

L 2 SO 228/24

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
2.
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 4 SO 2424/22
Datum
13.12.2023
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 2 SO 228/24
Datum
26.11.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zur örtlichen Zuständigkeit nach [§ 98 Abs. 2 Satz 1 SGB XII](#) bei der Erbringung von vollstationären Leistungen. Leitsatz: Auch bei einem tatsächlich kurzen Aufenthalt in einer neuen Unterkunft kann ein gewöhnlicher Aufenthalt begründet werden, wenn im Rahmen der Prognose von einem zukunftsreifen Verweilen „bis auf Weiteres“ ausgegangen werden konnte.

Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 13. Dezember 2023 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.

Der Streitwert wird endgültig auf 90.799,61 Euro festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Erstattung von an die Leistungsempfängerin G1 (im Folgenden G.) vom 15.04.2019 bis 08.05.2024 erbrachten Leistungen zur Hilfe zur Pflege, Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie Leistungen in Einrichtungen in Höhe von insgesamt 90.799,61 Euro.

Die 1947 geborene und 2024 verstorbene (vgl. Sterbeurkunde vom 17.05.2024, Bl. 37 LSG-Akte) G., lebte ursprünglich in der S1 Straße in N1, Landkreis E1, in einer eigenen Wohnung. Sie bezog neben einer Altersrente von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg vom Beklagten ab dem Jahr 2016 Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Bereits ab dem 01.01.2017 war bei der Leistungsempfängerin ein Pflegegrad 2 anerkannt (vgl. Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg [MDK] vom 29.05.2019, Bl. 50 SG-Akte). Außerdem waren ein Grad der Behinderung (GdB) von 80 sowie die Merkmale G und B anerkannt (vgl. Schwerbehindertenausweis gültig ab 24.07.2013, Bl. 10 Verwaltungsakte des Klägers [KI-VA]). Am 24.12.2018 erlitt G. einen Schlaganfall, der eine Hemiparese rechts und Dysarthrie zur Folge hatte. Sie befand sich im Anschluss an den stationären Krankenhausaufenthalt vom 21.01.2019 bis 08.02.2019 in stationärer Rehabilitation im Klinikum C1, Klinik für geriatrische Rehabilitation und physikalische Medizin (vgl. Rehaentlassbericht vom 08.02.2019, Bl. 53 LSG-Akte). Nachdem feststand, dass G. nach dem Schlaganfall nicht mehr in ihre ursprüngliche Wohnung zurückkehren konnte, organisierte ihre in H1 (Z2) lebende Tochter die Aufnahme in ein ambulant betreutes Wohnen (abW) in B1 (ebenfalls Z2), um G. mit der Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst und durch ihre Tochter zu ermöglichen, weiter selbstständig leben zu können. Der Mietvertrag für die Wohnung in B1 sowie der Betreuungsvertrag mit der B2 gGmbH wurden am 21.01.2019 (Bl. 24, 32 KI-VA) mit einem Vertragsbeginn zum 01.03.2019 unterzeichnet. G. zog sodann am 01.03.2019 in das abW ein. Die dortige Wohnsitzanmeldung erfolgte am 13.03.2019 (Bl. 8 KI-VA). Nachdem G. wiederkehrend in der Wohnung gestürzt war und danach auch hilflos am Boden lag, wurde sie am 15.03.2019 in die stationäre Pflegeeinrichtung „Z1“ in H2 (Z2) aufgenommen, zunächst in Rahmen einer Kurzzeitpflege (vgl. Heimvertrag vom 15.03.2019 über eine Kurzzeitpflege für die Dauer vom 15.03.2019 bis 14.04.2019, Bl. 68 KI-VA). Eine Rückkehr in das abW war aufgrund des Gesundheitszustandes letztlich nicht möglich, so dass entschieden wurde, die Leistungsempfängerin ab 15.04.2019 dauerhaft in dieser Pflegeeinrichtung zur vollstationären Pflege aufzunehmen. Dort lebte sie bis zu ihrem Tod.

Der Beklagte übernahm die Kosten für das abW ab dem 01.03.2019 bis einschließlich 31.03.2019 (vgl. [§ 98 Abs. 5 SGB XII](#)), nicht jedoch die Kosten für die vollstationäre Pflege (Schreiben vom 19.12.2019, Bl. 116 KI-VA, und Bescheid vom 30.01.2020, Bl. 140 KI-VA). Zur Begründung führte er aus, G. habe mit dem Beginn des abW ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Z2 begründet. Deswegen sei der Kläger für die vollstationäre Pflege nach [§ 98 Abs. 2 SGB XII](#) örtlich zuständiger Leistungsträger.

Der Kläger gewährte G. vor diesem Hintergrund ab dem 15.04.2019 vorläufig Leistungen nach dem SGB XII in Form von Leistungen nach dem 7. Kapitel - Hilfe zur Pflege - sowie 3. und 4. Kapitel - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen - (vgl. Bescheid vom 12.03.2020, Bl. 202 KI-VA).

Gleichzeitig machte der Kläger mit Schreiben vom 12.03.2020 Kostenerstattung beim Beklagten nach [§ 106 SGB XII](#) geltend (Bl. 204 KI-VA). G. habe ihren letzten gewöhnlichen Aufenthalt vor der Aufnahme ins Pflegeheim in N1 gehabt. G. sei zwar zum 01.03.2019 ins abW nach B1 gezogen. Nach [§ 98 Abs. 5 SGB XII](#) i.V.m. [§ 98 Abs. 1 SGB XII](#) sei hierfür der Beklagte zuständig gewesen, was dieser auch anerkannt habe. Bei einer Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung - hier habe sich die Leistungsempfängerin dann ab dem 15.04.2019 aufgehalten - sei dann derjenige Sozialhilfeträger örtlich zuständig, an dem der Leistungsempfänger zuvor seinen gewöhnlichen Aufenthalt gehabt habe, vgl. [§ 98 Abs. 2 SGB XII](#). Vor der Aufnahme in abW habe G. im Zuständigkeitsbereich des Beklagten gewohnt. Man gehe davon aus, dass G. einen gewöhnlichen Aufenthalt nicht während des Aufenthaltes im abW in B1 begründet habe.

Dieser Einschätzung trat der Beklagte mit Schreiben vom 02.04.2020 entgegen (Bl. 207 KI-VA). Man gehe unter Verweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 05.07.2018 ([B 8 SO 32/16 R](#)) davon aus, dass die Leistungsempfängerin im Betreuten Wohnen einen gewöhnlichen Aufenthalt begründet habe. Sie sei dort eingezogen mit der Absicht, ihren Lebensmittelpunkt dorthin zu verlegen. Sie habe dadurch einen neuen gewöhnlichen Aufenthalt im Zuständigkeitsbereich des Klägers begründet und den alten im Landkreis E1 beendet.

Am 23.12.2022 hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) Reutlingen Klage erhoben und vom Beklagten die Erstattung der Kosten für Leistungen nach dem SGB XII an G. begehrt. Er hat zur Begründung u.a. vorgetragen, dass der letzte gewöhnliche Aufenthalt vor der stationären Pflege im Zuständigkeitsbereich des Beklagten gelegen habe. Angesichts der Folgen des Schlaganfalls der G. verwundere, dass diese meinte, in einem abW ausreichend versorgt zu werden. Erwartungsgemäß sei der Aufenthalt der G. dort nur sehr kurz gewesen. G. sei im abW von Anfang an völlig falsch versorgt gewesen. Der Tochter sei es auch unter Berücksichtigung des Einsatzes eines ambulanten Pflegedienstes angesichts einer Fahrzeit von 17 Minuten zwischen H1 und B1 nicht möglich gewesen, die für ein Leben im abW nicht ausreichende Selbstständigkeit ihrer Mutter auszugleichen.

Der Beklagte ist dem Begehren entgegengetreten und hat u.a. ausgeführt, dass der Einzug in das abW längerfristig und zukunfts offen geplant gewesen sei. Dies reiche zur Begründung eines gewöhnlichen Aufenthalts aus. Der bei G. festgestellte Pflegegrad 3 schließe eine ambulante Pflege nicht aus. Dass das abW letztlich nicht funktioniert habe, sei ohne Bedeutung.

Das SG hat zunächst mit Einverständnis der bevollmächtigten Tochter von G (vgl. Vollmachtsurkunde vom 05.01.2019, Bl. 266 KI-VA, sowie Erklärung vom 31.07.2023, Bl. 35 SG-Akte) die Verwaltungsakten der zuständigen Pflegekasse beigezogen (vgl. Bl. 44 SG-Akte). Darin ist u.a. das Pflegegutachten vom 29.05.2019 enthalten, welches auf einer ambulanten Begutachtung am selben Tag beruhte. Hieraus lässt sich entnehmen, dass der Pflegegrad zum 01.01.2019 rückwirkend auf Pflegegrad 3 erhöht wurde. Weiter wurde darin angegeben, dass G. vom Betreuten Wohnen aus zuerst zur Kurzzeitpflege aufgenommen wurde, inzwischen aber sicher sei, dass sie dauerhaft in der Pflegeeinrichtung bleibe. G. habe berichtet, dass sie vor dem Schlaganfall am Rollator noch selbstständig gehfähig gewesen sei. Durch den Schlaganfall habe sich die Gehfähigkeit hochgradig verschlechtert und sie sei überwiegend auf den Rollstuhl angewiesen. Sie beklage starke Schmerzen in den Beinen. Desweiteren habe sie erst wieder lernen müssen, ihre Arme für alltägliche Verrichtungen benutzen zu können. Die Sprachstörung habe sich weitestgehend zurückgebildet. Einschränkungen wurden vor allem im Bereich der Mobilität und bei der Selbstversorgung und hier vor allem beim Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden sowie der Benutzung einer Toilette und der Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz angegeben.

Der Beklagte hat zudem mit Schreiben vom 16.11.2023 die Tochter der G. zum gesundheitlichen Zustand zum Zeitpunkt der Aufnahme ins abW befragt (Bl. 432 KI-VA). Hierauf hat die Tochter mit Schreiben vom 07.12.2023 erwidert, dass nach dem erlittenen Schlaganfall klar gewesen sei, dass G. auf mehr Hilfe angewiesen und die Betreuung im abW mit Pflegedienst und Unterstützung durch sie geplant gewesen sei. Der Umzug ins abW habe die „Selbstständigkeit“ von G. aufrecht erhalten sollen. Leider sei es dann aber zu Stürzen gekommen und trotz aller Bemühungen habe sich der Gesundheitszustand zusehends verschlechtert, so dass die Kurzzeitpflege zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes notwendig geworden sei. Der Wunsch nach Stabilisierung habe sich dann bedauerlicherweise nicht erfüllt und G. habe nicht ins abW zurückkehren können.

Mit Urteil aufgrund mündlicher Verhandlung vom 13.12.2023 hat das SG den Beklagten verurteilt, dem Kläger die Kosten für Leistungen nach dem SGB XII an G. für die Zeit vom 15.04.2019 bis 31.12.2022 in Höhe von 75.819,91 Euro sowie ab dem 01.01.2023 dem Grunde nach zu erstatten. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, dass Rechtsgrundlage des geltend gemachten Erstattungsanspruchs [§ 106 Abs. 1 S. 1 SGB XII](#) sei. Danach habe der nach [§ 98 Abs. 2 Satz 1 SGB XII](#) zuständige Träger der Sozialhilfe dem nach [§ 98 Abs. 2 Satz 3 SGB XII](#) vorläufig leistenden Träger die Aufwendungen zu erstatten. Die Voraussetzungen dieser Norm seien vorliegend erfüllt. Hinsichtlich der Höhe der geltend gemachten Erstattungsforderung bestehe zwischen den Beteiligten kein Streit. Anhaltspunkte für Fehler bei deren Berechnung seien für die Kammer nicht ersichtlich. Der Kläger habe seit dem 15.04.2019 vorläufige Leistungen an G. gewährt. Allerdings sei der Beklagte für die Leistungsgewährung an G. ab dem 15.04.2019 örtlich zuständiger Träger gewesen.

Dies ergebe sich aus [§ 98 Abs. 2 Satz 1 SGB XII](#), wonach für die stationären Leistungen der Träger der Sozialhilfe örtlich zuständig sei, in dessen Bereich die Leistungsberechtigten ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Zeitpunkt der Aufnahme in die Einrichtung haben oder in den letzten zwei Monaten vor der Aufnahme zuletzt gehabt hätten. Den gewöhnlichen Aufenthalt habe gemäß [§ 30 Abs. 3 Satz 2](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) jemand dort, wo er sich unter Umständen aufhalte, die erkennen ließen, dass er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweile. Aufenthalt sei die rein tatsächliche Anwesenheit oder das tatsächliche Verweilen. Ob sich jemand gewöhnlich an einem Ort oder in einem Gebiet aufhalte oder nur vorübergehend dort verweile, sei im Rahmen einer vorausschauenden Prognose zu entscheiden. Diese habe alle mit dem Aufenthalt verbundenen Umstände zu berücksichtigen, bei denen es sich um subjektive, objektive, tatsächliche und rechtliche Umstände handeln könne. Es komme dabei nicht allein auf den Willen der maßgeblichen Person an, sondern auf die Gesamtwürdigung aller entscheidungserheblichen Tatsachen, die zu Beginn und während der Dauer des streitigen Zeitraums vorgelegen hätten. Gefordert werde ein Zustand, der nach seinen objektiven Gegebenheiten auf eine gewisse Stetigkeit und

Regelmäßigkeit des Verhaltens in Bezug auf den Aufenthaltsort schließen lasse. Dieser liege bereits dann vor, wenn und solange der Aufenthalt nicht auf Beendigung, sondern zukunfts offen „bis auf weiteres“ angelegt sei.

Unter Berücksichtigung dieser rechtlichen Vorgaben und Kriterien sei die Kammer zu der Überzeugung gelangt, dass G. in der Zeit vom 01.03 bis 15.04.2019 keinen gewöhnlichen Aufenthalt im Z2 begründet habe.

Hinsichtlich der Zeit vom 15.03. bis 15.04.2019, in der sich G. in einer Kurzzeitpflege im Z2 befunden habe, ergebe sich dies aus dem gemäß § 42 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) definitionsgemäß vorübergehenden Charakter dieser Form der Pflege. Doch auch während des Aufenthalts im abW vom 01.03. bis 15.03.2019 habe kein gewöhnlicher Aufenthalt der G. im Z2 vorgelegen. Dabei stehe für die Kammer fest, dass sich G. ab dem 01.03.2019 zukunfts offen und dauerhaft im Z2 aufhalten wollte und dieser Wille durch den Vertragsschluss mit dem Träger des abW objektiviert sei. Die oben dargelegten subjektiven Voraussetzungen für die Begründung eines gewöhnlichen Aufenthalts im Z2 seien daher ab dem 01.03.2019 unzweifelhaft erfüllt. Dies sei für die Begründung eines gewöhnlichen Aufenthalts aber nicht ausreichend, denn - wie dargelegt - seien im Rahmen einer Gesamtwürdigung auch die objektiven Umstände zu berücksichtigen. Insoweit teile die Kammer die Auffassung des Klägers, dass G. im abW objektiv betrachtet von Anfang an völlig falsch versorgt gewesen sei, was von ihr und ihrer Tochter verkannt worden sei. Zwar schließe der bei G. festgestellte Pflegegrad 3 nicht per se den Verbleib in einer eigenen häuslichen Umgebung oder einem abW aus. Bei G. sei ein abW jedoch von Anfang an ungeeignet gewesen. Ihre dazu nicht ausreichende Selbstständigkeit habe sich in mehreren Stürzen mit nachfolgenden Situationen der Hilflosigkeit objektiviert, die von dem ambulanten Pflegedienst und der Tochter, die zwar halbwegs in der Nähe gewohnt habe, aber eben nicht vor Ort gewesen sei, nicht habe aufgefangen werden können. Wie hilflos die Situation gewesen sei, habe sich in dem Umstand gezeigt, dass bereits nach gerade einmal zwei Wochen das abW abgebrochen worden sei. Vor diesen Fakten könne man bei der Prüfung, ob ein gewöhnlicher Aufenthalt begründet wurde, nicht die Augen verschließen. Die objektiven Umstände schlossen die Begründung eines gewöhnlichen Aufenthalts im abW aus.

Mangels der Begründung eines gewöhnlichen Aufenthalts der G. im Z2 vor dem 15.04.2019 sei damit im Rahmen des § 98 Abs. 2 Satz 1 SGB XII auf ihren bis 01.03.2019 - also innerhalb der Zwei-Monats-Frist - bestehenden gewöhnlichen Aufenthalt im Landkreis E1 abzustellen. Damit sei der Beklagte für die stationären Leistungen an G. örtlich zuständiger Träger.

Gegen das dem Beklagten am 05.01.2024 (Bl. 202 SG-Akte) gegen elektronisches Empfangsbekanntnis zugestellte Urteil hat dieser am 11.01.2024 Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg erhoben (Bl. 3 LSG-Akte) und ausgeführt, dass das SG zwar zutreffend festgestellt habe, dass für die Begründung eines gewöhnlichen Aufenthalts die objektiven und subjektiven Umstände des Einzelfalles zu betrachten seien. Es habe jedoch im Rahmen der Gesamtschau die objektiven Gründe in rechtlich unzutreffender Weise derart ausgelegt, dass die gewählte ambulante Wohnform in B1 von vornherein zum Scheitern verurteilt gewesen sei. Dies sei nicht richtig, denn vorliegend hätten bei der Leistungsempfängerin die objektiven und subjektiven Umstände eines gewöhnlichen Aufenthalts in B1 vorgelegen. Die Versorgung im abW sei vielmehr darauf ausgelegt gewesen, auch längerfristig in der Wohnung bleiben zu können. Die Leistungsempfängerin habe den geäußerten Willen des Umzuges verwirklicht, sei in die neue Wohnung eingezogen und habe auch eine Ummeldung des Wohnortes durchgeführt. Es sei daher von einem zukunfts offenen Aufenthalt auszugehen. Zur Erfüllung der Voraussetzungen sei eine gewisse Dauer nicht notwendig. Auch die betreuende Tochter habe sich dahingehend geäußert, diesen Ort zum Mittelpunkt der Lebensbeziehungen machen zu wollen. Für die Begründung eines gewöhnlichen Aufenthalts müsse die Absicht bestehen, an diesem Ort nicht nur vorübergehend zu bleiben, auch wenn später unvorhergesehene Umstände die Aufgabe des Aufenthalts in kürzerer Zeit erforderten. Daher führe im vorliegenden Fall auch der relativ kurze Aufenthalt im abW zur Begründung eines gewöhnlichen Aufenthalts in B1. Dass es sich bei der Versorgungsform des abW von Anfang an um die falsche Versorgungsform gehandelt habe, könne zudem weder den MDK-Gutachten noch den vorliegenden Unterlagen entnommen werden.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 13. Dezember 2023 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angegriffene Urteil für zutreffend.

Die Berichterstatterin hat mit den Beteiligten am 18.09.2024 einen Termin zur Erörterung des Sachverhaltes durchgeführt. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Sitzungsniederschrift Bezug genommen (Bl. 41 LSG-Akte).

Der Beklagte hat im Nachgang mit Schreiben vom 20.09.2024 (Bl. 44 LSG-Akte) die Pflegedokumentation (Bl. 45 LSG-Akte) des eingesetzten Pflegedienstes während der Zeit des abWs der Leistungsempfängerin vorgelegt und ausgeführt, dass hieraus ersichtlich werde, dass nach Einzug im abW lediglich geringe Leistungen in Anspruch genommen worden seien.

Mit Schreiben vom 25.09.2024 (Bl. 50 LSG-Akte) hat der Kläger unter Auflistung der für G. erbrachten Ausgaben und der erhaltenen Einnahmen mitgeteilt, dass man für die Zeit vom 15.04.2019 bis zum Tod der G. (08.05.2024) Leistungen in Höhe von insgesamt 90.799,61 Euro erbracht habe.

Auf Nachfrage der Berichterstatterin hat die Tochter der Leistungsempfängerin mit Schreiben vom 26.09.2024 (Bl. 52 LSG-Akte) den Rehaentlassungsbericht des Klinikums C1 vorgelegt. Weitere medizinische Unterlagen seien nicht mehr vorhanden. Aus dem Rehaentlassungsbericht geht u.a. hervor, dass G. sich dort vom 21.01.2019 bis 08.02.2019 zur stationären Rehabilitation befand. Die Ärzte der dortigen Klinik beschreiben in diesem Bericht, dass G. bei klarem Bewusstsein, zu allen Qualitäten gut orientiert gewesen sei und kein Verdacht auf kognitive Einschränkungen bestanden habe. G. habe motiviert an den Therapien teilgenommen und gute Fortschritte erzielen können, allerdings seien die Rehabilitationsziele nicht vollständig erreicht worden. Formal sei das Sturzrisiko noch leicht erhöht, die Mobilität noch alltagsrelevant eingeschränkt. Man empfehle dringend weitere physiotherapeutische und ergotherapeutische Behandlung. G. kehre nun ins häusliche Umfeld zurück, wo sie zunächst von ihren Kindern versorgt werde. Zum 01.03.2019 sei der Umzug ins abW geplant.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogenen

Akten der Beteiligten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die gemäß [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung des Beklagten ist auch im Übrigen zulässig. Insbesondere ist sie gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegt worden. Sie bedurfte auch nicht der Zulassung, da der Kläger einen Erstattungsanspruch von 90.799,61 Euro und damit einen Betrag von mehr als 10.000,00 Euro (vgl. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#)) geltend macht.

Gegenstand des vorliegenden Berufungsverfahrens ist das Begehren des Klägers auf Erstattung der an G. erbrachten Sozialhilfeaufwendungen für die Zeit ab dem 15.04.2019. Nachdem G. inzwischen verstorben ist, ist das Erstattungsbegehren vom Kläger folgerichtig auf die Zeit bis zum 08.05.2024 beschränkt und somit auf insgesamt 90.799,61 Euro beziffert worden.

Einer Beiladung der Leistungsempfängerin bzw. ihrer Rechtsnachfolger bedurfte es nicht. Gemäß [§ 75 Abs. 2](#) 1. Alternative SGG sind Dritte beizuladen, wenn sie an dem streitigen Rechtsverhältnis derartig beteiligt sind, dass die Entscheidung auch ihnen gegenüber nur einheitlich ergehen kann. Im Erstattungsstreit zwischen zwei Leistungsträgern bedarf es der Beiladung des Leistungsempfängers nur, wenn sich die Erfüllungsfiktion nach [§ 107](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) auf weitere Rechte des Leistungsempfängers auswirkt (BSG, Urteil vom 18.11.2014 - [B 1 KR 12/14](#) - juris, Rn. 9 m.w.N.). Hat der Berechtigte die Leistung aber bereits erhalten, kann er diese nicht noch einmal beanspruchen. Hat die Entscheidung über die Erstattungsforderung keine Auswirkung auf seine Rechtsposition, ist eine notwendige Beiladung nicht erforderlich. So liegt der Fall hier. Die Leistungsempfängerin hat vom Kläger bereits Sozialhilfeleistungen erhalten und kann diese Leistungen - unabhängig vom Ausgang des vorliegenden Erstattungsrechtsstreits - weder nochmals von den hier Beteiligten beanspruchen noch kommt in Betracht, dass sie dem Kläger die erbrachten Leistungen erstatten müsste. Vorliegend geht es lediglich noch um die Verteilung leistungsrechtlicher Verpflichtungen zwischen Leistungsträgern (vgl. auch BSG, Urteil vom 25.04.2013 - [B 8 SO 6/12 R](#) - juris Rn. 10).

Die Berufung des Beklagten ist begründet. Das SG hat den Beklagten zu Unrecht zur Erstattung der vom Kläger an G. erbrachten Sozialhilfeleistungen verurteilt. Denn die auf die Erstattung der klägerseits an G. bewilligten Leistungen gerichtete Klage ist zwar als (echte) Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, aber unbegründet. Dem Kläger steht gegen den Beklagten kein Anspruch auf Erstattung von Sozialhilfeaufwendungen für G. für die Zeit vom 15.04.2019 bis 08.05.2024 zu.

Als Rechtsgrundlage für das klägerische Erstattungsbegehren kommt [§ 106 SGB XII](#), der eine besondere Lastenausgleichsregelung und gegenüber den [§§ 102 ff.](#) SGB X eine spezielle Regelung enthält (vgl. Böttiger in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 4. Aufl., [§ 106 SGB XII](#) [Stand: 01.05.2024], Rn. 13), in Betracht. Der tatbestandliche Anwendungsbereich des [§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) ist eröffnet, weil der Kläger an G. (vorläufig) Leistungen nach dem SGB XII in Form von Leistungen nach dem 7. Kapitel - Hilfe zur Pflege- sowie 3. und 4. Kapitel - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen - für den hier streitigen Zeitraum vom 15.04.2019 bis 08.05.2024 in Höhe von insgesamt 90.799,61 Euro, deren Berechnung zwischen den Beteiligten unstreitig ist, erbracht hat.

Der Kläger als sachlich zuständiger Sozialhilfeträger ([§§ 3 Abs. 1](#) und 3, [97 Abs. 1](#) und 2 SGB XII i.V.m. [§§ 1, 2 SGB XII](#)-Ausführungsgesetz Baden-Württemberg) hat nach [§ 98 Abs. 2 Satz 3 SGB XII](#) zu Recht an G. vorläufig (Sozialhilfe-)Leistungen in Einrichtungen erbracht, weil sich diese in dessen Zuständigkeitsbereich tatsächlich aufgehalten und die Beteiligten über die örtliche Zuständigkeit nach deren stationärer Aufnahme in das Pflegeheim gestritten haben (vgl. BSG, Urteil vom 24.03.2015 - [B 8 SO 20/13 R](#) - juris Rn. 12; Urteil vom 17.12.2014 - [B 8 SO 19/13](#) - juris Rn. 13).

Jedoch ist der Beklagte entgegen der Auffassung des Klägers und des SG nicht der nach [§ 98 Abs. 2 Satz 1 SGB XII](#) zuständige Sozialhilfeträger betreffend die an G. erbrachten Sozialhilfeleistungen. Vielmehr ist hierfür auch endgültig der Kläger zuständig.

Die örtliche Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers bestimmt sich nach [§ 98 SGB XII](#). Nach [§ 98 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) ist der Träger der Sozialhilfe örtlich zuständig, in dessen Bereich sich die Leistungsberechtigten tatsächlich aufhalten. Sonderregelungen hinsichtlich der örtlichen Zuständigkeit bestehen u.a. für die Erbringung von vollstationären Leistungen. [§ 98 Abs. 2 Satz 1 SGB XII](#) weist die Erbringung von vollstationären Leistungen (vgl. BSG, Urteil vom 23.07.2015 - [B 8 SO 7/14 R](#) - juris, Rn. 15) demjenigen Träger der Sozialhilfe als örtlich zuständigem Träger zu, in dessen Bereich der Leistungsberechtigte seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Zeitpunkt der Aufnahme in die Einrichtung oder in den zwei Monaten vor der Aufnahme zuletzt gehabt hatte.

Nicht zur Anwendung kommt vorliegend die Zuständigkeitsregelung des [§ 98 Abs. 5 SGB XII](#), der eine Sonderregelung für die Zuständigkeit in ambulant betreuten Wohnformen enthält. Denn der Wortlaut des [§ 98 Abs. 5 SGB XII](#) lässt es nicht zu, bei einem Wechsel von einer betreuten Wohnform in eine Einrichtung mit stationärer Betreuung (sogenannte gemischte Ketten) die bisherige, auf Absatz 5 beruhende Zuständigkeit fortzuschreiben. Dem steht entgegen, dass sich die Zuständigkeit für stationäre Leistungen nach [§ 98 Abs. 2 Satz 1 oder Satz 2 SGB XII](#) richtet und auf den gewöhnlichen Aufenthalt vor Beginn der stationären Maßnahme abstellt. Auch der Wohnort im Rahmen einer ambulanten Betreuung i.S.d. [§ 98 Abs. 5 SGB XII](#) begründet in der Regel einen gewöhnlichen Aufenthalt, so dass der für diesen Ort zuständige Träger zwingend für die stationäre Leistung zuständig wird (Söhngen in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 4. Aufl., [§ 98 SGB XII](#) [Stand: 01.05.2024], Rn. 79). Es verbleibt demnach vorliegend dabei, dass es entscheidend auf den gewöhnlichen Aufenthalt vor Aufnahme in die stationäre Einrichtung ankommt.

Nach [§ 30 Abs. 3 Satz 2 SGB I](#) hat eine Person den gewöhnlichen Aufenthalt dort, wo sie sich unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass sie an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt. Für die Feststellung des Vorliegens eines gewöhnlichen Aufenthalts sind die mit dem Aufenthalt verbundenen Umstände des Einzelfalls festzustellen; im Rahmen einer vorausschauenden Betrachtung (Prognoseentscheidung) sind unter Berücksichtigung aller für die Beurteilung der künftigen Entwicklung im Zeitpunkt des Eintreffens am maßgeblichen Ort erkennbaren Umstände zu würdigen und als hypothetische Tatsache festzustellen, und zwar auch dann, wenn - wie hier - der gewöhnliche Aufenthalt rückblickend zu ermitteln ist (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18.04.2024 - [L 7 SO 1581/22](#) - juris, Rn. 40 mit Verweis auf BSG, Urteil vom 01.03.2018 - [B 8 SO 22/16 R](#) - SozR 4-3250 § 14 Nr. 28 Rn. 20 m.w.N.). Die Prognose hat alle mit dem Aufenthalt verbundenen Umstände zu berücksichtigen; dies können subjektive wie objektive, tatsächliche - auch wirtschaftliche - wie rechtliche sein (vgl. BSG, Urteil vom 16.06.2015 - [B 13 R 36/13 R](#) - juris, Rn. 25; BSG, Urteil vom 17.12.1981 - [10 RKg 12/81](#) - BSGE 53, 49-54, [SozR 5870 § 2 Nr. 25](#), juris, Rn. 23). Es kann demnach nicht allein auf den Willen des Betroffenen ankommen, einen

gewöhnlichen Aufenthalt zu begründen; dies gilt insbesondere dann, wenn er nicht mit den tatsächlichen objektiven Umständen übereinstimmt (BSG, Urteil vom 16.06.2015, [a.a.O.](#) Rn. 25). Ist nach der Prognose davon auszugehen, dass die betreffende Person zukunfts offen „bis auf Weiteres“ an dem Ort oder in dem Gebiet verweilen wird, so hat sie dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt, wobei kein dauerhafter (unbegrenzter) Aufenthalt erforderlich ist (BSG, Urteil vom 16.06.2015, [a.a.O.](#) Rn. 25).

Die Leistungsempfängerin lebte vorliegend zunächst im Landkreis E1, also im Zuständigkeitsbereich des Beklagten, von dem sie auch bis zum im Dezember 2018 erlittenen Schlaganfall Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhielt. Keinen (neuen) gewöhnlichen Aufenthalt begründete sie unstreitig während des Krankenhausaufenthaltes aufgrund des erlittenen Schlaganfalls und aufgrund des sich anschließenden Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik. Danach zog sie zum 01.03.2019 in das abW in B1, wovon sie am 15.03.2019 zunächst zur Kurzzeitpflege in die stationäre Pflegeeinrichtung und dann zum 15.04.2019 dauerhaft stationär aufgenommen wurde.

Unter Beachtung der soeben dargestellten Merkmale für die Begründung eines gewöhnlichen Aufenthaltes hat G. - entgegen der Auffassung des SG und des Klägers - unter Berücksichtigung aller vorliegenden Unterlagen nach Überzeugung des Senats während des, wenn auch tatsächlich kurzen Aufenthaltes im abW, einen gewöhnlichen Aufenthalt in B1 und damit im Zuständigkeitsbereich des Klägers begründet.

Wie bereits das SG ausgeführt hat, bestehen keine Zweifel daran, dass G. den eindeutigen Willen hatte, sich ab dem 01.03.2019 zukunfts offen und dauerhaft im abW in B1 aufzuhalten und sich dieser Wille durch die Kündigung der alten Wohnung, den Vertragsschluss mit dem Träger des abW, dem tatsächlichen Umzug sowie der Anmeldung ihres Wohnsitzes zum 01.03.2019 objektiviert hat. Die subjektiven Voraussetzungen für die Begründung eines gewöhnlichen Aufenthaltes im Z2 und damit im Zuständigkeitsbereich des Klägers lagen daher eindeutig - was letztlich auch vom Kläger nicht in Frage gestellt wird - vor.

Entgegen des SG und des Klägers ergibt sich aus den vorliegenden Unterlagen aber nicht, dass der Aufenthalt objektiv nicht auf eine gewisse Dauer und zukunfts offen angelegt war. Vielmehr war dieser auch objektiv nicht auf Beendigung, sondern als zukunfts offen „bis auf weiteres“ anzusehen.

Es ist dem Kläger und dem Beklagten zwar dahingehend zuzustimmen, dass G. nach ihrem im Dezember 2018 erlittenen Schlaganfall gesundheitlich erheblich angeschlagen und in der Alltagsmobilität eingeschränkt war. Der Senat kann aber unter Berücksichtigung der vorliegenden (medizinischen) Unterlagen gerade nicht erkennen, dass der Aufenthalt im abW - wie das SG ausgeführt hat - von vorneherein „zum Scheitern“ verurteilt war und dieser damit bereits bei Einzug in das abW dieser objektiv auf Beendigung angelegt und der Aufenthalt gerade nicht zukunfts offen war.

Insbesondere dem nun vorliegenden Rehaentlassungsbericht ist zu entnehmen, dass G., wenn auch nicht alle Rehabilitationsziele erreicht werden konnten, dennoch während des dreiwöchigen Aufenthaltes, auch bedingt durch ihre Motivation und regelmäßige Teilnahme an Therapiemaßnahmen, gute Fortschritte erzielen konnte und sich gerade im Bereich von Mobilität und Selbsthilfefähigkeit sowie der Benutzung der Hände eine deutliche Verbesserung erreichen konnte. Auch wenn für Toilettengänge noch Unterstützung notwendig war und das Sturzrisiko formal noch leicht erhöht war, lässt sich diesen Schilderungen gerade nicht entnehmen, dass mit einer weiteren Verbesserung nicht mehr gerechnet wurde. Vielmehr regte die Einrichtung die weitere Physio- und Ergotherapie an, was auch für die Annahme einer weiteren Verbesserung spricht. Nicht zuletzt wird im Rehaentlassungsbericht erwähnt, dass G. plane zum 01.03.2019 ins abW zu ziehen. Bedenken der Ärzte, dass dies nicht oder nur sehr schwierig möglich sein könnte, sind dem Bericht nicht zu entnehmen. Dies deckt sich mit den Angaben der Tochter der G. im Schreiben vom 07.12.2023, wonach durch den Einzug ins abW zum einen dem Wunsch nach „Selbstständigkeit“ Rechnung getragen werden sollte und dies durch die Unterstützung durch den Pflegedienst und durch sie, ermöglicht werden sollte. Die Tochter beschreibt dann eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes während des Aufenthaltes im abW. Dass eine solche absehbar gewesen ist, lässt sich diesem Schreiben nicht entnehmen. Vielmehr ging man offensichtlich bei Aufnahme in die Kurzzeitpflege sogar noch davon aus, den Gesundheitszustand der Leistungsempfängerin wieder stabilisieren zu können. Erst im Rahmen dieses Aufenthaltes hatte sich dann feststellen lassen, dass eine Rückkehr ins abW nicht mehr möglich war, was sowohl von G. als auch von ihrer Tochter offensichtlich sehr bedauert wurde. Ein solcher Verlauf war offensichtlich zu Beginn des abW nicht erkennbar. Es erscheint in diesem Zusammenhang mehr als fraglich, ob bei einem solchen Wissen, die Angehörigen von G. - deren Tochter im Übrigen selbst Ärztin ist - die Anmietung der Wohnung im abW, die Kündigung der alten Wohnung sowie einen Umzug, was alles nicht nur mit erheblichem Zeitaufwand, sondern auch mit nicht unerheblichen Kosten verbunden gewesen sein dürfte, auf sich genommen hätten. Auch dies spricht dafür, dass bei Aufnahme ins abW objektiv nicht mit einer frühzeitigen Beendigung dieser Versorgung der G. zu rechnen war. Hierbei ist nach Überzeugung des Senats auch zu berücksichtigen, dass G. bereits zuvor gesundheitlich eingeschränkt war (immerhin bestand seit 2017 Pflegegrad 2 und es bestand bereits 2016 ein unsicherer und breitbasiger Gang am Rollator, Sturzgefahr sowie Blasen- und Darminkontinenz, vgl. „Vorgeschichte“ im Pflegegutachten vom 07.10.2021, Bl. 108 SG-Akte) und bewiesen hatte, dass sie trotz dieser Einschränkungen willens und in der Lage war, sich sogar selbst in der eigenen Wohnung allein zu versorgen, so dass damit zu rechnen war, dass sie sich auch mit entsprechender Unterstützung und gesundheitlicher Stabilisierung im abW trotz der (noch) bestehenden Einschränkungen versorgen können wird.

Die beigezogenen Unterlagen der Pflegeversicherung führen zu keinem anderen Ergebnis. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil das Pflegegutachten vom 29.05.2019, mit welchem rückwirkend ein höherer Pflegegrad ab 01.01.2019 anerkannt wurde, erst nach der stationären Aufnahme ins Pflegeheim und damit erst nachdem feststand, dass eine Rückkehr ins häusliche Umfeld nicht mehr möglich war, erstellt wurde. Die darin getroffenen Feststellungen enthalten damit keine Aussagen dazu, welche gesundheitliche Prognose zum Zeitpunkt des Einzugs ins abW getroffen worden war.

Nicht zuletzt hat G. nach Auskunft des Beklagten während des zweiwöchigen Aufenthaltes nur in geringem Umfang Pflegeleistungen in Anspruch genommen, so dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass bei Inanspruchnahme weiterer Pflegeleistungen ein längerer Verbleib im abW zumindest prognostisch möglich gewesen wäre.

Nach alledem hat G. nach Überzeugung des Senats mit dem Einzug ins abW in B1 im Z2 und damit im Zuständigkeitsbereich des Klägers ihren gewöhnlichen Aufenthalt begründet und dieser ist gemäß [§ 98 Abs. 2 Satz 1 SGB XII](#) örtlich zuständiger Leistungserbringer gewesen, so dass kein Erstattungsanspruch gegen den Beklagten besteht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 und Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Der Streitwert war entsprechend dem Erstattungsbegehren auf 90.799,61 Euro festzusetzen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-02-07