einem Verkehrsunfall ein Polytrauma u.a. mit schweren Kopfverletzungen und Schädel-Hirn-Trauma Grad III. Nach operativer und intensivmedizinischer Behandlung im C C V Klinikum (vgl. Arztbrief vom 07. Februar 2013) wurde die Behandlung ab dem 12. Februar 2013 bis zum 28. Januar 2016 im Neurologischen Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche – H Klinik H - fortgesetzt, aus der er mit den Diagnosen „schwere kognitive Beeinträchtigung (Wachkoma), spastische Tetraparese und symptomatische Epilepsie“ in die häusliche Pflege entlassen wurde (Bericht vom 23. Februar 2016). Seitdem lebt der Kläger in einem von seinen Eltern speziell für seine Pflegebedürfnisse erbauten Wohnhaus Gstr. 31, K, an dem ihm ein dinglich gesichertes lebenslanges unentgeltliches Wohnungs- und Mitbenutzungsrecht gemäß § 1093 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) eingeräumt worden war, wobei die Eigentümer sich zur Tragung sämtlicher öffentlicher Lasten für das Grundstück, insbesondere Steuern und Versicherungen, verpflichtet hatten (vgl. notarielle Urkunde vom 26. Februar 2014 Abschnitt IV). Ein behinderungsgerechter Umbau des in der Gstr., K, ca. 70 m entfernt gelegenen Elternhaus des Klägers hatte sich als nicht praktikabel erwiesen.

Die Beklagte erkannte den Unfall als versicherten Schulwegeunfall an, übernahm die Behandlungskosten und unterstützte den Kläger und seine Eltern umfassend finanziell bei der Schaffung eines behinderungsgerechten Lebensumfeldes durch Gewährung von Wohnungshilfe in Höhe von 72.901,93 € (vgl. Bescheide vom 17. Juni 2014 – vorläufige Höhe - und vom 06. Juli 2018 – endgültige Höhe -), von Kraftfahrzeug-Hilfe in Höhe von 18.329,26 € (vgl. Bescheid vom 18. Oktober 2016) sowie Versorgung mit den benötigten Hilfsmitteln. Zudem übernahm sie die Kosten für eine 24-stündige häusliche Intensivpflege, für notwendige Hygieneartikel und für die Ernährung des Klägers (vgl. Bescheid vom 22. September 2016 über die Gewährung von Hauspflege ab dem 26. Januar 2016 in Form einer 24-Stunden-Intensivpflege durch den von der Beklagten beauftragten ambulanten Pflegedienst der J-Gruppe, Pflegevertrag vom 19./ 25. Februar 2016 mit der J-Gruppe <26.000,- € monatlich>, z.Bsp. Abrechnungen der Fa. F vom 17. Mai und 28. Juni 2017 für Sondernahrung incl. Pumpe ca. 840,- bis 940,- € monatlich).

Des Weiteren gewährte sie dem Kläger ab dem 19. Januar 2013 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 100 v.H. (Bescheid vom 06. August 2013) nebst einer Schwerverletztenzulage in Höhe von 10 v.H. (Bescheid vom 08. Januar 2014), die nach Anpassung zum 01. Juli 2016 einen Monatsbetrag von insgesamt 765,92 € ergaben (vgl. Rentenanpassungsmitteilung vom 25. Mai 2016). Zusätzlich erhält der Kläger eine Entschädigung für außergewöhnlichen Kleider-Wäsche-Verschleiß, die ab dem 01. Juli 2016 101,- € betrug (vgl. Rentenanpassungsmitteilung vom 25. Mai 2016).

Mit Schreiben vom 22. Juli 2016 hörte die Beklagte den Kläger bzw. seine gesetzlichen Vertreter zu einer beabsichtigten Kürzung der Verletztenrente auf 722,- € monatlich an unter Hinweis auf die Ersparnis von Aufwendungen und eine entsprechende Kürzungsmöglichkeit nach § 60 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) im Fall der Heimpflege.

Der anwaltlich vertretene Kläger trug mit Schreiben vom 15. August 2016 vor, seine Unterbringung sei nicht mit einer Heimpflege gleichzusetzen. Für eine Kürzung der Verletztenrente fehle es daher an einer gesetzlichen Grundlage. Eine analoge Anwendung der Regelung für den Fall der Hauspflege sei nicht zulässig.

Mit Bescheid vom 22. September 2016 minderte die Beklagte den Betrag der Verletztenrente incl. Schwerbehindertenzulage ab dem 01. Oktober 2016 auf 722,00 € monatlich. Zur Begründung berief sie sich auf die Möglichkeit der Minderung der Verletztenrente im Falle der Heimpflege nach § 60 SGB VII. Die gewählte Unterbringung sei, da sie die Errichtung des Eigenheims, in dem der Kläger ein lebenslanges Wohnrecht habe, mitfinanziert habe und zudem die Kosten für die Ernährung, Pflege und Behandlung trage, einer Unterbringung in einem Pflegeheim gleichzusetzen. Der Kläger habe keine Unterhaltsverpflichtungen oder sonstige Verpflichtungen, die eine besondere finanzielle Belastung darstellen würden und im Rahmen der Angemessenheitsprüfung zu berücksichtigen seien. Dem Kläger müsse jedoch zumindest ein Betrag in Höhe der Grundrente nach § 31 Bundesversorgungsgesetz (BVG) verbleiben, der ab dem 01. Juli 2016 bei einer MdE von 100 v.H. 722,- € betrage. Hiergegen erhob der Kläger durch seinen Prozessbevollmächtigten mit Schreiben vom 21. Oktober 2016 Widerspruch.

Mit Bescheid vom 27. März 2017 stellte die Beklagte den Jahresarbeitsverdienst wegen Vollendung des 18. Lebensjahres des Klägers mit Wirkung ab dem 01. Juni 2017 neu fest, ermittelte hieraus einen Monatsbetrag für die Verletztenrente in Höhe von 1.064,- € und für die Schwerverletztenzulage in Höhe von 106,40 €, setzte den monatlichen Rentenbetrag unter Verweis auf die Kürzung im Bescheid vom 22. September 2016 jedoch auf 722,00 € fest. Gegen die Fortführung der Kürzung erhob der Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Schreiben vom 25. April 2017 ebenfalls Widerspruch.

Durch Beschluss des Amtsgerichts B vom 11. Mai 2017 (83 XVII 15/17) wurden die Eltern des Klägers zu dessen Betreuern bestellt.

Mit Bescheid vom 22. Mai 2017 wurde die gekürzte Rente auf einen Betrag von 764,02 € zum 01. Juli 2017 angepasst, wogegen der Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Schreiben vom 06. Juni 2017 ebenfalls Widerspruch wegen der Kürzung erhob.

Zur Begründung der Widersprüche führte der Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Schreiben vom 01. August 2017 aus, dass die Unterbringung des Klägers nicht der Definition von Heimpflege in § 44 Abs. 5 SGB VII entspreche und dessen Pflege von externen Pflegekräften erbracht werde. Auch habe das unentgeltliche Wohnungsrecht nach § 1093 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) nicht zur Folge, dass die Eltern des Klägers sämtliche Kosten tragen müssten. Die Kostentragung sei nach dem notariellen Vertrag nur auf die öffentlichen Lasten beschränkt. Die Kosten der gewöhnlichen Unterhaltung der Wohnung wie auch die gebrauchsabhängigen Kosten habe der Kläger selbst zu tragen (§ 1041 BGB), d.h. Kosten für Abfall (157,84 € jährlich), Heizung (Abschlag Erdgas monatlich 81,- €), Wasser/Abwasser (Abschlag zweimonatlich 110,-€), Strom (Abschlag monatlich 80,-€), Hausratsversicherung (jährlich 197,74 €), Fahrstuhl (jährlich 547,11 € Notrufbereitschaft, 767,84 € Wartungsvertrag), Telefon (monatlich 35,- €). Hinzu kämen die Versicherungskosten für das zu seinem Transport angeschaffte KfZ (jährlich 780,91 €) und dessen Wartungs- und Treibstoffkosten (ca. 700,- €), so dass monatliche Belastungen in Höhe von ca. 500,- € beständen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 31. August 2017 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers im Wesentlichen unter Vertiefung ihres bisherigen Vorbringens zurück. Es läge im vorliegenden Fall eine atypische Heimpflege vor. Wertungsmäßig könne eine geeignete Einrichtung im Sinne des § 44 Abs. 5 SGB VII bei Zuhilfenahme der Anhaltspunkte aus § 71 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) auch dann gegeben sein, wenn ein gesicherter Bestand an sächlichen und personellen Mitteln vorhanden sei im Sinne einer privaten, höchstindividuellen Pflegeeinrichtung, die beides gewährleiste. Dies sei vorliegend mit dem durch ihre finanzielle Unterstützung speziell für die Pflegebedürfnisse des Klägers gebauten Wohnhaus incl. Pflege- und Therapiezimmer, ausgestattet mit allen notwendigen Hilfsmitteln, welches baulich-funktionell eine geeignete Einrichtung im Sinne von § 44 Abs. 5 SGB VII darstelle, der Fall. Der Aspekt einer Einrichtung „Verpflegung“ werde von ihr durch die kostenfrei als Sachleistung zur Verfügung gestellte Sondernahrung mit entsprechender Pumpe nebst Zubehör erfüllt. Ebenso würden die grundpflegerischen Maßnahmen im Bereich der Ernährung wie auch die 24-Stunden-Rundumpflege incl. hauswirtschaftlicher Versorgung von dem beauftragten Pflegedienst im Rahmen des Pflegevertrages erbracht. Der hierbei gewährte Betreuungsschlüssel von 1:1 als Intensivpflege stelle gegenüber einer herkömmlichen stationären Pflegeeinrichtung sogar ein Mehr an Betreuungs- und Pflegeintensität und –qualität dar, was den Schluss rechtfertige, dass es sich wertungsmäßig ebenfalls um eine Pflegeeinrichtung zur höchstpersönlichen Bedürfniserfüllung handele. Soweit zur Vermeidung von Spastiken und zur Minderung des Tonus auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Sinne der zustandserhaltenden Pflege in speziellen Räumlichkeiten des Hauses (Bad und Therapieraum) erbracht würden, werde das gesetzgeberische Anliegen in § 44 Abs. 5 SGB VII mit der erforderlichen Hilfe auch in funktioneller Hinsicht als Beübung, und nicht nur rein pflegerisch, besonders verwirklicht. Zudem werde auch Kleider-Wäsche-Mehrverschleiß als Unterbringungsfaktor gewährt, sodass das Gesamtbild der Leistungen der Pflege insgesamt den Rechtscharakter einer atypischen, aber begrifflich nicht ausgeschlossenen Heimpflege verleihe. Da eine Minderung bis zur Hälfte der Verletztenteilrente einschließlich des Erhöhungsbetrages nach § 57 SGB VII möglich sei, sei die konkrete Minderung auf den Betrag der Grundrente nach § 31 BVG auch angemessen. Bei fehlenden finanziellen Verpflichtungen stehe dem Kläger auch unter Berücksichtigung der in der Widerspruchsbegründung geltend gemachten Lebensunterhaltungs-, Verbrauchs-, Versicherungs- und Treibstoffkosten mit max. 515,- € monatlich nach der Kürzung auf 722,- € bzw. ab Juli 2017 rechtmäßig auf 736,- € noch ein Betrag über 200,- € monatlich für persönliche Bedürfnisse bzw. zur Vermögensbildung zur Verfügung. Daher seien Ermessensfehler bei der Kürzungsentscheidung nicht zu erkennen. Zudem könnten zukünftigen Änderungen in den Verhältnissen über § 48 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) Rechnung getragen werden.

Am 04. Oktober 2017 hat der Kläger vor dem Sozialgericht Potsdam (SG) Klage erhoben. Er hat sein bisheriges Vorbringen vertieft und darüber hinaus vorgetragen, die Beklagte habe im Rahmen ihrer Ermessensentscheidung die notwendigen monatlichen Ausgaben des Klägers nicht angemessen berücksichtigt. Es würden noch weitere regelmäßige Kosten für Kleidung, Wäsche und Kosmetik, Friseur (monatlich 15,- €) und Aromatherapie (monatlich 40,- €) anfallen. Er spare allenfalls die Kosten für die Sondernahrung, was jedoch eine Kürzung in Höhe von 493,27 € nicht rechtfertige.

Zudem hat der Kläger mit Schreiben vom 05. Oktober 2017 bei der Beklagten Widerspruch gegen den nach Anhörung vom 09. August 2017 erlassenen Bescheid vom 21. September 2017 über die teilweise Rücknahme des Rentenanpassungsbescheides vom 22. Mai 2017 mit Wirkung ab dem 01. September 2017 erhoben, in dem unter Berücksichtigung des zum 01. Juli 2017 auf 736,- € erhöhten Grundrentenbetrages gemäß § 31 BVG bei einer MdE von 100 v.H. eine Kürzung um 476,42 € monatlich auf 736,- € beschieden wurde. Auf Vorschlag der Beklagten hat sich der Kläger mit einem Ruhen des Widerspruchsverfahrens bis zum Abschluss des vorliegenden Streitverfahrens einverstanden erklärt.

Mit Bescheid vom 11. Juni 2018 ist die gekürzte Verletztenrente zum 01. Juli 2018 auf einen Betrag von 760,- € angepasst worden, wogegen der Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Schreiben vom 22. Juni 2018 Widerspruch wegen der Kürzung um 493,27 € erhoben hat.

Das SG hat durch Urteil vom 15. Februar 2019 den Bescheid der Beklagten vom 22. September 2016 in der Fassung der Bescheide vom 27. März 2017, 22. Mai 2017 und 11. Juni 2018 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. August 2017 aufgehoben und der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers auferlegt. Zu Begründung hat es ausgeführt, die Beklagte sei nicht zur Kürzung der dem Kläger gewährten Verletztenrente berechtigt. Für die vorgenommene Kürzung bestehe keine gesetzliche Grundlage. Entgegen der Ansicht der Beklagten ergebe sich aus § 60 SGB VII keine entsprechende Befugnis.

Gem. § 60 SGB VII könne der Unfallversicherungsträger für die Dauer einer Heimpflege von mehr als einem Kalendermonat die Rente um höchstens die Hälfte mindern, soweit dies nach den persönlichen Bedürfnissen und Verhältnissen des Versicherten angemessen sei. Aus §

44 Abs. 5 SGB VII ergebe sich, dass im Rahmen der nach dem SGB VII zu erbringenden Pflegeleistungen zwischen Pflegegeld, Hauspflege durch Stellung einer Pflegekraft und Heimpflege in Form der Gewährung der erforderlichen Hilfe mit Unterkunft und Verpflegung in einer geeigneten Einrichtung unterschieden werde. Aus dem Wortlaut des § 44 Abs. 5 SGB VII ergebe sich, dass das entscheidende Differenzierungsmerkmal zwischen Hauspflege und Heimpflege die Unterbringung des Pflegebedürftigen sei. Hauspflege werde ambulant im häuslichen Umfeld und Heimpflege stationär oder teilstationär außerhalb des häuslichen Umfeldes des Pflegebedürftigen erbracht. Anders ließen sich die unterschiedlichen Begriffe „Haus" und „Heim" bzw. „Einrichtung" nicht erklären.

Diese Auslegung werde durch die Reglungen des SGB XI und die dort geregelte Systematik der Pflegeleistungen gestützt. Diese Strukturen würden durch die Beklagte im Rahmen der Erbringung von Pflegeleistungen genutzt.

Eine stationäre Pflegeeinrichtung sei gem. § 71 Abs. 2 SGB XI eine selbständig wirtschaftende Einrichtung, in der Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt würden und voll- oder teilstationär untergebracht werden könnten. Demgegenüber seien ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne des § 71 Abs. 1 SGB XI selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 SGB XI versorgten. Aus der Gegenüberstellung werde insgesamt deutlich, dass eine Heimpflege im Sinne des § 44 Abs. 5 SGB VII nicht im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen erfolgen könne.

Der Kläger werde durch die Beklagte mittels eines ambulanten Pflegedienstes im Sinne des § 71 Abs. 1 SGB XI in seinem häuslichen Umfeld versorgt. Er werde daher gerade nicht im Rahmen von Heimpflege versorgt. Soweit die Beklagte vortrage, der Umfang der Versorgung des Klägers entspreche dem Umfang der Versorgung im Falle einer stationären Heimpflege, ändere dies am Charakter der Pflegeleistung als Hauspflege nichts.

Darüber hinaus eröffne allein der Umstand, dass der Umfang der erbrachten Leistungen gegebenenfalls denen einer stationären Heimpflege entspreche, nicht die Möglichkeit einer analogen Anwendung der Regelung des § 60 SGB VII auf Leistungen der Hauspflege. Bei der Kürzung der Verletztenrente des Klägers handele es sich um den teilweisen Entzug von Rechtspositionen und damit um einen Akt der Eingriffsverwaltung. Eine analoge Anwendung des § 60 SGB VII würde gegen das im Bereich der Eingriffsverwaltung geltende verfassungsrechtliche Analogieverbot verstoßen. Die Grundsätze des Rechtsstaates forderten, dass Ermächtigungen der Exekutive zur Vornahme belastender Verwaltungsakte durch ein ermächtigendes Gesetz nach Inhalt, Gegenstand, Zweck und Ausmaß hinreichend bestimmt und begrenzt seien, so dass Eingriffe messbar und in gewissem Umfang für den Einzelnen voraussehbar und berechenbar würden. Zur Handlungsfreiheit des Einzelnen gehöre das Recht, nur aufgrund solcher Rechtsvorschriften mit einem Nachteil belastet zu werden, die formell und materiell verfassungskonform seien, und deshalb zur verfassungsmäßigen Ordnung gehörten. Verwaltungsbehörden seien daher nicht befugt, im Wege der analogen Anwendung selbst neue Eingriffstatbestände zu schaffen (vgl. dazu z.B. Verwaltungsgericht <VG> Magdeburg, Urteil vom 22. Februar 2018 - 2 A 721/17 -, Rn. 26, juris unter Hinweis auf Bundesverfassungsgericht <BVerfG>, Beschluss vom 14. August 1996 - 2 BvR 2088/93 -, NJW 1996, 3146; Bayerischer Verwaltungsgerichtshof <VGH>, Urteil vom 23. Februar 2016 - 10 BV 14.2353 -, juris).

Zudem verbiete sich eine analoge Anwendung des § 60 SGB VII, weil es an einer für eine analoge Anwendung zwingend erforderlichen planwidrigen Regelungslücke fehle.

§ 44 Abs. 5 SGB VII differenziere als legal definierende Norm ausdrücklich auf der Grundlage der Unterkunft des Pflegebedürftigen zwischen der ambulanten Hauspflege und der Heimpflege. § 60 SGB VII und § 44 Abs. 5 SGB VII seien zeitgleich in Kraft getreten. Im Rahmen der Gesetzesbegründung zu § 44 SGB VII und § 60 SGB VII werde ebenfalls ausdrücklich zwischen den Begrifflichkeiten differenziert und im Übrigen auf die bislang geltenden Regelungen der Reichsversicherungsordnung (RVO) verwiesen, die in § 558 RVO ausdrücklich zwischen Hauspflege und „Anstaltspflege" differenziert und die Kürzungsmöglichkeit nur für die „Anstaltspflege" vorgesehen habe (vgl. BT-Drucks. 13/2204, S. 86 und 90). Vor diesem Hintergrund seien jedenfalls keine Anhaltspunkte für eine durch den Gesetzgeber nicht beabsichtigte Regelungslücke im Gesetz erkennbar.

Die von der Beklagten zitierte höchstrichterliche Rechtsprechung sei auf den vorliegenden Fall nicht übertragbar. Das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 18. September 2011 - B 2 U 11/11 R - sei zu einem Leistungsbegehren und nicht im Rahmen der Eingriffsverwaltung ergangen. Zudem habe das BSG die analoge Anwendung einer Norm - nämlich des § 90 Abs. 1 SGB VII - im Ergebnis abgelehnt. Das Urteil des BSG vom 30. November 2017 - B 3 KR 11/16 R - helfe ebenfalls nicht weiter, da sich das BSG mit der Auslegung ganz anderer Begrifflichkeiten (hier dem Begriff des „sonstigen Ortes") auseinandergesetzt habe. Anders als der Begriff des sonstigen Ortes seien die Begriffe Hauspflege und Heimpflege gesetzlich definiert.

Schließlich helfe der Verweis der Beklagten auf die Systematik in anderen Gebieten des Sozialrechts nicht weiter. Unabhängig davon, ob sich aus anderen Büchern des SGB in vergleichbaren Fällen ggf. eine Kürzungsmöglichkeit ergeben würde, sei die Beklagte an die Regelungen des SGB VII gebunden. Solange sich eine analoge Anwendung der Regelungen des SGB VII wegen des Fehlens einer planwidrigen Regelungslücke verbiete, könnten Regelungen aus anderen Büchern des SGB nicht vergleichend herangezogen werden.

Gegen das ihr am 15. März 2019 zugestellte Urteil richtet sich die Beklagte mit ihrer am 12. April 2019 eingelegten Berufung. Unter Verweisung auf die im Widerspruchsbescheid dargelegten Gründe führt sie weiter aus, das SG verkenne den Begriff der Heimpflege in § 44 Abs. 5 SGB VII, der im Hinblick auf die Wortwahl „geeignet, Einrichtung“ offener gefasst sei als der Begriff der Anstaltspflege in § 558 RVO. Von daher lasse sich die Rechtsprechung des BSG zum geeigneten Ort im Sinne von § 37 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sehr wohl hierauf übertragen, ohne die Grenze des Wortlauts zu sprengen. Die mit Unterstützung des Unfallversicherungsträgers bei Einrichtung und Unterhaltung geschaffene individuelle Wohn- und Pflegeeinrichtung eines Schwerstverletzten könne daher unter den Begriff der geeigneten Einrichtung subsumiert werden. Zumal hier ein gesicherter dauerhafter Bestand an sächlichen und personellen (pflegerischen) Mitteln inclusive eines Ortes der Behandlungssicherungspflege geschaffen worden sei, der auch Aufenthalts- und Schlafräume nebst Küchenzeile für das im 24-Stundendienst anwesende Personal entsprechend den Anforderungen der Arbeitsstättenverordnung umfasse. Es sei daher eine Einrichtung geschaffen worden, die analog zu den Merkmalen einer stationären Pflegeeinrichtung in § 71 Abs. 2 SGB XI behandelt werden könne. Eine Wohnung im Sinne von § 71 Abs. 1 SGB XI setze unter Rückgriff auf § 36 SGB XI regelmäßig einen Haushalt mit der Fähigkeit zu eigenverantwortlicher Wirtschaftsfähigkeit voraus, was beim Kläger fehle. Es gehe hier auch nicht um eine analoge, sondern um die

originäre Anwendung des § 60 SGB VII und dessen Auslegung, insbesondere unter teleologischen Gesichtspunkten. Ihre Auffassung und Auslegung des typusoffenen Begriffes der geeigneten Einrichtung ermögliche innerhalb des Konzeptes von §§ 44, 60 SGB VII und der BSG-Rechtsprechung hierzu einen Formenwandel entsprechend demjenigen im Bereich der Pflegeversicherung.

Im Übrigen trage sie nicht nur die Kosten für die Sondernahrung, sondern sei sie auch bereit, sich an den Kosten des Betriebs und der Unterhaltung des geschaffenen Pflegeheimes in Gestalt von Strom und Heizung etc. zu beteiligen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 15. Februar 2019 aufzuheben

und die Klage abzuweisen

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Die Beklagte habe sich nur mit einem kleinen Anteil an der Finanzierung des Hausbaus bzw. dessen behinderungsgerechter Einrichtung beteiligt. Zudem nehme sie für alle von ihr erbrachten Leistungen vollen Regress bei der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers, so dass es schon an einem Schutzbedürfnis i.S.v. § 60 SGB VII fehle. Ohne ihre Beteiligung würde er die Rente vom Haftplichtversicherer ungekürzt neben allen anderen Leistungen erhalten, weil dieser keine Anrechnung vornehme.

Der Kläger hat die Mitteilung vom 21. Mai 2019 über die Rentenanpassung zum 01. Juli 2019 (Anpassung auf 784,- € monatlich unter Berücksichtigung einer Kürzung um 399,89 €) zur Gerichtsakte gereicht und mitgeteilt, dass er gegen die Fortsetzung der Kürzung Widerspruch erhoben habe.

Mit Bescheid vom 05. Mai 2020 hat die Beklagte den Jahresarbeitsverdienst wegen Vollendung des 21. Lebensjahres des Klägers mit Wirkung ab dem 01. Juni 2020 neu festgestellt und hieraus einen Monatsbetrag für die Verletztenrente in Höhe von 1.505,- € und die Schwerverletztenzulage in Höhe von 150,50 € ermittelt. Sie hat darauf verwiesen, dass eine Kürzung des Rentenbetrags auf den Grundrentenbetrag nach § 31 BVG erst nach Ausgang des hiesigen Berufungsverfahrens vorgenommen werden könne und daher erst dann eine endgültige Verfügung über den Betrag erfolgen dürfe.

Die Beklagte hat zudem zur Ermöglichung ihrer Regressnahme bei der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers die bisherigen Kürzungsbeträge der Verletztenrente rückwirkend ab dem 01. Oktober 2016 unter dem Vorbehalt der Rückforderung bei Rechtskrafteintritt der angefochtenen Bescheide an den Kläger ausgezahlt.

Die Beteiligten haben mit Schreiben vom 15. Januar 2021 (Beklagte) und 18. Januar 2021 (Kläger) folgendem, vom Senat mit Schreiben vom 12. Januar 2021 vorgeschlagenen Teilvergleich zugestimmt:

„1. Die Beklagte verpflichtet sich, für den Fall der rechtskräftigen Aufhebung ihrer auf § 60 SGB VII gestützten Entscheidungen über die Kürzung der dem Kläger gewährten Verletztenrente auf den Grundrentenbetrag nach § 31 BVG (Bescheid vom 22. September 2016 in der Fassung des Bescheides vom 27. März 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. August 2017) sämtliche, die Rentenanpassungen sowie Rentenneufeststellungen für den Leistungszeitraum ab Juli 2017 betreffenden Bescheide/Mitteilungen, die die Kürzung entsprechend fortsetzen, zu berichtigen und eine Kostenentscheidung bzgl. der hierzu erhobenen Widersprüche zu treffen.

2. Die Beteiligten sind sich darüber einig, dass die die Rentenanpassungen sowie Rentenneufeststellungen für den Leistungszeitraum ab Juli 2017 betreffenden Bescheide/Mitteilungen nicht mehr Gegenstand des vorliegenden Berufungsverfahrens sind.“

Zugleich haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen, die bei Entscheidungsfindung vorgelegen haben.

Entscheidungsgründe

Der Senat konnte gemäß §§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten mit Schriftsätzen vom 15. und 18. Januar 2021 ihr Einverständnis hiermit erklärt hatten.

Die frist- und formgerecht (§ 151 SGG) eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig, jedoch unbegründet.

Nachdem die Beteiligten den Streitgegenstand des Klage- und Berufungsverfahrens durch ihre Zustimmung (Schriftsätze vom 15. und 18. Januar 2021) zu dem vom Senat mit Schreiben vom 12. Januar 2021 vorgeschlagenen Teilvergleich begrenzt hatten, beschränkte sich das vom Kläger mit seiner Anfechtungsklage (§ 54 Abs. 1 SGG) verfolgte Klagebegehren auf die Aufhebung des ursprünglichen Kürzungsbescheides vom 22. September 2016 sowie die Teilaufhebung des Neufeststellungsbescheides vom 27. März 2017 soweit darin als weitere Regelung im Sinne von § 31 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) eine Kürzung des neu festgestellten höheren Rentenbetrages ausgesprochen worden war, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. August 2017. Insoweit war vom Senat eine Klarstellung des Tenors des erstinstanzlichen Urteils vorzunehmen, da das SG nach seiner Urteilsbegründung nur die Kürzungsentscheidung, nicht jedoch die den Kläger begünstigende Regelung nach § 31 SGBX über die Neufeststellung der Verletztenrente unter Zugrundelegung eines höheren Jahresarbeitsverdienstes aufheben wollte.

Das SG Potsdam hat zu Recht durch Urteil vom 15. Februar 2019 die angefochtenen Bescheide der Beklagten vom 22. September 2016 und 27. März 2017, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. August 2017, voll bzw. teilweise aufgehoben. Denn die Bescheide sind rechtswidrig und verletzen den Kläger in seinen Rechten, soweit darin die Kürzung der um die Schwerverletztenzulage nach § 57 SGB VII erhöhten Verletztenrente auf den der Grundrente nach § 31 BVG bei einer MdE von 100 v.H. entsprechenden Betrag verfügt worden ist.

Als Rechtsgrundlage für die vorgenommene Rentenkürzung kommt allein § 60 SGB VII in Verbindung mit § 44 Abs. 1 und 5 SGB VII in Betracht.

Gem. § 60 SGB VII kann der Unfallversicherungsträger für die Dauer einer Heimpflege von mehr als einen Kalendermonat die Rente um höchstens die Hälfte mindern, soweit dies nach den persönlichen Bedürfnissen und Verhältnissen der Versicherten angemessen ist. Zweck der Regelung ist die Vermeidung von Doppelleistungen, denn mit der Heimpflege übernimmt der Unfallversicherungsträger ihre gesamten Kosten, die zum Teil auch die notwendige Lebenshaltung abdecken, z. B. für Ernährung und Wohnung. Diese hätten sonst die Versicherten aus ihrem eigenen Einkommen aufzuwenden, zu dem auch die gewährte Verletztenrente gehört (vgl. Ricke in: Kasseler Kommentar, SGB VII, Stand September 2020, § 60 Rn. 2; Kranig in: Hauck/Noftz, SGB, 02/2017, § 60 SGB VII Rn. 2; Padé in: jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. Stand 06. Dezember 2013, § 60 Rn. 12 f.).

§ 60 SGB VII räumt dem Unfallversicherungsträger Ermessen sowohl hinsichtlich der Entscheidung, ob die Rente überhaupt gekürzt werden soll, als auch hinsichtlich der Höhe und des Zeitraums der Kürzung ein. Dabei hat der Unfallversicherungsträger sein Ermessen entsprechend dem Zweck der Ermächtigung auszuüben und die gesetzlichen Grenzen des Ermessens einzuhalten (§ 39 Abs. 1 Satz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch <SGB I>). Zwar unterliegt die Ermessensentscheidung des Unfallversicherungsträgers nach § 54 Abs. 2 Satz 2 SGG nur einer eingeschränkten gerichtlichen Überprüfung auf Ermessensfehler (vgl. Lange/Richter in: Eichenhofer/ von Koppenfels-Spies/Wenner, Kommentar zum SGB VII, 2. Auflage 2019, § 60 Rn. 6; Padé, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 20 ff.). Jedoch ergibt sich die Ausübung des Ermessens in der Regel bereits aus der Prüfung der „Angemessenheit“, einem unbestimmten Rechtsbegriff, der der vollen gerichtlichen Kontrolle unterliegt. Da das Ermessen durch das „angemessen“ eingeschränkt wird, besteht ein Vorrang der Angemessenheitsprüfung, d. h. ein Ermessen besteht also nicht mehr, wenn eine Kürzung nicht angemessen ist (vgl. Ricke, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 5; Kranig, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 8).

Die Angemessenheit stellt ab auf die Umstände des Einzelfalls und beurteilt sich nach den persönlichen Bedürfnissen und Verhältnissen des Versicherten, wie Familienverhältnissen, Unterhaltsverpflichtungen und sonstigen finanziellen Verpflichtungen, Einsparungen beim Lebensunterhalt aufgrund der Heimpflege, besondere Kosten für die Freizeitgestaltung, Dauer der Heimpflege, Mehrbelastungen durch die Heimpflege - z.B. Besuchsfahrten von Angehörigen – (vgl. Kranig, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 7; Ricke , a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 6; Padé, a. a. O., § 60 SGB VII Rn. 22; Sacher in: Lauterbach-Eiermann, UV-SGB VII, 4. Aufl. Stand August 2004, § 60 SGVB VII Rn. 10). Dagegen dürfen die Höhe der Kosten für die Heimpflege bei der Kürzungsentscheidung nicht berücksichtigt werden (vgl. Ricke, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 6; Kranig, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 7).

Hinsichtlich der Höhe der Kürzung wird vertreten, dass dem Versicherten der entsprechende Grundrentenbetrag nach § 31 BVG verbleiben sollte (vgl. Kunze in: Lehr- und Praxiskommentar <LPK>, SGB VII, 3. Auflage 2011, § 60 Rn. 4; Kranig, a. a. O., § 60 SGB VII Rn. 7). Der Kürzung zugrunde zu legen ist der nach §§ 56 bis 59 SGB VII festgestellte Zahlbetrag der Rente, d. h. der Rentenbetrag, der sich nach der Erhöhung um die Schwerverletztenzulage nach § 57 SGB VII ergibt (vgl. Kranig, a. a. O., § 60 SGB VII Rn. 9; Sacher, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 6). Dies ergibt sich u. a. daraus, dass § 60 SGB VII anders als etwa § 59 SGB VII insoweit keine Ausnahme vorsieht (vgl. Lange/Richter, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 5; Padé, a. a. O., § 60 SGB VII Rn. 19).

Die Kürzung der Verletztenrente nach § 60 SGB VII setzt jedoch als Tatbestandsmerkmal zwingend voraus, dass dem Versicherten wegen der Unfallfolgen vom Unfallversicherungsträger „Heimpflege“ gewährt wird. Insoweit ist auf die Definition des Begriffs „Heimpflege“ in § 44 SGB VII abzustellen (vgl. Kunze, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 2; Padé, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 15; Kranig, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 4; Sacher, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 3). Nach § 44 Abs. 1 SGB VII wird Versicherten, solange sie infolge des Unfalls so hilflos sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Hilfe bedürfen, Pflegegeld gezahlt, eine Pflegekraft gestellt oder Heimpflege gewährt. Auf Antrag der Versicherten kann statt des Pflegegeldes eine Pflegekraft gestellt (Hauspflege) oder die erforderliche Hilfe mit Unterkunft und Verpflegung in einer geeigneten Einrichtung (Heimpflege) erbracht werden (§ 44 SGB VII Abs. 5 Satz 1 SGB VI). Als Heimpflege wird danach – in Abgrenzung zur Hauspflege – die (aufgrund der bestehenden Hilflosigkeit im Sinne von § 44 Abs. 1 SGB VII) erforderliche Hilfe mit Unterkunft und Verpflegung in einer geeigneten Einrichtung angesehen (vgl. Kranig, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 4; Kunze, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 2; Sacher, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 3; Padé, a.a.O., § 60 SGB VII Rn. 15). Bei der Hauspflege stellt der Unfallversicherungsträger die Pflegekraft als Sach- bzw. Dienstleistung. Da er hierfür keine Personen beschäftigt, ist in der Regel ein selbständiger Dienstvertrag zwischen ihm und einer Pflegekraft nötig oder zwischen einer Pflegekraft und dem Versicherten, bei dem der Unfallversicherungsträger die Zahlungspflicht oder die Kostenerstattung übernimmt (vgl. Ricke in: Kasseler Kommentar, SGB VII, Stand September 2020, § 44 Rn. 14; Fischer in: jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. Stand 06. Dezember 2013, § 44 Rn. 59, 61, 62; Römer in: Hauck/Noftz, SGB, 09/2020, § 44 SGB VII Rn. 47, 48).

Vorliegend ist zunächst festzustellen, dass die Beklagte mit Bescheid vom 22. September 2016 dem Kläger auf dessen Antrag nach § 44 Abs. 5 SGB VII fortlaufend ab dem 26. Januar 2016 ausdrücklich „Hauspflege“ im Umfang von 24 Stunden täglich und nicht „Heimpflege“ gewährt hat. Die gewährte Hauspflege hat sie in dem Bescheid vom 22. September 2016 entsprechend den Vorgaben in § 44 SGB VII dahingehend konkretisiert, dass sie dem Kläger Pflegekräfte des ambulanten Pflegedienstes der J-Gruppe stellte. Dem liegt der am 19./ 25. Februar 2016 zwischen der Beklagten und der J-Gruppe gem. e. V. geschlossene Pflegevertrag über die Erbringung von Pflegeleistungen im häuslichen Bereich (Wohnung des Pflegebedürftigen) gegen eine pauschale Vergütung von 26.000,- € monatlich zugrunde.

Da die Beklagte entsprechend dem in § 44 Abs. 5 SGB VII normierten Wahlrecht des Versicherten zwischen Pflegegeld, Hauspflege oder Heimpflege mit Bescheid vom 22. September 2016 Rechnung getragen und sich für die beantragte Hauspflege entschieden hat, kann sie sich nach Auffassung des Senats sich schon aus diesem Grunde nicht auf § 60 SGB VII, der eindeutig an die Definitionen in § 44 SGB VII anknüpft, und damit auf das Vorliegen von „Heimpflege“ berufen.

Abgesehen davon, lebt der Kläger auch nicht in einer, dem Heimpflegebegriff des § 44 Abs. 5 SGB VII unterliegenden geeigneten stationären Einrichtung. Er lebt in dem von seinen Eltern auf deren eigenem Grundstück erbauten Wohnhaus, an dem ihm ein (unentgeltliches) lebenslanges alleiniges Wohnungs- und Mitbenutzungsrecht nach § 1093 BGB eingeräumt worden war. Demzufolge lebt er in einer eigenen Wohnung. Durch das eingeräumte Wohnrecht mindern sich zwar seine Wohnkosten, da er für die öffentlichen Lasten nicht aufkommen muss, jedoch hat er – wie in der Regel auch bei Anmietung eines Hauses üblich - die verbrauchsabhängigen Wohnkosten (Wasser, Müll, Strom, Heizung etc.) selbst zu tragen (vgl. Kazele in: beck-online Großkommentar, Stand Januar 2020, BGB § 1093 Rn. 191; Herrlen in: Palandt, BGB, 79. Aufl. 2020, § 1093 Rn. 10).

Allein der Umstand, dass die Beklagte die nach dem SGB VII vorgesehenen Hilfen gewährt hat, die eine Pflege Schwerverletzter im häuslichen Umfeld erst ermöglichen, wie die Gewährung von Wohnungshilfe zur Anpassung oder Bereitstellung behinderungsgerechten Wohnraums incl. Wohnraums für eine Pflegekraft (§ 41 Abs. 1 und 3 SGB VII), Kraftfahrzeughilfe zur Bewältigung notwendiger Transporte (§ 40 SGB VII) und Stellung von Pflegekräften als 24-Stunden-Intensivpflege, berechtigt noch nicht, abweichend von § 44 Abs. 5 SGB VII die gewährte Hauspflege nunmehr als Heimpflege zu werten.

Wie das SG bereits zutreffend dargelegt hat, bezieht sich der Begriff der Heimpflege auf stationäre oder teilstationäre Pflegeeinrichtungen, z.B. Pflege- oder Altersheime, mit Ausnahme der stationären Behandlung i.S.d. § 33 SGB VII (vgl. Ricke, a.a.O., § 44 SGB VII Rn. 14; Fischer, a.a.O., § 44 SGB VII Rn. 64; Bereiter-Hahn/Schieke/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, 5. Aufl. 1997, § 44 SGB VII Rn. 17). In § 44 SGB VII hat der Gesetzgeber letztlich die in der Vorgängerregelung des § 558 Abs. 2 RVO vorgenommene Differenzierung zwischen „Hauspflege“ und „Anstaltspflege“ fortgeführt und den veralteten Begriff der Anstalt durch den Begriff der Einrichtung bzw. des Heimes ersetzt. § 558 Abs. 2 RVO lautete: Die Pflege besteht 1. in der Gestellung der erforderlichen Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder auf andere geeignete Weise (Hauspflege) oder 2. in der Gewährung von Unterhalt und Pflege in einer geeigneten Anstalt (Anstaltspflege), wenn der Verletzte nicht widerspricht. Als geeignete Anstalt i.S.d. Anstaltspflege wurden Pflegeheime, Altersheime u.ä. angesehen (vgl. Lauterbach, Unfallversicherung, Stand Januar 1996, § 558 RVO Zif. 14; Ricke in: Kasseler Kommentar, RVO, Stand Juni 1996, § 558 RVO Rn. 9).

Auch das SGB XI differenziert zwischen der Gewährung von häuslicher und stationärer Pflege, wie sich aus § 71 SGB XI ergibt. Gemäß § 71 Abs. 1 SGB XI sind ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 SGB XI versorgen. Dagegen sind gem. § 71 Abs. 2 SGB XI stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in der Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und voll- oder teilstationär untergebracht werden können. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie pflegebedürftige

Menschen außerhalb ihres aktuellen oder bisherigen Wohnumfeldes betreuen (vgl. Groth in: Hauck/Noftz, SGB, 08/2018, § 71 SGB XI Rn. 13). Häusliche Pflege, die auch die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst, wird gemäß § 36 Abs. 4 Satz 1 SGB XI - in Abgrenzung zur stationären Pflege - in der eigenen Häuslichkeit des Pflegebedürftigen erbracht, wozu aber nicht nur der eigene Haushalt oder die eigene Wohnung, sondern auch andere Wohnformen, etwa Wohnen in einer Wohngemeinschaft, im betreuten Wohnen, in einer Altenwohnung u. ä. zählen, und zwar unabhängig von der Möglichkeit zur eigenen Haushaltsführung (vgl. Renn in: Gesundheitsrecht SGB V/ SGB XI, 2. Aufl. 2018, § 36 SGB XI Rn. 7; Wiegand in: jurisPK-SGB XI, 2. Aufl. 2017, § 36 Rn. 27, 28).

Sowohl im Unfallversicherungsrecht (§ 44 Abs. 5 SGB VII bzw. zuvor § 558 Abs. 2 RVO) als auch im Pflegeversicherungsrecht wird demzufolge schon seit je her zwischen der Pflege im (ggfs. erweiterten) häuslichen Bereich eines Pflegebedürftigen und der Pflege in einer stationären Einrichtung (Pflegeheim), die für die gleichzeitige Pflege – incl. Gewährung von Unterkunft und Verpflegung - von mehreren Pflegebedürftigen eingerichtet ist, unterschieden.

Ebenso wenig wie dem SG erschließt sich dem Senat, inwieweit die Auslegung des Begriffes des „sonstig geeigneten Ortes“ in § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V durch die Rechtsprechung des BSG (vgl. Urteile vom 25. Februar 2015 - B 3 KR 11/14 R - und 30. November 2017 - B 3 KR 11/16 R -, jeweils in juris) auf die Definition von Heimpflege in § 44 Abs. 5 SGB VII übertragbar sein könnte. § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V regelt, an welchen Orten Versicherten häusliche Krankenpflege im Form der Behandlungssicherungspflege gewährt wird. Nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V in der ab dem 01. April 2007 geltenden Fassung des GKV – Wettbewerbsverstärkungsgesetzes <GKV-WSG> vom 26. März 2007 (BGBl. I 378) erhalten Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen, neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, soweit weitere Voraussetzungen erfüllt sind. Wie das BSG in den von der Beklagten zitierten Entscheidungen vom 25. Februar 2015 (B 3 KR 11/14 R, juris Rn. 12 ff.) und 30. November 2017 (B 3 KR 11/16 R, juris Rn. 24 ff) unter Darstellung der historischen Entwicklung zum Anspruch auf häusliche Krankenpflege dargelegt hat, hat der Gesetzgeber mit der Einführung des Begriffs des „sonstigen geeigneten Ortes“ und der beispielhaften Aufzählung einzelner Orte eine „vorsichtige Erweiterung“ des Haushaltsbegriffs in Abgrenzung zum Aufenthalt in einer stationären Einrichtung vorgenommen. Denn nach der bis zum 31. März 2007 maßgeblichen Fassung von § 37 Abs. 1 und 2 SGB V erhielten Versicherte häusliche Krankenpflege (nur) in „ihrem Haushalt oder ihrer Familie“. Die Rechtsprechung sah sich durch den Gesetzeswortlaut gehindert, den Anspruch auf häusliche Krankenpflege darüber hinaus auch auf Zeiten des Aufenthalts in einer stationären Einrichtung auszudehnen, in der die Einrichtung dem Versicherten (vertraglich) keine umfassende Versorgung, d. h. auch mit Krankenpflege bzw. Behandlungssicherungs-pflege, schuldete (vgl. BSG, Urteil vom 25. Februar 2015 – B 3 KR 11/14 R – , juris Rn. 12). Dem Gesetzgeber ging es erkennbar um eine Erweiterung des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege durch eine Ausweitung der Aufenthaltsorte und Anpassung an neuere Wohnformen, insbesondere aber um die Vermeidung von Lücken im Zwischenbereich von ambulanter und stationärer Versorgung, dem er durch die Wahl eines offenen Begriffs „sonst geeigneter Ort“ Rechnung trug (vgl. BSG, Urteil vom 25. Februar 2015 – B 3 KR 11/14 R – , juris Rn. 16, 17,18). Dessen Konkretisierung im Einzelfall, ausgehend von dem Zweck der Vorschrift und dem Sicherungsbedürfnis (dem Versicherten die erforderliche, jedoch aufgrund seiner Wohnform nicht gesicherte, häusliche Krankenpflege zukommen zu lassen), überließ er (bewusst) der Rechtsprechung. Vorliegend geht es (der Beklagten) gerade nicht um eine Ausweitung der Orte, an denen (auch) Hauspflege nach § 44 SGB VII gewährt werden könnte. Vielmehr hat der Gesetzgeber in § 44 Abs. 1 und 5 SGB VII die Hauspflege in Abgrenzung zur Heimpflege dahingehend konkretisiert, dass dem Versicherten eine Pflegekraft (in der eigenen Häuslichkeit) gestellt wird.

Auch vermag der Senat - wie bereits das SG – nicht zu erkennen, wie die Rechtsprechung des BSG zu § 90 Abs. 1 Satz 1 SGB VII alter Fassung (Urteil vom 18. September 2012 – B 2 U 11/11 R -, juris) und die dortigen Ausführungen zum stimmigen Konzept des SGB VII betreffend die Ermittlung des Jahresarbeitsverdienstes und des berechtigten Personenkreises auf die in § 44 SGB VII vorgenommene Differenzierung zwischen Hauspflege und Heimpflege übertragbar sein könnte, zumal das BSG eine analoge Anwendung der Regelung in § 90 Abs. 1 Satz 1 alter Fassung geprüft und mangels Regelungslücke abgelehnt hatte, mit der Folge dass der Gesetzgeber später § 90 Abs. 1 Satz 1 SGB VII um die streitige Fallkonstellation erweitert hat.

Zutreffend hat das SG dargelegt, dass nach der Konzeption des SGB VII für eine analoge Anwendung des § 60 SGB VII auf den Fall der Gewährung einer 24-Stunden-Intensivpflege umfassenden Hauspflege nebst weiteren umfänglichen Hilfen zur Ermöglichung der Pflege in der eigenen Wohnung mangels Regelungslücke kein Raum ist. Insoweit verweist der Senat auf die als zutreffend erachteten Ausführungen des SG im angefochtenen Urteil vom 15. Februar 2019 (Seite 6 und 7) und sieht gem. § 153 Abs. 2 SGG von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab.

Lediglich ergänzend wird auf Folgendes hingewiesen: Der Umstand, dass im Rahmen der im SGB VII bestehenden Regelungen (§§ 26 ff) – wie zuvor auch schon in den Vorschriften der RVO (§§ 556 ff.) – betreffend die umfassende Leistungserbringung an Schwerstverletzte es bei häuslicher Pflege zu einem höheren Kostenaufwand für den Unfallversicherungsträger kommen kann als bei der Unterbringung des Verletzten in einer stationären Einrichtung, dürfte dem Gesetzgeber bei Einführung des SGB VII nicht unbekannt gewesen sein. Gleichwohl hat er mit § 44 Abs. 1 und 5 SGB VII an der bereits in § 558 Abs. 2 RVO vorgenommenen Differenzierung zwischen häuslicher Pflege (Hauspflege) und stationärer Pflege (Heim- bzw. Anstaltspflege) festgehalten und dementsprechend die Möglichkeit zur Kürzung der Verletztenrente nach § 585 RVO für die Dauer der Anstaltspflege (§ 558 Abs. 2 Nr. 2 RVO) für die Dauer der Heimpflege in § 60 SGB VII fortgeschrieben. Offensichtlich hatte er eine Erweiterung des Anwendungsbereiches der Kürzungsmöglichkeit von Verletztenrenten nicht gewollt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG und trägt dem Ausgang des Rechtsstreits Rechnung.

Die Revision war gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zuzulassen, da der Senat der Frage der Auslegung des Begriffes der Heimpflege in § 60 SGB VII i.V. m. § 44 Abs. 5 SGB VII grundsätzliche Bedeutung beimisst.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-05-17