

L 8 KR 411/12 B ER

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 25 KR 520/12 ER
Datum
31.10.2012
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 411/12 B ER
Datum
19.12.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Beschluss

I. Die Beschwerde der Antragsgegnerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 31. Oktober 2012 wird zurückgewiesen. Der Tenor des Ausgangsbeschlusses wird dahingehend neu gefasst, dass die zeitliche Einschränkung seiner Geltung "längstens bis 31. Dezember 2013" entfällt.

II. Die Antragsgegnerin hat auch im Beschwerdeverfahren die außergerichtlichen Kosten der Antragstellerin zu erstatten. Im Übrigen sind keine außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Antragstellerin begehrt die vorläufige Verpflichtung der Antragsgegnerin durch einstweilige Anordnung, ihr häusliche Krankenpflege für die Verabreichung subkutaner Injektionen in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen zu gewähren.

Die 1952 geborene und bei der Antragsgegnerin krankenversicherte Antragstellerin leidet an Deblilität, Imbezilität und Psoriasis vulgaris. Ihr ist vom Amtsgericht Schlüchtern mit Beschluss vom 6. August 2004 (Geschäftsnummer 32 XVII 5148/92) eine Betreuerin bestellt worden. Die Antragstellerin arbeitet in einer Werkstatt für Behinderte und lebt seit dem 1. Oktober 2011 in der Wohnstätte "E-Haus" des beigeladenen Behinderten-Werks D. e. V. (BWD.) in A-Stadt, einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe (im Folgenden bezeichnet als Beigeladener zu 2.). Die Wohnstätte ist keine anerkannte Pflegeeinrichtung nach [§ 71](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (SGB XI). Auf sie findet jedoch die zwischen dem beigeladenen Landeswohlfahrtsverband Hessen (im Folgenden bezeichnet als Beigeladener zu 1.) und dem Behinderten-Werk D. e.V. (dem Beigeladenen zu 2.) unter dem 28. Februar 2011 abgeschlossene Vereinbarung nach [§ 75 Abs. 3 SGB XII](#) (Sozialgesetzbuch - 10. Buch - Sozialhilfe) in Verbindung mit [§ 76](#) ff SGB XII (stationäre Eingliederungshilfeeinrichtungen) Anwendung. Nach deren [§ 4 \(1\)](#) bietet die Einrichtung unter anderem folgende Leistungen der Eingliederungshilfe gem. [§ 54 SGB XII](#) an: "Individuelle Basisversorgung, insbesondere Ernährung, Körperpflege, persönliche Hygiene/Toilettenbenutzung/Inkontinenzversorgung, Aufstehen/zu Bett gehen, Baden/Duschen, Anziehen/Ausziehen, Maßnahmen zur Unterstützung der Unabhängigkeit von Pflege, Sicherung und Unterstützung der Mobilität (Nr. 2)", weiter unter dem Gliederungspunkt "Gesundheitsförderung und -erhaltung (Nr. 7.) insbesondere Unterstützung beim Ausführen ärztlicher oder beim Wahrnehmen therapeutischer Verordnungen, Absprache und Durchführung von Arztterminen, spezielle grundpflegerische Erfordernisse, Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes, gesundheitsfördernder Lebensstil, grundpflegerische Versorgung (Beratung, Begleitung und Unterstützung von Selbstpflege, und aktivierender Grundpflege)". Nach der Anlage zu [§ 2](#) Leistungsvereinbarung handelt es sich bei dem E. Haus um eine Wohneinrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung und Mehrfachbehinderung, die 25 Dauerwohnplätze bereithält.

Weitere Vorgaben für die von dem Beigeladenen zu 2. als Träger der Wohnstätte der Antragstellerin zu erbringenden Leistungen enthält die Anlage 2 zu [§ 3](#) des Hessischen Rahmenvertrags nach [§ 79 Abs. 1 SGB XII](#), welcher zwischen der Liga der Freien Wohlfahrtsverbände in Hessen, den Verbänden privater Anbieter in Hessen, dem Hessischen Städtetag, dem Hessischen Landkreistag und dem Beigeladenen zu 1. abgeschlossen wurde. In der Anlage 2 zu dem Vertragstext in der Fassung des Beschlusses der Vertragskommission vom 14. Februar 2008 heißt es: "In dem Angebot Gesundheitsförderung und -erhaltung sind insbesondere Angebotselemente enthalten: Ausführen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen, Absprache und Durchführung von Arztterminen, spezielle pflegerische Erfordernisse, Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes, gesundheitsfördernder Lebensstil".

Nach [§ 4](#) des mit dem Beigeladenen zu 2. geschlossenen Wohnvertrags vom 5. Oktober 2011 bietet dieser die Bereitstellung von Unterkunft

(Abs. 2) und Verpflegung (Abs. 3), Maßnahmen, insbesondere Beratung, Betreuung, Grundpflege, Unterstützung, Begleitung, Anleitung und Förderung (Abs. 4) und die Bereitstellung der betriebsnotwendigen Anlagen (Abs. 5) an. Gemäß § 3 des Wohnvertrags in Verbindung mit Ziffer 5. der Vereinbarung über Leistungsausschluss vom 5. Oktober 2011 sind häusliche Krankenpflege/medizinische Behandlungspflege und medizinische beziehungsweise andere Therapien vom Leistungsumfang der Wohnstätte ausgeschlossen.

Die Antragstellerin erhält Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gemäß §§ 53 ff. Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialhilfe - (SGB XII) auf der Basis der Bedarfsguppe 3 (mittlerer Hilfebedarf) vom Landeswohlfahrtsverband Hessen und Leistungen der Pflegeversicherung nach § 43a SGB XI für die Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI.

Der ambulante Pflegedienst "F. gGmbH" führte bei der Antragstellerin einmal wöchentlich subkutane Injektionen durch und stellte der Antragstellerin für den Zeitraum vom 1. April 2012 bis 30. Juni 2012 80,68 EUR in Rechnung (Rechnungen vom 24. September 2012 und 12. Juli 2012).

Die Antragstellerin beantragte am 26. März 2012 bei der Antragsgegnerin unter Vorlage einer ärztlichen Folgeverordnung über häusliche Krankenpflege der Fachärzte für Allgemeinmedizin Dr. G., Dr. HG. und Dr. J. die Kostenübernahme für häusliche Krankenpflege nach § 37 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) in Form von subkutanen Injektionen des Arzneimittels Enbrel® einmal wöchentlich für die Zeit vom 1. April 2012 bis 30. Juni 2012. Die Antragsgegnerin lehnte mit förmlichem Bescheid vom 10. April 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. August 2012 die Kostenübernahme mit der Begründung ab, dass in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen grundsätzlich ein Anspruch auf medizinische Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V nicht gegeben sei. Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege gegen die Krankenkasse bestehe nicht, wenn sich der Versicherte in einem Heim im Sinne des Heimgesetzes befinde.

Über die hiergegen am 24. September 2012 beim Sozialgericht Frankfurt am Main erhobene Klage (S 25 KR 511/12) ist noch nicht entschieden.

Am 2. Juli 2012 beantragte die Antragstellerin bei der Antragsgegnerin unter Vorlage einer ärztlichen Folgeverordnung über häusliche Krankenpflege der Fachärzte für Allgemeinmedizin Dr. G., Dr. HG. und Dr. J. die Kostenübernahme für häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V in Form von subkutanen Injektionen des Arzneimittels Enbrel® einmal wöchentlich für die Zeit vom 1. Juli 2012 bis 30. September 2012. Die Antragsgegnerin lehnte mit förmlichem Bescheid vom 18. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. September 2012 die Kostenübernahme wiederum ab.

Auch dagegen erhob die Antragstellerin am 13. Oktober 2012 beim Sozialgericht Frankfurt am Main Klage (S 25 KR 518/12).

Am 13. Oktober 2012 beantragte die Antragstellerin beim Sozialgericht Frankfurt am Main den Erlass einer einstweiligen Anordnung mit dem Ziel, die Antragsgegnerin vorläufig zu verpflichten, ihr Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form von wöchentlichen Injektionen bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens zu gewähren. Sie führte aus, bei der von ihr bewohnten Einrichtung der Behindertenhilfe handele es sich um einen geeigneten Ort im Sinne des § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V. Die Beigeladene zu 2. sei nicht verpflichtet, Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu erbringen. Dementsprechend beschäftige die Einrichtung auch keine Pflegefachkraft, die die Injektionen sach- und fachgerecht durchführen könnte. Auch aus dem Hessischen Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII ergebe sich keine Verpflichtung der Eingliederungshilfeeinrichtung zur Erbringung der Behandlungspflegeleistungen. Die zwischen den Beigeladenen abgeschlossene Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII in Verbindung mit § 76 ff. SGB XII sehe die Erbringung von Behandlungspflegeleistungen durch die Einrichtung ebenfalls nicht vor. Die pauschale Abgeltung der Pflegeleistungen nach § 43 a SGB XI stehe dem Anspruch eines krankenversicherten Pflegebedürftigen auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht entgegen. Sie sei aufgrund ihrer geistigen Behinderung nicht in der Lage, die Injektionen selbst durchzuführen.

Nach einer von der Antragstellerin vorgelegten Bescheinigung des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. G. vom 28. September 2012 bedarf sie wegen ihrer Autoimmunerkrankung (Psoriasis vulgaris) einmal wöchentlich einer Subkutan-Injektion (Enbrel/Etanercept 50 mg). Dr. G. führt darin aus, es handele sich um ein gentechnisch hergestelltes Protein, das die bei der Psoriasis unnötig vermehrt gebildeten körpereigenen entzündungsinduzierenden Zytokine binde und damit inaktiviere. Ein Unterlassen der Injektionen würde unweigerlich zu einer eruptiven Bildung von Entzündungsherden der Haut führen, also zu schmerzenden Hautschäden mit Gefahr der Superinfektion, insbesondere im hier vorliegenden Fall eines Diabetes mellitus. Hinsichtlich eines Anordnungsgrundes trug die Antragstellerin vor, sie sei finanziell nicht in der Lage, den ambulanten Pflegedienst bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache zu bezahlen. Seit Beginn der Leistungserbringung befinde sie sich gegenüber dem Pflegedienst mit der Entrichtung des Entgelts in Verzug. Des Weiteren legte die Antragstellerin ein Schreiben der Diakoniestation F. vom 21. September 2012 vor. Darin teilte der Pflegedienst der Antragstellerin mit, keine weiteren Leistungen der Behandlungspflege ohne die Erstattung der entstehenden und bereits entstandenen Kosten durchführen zu können.

Die Antragstellerin beantragte in erster Instanz, die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig zu verpflichten, ihr Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form von wöchentlichen Injektionen bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens zu gewähren.

Mit Beschluss vom 31. Oktober 2012 verpflichtete das Sozialgericht Frankfurt am Main die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung der Antragstellerin gegen Vorlage ärztlicher Verordnungen über häusliche Krankenpflege ab 13. Oktober 2012 bis zu einer Entscheidung in den Hauptsacheverfahren S 25 KR 511/12 und S 25 KR 518/12, längstens bis 31. Dezember 2013, häusliche Krankenpflege in Form von wöchentlichen Injektionen vorläufig zu gewähren. Im Übrigen lehnte es den Antrag ab.

Zur Begründung führte das Sozialgericht aus: Der zulässige Antrag sei überwiegend begründet, denn die Voraussetzungen für den Erlass einer einstweiligen Anordnung liegen vor. Vorliegend komme eine Regelungsanordnung nach § 86 b Abs. 2 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Betracht. Eine solche sei nur dann begründet, wenn ein Anordnungsanspruch und ein Anordnungsgrund vorlägen und eine Abwägung der betroffenen Interessen zugunsten der Antragstellerin ausfalle. Ein Anordnungsanspruch sei dabei gegeben, wenn der zu

sichernde Anspruch des Antragstellers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zustehe. Ein Anordnungsgrund liegt bei der Regelungsanordnung vor, wenn eine Regelung entsprechend [§ 86 b Abs. 2 Satz 1 SGG](#) zur Abwendung eines wesentlichen Nachteils nötig erscheine.

Die vorstehend genannten Voraussetzungen seien vorliegend ab Rechtshängigkeit des Antrags auf Erlass einer einstweiligen Anordnung am 13. Oktober 2012 gegeben, denn die Antragstellerin habe einen Anordnungsanspruch auf Kostenübernahme der Behandlungspflege gemäß [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) sowie einen Anordnungsgrund glaubhaft ([§ 920 Abs. 2](#) Zivilprozessordnung - ZPO -) gemacht. Das Antragsbegehren auf Verpflichtung der Antragsgegnerin zur vorläufigen Kostenübernahme der Behandlungspflege rückwirkend ab 1. April 2012 scheitere daran, dass Einstweilige Anordnungen mit einer Wirkung für die Vergangenheit ("ex tunc") nicht zugänglich seien.

Nach in einstweiligen Rechtsschutzverfahren ausreichender summarischer Prüfung ergäbe sich nach Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, dass die häusliche Krankenpflege in Form der Behandlungspflege der Antragstellerin medizinisch notwendig sei, um die ärztliche Behandlung der Antragstellerin sicherzustellen. Nach der Bescheinigung des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. G. vom 28. September 2012 bedürfe die Antragstellerin wegen ihrer Autoimmunerkrankung (Psoriasis vulgaris) einmal wöchentlich einer Subkutan-Injektion (Enbrel/Etanercept 50 mg). Nach summarischer Prüfung der Sach- und Rechtslage habe die Antragstellerin einen Anspruch gegen die Antragsgegnerin auf Tragung der Kosten der von einem ambulanten Pflegedienst zu erbringenden Behandlungspflege in Form von subkutanen Injektionen einmal wöchentlich.

Die Antragstellerin sei aufgrund ihrer geistigen Behinderung nicht in der Lage, sich selbst die Injektionen zu verabreichen.

Nach [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) in der ab 1. April 2007 geltenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz GKV-WSG) vom 26. März 2007 (Bundesgesetzblatt)BGBl(I Seite 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 als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasse verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibe unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 bestehe über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Nach [§ 37 Abs. 3 SGB V](#) bestehe der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann. Abs. 6 der Vorschrift räume dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Befugnis ein, in Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) festzulegen, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimme darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

Die zwischen den Beteiligten allein streitige Frage, ob die Wohnstätte "E-Haus" des Beigeladenen zu 2. ein sonstiger geeigneter Ort im Sinne des [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) sei, werde von der Kammer bejaht. Versicherte hätten einen Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) grundsätzlich auch dann, wenn sie in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe leben. Eine stationäre Wohneinrichtung sei dann ein geeigneter Ort im Sinne von [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#), wenn der Versicherte keinen Anspruch auf Behandlungspflege gegen den Einrichtungsträger habe. Die Gemeinsamkeiten der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ohne Anspruch auf Behandlungspflege mit betreuten Wohnformen rechtfertigten es, diese Wohneinrichtungen als geeignete Orte im Sinne von [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) anzusehen, wenn sie nicht bereits als besondere Ausprägung des betreuten Wohnens im Sinne von [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) anzusehen seien. Die Einbeziehung von Einrichtungen der Eingliederungshilfe schließe auch Lücken zwischen der ambulanten und stationären Versorgung, was der Gesetzgeber des GKV-WSG mit der Erweiterung des [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) ausdrücklich bezweckt habe (vgl. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz- GKV-WSG), [Bundestags-Drucksache 16/3100](#) vom 24. Oktober 2006 Seite 104 zu Nr. 22 (§ 37)). Die stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe könnten nicht mit stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern, medizinischen Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheimen gleichgesetzt werden. Bei Einrichtungen der Behindertenhilfe stehe nämlich die gesellschaftliche Integration der Bewohner im Vordergrund, die möglichst unabhängig werden sollen ([§ 53 Abs. 3 SGB XII](#)). Das betreute Wohnen sei gesetzlich nicht definiert und die Übergänge von einer Wohngemeinschaft mit Betreuungshilfe zu einer stationären Einrichtung, welche unter die Regelungen des Heimgesetzes (HeimG) falle, dürften in Abhängigkeit der Fähigkeiten der Bewohner fließend sein (ebenso Landessozialgericht)LSG(Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 3. März 2011 - [L 9 KR 284/10 B ER](#) - juris; LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 24. Februar 2010 - [L 9 KR 23/10 B ER](#) - juris; LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 26. August 2010 - [L 8 SO 4/10 B ER](#) - juris - RdNr. 43 bis 46; LSG Hamburg, Beschluss vom 12. November 2009 - [L 1 B 202/09 ER KR](#) - juris; Sozialgericht Koblenz, Urteil vom 8. Dezember 2011 - [S 6 KR 103/11](#) - Rechtsdienst der Lebenshilfe 2012, Seite 60-61; a. A. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 23. April 2009 - [L 8 SO 1/07](#) - juris; Sozialgericht Hamburg, Beschluss vom 3. Februar 2009 [S 48 KR 1330/08 ER](#) - juris; vgl. auch zum Ganzen Weber, Häusliche Krankenpflege nach SGB V in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe, Neue Zeitschrift für Sozialrecht)NZS(2011, 650).

Rechtlich unerheblich sei, ob es sich bei der Einrichtung, in der die Antragstellerin lebe, um ein Heim im Sinne des Heimgesetzes (HeimG) handle (a.A. LSG Niedersachsen- Bremen, Urteil vom 24. April 2009 - [L 8 SO 1/07](#) - Juris; SG Hamburg, Urteil vom 17. Dezember 2007 - S 56 SO 365/07; SG Hamburg, Beschluss vom 3. Februar 2009 [S 48 KR 1330/08 ER](#) - Juris). Das HeimG könne für die Auslegung des geeigneten Ortes bereits deshalb nicht herangezogen werden, weil die Zielsetzung des Gesetzes nicht darauf abziele, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu definieren. Nach § 2 HeimG sei der Zweck des Gesetzes, vorrangig die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigungen zu schützen und ihre Rechte gegenüber dem Heimträger zu wahren.

Nach § 1 Abs. 1 Satz 2 HeimG seien Heime Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten, und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohner unabhängig seien und entgeltlich betrieben würden. § 1 Abs. 2 Satz 3 HeimG sei zu entnehmen, dass das HeimG Anwendung finde, wenn die Bewohner verpflichtet sind, Verpflegung und weitergehende

Betreuungsleistungen anzunehmen.

Trotz Vorliegens der Voraussetzungen von § 1 HeimG seien die Unterschiede zum betreuten Wohnen vergleichsweise gering. Beim betreuten Wohnen handele es sich um kleinere Wohngruppen, die eher nach dem Prinzip einer Wohngemeinschaft organisiert seien und bei denen die Bewohner ein möglichst selbständiges Leben führen sollten. Die Betreuungsleistungen zielten darauf ab, den Bewohnern zu ermöglichen, ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu führen. Art und Umfang der Betreuungsleistungen hingen jedoch stark von den gesundheitlichen Einschränkungen der Bewohner ab. Mitunter sei auch wie in einem Heim eine ständige Aufsicht und Betreuung bei den täglichen Verrichtungen erforderlich. Einrichtungen der Behindertenhilfe, in denen Eingliederungshilfe gemäß §§ 53 und 54 SGB XII gewährt werde, könnten als institutionalisierte betreute Wohnformen angesehen werden. Es lebten dort mehr Bewohner, die Einrichtung sei nicht vom Wechsel der Bewohner abhängig und die Betreuungsleistungen würden gebündelt und abgestuft erbracht. Die Vermeidung einer stationären Unterbringung sei nach den Gesetzesmaterialien ein Grund für die Ausweitung des Haushaltsbegriffs gewesen (Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG), [Bundestags-Drucksache 16/3100](#) vom 24. Oktober 2006 Seite 104 zu Nr. 22 (§ 37)). An dieser Stelle werde deutlich, dass das Merkmal stationär zur Differenzierung nicht ausreiche, denn die stationäre Wohneinrichtung solle gerade die stationäre Krankenbehandlung verhindern. Vom Gesetzgeber gemeint seien vielmehr die Einrichtungen mit Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege wie Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Hospize und Pflegeheime. Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Lückenschließung und damit die Sicherung der umfassenden Versorgung der Betreuten mit medizinischer Behandlungspflege sei deshalb nur sicherzustellen, wenn der Anspruch auf häusliche Krankenpflege gegen den Träger der Krankenversicherung auch in stationären Einrichtungen, die den Bestimmungen des HeimG unterliegen, immer dann einsetze, wenn ein Anspruch gegen den Einrichtungsträger auf diese Leistung ende oder von vornherein nicht bestehe.

Vorrangiges gesetzgeberisches Ziel der Erweiterung des § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V durch das GKV-WSG sei es gewesen, Lücken zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu schließen. In der Gesetzesbegründung zur Änderung des § 37 SGB V heiße es: "Die Beschränkung der Leistungen zur häuslichen Krankenpflege auf Haushalt und Familie des Versicherten hat sich im Hinblick auf das Ziel, vorschnelle stationäre Einweisungen zu vermeiden, als kontraproduktiv erwiesen. Die Neuregelung bewirkt durch eine vorsichtige Erweiterung des Haushaltsbegriffs, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung neue Wohnformen, Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen hinsichtlich der Erbringung von häuslicher Krankenpflege gegenüber konventionellen Haushalten nicht benachteiligt werden. Betreute Wohnformen, deren Bewohner ambulante Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, sollen verbesserte Angebote für ambulante Pflegebedürftige darstellen; dem wird durch die Änderung Rechnung getragen. Darüber hinaus wird im Hinblick auf bestimmte, eng begrenzte Personengruppen durch den erweiterten Haushaltsbegriff eine vorschnelle Einweisung in stationäre Einrichtungen verhindert. Ein "geeigneter Ort" für die Leistung häuslicher Krankenpflege durch die GKV ist jedenfalls dann nicht gegeben, wenn sich der Versicherte in einer Einrichtung befindet, in der er nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung hat. Um die notwendige Flexibilität bei der Bestimmung der geeigneten Erbringungsorte zu wahren, wird auf eine gesetzliche Festlegung verzichtet und die Definition dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen. Dieser Lösungsweg vermeidet Lücken im Zwischenbereich von ambulanter und stationärer Versorgung. Nach geltendem Recht besteht beispielsweise dann kein gesetzlicher Anspruch, wenn sich ein nicht pflegebedürftiger Patient nach einem Krankenhausaufenthalt übergangsweise in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung begeben muss, weil eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit noch nicht ausreichend sichergestellt ist. Auch dieser Fall soll von der Neuregelung erfasst sein." (Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG), [Bundestags-Drucksache 16/3100](#) vom 24. Oktober 2006 Seite 104 zu Nr. 22 (§ 37)).

Dieses gesetzgeberische Ziel wäre nur schwer zu erreichen, wenn man eine stationäre Unterbringung der behinderten Versicherten nach dem HeimG für die häusliche Krankenpflege als anspruchsvernichtend ansähe. Fälle wie der vorliegende zeigten, dass der Übergang zwischen dem eindeutig vom Wortlaut des § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V anspruchsbegründend erfassten "betreuten Wohnformen" und stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe fließend sei; deshalb sei es kaum möglich, zwischen diesen Betreuungsformen eine klare, eindeutige und überzeugende Abgrenzung zu finden; die daraus entstehende Unsicherheit setze sich bei der Auslegung des § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V fort. Der Gesetzgeber habe um der "notwendigen Flexibilität bei der Bestimmung geeigneter Erbringungsorte" Willen bewusst auf eine gesetzliche Festlegung der geeigneten Erbringungsorte verzichtet, sondern lasse, durch seine Formulierung ("insbesondere") Raum für weitere Orte der Leistungserbringung. Nicht begründet werden sollte ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege durch ambulante Pflegedienste in Einrichtungen, die vertraglich zur Erbringung von Pflegeleistungen verpflichtet sind.

Für eine Einbeziehung stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe als geeigneten Ort spreche auch, dass § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V für Versicherte, die sich in gemäß § 43 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen befinden, eine Ausnahmeregelung enthalte. Häusliche Krankenpflege könne danach gewährt werden, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege bestehe. Sofern unter besonderen Voraussetzungen in einer Pflegeeinrichtung, die grundsätzlich alle pflegerischen und medizinischen Versorgungsleistungen übernehmen müsse und über entsprechendes Personal verfüge, Behandlungspflege gewährt werden könne, müsse das erst recht bei einer stationären Wohneinrichtung gelten, bei der kein Anspruch auf Behandlungspflege bestehe. Auch würden in dem Ausnahmetatbestand stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht erwähnt. Da es keinen Grund gäbe, die Bewohner derartiger Einrichtungen von der Versorgung auszuschließen, liege der Schluss nahe, dass der Gesetzgeber von einem bereits grundsätzlich bestehenden Anspruch ausgegangen sei (siehe die Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit vom 11. Mai 2009).

Auch aus der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) HKP-RL() nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V in der Neufassung vom 17. September 2009 (Bundesanzeiger)BAnz(2010 Nr. 21 a vom 9. Februar 2010, Beilage) in der seit 15. Januar 2011 geltenden Fassung vom 15. Oktober 2010 (BAnz 2011 Nr. 16 vom 28. Januar 2011 Seite 339) ergäbe sich, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe maßgeblich davon abhängt, ob der Einrichtungsträger verpflichtet sei, Behandlungspflege zu erbringen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 9. Juli 2008 - [L 16 B 32/08 KR ER](#) - Juris).

In § 1 Abs. 2 der Richtlinie heiße es, "Häusliche Krankenpflege wird im Haushalt der oder des Versicherten oder ihrer oder seiner Familie erbracht. Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich die oder der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und für die Erbringung

der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung), wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein. Ein Anspruch besteht auch für Versicherte, die nicht nach [§ 14 SGB XI](#) pflegebedürftig sind, während ihres Aufenthalts in teilstationären Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege notwendig ist sowie in Kurzzeitpflegeeinrichtungen (siehe auch Abs. 6)".

Ergänzend regle § 1 Abs. 6 Abs. 1 HKP-RL:

"Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden. Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die Krankenkassen zu prüfen."

Der Gemeinsame Bundesausschuss sei nach [§ 37 Abs. 6 SGB V](#) ermächtigt, in Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) festzulegen, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 des [§ 37 SGB V](#) auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Aus der Ausschlussregelung ergäbe sich, dass eine Einrichtung der stationären Behindertenhilfe jedenfalls dann als "geeigneter Ort" angesehen werden könne, wenn die Einrichtung nicht verpflichtet ist, selbst Leistungen der Behandlungspflege zu erbringen. Das bedeute, dass grundsätzlich allein der Aufenthalt in stationären Einrichtungen dem Anspruch nicht entgegenstehe, sondern nur der Umstand, dass ein Anspruch auf Behandlungspflege gegen den Träger der Einrichtung bestehe. Das werde exemplarisch bei Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen und Pflegeheimen angenommen. Sofern schon der Aufenthalt in "Einrichtungen" zu einem Ausschluss führen würde, wäre es überflüssig gewesen, auf einen möglichen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege abzustellen. Es hätte für einen Ausschluss ausgereicht, auf den stationären Aufenthalt in einer Einrichtung abzustellen.

Folgerichtig sei nach § 1 Abs. 6. Satz 2 der Richtlinie im Einzelfall durch die Krankenkasse zu prüfen, ob ein solcher Anspruch bestehe. Gemeint sei hiermit die Prüfung, ob in der Einrichtung ein Anspruch auf Behandlungspflege bestehe.

Für diese Auslegung spreche auch, dass das Bundesministerium der Gesundheit (BMG) die HKP-RL in der Fassung vom 17. Januar 2008/10. April 2008 (BAnz 2008 Nr. 84 Seite 2028, 2029 und 2030) nur unter der Voraussetzung genehmigt habe, dass die ursprünglich geplante Aufnahme der Behinderteneinrichtungen im Klammerzusatz gestrichen werde (Beanstandung und Auflage des Beschlusses vom 17. Januar 2008 des Gemeinsamen Bundesausschusses durch das BMG am 20. März 2008). Das bedeute, dass diese Einrichtungen gerade nicht ausgeschlossen werden sollten, wenn durch den Aufenthalt kein Anspruch auf Leistungen der Behandlungspflege gegen den Träger begründet werde. Im Auflagenbeschluss des BMG vom 20. März 2008 werde hervorgehoben, dass es im Einzelfall darauf ankomme, ob ein Anspruch auf Leistungen der Behandlungspflege außerhalb der Regelung des [§ 37 SGB V](#) bestehe.

Die pauschale Vergütung der Pflegekasse gemäß [§ 43 a SGB XI](#) zur Abgeltung der Pflegeleistungen und der medizinischen Behandlungspflege, die den Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gezahlt werde, führe nicht zu einem Ausschluss des Anspruchs auf Behandlungspflege nach [§ 37 Abs. 2 SGB V](#). Dies gelte nur für Leistungen nach dem SGB XI und nicht für Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Krankenkasse nach dem SGB V, wenn die übrigen Voraussetzungen des [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) vorlägen (Bundessozialgericht) BSG (Urteil vom 1. September 2005 - B 1 KR 19/04 R - [SozR 4-2500 § 37 Nr.5](#)). Gegen eine Abgeltung der Leistungen nach dem SGB V spreche auch die niedrige Pauschale von 256 EUR, die nicht überschritten werden dürfe.

Vorliegend habe die Antragstellerin keinen Anspruch auf Gewährung von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege gegenüber dem Beigeladenen zu 2. als Träger der Wohnstätte "E-Haus". Nach § 3 des Wohnvertrags in Verbindung mit Ziffer 5. der Vereinbarung über Leistungsausschluss vom 5. Oktober 2011 sei der Einrichtungsträger nicht zur Erbringung häuslicher Krankenpflege/medizinischer Behandlungspflege und medizinischer beziehungsweise andere Therapien verpflichtet. Der Anspruch der Antragstellerin auf Grundpflege nach § 4 Abs. 4 des Wohnvertrages beinhalte nicht den Anspruch der Antragstellerin auf die hier streitbefangenen subkuten Injektionen.

Denn hierbei handle es sich weder um eine grundpflegerische Leistung noch um eine bloße unterstützende Leistung im pflegerischen Bereich, wie beispielsweise die einfache Gabe von Medikamenten. Eine Verpflichtung des Beigeladenen zu 2. zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege ergäbe sich auch weder aus dem Hessischen Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach [§ 75 Abs. 3 SGB XII](#) noch aus der zwischen den Beigeladenen abgeschlossenen Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII in Verbindung mit § 76 ff. SGB XII.

Die Kammer bejahe auch einen Anordnungsgrund für eine vorläufige Regelung. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung müsse für die Abwendung wesentlicher Nachteile nötig sein; d.h., es müsse eine dringliche Notlage vorliegen, die eine sofortige Entscheidung erfordere. Entscheidend sei, ob es bei einer Interessenabwägung für den Betroffenen zumutbar sei, die Entscheidung in der Hauptsache abzuwarten (Keller in: Meyer/Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2012, § 86b Rdnr. 28). Im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung setze die Annahme eines Anordnungsgrundes voraus, dass anderenfalls mit schweren und unzumutbaren Nachteilen zu rechnen sei, weil das Abwarten des Hauptsacheverfahrens zu einem Risiko irreversibler gesundheitlicher Beeinträchtigungen führe, und der Betroffene nicht in der Lage sei, die Kosten vorläufig selbst zu tragen (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, § 86b Rdnr. 33a).

Die Leistungsträger im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hätten den Versicherten zu gewährleisten, dass die normierten Sach- und Dienstleistungen ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) zur Verfügung gestellt werden. Die Grundentscheidung, jedem Versicherten die zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Besserung des Gesundheitszustandes erforderlichen Dienste oder Heil- und Hilfsmittel zu verschaffen, diene dem Schutz der Mehrheit der Kassenmitglieder. Deren verfügbares, für die Lebensführung verwendbares Erwerbseinkommen reiche in der Regel nicht aus, Arzneien, Heil- oder Hilfsmittel zusätzlich zum Beitrag in mehr als geringem Umfang vorzufinanzieren (BSG, Urteil vom 16. Dezember 1993 - [4 RK 5/92 - BSGE 73, 271](#), 275 = [SozR 3-2500 § 13 Nr. 4](#)). Der Gesetzgeber gehe davon aus, dass den Versicherten regelmäßig erhebliche finanzielle Mittel für eine zusätzliche selbständige Vorsorge im Krankheitsfall und insbesondere für die Beschaffung von notwendigen Leistungen der Krankenbehandlung außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zur Verfügung stünden (Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 06. Dezember 2005 - [1 BvR 347/98 - SozR 4- 2500 § 27 Nr. 5 = BVerfGE 115, 25-51 - Rdnr. 52](#)). Das gesetzliche Naturalleistungsgebot schließe dementsprechend grundsätzlich auch die Selbstbeschaffung von Diensten

oder Sachen aus.

Die Antragstellerin habe einen Anordnungsgrund glaubhaft gemacht. Es sei nachvollziehbar, dass die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII beziehende Antragstellerin bei einem monatlichen Nettoverdienst von 106,86 EUR aus ihrer Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte nicht in der Lage sei, die Kosten der Behandlungspflege zu tragen. Dies gelte umso mehr im Hinblick darauf, dass die Behandlungspflege auf nicht absehbare Zeit erforderlich sein dürfte. Die Antragstellerin habe auch nachvollziehbar dargelegt, dass ihre Gesundheit gefährdet sei, wenn keine Behandlungspflege erfolge. Dr. G. bestätige in seiner Bescheinigung vom 28. September 2012, dass ein Unterlassen der Injektionen unweigerlich zu einer eruptiven Bildung von Entzündungsherden der Haut, also zu schmerzenden Hautschäden mit Gefahr der Superinfektion, insbesondere im hier vorliegenden Fall eines Diabetes mellitus, führen würde. Der Antragstellerin sei es deshalb nicht zuzumuten, den Ausgang des Verfahrens in der Hauptsache abzuwarten.

Allerdings sei eine Kostenübernahme der Behandlungspflege zunächst nur längstens bis zum 31. Dezember 2013 zuzusprechen. Die Befristung der vorläufigen Leistungsverpflichtung der Antragsgegnerin trage dem Umstand Rechnung, dass bei einer regelmäßig wiederkehrenden Leistung der Krankenbehandlung das Weiterbestehen der Anspruchsvoraussetzungen zu überprüfen sei.

Gegen den ihr am 5. November 2012 zugestellten Beschluss hat die Antragsgegnerin am 27. November 2012 Beschwerde eingelegt. Sie trägt vor, die der Antragstellerin verordneten Injektionen zählten zwar zu den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Für diese müsse sie als Krankenkasse aber nicht aufkommen. Bei der Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die Antragstellerin wohne, handele es sich nämlich nicht um einen geeigneten Ort im Sinne des [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#). Diese sei ein Heim im Sinne von § 1 Abs. 1 Satz 2 Heimgesetz und werde damit nicht von [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) erfasst. Eine Gleichstellung von den in dieser Norm beispielhaft aufgeführten Einrichtungen komme nicht in Betracht. Eine andere Behandlungsweise hätte der Gesetzgeber ausdrücklich anordnen müssen. Der Heimträger sei nach dem Hessischen Rahmenvertrag nach [§ 79 SGB XII](#) zur einfachen Gabe von Medikamenten an die Antragstellerin verpflichtet. Dem hiesigen Verfahren liege eine Rechtsfrage von allgemeiner Bedeutung zugrunde. Es gäbe eine Vielzahl gleichgelagerter Verfahren, die im Hinblick auf die ausstehende Entscheidung zunächst zum Ruhen gebracht worden seien.

Die Antragsgegnerin beantragt, den Beschluss des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 31. Oktober 2012 aufzuheben und den Antrag der Antragstellerin auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abzuweisen.

Die Antragstellerin beantragt, die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Die Beigeladenen stellen keine Anträge.

Der Senat hat am 10. Januar 2013 durch den Berichterstatter einen Erörterungstermin durchgeführt. Auf gerichtliche Aufforderung haben die Beteiligten sodann übereinstimmend mitgeteilt, dass der Antragstellerin über das III. Quartal 2012 und auch in der Folgezeit weiterhin die streitgegenständlichen Injektionen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet und von einem ambulanten Pflegedienst verabreicht werden, allerdings teilweise nur noch in Abständen von 2 Wochen wegen Medikamentenwechsels. Die jüngste ärztliche Verordnung betrifft das IV. Quartal 2013. Der Senat hat mit Beschluss vom 19. November 2013 die Beiladungen vorgenommen. Er hat im Termin zur mündlichen Verhandlung die Prozessbevollmächtigten der Beigeladenen zum Sachverhalt und der derzeitigen Vertragslage und deren Praktizierung angehört. Diesbezüglich wird auf die Sitzungsniederschrift vom 19. Dezember 2013 verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Prozessakte und den Inhalt der Verwaltungsakte der Antragsgegnerin verwiesen, die der gerichtlichen Entscheidung zugrunde gelegen hat.

II.

Die form- und fristgerecht eingelegte Beschwerde ist gemäß [§ 172 ff. Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zulässig. Der Ausschlussgrund des [§ 172 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#), wonach in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes die Beschwerde unzulässig ist, wenn in der Hauptsache die Berufung nicht zulässig wäre, greift hier nicht. Eine Berufung im Hauptsachverfahren wäre nach [§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) jedenfalls schon deshalb zulässig, weil die Antragstellerin bereits länger als ein Jahr die streitgegenständliche ärztlich verordnete subkutane Injektion erhält und diese medizinische Behandlungsform daher als laufende Leistungen im Sinne dieser Norm qualifiziert werden kann.

Die Beschwerde kann jedoch in der Sache keinen Erfolg haben. Der mit ihr angegangene Beschluss des Sozialgerichts Frankfurt am Main ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Er bedurfte nur im Hinblick auf die zeitliche Beschränkung der Geltung der erlassenen einstweiligen Anordnung der Abänderung.

Nach [§ 86b Abs. 2 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte (Satz 1). Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Satz 2). Vorliegend kommt eine Regelungsanordnung nach [§ 86b Abs. 2 Satz 2 SGG](#) in Betracht, da die vorläufige Begründung einer Rechtsposition begehrt wird. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung setzt das Bestehen eines Anordnungsanspruches (d. h. eines materiellen Anspruchs, für den vorläufiger Rechtsschutz begehrt wird) sowie das Vorliegen des Anordnungsgrundes (d. h. der Unzumutbarkeit, bei Abwägung aller betroffenen Interessen die Entscheidung in der Hauptsache abzuwarten) voraus. Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund bzw. die besondere Eilbedürftigkeit sind glaubhaft zu machen ([§ 86 Abs. 2 Satz 4 SGG](#) i.V.m. [§ 920 Abs. 2 Zivilprozessordnung - ZPO -](#)). Im vorliegenden Fall kann allerdings unter Berücksichtigung des Ergebnisses der durchgeführten mündlichen Verhandlung und der darin von den Beteiligten im Rahmen ihrer Anhörung gegebenen Informationen nicht abschließend geklärt werden, ob der Antragstellerin der geltend gemachte Anspruch auf Gewährung häuslicher Krankenpflege jetzt und für die Zukunft zusteht. Es ist nämlich im einstweiligen Anordnungsverfahren nicht abschließend zu klären, ob die Antragstellerin gegen den Beigeladenen zu 2. einen

Anspruch auf Gewährung der streitigen Behandlungspflege hat und von der Antragsgegnerin auf die Geltendmachung eines solchen Anspruchs verwiesen werden kann. Der Sachverhalt bedarf zumindest weiterer Aufklärung in Hinblick auf die gesundheitlichen und intellektuellen Einschränkungen der Antragstellerin. Auch ist der genaue Regelungsgehalt der zwischen den Beigeladenen abgeschlossenen Vereinbarungen sowie deren bisherige praktische Umsetzung für eine verlässliche Entscheidung bedeutsam. Für eine solche umfassende Prüfung ist das Hauptsacheverfahren vorgesehen. In einem solchen Fall ist aufgrund einer Folgenabwägung zu entscheiden (BVerfG, Beschluss vom 12.05.2005 - [1 BvR 569/05](#)). Die grundrechtlichen Belange der Antragstellerin sind dabei umfassend in die Abwägung einzubeziehen. Die hier streitigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege dienen der Vermeidung weiterer schwerwiegender gesundheitlicher Beeinträchtigungen der schwerstbehinderten Antragstellerin und damit einem in [Art. 2 Abs. 2 Satz 1](#) Grundgesetz (GG) unter Grundrechtsschutz gestelltem Gut, das einer staatlichen Schutzpflicht überantwortet ist.

Vorliegend überwiegt das Interesse der Antragsgegnerin, keine finanziellen Aufwendungen an die Antragsteller bei ungeklärter Rechtslage aufbringen zu müssen, nicht das Interesse der Antragstellerin am Erlass einer Regelungsanordnung hinsichtlich der Leistungen nach [§ 37 Abs. 2 SGB V](#). Im Einzelnen gilt Folgendes:

Das Sozialgericht hat seiner Entscheidung zugrunde gelegt, im Rahmen der im einstweiligen Rechtsschutzverfahren anzustellenden summarischen Prüfung ergäbe sich zweifelsfrei, dass der Antragstellerin ein Sachleistungsanspruch auf häusliche Krankenpflege gegen die Antragsgegnerin im Hinblick auf die Verabreichung subkutaner Injektionen zur Behandlung ihrer, neben den zahlreichen weiteren schwergradigen Leiden bestehenden Psoriasis-vulgaris-Erkrankung zustehe. Dem vermag sich der Senat nicht anzuschließen.

Versicherte haben nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u.a. nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB V](#) häusliche Krankenpflege. Nach [§ 27 Abs. 2 SGB V](#) - in der seit 1. April 2007 geltenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007 ([BGBl. I, S. 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 als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den [§§ 14](#) und [15 SGB XI](#) zu berücksichtigen ist (Satz 1). [§ 10](#) Werkstättenverordnung bleibt unberührt (Satz 2).

Klassische stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Sinne der [§§ 55](#) ff. SGB XII hat der Gesetzgeber im Rahmen der Neufassung des [§ 37 Abs. 1](#) und 2 SGB V nicht ausdrücklich aufgeführt. Auch in der Begründung zum Gesetzentwurf sind derartige Einrichtungen nicht als solche aufgeführt, bei denen die in ihnen lebenden behinderten Menschen ohne weitere Einschränkung einen Anspruch auf Gewährung von häuslicher Krankenpflege erhalten sollen. Dies schließt es einerseits nicht aus, vollstationäre Einrichtungen der Hilfen für behinderte Menschen als geeigneten Ort im Sinne des [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) einzuordnen, lässt aber andererseits nicht umstandslos - wie es der Beigeladene zu 1. vertritt - den Rückschluss zu, Bewohner von Einrichtungen der Eingliederungshilfe stünde immer ein eigenständiger gegen die Krankenkasse gerichteter Anspruch auf häusliche Krankenpflege zu. Der letzteren Sichtweise steht bereits entgegen, dass der Gesetzgeber ausweislich der Gesetzgebungsmaterialien nur eine vorsichtige Erweiterung des bisher vorgeblich maßgeblichen Haushaltsbegriffes vornehmen wollte. Fraglich ist auch, ob die vom Gesetzgeber mit der Neuregelung gewollte (vgl. [BT-Drucks. 16/3100, Seite 104](#)) Schließung einer Lücke in der Versorgung an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Behandlung eine solche Auslegung, die die Orientierung an die im Gesetzestext nunmehr aufgeführten betreuten Wohnformen deutlich überschreitet, noch zu rechtfertigen vermag. Es bedarf somit einer genaueren Analyse, welche Eigenschaften herkömmlicher Weise für eine Einrichtung der Eingliederungshilfe nach [§§ 55](#) ff. SGB XII charakteristisch sind und welche Leistungen eine solche Einrichtung im Verhältnis zu den in ihr untergebrachten behinderten Menschen zu erbringen hat. Dabei ist davon auszugehen, dass Eingliederungshilfe nach dem SGB XII als eine Hilfe in besonderen Lebenslagen für Personen konzipiert ist, die körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind (vgl. [§§ 53](#) ff. SGB XII). Sie zielt - vor allem mit den in [§ 54 SGB XII](#) konkret, jedoch nicht abschließend genannten Maßnahmen - im Rahmen eines pädagogischen und therapeutischen Gesamtkonzeptes (Gesamtplan nach [§ 58 SGB XII](#)) auf die Verhütung, Beseitigung oder Minderung einer Behinderung und die Eingliederung des Behinderten in die Gesellschaft. Sie ist, insbesondere bei Menschen mit geistiger Behinderung, anders als die Pflege im Sinne des SGB XI auch auf die erstmalige Vermittlung von Fähigkeiten gerichtet (vgl. Wagner, in: Hauck/Wilde, SGB XI, Kommentar, K § 13 Rn. 46). Dementsprechend fördern Einrichtungen für schwerst- und mehrfach behinderte Menschen diese vor allem beim Erwerb der lebenspraktischen Fähigkeiten. Dabei wird die grundsätzliche Fähigkeit jedes Menschen zur Entwicklung zugrunde gelegt und es wird davon ausgegangen, dass "für Menschen mit schwersten Behinderungen die Aktivitäten des täglichen Lebens einschließlich der Pflege Lern- und Entwicklungsanlässe (sind), die einer pädagogischen Gestaltung bedürfen" (vgl. Plantholz, in: LPK-SGB XI, 4. Auflage 2014, § 71 Rn. 21). Somit ist die medizinische Behandlungspflege, anders als z. B. in Krankenhäusern, in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht bereits nach dem Zweck der Einrichtung von dem Einrichtungsträger geschuldet. Die Eingliederungshilfe dient vor allem der Förderung der Selbstbestimmung behinderter Menschen, indem sie ihnen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht bzw. erleichtert (vgl. Wahrendorf in Grube/Wahrendorf, SGB XII, 3. Auflage, § 53 Rdnr. 1). Hieraus ergibt sich nur, dass die notwendige Assistenz bei der Verrichtung der Körperpflege, der Ernährung und Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung zweifelsfrei zum Leistungsspektrum des Einrichtungsträgers gehört.

Allerdings überschneidet sich die Zweckbestimmung der Eingliederungshilfe mit der Vorgabe aus der Pflegeversicherung, auch aktivierende Pflege zu erbringen (vgl. [§§ 28 Abs. 4, 14 Abs. 3 SGB XI](#)). Für die Bestimmung des Leistungsspektrums, welches vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen zu erbringen haben und somit von den dort lebenden Behinderten beansprucht werden können, sind die Unterschiede zwischen den beiden Einrichtungstypen Behindertenhilfe und Pflegeeinrichtung bedeutsam. Denn im Rahmen der Eingliederungshilfe werden auch Pflegeleistungen im Sinne des SGB XI erbracht. So sind stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe bereits von ihrer Zwecksetzung her verpflichtet, den behinderten Menschen die notwendige Assistenz bei der Verrichtung der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität zu gewährleisten. Hierdurch ergibt sich, sofern die in einer solchen Einrichtung lebenden behinderten Menschen pflegebedürftig im Sinne des [§ 14 Abs. 1 SGB XI](#) sind, für die Verrichtungen des täglichen Lebens im Sinne des [§ 14 Abs. 4](#) ein Überschneidungsbereich. Denn nach [§ 28 Abs. 4 SGB XI](#) soll die Pflege auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen. Darüber hinaus haben in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte auch Anspruch auf Grundpflege. Diese umfasst Leistungen nicht medizinischer Art, welche solche Maßnahmen und Handgriffe ersetzen, welche ein gesunder Mensch im Ablauf des täglichen Lebens eigenständig zur Körperpflege,

Ernährung und Mobilität verrichten müsste.

Für stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) wird durch [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB XI](#) klargestellt, dass bei vollstationärer Pflege die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB XI](#) neben den pflegebedingten Aufwendungen auch die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu übernehmen hat. Dabei definiert [§ 71 Abs. 2 SGB XI](#) stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne des SGB XI als selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können. Für stationäre Einrichtungen, in den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, stellt Absatz 4 dieser Norm klar, dass diese keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des [§ 71 Abs. 2 SGB XI](#) darstellen.

Der in [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#) verwandte Begriff der medizinischen Behandlungspflege ist nicht auf die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, die in [§ 15 Abs. 3 Satz 3 SGB XI](#) definiert sind, beschränkt. Er umfasst solche medizinischen Hilfeleistungen, die nur durch eine bestimmte Krankheit verursacht werden, speziell auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen sollen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern, wobei diese Maßnahmen typischerweise nicht von einem Arzt, sondern von Vertretern medizinischer Hilfsberufe oder auch von zu ihrer Erbringung fähigen Laien erbracht werden (vgl. BSG, Urteil vom 17.03.2005 – [B 3 KR 9/04 R](#); Urteil vom 20.05.2003 – [B 1 KR 23/01 R](#)). Maßnahmen der Behandlungspflege im Sinne des [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#) umfassen daher das Leistungsspektrum der häuslichen Krankenpflege, wie es auch in [§ 37 SGB V](#) definiert wird. Hierzu zählen insbesondere Injektionen, Verbandswechsel, Katheterisierung, Einläufe, Spülungen, Einreibungen, Dekubitusversorgung, Krisenintervention, Feststellung und Beobachtung des jeweiligen Krankenstandes und der Krankheitsentwicklung, Sicherung notwendiger Arztbesuche, Sicherung des notwendigen Patientenbeitrags zur ärztlichen Therapie (z. B. Medikamenteneinnahme, Aufklärung über Medikamente), Verabreichung von Medikamenten, Kontrolle der Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten (vgl. die Aufzählung von Reimer, in: Hauck/Wilde, SGB XI, Kommentar, K § 43 Rn. 11a). Der Sache nach handelt es sich bei den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Sinne des [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#) um Leistungen, für die inhaltlich die Krankenkasse zuständig wäre, wenn die Behandlungspflege in der eigenen Häuslichkeit ([§ 37 Abs. 2 SGB V](#)) stattfände. Diese Regelung führt dazu, dass die Versicherten den Anteil der Leistungen, der nicht über die Leistungsbeträge der Pflegekasse für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB XI](#) gedeckt ist, selbst bezahlen müssen ([§ 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI](#)). Dagegen wird die häusliche Behandlungspflege nach [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) abgesehen von der Zuzahlung ohne Eigenbeteiligung des Versicherten – von der Krankenkasse erbracht. [§ 84 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) bestimmt dementsprechend, dass die Vergütung der medizinischen Behandlungspflege im Sinne des [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#) von den Pflegesätzen miterfasst wird. An der aufgezeigten Grundstruktur ändert die hier nicht in Betracht kommende Ausnahmeregelung des [§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) nichts. Sie nimmt eine Erweiterung des Kreises der Anspruchsberechtigten auf Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenkassen für Personen vor, die sich in einer vollstationären Pflegeeinrichtung befinden und Leistungen nach [§ 43 SGB XI](#) erhalten, wenn sie für mindestens sechs Monate einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Ein besonders hoher Pflegebedarf ist nach der Gesetzesbegründung insbesondere bei der Betreuung von Komapatienten und Dauerbeatmeten, die regelmäßige Pflege rund um die Uhr benötigen, gegeben.

Es bleibt somit festzuhalten, dass der Regelung in [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#) für die Fallkonstellationen der Unterbringung eines Versicherten in einem Pflegeheim zu entnehmen ist, dass, abgesehen von dem Sonderfall des [§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#), die Leistungen der Pflegeversicherung in Bezug auf Leistungen der medizinischen Behandlungspflege gegenüber Leistungen der Krankenpflege vorrangig sind. Insoweit modifiziert [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#) die in [§ 13 Abs. 2 SGB XI](#) enthaltene Vorgabe, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach [§ 35 SGB V](#) bleiben unberührt.

Näherer Prüfung bedarf aber, ob diese Vorrangentscheidung auch dann gilt, wenn es um behinderte Menschen geht, die in einer vollstationären Einrichtung der Eingliederungshilfe, die kein Pflegeheim darstellt, untergebracht sind und bei denen zusätzlich zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ein Pflegebedarf im Sinne des SGB XI besteht. Auszugehen ist dabei von [§ 55 SGB XII](#). Dieser bestimmt in seinem Satz 1, dass dann, wenn Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des [§ 43a SGB XI](#) erbracht werden, die Leistung auch die Pflegeleistung in der Einrichtung umfasst. Satz 2 dieser Norm enthält eine Verfahrensregelung für den Fall der Feststellung der stationären Einrichtung der Behindertenhilfe, dass sie den Pflegebedarf des behinderten Menschen nicht abdecken kann. Die Regelung des [§ 55 SGB XII](#) korrespondiert mit der Vorschrift des [§ 43a SGB XI](#). Letztere Norm sieht in ihrem Satz 1 vor, dass die Pflegekasse zur Abgeltung der in [§ 43 Abs. 2 SGB XI](#) genannten Aufwendungen für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen 10 v. H. des nach [§ 75 Abs. 3 SGB XII](#) vereinbarten Heimentgelts übernimmt. Satz 2 des [§ 43a SGB XI](#) begrenzt die Leistung auf höchstens 256,00 EUR monatlich, wobei dieser Höchstbetrag unabhängig von der Pflegestufe gilt. [§ 43a SGB XI](#) zielt darauf ab, den Sozialhilfeträgern eine Kompensation für die von ihnen erbrachten Pflegeleistungen zu gewähren und dadurch dem Prinzip der Leistungserbringung aus einer Hand Rechnung zu tragen. Dabei handelt es sich nicht um einen bloßen Erstattungsanspruch des Sozialhilfeträgers oder der Einrichtung der Behindertenhilfe gegen die Pflegekasse. Vielmehr ist der Pflegebedürftige selbst anspruchsberechtigt (vgl. Luik in: Juris PK-SGB XI, 1. Auflage 2013, [§ 43a SGB XI](#) Rn. 26). [§ 43a SGB XI](#) gilt nur für Pflegebedürftige, die in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht sind. Außerdem müssen in einer solchen Einrichtung tatsächlich Pflegeleistungen nach [§ 43 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 1 SGB XI](#) erbracht werden. Nach der Gesetzesbegründung sollen mit dem Pauschalsatz (10 % des nach [§ 75 Abs. 3 SGB XII](#) vereinbarten Heimentgelts) die erfahrungsgemäß in Einrichtungen der Behindertenhilfe entstehenden Aufwendungen für Pflege ohne Kosten für die Unterkunft und Verpflegung abgedeckt werden (BR Drs. 228/96 Seite 3).

Aus der Aufeinanderbezogenheit der Normen des [§ 43a SGB XI](#) sowie des [§ 55 SGB XII](#) hat insbesondere das Sozialgericht Stralsund in seinem Urteil vom 10. August 2012 ([S 3 KR 78/10](#), Juris, Rz. 39 ff.) hergeleitet, durch diese werde der Nachranggrundsatz der Sozialhilfe für die in den stationären Einrichtungen erbrachten Pflegeleistungen durchbrochen. Des Weiteren gelte für den Personenkreis der in Einrichtungen der Eingliederungshilfe untergebrachten behinderten Menschen, die Leistungen nach [§ 43a Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) bezögen, eine Ausnahme zu der ansonsten maßgeblichen Regelung, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach [§ 37 SGB V](#) von den Leistungen der Pflegeversicherung unberührt blieben. Insoweit stellt das Sozialgericht Stralsund auf [§ 13 Abs. 3 Satz 3 Letzter Halbsatz](#) (unrichtig in Rz. 41 mit [§ 13 Abs. 2 Satz 3](#) letzter Halbsatz SGB XI bezeichnet) ab. Diese Norm besage, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII unberührt blieben und im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig seien; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach [§ 71 Abs. 4 SGB XI](#) sei einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.

Diese Normkonkretion hat zwar den Vorteil, dass sie ohne die Notwendigkeit einer weiteren Prüfung des Inhaltes des jeweils maßgeblichen Wohnvertrages des Versicherten mit dem Heimträger und der zwischen dem Sozialhilfeträger und dem Heimträger abgeschlossenen Leistungs-/Vergütungs- und Prüfvereinbarung sowie den Regelungen des maßgeblichen Rahmenvertrages nach [§ 79 Abs. 1 SGB XII](#) zu einem klaren Ergebnis führt. Dieses lautet, dass immer dann, wenn ein behinderter Mensch im Rahmen der Gewährung von Eingliederungshilfe in einer vollstationären Einrichtung für behinderte Menschen lebt und Leistungen aus der Pflegeversicherung nach [§ 43a](#) bezieht, ihm kein Anspruch gegen die Krankenkasse auf Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zusteht. Die vollstationäre Einrichtung sei nämlich zur Erbringung einer solchen Leistung bereits nach [§ 55 Satz 1 SGB XII](#) in Verbindung mit [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#) verpflichtet. Gegen diese Lösung ist aber zu Recht unter Hinweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 01.09.2005 ([B 3 KR 19/04 R](#)) eingewandt worden (vgl. Makoski, Anmerkung zum Beschluss des LSG Schleswig-Holstein vom 21.12.2012, [L 9 SO 151/12 B ER](#), MedR 2013, 565; ähnlich Plantholz, in: LPK-SGB XI, 4. Auflage, § 71 Rn. 20), Leistungen der Behandlungspflege im Sinne des [§ 37 SGB V](#) seien bei Einrichtungen der Eingliederungshilfe in der Regel nicht nach [§ 43a SGB XI](#) von der Pflegeversicherung abgedeckt oder vom Heimbetreiber nach [§ 75 Abs. 5 SGB XII](#) zu erbringen. Dahinter steht die Überlegung, dass die in [§ 43a Satz 1 SGB XI](#) in Bezug genommenen Aufwendungen der Pflegekasse für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sich nur auf die Leistungsinhalte der Pflegeheime im Sinne des [§ 71 Abs. 2 SGB XI](#) bezögen, nicht aber auf die Leistungsinhalte der stationären Eingliederungs- und Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des [§ 71 Abs. 4 SGB XI](#). Letztere erbrächten gerade nicht das volle Leistungsspektrum von stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des [§ 71 Abs. 2 SGB XI](#). Stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe seien vorrangig auf die medizinische, berufliche oder soziale Rehabilitation der kranken bzw. behinderten Bewohner ausgerichtet, weshalb die Einrichtung selbst nicht (zugleich) Pflegeeinrichtung sein könne. Dies schließe nicht aus, dass sie auch begleitende Pflege erbringe, die aber nicht mit Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, wie sie [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#) benenne, deckungsgleich sei.

Der Senat ist ebenfalls der Auffassung, dass die pauschale Abgeltung der Pflegeleistungen nach [§ 43a SGB XI](#) dem Anspruch eines krankenversicherten Pflegebedürftigen, der in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe lebt, auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht entgegensteht (so auch Padé, in: Juris PK-SGB XI, 2. Auflage 2012, § 77 Rz. 57). Anhand einer Analyse der [§§ 43, 43a SGB XI](#) sowie des [§ 55 SGB XII](#) lässt sich somit nicht entscheiden, ob der streitgegenständliche Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht. Maßgebliche Entscheidungsgesichtspunkte ergeben sich letztlich auch nicht aus der Ermächtigung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung des Begriffs des geeigneten Ortes im Sinne des [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#).

Gemäß [§ 37 Abs. 6 SGB V](#) legt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Abs. 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Abs. 2 Satz 1.

Die HKP-RL bestimmt unter Abschnitt I. 2.: Häusliche Krankenpflege wird im Haushalt des Versicherten oder seiner Familie erbracht. Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung), wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein. Abschnitt I. 6. HKP-RL lautet: Für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen), kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden. Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die Krankenkassen zu prüfen. Abweichend davon kann häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität oder Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen. Eine Verordnung von Behandlungspflege ist auch für Versicherte in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben ([§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V](#)).

Der Gemeinsame Bundesausschuss greift in dieser Richtlinie ein Kriterium auf, dass bereits in der Gesetzesbegründung zur Neufassung des [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) angeführt wurde. In der vom Sozialgericht in seinem Beschluss ausführlich zitierten Gesetzesbegründung (Gesetzesentwurf der Fraktion der CDU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG), [Bundestags-Drucksache 16/3100](#) vom 24. Oktober 2006, Seite 104 zu Nr. 22 (§ 37)) heißt es, ein "geeigneter Ort" für die Leistung häuslicher Krankenpflege durch die GKV sei jedenfalls dann nicht gegeben, wenn sich der Versicherte in einer Einrichtung befindet, in der er nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung hat. Auf eine gesetzliche Konkretisierung dieses Leistungsausschlussmerkmals hat der Gesetzgeber laut der Begründung zum Gesetzesentwurf verzichtet, um die notwendige Flexibilität bei der Bestimmung der geeigneten Erbringungsorte zu wahren. Er hat diese Definition dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen. Letzterer hat wiederum richtig erkannt, dass ihm damit eine Aufgabe übertragen worden ist, für deren Erledigung er eigentlich über keine besondere Kompetenz verfügt. Es geht nämlich, wenn man von der Benennung von Anforderungen an die sanitäre und bauliche Gestaltung von Räumen absieht, um eine rein rechtliche Beurteilung. Richtigerweise hat der Gemeinsame Bundesausschuss durch seinen Beschluss vom 10. April 2008 in § 1 Abs. 6 Abs. 1 HKP-RL den Satz aufgenommen "Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die Krankenkasse zu prüfen". Dieser Zusatz erfolgte nachdem das Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 20. März 2008 mitgeteilt hatte, es verbinde das Inkrafttreten der ihm vorgelegten Fassung der HKP-RL mit einer Auflage. Sie bestand darin, die Richtlinie - etwa durch Streichung der Wörter "grundsätzlich auch in Behinderteneinrichtungen" - bei nächster Gelegenheit so zu überarbeiten, dass Behinderteneinrichtungen nicht grundsätzlich von der Verordnung häuslicher Krankenpflege ausgeschlossen würden. In Reaktion hierauf hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seinem Beschluss vom 10. April 2008 aus den in einer Klammer beispielhaft aufgezählten Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege bestehe, dahingehend geändert, dass die Wörter "oder grundsätzlich auch in Behinderteneinrichtungen" aus der Klammer entfernt wurden. Er hat somit in Nr. 6 der HKP-RL nur noch diejenigen Einrichtungen als Orte, in denen kein Anspruch auf häusliche Krankenpflege bestehe, bezeichnet, welche schon in der Gesetzesbegründung angeführt waren und bei denen der Ausschlussgrund unstrittig besteht, nämlich Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Hospize, Pflegeheime. Somit lässt sich aus den HKP-RL auch nur das entnehmen, was der Gesetzgeber bereits

im Gesetzgebungsprozess an Gesichtspunkten für die Bestimmung des Tatbestandsmerkmals "oder sonst an einem geeigneten Ort" benannt hat.

Wie oben ausgeführt, lässt sich aus dem Zusammenspiel der §§ 43, 43a, 71 SGB XI sowie der §§ 55 ff. SGB XII nicht ableiten, dass vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen generell auch zur Erbringung von medizinischer Behandlungspflege verpflichtet sind. Dies schließt aber nicht aus, dass im Einzelfall einem in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe lebenden krankenversicherten Menschen ein solcher Anspruch auf Behandlungspflege zustehen kann. Eine solche Einzelfallprüfung legen die Gesetzesmaterialien nahe. Dafür spricht auch, dass sich aus dem in § 12 Abs. 1 SGB V normierten Wirtschaftlichkeitsgebot ergibt, dass Leistungen der Krankenversicherung nur erbracht werden dürfen, soweit sie notwendig sind. Weiter setzt § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V die Erforderlichkeit der häuslichen Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung voraus. Zudem ist der Anspruch auf Leistungen der häusliche Krankenpflege gegen die Krankenkasse auch für die in einem Haushalt lebenden Versicherten grundsätzlich subsidiär gegenüber der Möglichkeit, die Leistung über eine im Haushalt lebende Person zu erhalten (§ 37 Abs. 3 SGB V). Der zunächst nur für Versicherte, die in ihrem Haushalt oder ihrer Familie leben, vorgesehene Anspruch auf häusliche Krankenpflege (so die Rechtslage bis zum Inkrafttreten des GKV-ModernisierungG mit Wirkung vom 01.01.2004) ist erst später auf andere geeignete Orte ausgedehnt worden. Entsprechend der gesetzlich festgeschriebenen Subsidiarität des Anspruchs nach § 37 Abs. 3 SGB V kann auch ein anderer Ort nur dann für die Erbringung der Leistung durch die Krankenkasse geeignet sein, wenn dort die medizinische Pflege und Versorgung in dem erforderlichen Umfang nicht bereits mit dem nach den vertraglichen Bestimmungen dort beschäftigten Personal geschuldet ist (vgl. LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 24.10.2012, [L 4 KR 30/10](#), juris Rn. 53).

Ein solcher anderweitiger Anspruch auf Erbringung von Behandlungssicherungspflege kann auch ein vertraglicher Anspruch sein. Denn wirksame und rechtmäßige vertragliche Regelungen können Ansprüche "nach gesetzlichen Bestimmungen" begründen, soweit diese eine Regelung durch entsprechende Verträge ausdrücklich vorsehen. Daher wird in der Literatur und der Rechtsprechung nicht zwischen vertraglichen und gesetzlichen Ansprüchen auf Behandlungspflege gegen den Einrichtungsträger unterschieden (vgl. nur BSG, Urt. v. 28.05.2003 - [B 3 KR 32/02 R](#); LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 24.02.2010 - [L 9 KR 23/10 B ER](#) sowie Beschl. v. 03.03.2011 - [L 9 KR 284/10 B -](#); LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 24.10.2012 - [L 4 KR 30/10](#) - jeweils zitiert nach juris, sowie Lieber, NZS 2011, S. 650 (653)). Entscheidend ist somit, ob der Versicherte in einer Einrichtung lebt, die ihm gegenüber zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege verpflichtet ist.

Zutreffend ist daher das Sozialgericht in seinem Beschluss davon ausgegangen, dass anhand des zwischen der Antragstellerin und dem Beigeladenen zu 2. abgeschlossenen Wohnvertrages in Verbindung mit Ziffer 5 der Vereinbarung über Leistungsausschluss vom 5. Oktober 2011 sowie des Hessischen Rahmenvertrages nach § 79 Abs. 1 SGB XII zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII und schließlich anhand der zwischen den Beigeladenen abgeschlossenen Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII in Verbindung mit § 76 ff. SGB XII zu prüfen ist, ob der Antragstellerin ein Anspruch auf Gewährung der hier strittigen Maßnahme der häuslichen Krankenpflege in Form der subkutanen Injektionen gegen den Heimträger zusteht. Bei dieser Prüfung ist zu beachten, dass die jeweiligen Vertragsschließenden im Hinblick auf die seit 1. April 2007 maßgebliche Fassung des § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V ein Interesse daran haben können, die Bestimmung des Leistungsanspruches des Versicherten so auszugestalten, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse des behinderten Menschen zur Erbringung von Behandlungspflege entstehen kann. Dies ist auch im Rahmen der Erörterung der Sach- und Rechtslage mit den Beteiligten im Rahmen des Termins zur mündlichen Verhandlung deutlich geworden. So hat die Vertreterin des Beigeladenen zu 1. erklärt, der Beigeladene zu 1. sei mit der gesetzlichen Neuregelung in § 37 Abs. 2 SGB V ab dem Jahr 2007 davon ausgegangen, dass grundsätzlich eine Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen zu Behandlungspflegemaßnahmen gegeben sei. Vor diesem Hintergrund sei auch der Hessische Rahmenvertrag mit Beschluss der Hessischen Vertragskommission SGB XI vom 7. November 2012 dahingehend geändert worden, dass unter Ausschluss von Seiten der zuständigen Krankenkasse zu übernehmenden Maßnahmen der Behandlungspflege im Sinne des § 37 SGB V sowie der dazugehörigen Richtlinie, die dann im Einzelnen aufgezählten Angebote der Eingliederungshilfe die Grundlage für eine Leistungsvereinbarung darstellten. Derzeit würden Verhandlungen mit den Einrichtungsträgern geführt, um diese Neuregelung in dem Hessischen Rahmenvertrag in den mit den Einrichtungsträgern abzuschließenden Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen umzusetzen. Diese Verhandlungen hätten noch nicht zum Erfolg geführt, weil die von der Beigeladenen zu 1. beanspruchte Vergütungsabsenkung, welche darauf gestützt werde, dass die Heimträger Maßnahmen in der Behandlungspflege im Hinblick auf die angenommene Zuständigkeit der Krankenkassen nicht mehr zu erbringen hätten, von den Heimträgern nicht akzeptiert würden. Bis zum Abschluss einer neuen Leistungs- und Vergütungsvereinbarung gelte die bisherige Leistungsvereinbarung ungeachtet der Änderung des Hessischen Rahmenvertrages zum 1. Januar 2013 und damit auch die Vergütungsvereinbarung fort.

Diese Information über die Reaktionen der Beigeladenen auf die zum 1. April 2007 erfolgte Neufassung des § 37 SGB V weist auf das Problem hin, dass das Abstellen darauf, ob dem Versicherten, der in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe lebt, ein anderweitiger Anspruch auf Behandlungspflege gegenüber dem Heimträger oder dem Sozialhilfeträger zusteht, die Gefahr in sich trägt, in einen Zirkelschluss zu geraten bzw. einem Prozess des Weiterverschiebens von Leistungsverantwortlichkeit Vorschub zu leisten. Diese Problematik ist bei der Bestimmung der konkreten Leistungsverpflichtung der stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe zu berücksichtigen. In jedem Fall gilt, dass durch den mit dem behinderten Menschen abgeschlossenen Wohn- und Betreuungsvertrag die Leistungspflichten der Einrichtung nach den vom Heimträger mit dem Träger der Eingliederungshilfe nach § 75 Abs. 3 SGB XII abgeschlossenen Vertrag über Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nicht reduziert werden können. Dementsprechend werden auch die Vereinbarungen nach § 75 SGB XII regelmäßig zum Bestandteil eines individuellen Wohn- und Betreuungsvertrages gemacht. Dies ist auch hier geschehen. Laut § 2 des zwischen dem Beigeladenen zu 2. und der Antragstellerin abgeschlossenen Wohnvertrages sind die Leistungs-, Vergütungs- und Prüfvereinbarung in der jeweils geltenden Fassung Bestandteil des Wohnvertrages. Deshalb kann aus dem Umstand, dass nach § 2 des Wohnvertrages in Verbindung mit Ziffer 5 der Vereinbarung über Leistungsausschluss vom 5. Oktober 2012 der Beigeladene zu 2. nicht zur Erbringung häuslicher Krankenpflege/medizinischer Behandlungspflege und medizinischer bzw. anderer Therapien verpflichtet ist, nicht ohne Weiteres abgeleitet werden, der Antragstellerin stehe kein Anspruch auf Behandlungspflege gegen den Beigeladenen zu 2. auf Verabreichung der streitgegenständlichen subkutanen Injektionen zu. Näherer Prüfung bedarf vielmehr, ob die zwischen den Beigeladenen abgeschlossene Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII vom 28. Februar 2011 im Hinblick auf den streitigen Anspruch der Antragstellerin etwas anderes bestimmt.

Dies lässt sich nach Überzeugung des Senats im Rahmen der im einstweiligen Rechtsschutzverfahren anzustellenden summarischen

Prüfung nicht verlässlich klären. Der Senat folgt insoweit nicht der Auffassung des Sozialgerichts, aus dem einschlägigen Vertragswerk lasse sich klar entnehmen, dass der Beigeladene zu 2. gegenüber der Antragstellerin nicht verpflichtet sei, die subkutanen Injektionen durch eigenes Personal oder durch von ihm zu vergütende Pflegedienste durchzuführen. Wie aus den Ausführungen der Vertreterin der Beigeladenen zu 1. im Termin zur mündlichen Verhandlung deutlich geworden ist, weist die mit dem Beigeladenen zu 2. abgeschlossene Leistungsvereinbarung gegenüber den üblicherweise mit Trägern der Eingliederungshilfe abgeschlossenen Vereinbarungen eine Besonderheit auf. Laut dem Vertragstext ist nur die Pflicht zur Unterstützung der Heimbewohner beim Ausführen ärztlicher Verordnungen übernommen worden, nicht aber die zum Ausführen ärztlicher Verordnungen. Ungeklärt ist dabei, inwieweit die unterschiedliche Leistungsbeschreibung im Rahmenvertrag nach [§ 79 Abs. 1 SGB XII](#) einerseits sowie der Vereinbarung nach [§ 75 Abs. 3 SGB XII](#) andererseits Bestand haben kann bzw. ob nicht die weitergehende Regelung im Landesrahmenvertrag maßgeblich ist. Hinzu kommt, dass nach § 2 des Wohnvertrages auch der Hessische Rahmenvertrag in der jeweils gültigen Fassung Bestandteil des Wohnvertrages sein soll. Letztere Bestimmung dürfte aber mit der Rechtsnatur eines Rahmenvertrages schwer zu vereinbaren sein. Ein Rahmenvertrag ist eine Vereinbarung zwischen Vertragsparteien, mit der sie die allgemeinen Bedingungen regeln, unter denen sich ihr über eine Vielzahl einzelner Verträge erfolgender, auf Dauer angelegter Geschäftsverkehr vollziehen soll. Die Bedingungen, die für alle Verträge gelten sollen, werden gewissermaßen "vor die Klammer" gezogen, die Inhalte des Rahmenvertrages werden nicht automatisch in die Einzelverträge einbezogen. Aus dem Rahmenvertrag ergibt sich für die Vertragsparteien lediglich die Verpflichtung, beim Abschluss konkreter Einzelvereinbarungen die Vorgaben des Rahmenvertrages zu beachten. Dem Zweck der Rahmenregelungen entsprechend, werden nur allgemeine Vorgaben festgelegt, die auf einzelvertraglicher Ebene näher ausgestaltet und den Besonderheiten des Einzelfalles angepasst werden (vgl. Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 25.02.2011, [L 7 SO 237/10 KL](#), Juris, Rz. 50).

Aber auch wenn man davon ausgeht, dass die zwischen den Beigeladenen unter dem 28. Februar 2011 abgeschlossene Vereinbarung nach [§ 75 Abs. 3 SGB XII](#) die maßgebliche Beschreibung des von dem Beigeladenen zu 2. zu erbringenden Leistungsspektrums enthält, kann nicht ohne weitere medizinische Aufklärung des Sachverhaltes entschieden werden, ob die von der Antragstellerin benötigte Hilfe zur Verabreichung der subkutanen Injektionen eine Vollausführung dieser Injektionen oder eine Anleitung und Beaufsichtigung der Antragstellerin bei der Verabreichung erfordert. Fehlt der Antragstellerin infolge ihrer geistigen Behinderung die Bereitschaft zu jeglicher Mitwirkung und Tolerierung der grundsätzlich auch von medizinischen Laien erbringbaren subkutanen Injektion und ist auch mit Maßnahmen der Abwehr und damit einer einhergehenden Verletzungsgefahr zu rechnen, so ist davon auszugehen, dass das Verabreichen der subkutanen Injektion keine einfache Maßnahme der Behandlungspflege darstellt, welche auch von nicht medizinisch geschulten Mitarbeitern ausgeführt werden kann. Die in diesem Fall erforderlichen Maßnahmen zur Ausführung der subkutanen Injektion dürften dann nicht mehr als bloße Unterstützung beim Ausführen ärztlicher therapeutischer Verordnungen eingeordnet werden können. Anders dürfte zu entscheiden sein, wenn die Antragstellerin problemlos von der Notwendigkeit der subkutanen Injektion und deren schmerzfreier Verabreichung überzeugt werden kann und die Injektion entweder dann selbst im Beisein einer Betreuungskraft des Beigeladenen zu 2. ausführt oder die Verabreichung der subkutanen Injektion durch diese Betreuungskraft ohne Widerstände hinnimmt. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass nach den von der Prozessbevollmächtigten des Beigeladenen zu 2. im Termin zur mündlichen Verhandlung gemachten Angaben das Heimpersonal aus Mitarbeitern verschiedener Professionen besteht. Zahlenmäßig überwiegen zwar die Kräfte, welche aus dem pädagogischen Bereich kommen. Es seien aber auch Mitarbeiter tätig, welche eine pflegerische Ausbildung hätten. Weiter ist seitens des Beigeladenen zu 2. dargelegt worden, die grundpflegerischen Leistungen bei den betreuten behinderten Menschen würden durch seine Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erbracht werden.

Der Sachverhalt kann im Hinblick auf die oben aufgezeigten Gesichtspunkte nur durch weitere Ermittlungen geklärt werden. Hierfür kommen insbesondere die Einholung eines Berichtes von dem die Verordnung vorschlagenden Arzt, die Beziehung von Krankenunterlagen zur Antragstellerin einschließlich von Berichten über deren gesundheitliche und intellektuellen Einschränkungen sowie die stattfindenden Förderungsmaßnahmen im Rahmen der sozialpädagogischen Betreuung durch Mitarbeiter des Beigeladenen zu 2. in Betracht. Des Weiteren dürfte sich eine Sachverhaltsermittlung in Form der Einholung eines Berichtes von dem Pflegedienst, der derzeit die subkutanen Injektionen verabreicht, empfehlen.

Angesichts des Ergebnisses der summarischen Prüfung ist eine Folgenabwägung vorzunehmen. Da die Antragstellerin derzeit weiterhin die subkutanen Injektionen zur Krankenbehandlung benötigt und diese weiterhin zur Behandlung der fortbestehenden Psoriasis-erkrankung ärztlich verordnet werden, überwiegt ihr Interesse an der Beibehaltung und Aufrechterhaltung der vom Sozialgericht ausgesprochenen Regelungsanordnung. Auf der Hand liegt für den Senat auch, dass die Antragstellerin aus ihrem geringen Nettoverdienst aus der Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte die Vergütung des ambulanten Pflegedienstes nicht aufbringen kann.

Es war daher zu entscheiden, wie geschehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf entsprechender Anwendung des [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2014-04-22