

S 27 KR 187/10

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

SG Frankfurt (Oder) (BRB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

27

1. Instanz

SG Frankfurt (Oder) (BRB)

Aktenzeichen

S 27 KR 187/10

Datum

11.12.2012

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 1 KR 61/13

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Bei der Gewährung von Behandlungspflege während des Aufenthalts in einer Werkstatt für behinderte Menschen handelt es sich um eine Annexleistung zu den im Rahmen der Eingliederungshilfe gewährten Leistungen zur Teilhabe.

1. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheids vom 17.08.2010 in der Fassung des Bescheids vom 19.08.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.10.2010 verpflichtet, den Bescheid vom 15.02.2010 zurückzunehmen und die Klägerin von den Kosten für die Verabreichung der Insulininjektion in der von der Beigeladenen zu 2) betriebenen Werkstatt für behinderte Menschen im Zeitraum 01.01.2010 bis 06.10.2010 gegenüber der Beigeladenen zu 3) freizustellen.

2. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Tatbestand:

Die 1970 geborene und bei der Beklagten krankenversicherte Klägerin begehrt von der Beklagten die Freistellung von den ihr von einem Pflegedienst, der Beigeladenen zu 3), in Rechnung gestellten Kosten für die Verabreichung von Insulininjektionen während ihres werktäglichen Aufenthalts in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) im Zeitraum 01.01.2010 bis 06.10.2010.

Die Klägerin lebt in einer Einrichtung der Behindertenhilfe. Für sie sind ein Grad der Behinderung von 100 sowie die Merkzeichen G, H und RF anerkannt. Darüber hinaus bezieht sie eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit und ergänzend Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

In der Zeit von 7.30 Uhr bis 14.45 Uhr besucht sie in Folge der vom Beigeladenen zu 1) gewährten Leistungen der Eingliederungshilfe werktags die von der Beigeladenen zu 2) betriebene WfbM. Sie benötigt mehrfach täglich – auch während der Arbeitszeit in der WfbM – im Zusammenhang mit ihrer Diabetes mellitus Erkrankung Blutzuckermessungen und Insulininjektionen. Aufgrund weiterer Erkrankungen, die Klägerin leidet unter Krämpfen und Spasmen der Muskulatur sowie an einer mittelgradigen Intelligenzminderung bei frühkindlicher Hirnschädigung, ist die Klägerin nicht in der Lage, sich die Insulininjektionen selbst zu verabreichen. Bis zum 01.12.2009 wurden deshalb während des Aufenthalts der Klägerin in der WfbM die notwendigen Insulininjektionen durch das Werkstattpersonal verabreicht.

Am 01.12.2009 wurde der Betreuerin der Klägerin durch die Beigeladene zu 2) (WfbM) jedoch mitgeteilt, die notwendigen Insulinspritzen dürften nicht mehr vom Werkstattpersonal, sondern nur noch durch eine Fachkraft gesetzt werden. Die Beigeladene zu 2) könne daher diese Aufgabe mangels entsprechenden Personals nicht mehr übernehmen. Daraufhin verordnete der behandelnde Arzt der Klägerin, Dr. G., ab dem 02.12.2009 durchgängig bis zum 31.03.2011, zuletzt mit Verordnung vom 06.12.2010 für die Zeit des Aufenthalts der Klägerin in der WfbM häusliche Krankenpflege in Form von Insulininjektionen. Noch am 02.12.2009 beauftragte die Betreuerin der Klägerin die Beigeladene zu 2) als Pflegedienst mit dem Setzen der Insulininjektionen während ihrer Arbeitszeit der Klägerin in der WfbM für den Geltungszeitraum der ärztlichen Verordnung.

Die am 30.12.2009 von Dr. G. für die Zeit vom 01.01.2010 bis 31.12.2010 ausgestellte Verordnung häuslicher Krankenpflege für die Verabreichung von Insulininjektionen (einmal täglich/fünfmal wöchentlich) ging am 05.01.2010 bei der Beklagten ein.

Mit Bescheid vom 15.02.2010 lehnte die Beklagte daraufhin eine Kostenübernahme der verordneten häuslichen Krankenpflege ab. Zur Begründung hob sie darauf ab, die ggf. notwendige medizinische Behandlungspflege sei, da die Klägerin in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen untergebracht sei, über Leistungen der Pflegeversicherung abgegolten. Widerspruch erhob die Klägerin

hiergegen zunächst nicht.

Den an den beigeladenen Landkreis Barnim (Beigeladener zu 1) gerichteten Antrag vom 27.07.2010 auf Übernahme der Kosten für die verabreichten Insulininjektionen lehnte dieser mit Bescheid vom 02.08.2010 ebenfalls ab. Zur Begründung verwies der Landkreis auf die seiner Auffassung nach bestehende Leistungspflicht der Beklagten. Sozialhilfe würde zudem nicht für die Vergangenheit erbracht. Der hiergegen erhobene Widerspruch blieb ohne Erfolg. Die hierzu erhobene Klage ist ebenfalls am SG Frankfurt (Oder) anhängig (Az. S 7 SO 48/11).

Einen weiteren Antrag auf Kostenübernahme vom 02.12.2010 für die Zeit vom 01.01.2010 bis 06.10.2010 lehnte der Beigeladene zu 1) zudem mit Bescheid vom 30.12.2010 ab. Der hierzu erhobene Widerspruch wurde bislang nicht beschieden.

Bereits mit Schreiben ihrer Betreuerin vom 9. August 2010 beantragte die Klägerin die nochmalige Überprüfung des Ablehnungsbescheids der Beklagten vom 15.02.2010. Dies lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 17.08.2010 in der Fassung des gleich lautenden Bescheids vom 19.08.2010 ab. Ergänzend wurde in diesem Zusammenhang zur Begründung von der Beklagten ausgeführt, die WfbM sei gem. § 10 der Werkstättenverordnung (WVO) verpflichtet, zur sozialen, pädagogischen und medizinischen Betreuung der behinderten Menschen Fachpersonal vorzuhalten. Darüber hinaus sei der in [§ 37 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) geforderte besonders hohe Pflegebedarf bislang vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht definiert worden. Den hiergegen mit Schreiben vom 27. August 2010 erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit im Wesentlichen gleich lautender Begründung mit Widerspruchsbescheid vom 11.10.2010 zurück.

Mit der sodann am 11.11.2010 erhobenen Klage begehrt die Klägerin die Freistellung von den Kosten für die von der Beigeladenen zu 3) während des Aufenthalts in der WfbM erbrachten Insulininjektionen. Für die Zeit vom 01.01.2010 bis 06.10.2010 wurden der Klägerin von der Beigeladenen zu 3) Kosten in einer Gesamthöhe von 1.129,26 EUR in Rechnung gestellt (Rechnungen vom 22.07.2010, 20.10.2010 und 16.11.2010). Zur Begründung ihrer Klage trägt die Klägerin vor, sie habe gem. [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Gewährung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Mit weiterem Bescheid vom 14. Dezember 2010 lehnte die Beklagte auf den Antrag der Klägerin eine Kostenübernahme für die am 06.12.2010 ausgestellte Verordnung häuslicher Krankenpflege in Form von Insulininjektionen während ihres Aufenthalts in der WfbM für die Zeit vom 01.01.2011 bis 31.03.2011 ab. Auch hiergegen wurde mit Schreiben vom 15.12.2010 Widerspruch eingelegt, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 01.03.2011 zurückwies. Die hiergegen unter dem Aktenzeichen S 27 KR 54/11 erhobene Klage wurde mit Beschluss vom 26.09.2011 mit der bereits anhängigen Klage verbunden.

Bereits mit Beschlüssen vom 05.10.2010 (Az.: S [4 KR 136/10](#) ER) und 12.01.2011 (Az.: S 27 KR 231/10 ER) hat das SG Frankfurt (Oder) die Beklagte im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, vorläufig Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form von Insulininjektionen für die Zeit vom 07.10.2010 bis 31.03.2011 zu gewähren. Die hierfür von der Beigeladenen zu 3) gestellten Rechnungen hat die Beklagte zunächst vorläufig ausgeglichen. In der mündlichen Verhandlung hat die Beklagte sodann für den vorstehend benannten Zeitraum eine endgültige Kostenübernahme erklärt.

Ausgehend davon beantragt die Klägerin zuletzt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 17.08.2010 in der Fassung des Bescheids vom 19.08.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.10.2010 zu verpflichten, den Bescheid vom 15.02.2010 zurückzunehmen und die Klägerin von den Kosten für die Verabreichung der Insulininjektion in der von der Beigeladenen zu 2) betriebenen Werkstatt für behinderte Menschen im Zeitraum 01.01.2010 bis 06.10.2010 gegenüber der Beigeladenen zu 3) freizustellen.

Die Beklagte und die Beigeladene zu 1) beantragen,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung verweist die Beklagte im Wesentlichen auf den Inhalt der streitgegenständlichen Bescheide. Ergänzend trägt sie vor, der Sache nach handele es sich um Leistungen zur Teilhabe, für die der Beigeladene zu 1) leistungs verpflichtet sei.

Der Beigeladene zu 1) meint demgegenüber, die Klägerin habe gegenüber der Beklagten einen Leistungsanspruch.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

1. Die Klage ist zulässig und begründet. Die Klägerin hat gegenüber dem Beklagten (als erstangegangenen Träger) einen Anspruch auf Freistellung von den Kosten, die in Folge der Beauftragung der Beigeladenen zu 3) mit der Erbringung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Insulininjektionen entstanden sind.

a) Nachdem sich die Klägerin vertreten durch ihre Betreuerin die im streitgegenständlichen Zeitraum begehrten Sachleistungen in Form der Insulininjektionen durch die privatrechtliche Beauftragung des Pflegedienstes der Beigeladenen zu 3) selbst beschafft hat, ist Grundlage des geltend gemachten Freistellungsanspruchs [§ 15 Abs. 1 S. 4 SGB IX](#) (allgemein dazu BSG, Urteil vom 20.10.2009 – [B 5 R 5/07 R](#), veröffentlicht in JURIS-Datenbank). Danach ist ein Rehabilitationsträger zur Kostenerstattung verpflichtet, wenn er eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Hat sich der Versicherte die Leistung zwar bereits beschafft, aber noch nicht bezahlt, geht der Anspruch auf Freistellung von der Forderung (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 09.02.2012 – [L 8 R 910/11](#), veröffentlicht in JURIS-Datenbank, m. w. Nw.). Mit dieser Regelung wollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass sich die Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen zur Teilhabe im Sinne des [§ 4 Abs. 1 SGB IX](#) abweichend von der Selbstbeschaffung anderer Leistungen nach dem SGB IX richtet ([BT-Drucks. 14/5074 S. 117](#) zu Nr. 7 Buchst b). Ausweislich dieser gesetzgeberischen Absicht

sollte deshalb mit [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) eine einheitliche Kostenerstattungsregelung für den Bereich der Teilhabeleistungen geschaffen werden (BSG, Urteil vom 20.10.2009 – [B 5 R 5/07 R](#), veröffentlicht in JURIS-Datenbank).

b) Rehabilitationsträger im Sinne des [§ 15 Abs. 1 S. 4 SGB IX](#) ist ausweislich des systematischen Zusammenhangs der Bestimmung mit Satz 3 der zuständige Rehabilitationsträger (BSG, Urteil vom 20.10.2009 – [B 5 R 5/07 R](#), veröffentlicht in JURIS-Datenbank). Nach Satz 3 ist der "zuständige" Rehabilitationsträger unter bestimmten Voraussetzungen zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet, wenn sich Leistungsberechtigte eine erforderliche Leistung selbst beschaffen. Die Erstattungspflicht des "zuständigen" Rehabilitationsträgers erstreckt Satz 4 auf die darin geregelten Tatbestände, indem er bestimmt, dass die Erstattungspflicht "auch" in diesen Fällen besteht. Zuständiger Rehabilitationsträger im Sinne des [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) ist der nach [§ 14 SGB IX](#) verantwortliche Rehabilitationsträger (BSG, Urteil vom 20.10.2009 – [B 5 R 5/07 R](#), veröffentlicht in JURIS-Datenbank). Dies ergibt sich schon daraus, dass [§ 15 Abs. 1 S. 1, S. 4 SGB IX](#) an die in [§ 14 Abs. 2 SGB IX](#) normierten Fristen sowie an Verhaltenspflichten (rechtzeitige Erbringung bzw. keine rechtswidrige Ablehnung der Leistung) anknüpft, die für das (Verwaltungs-)Verfahren zwischen dem zur Entscheidung berufenen Rehabilitationsträger und dem behinderten Menschen gelten. Welcher Rehabilitationsträger im Außenverhältnis zu diesem zuständig ist, richtet sich aber nach [§ 14 SGB IX](#) (BSG, a. a. O.).

Hier hat die Beklagte als so genannter "erstangegangener" Leistungsträger den Leistungsantrag der Klägerin auf Versorgung mit den während des Aufenthalts in der WfbM notwendigen Insulininjektionen nicht innerhalb von zwei Wochen nach Eingang (05.01.2010) an einen aus ihrer Sicht zuständigen anderen Rehabilitationsträger wie etwa hier den Beigeladenen zu 1) weitergeleitet. Demnach war die Beklagte auch gem. [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB XI gehalten, das Begehren nicht nur auf ihre originäre krankenversicherungsrechtliche Zuständigkeit hin, sondern auch unter allen sonstigen in Betracht kommenden rechtlichen Gesichtspunkten zu prüfen und bei Vorliegen der einschlägigen Tatbestandsvoraussetzungen zu erfüllen (ausführlich BSG, Urteil vom 11.05.2011 – [B 5 R 54/10 R](#); Urteil vom 20.10.2009 – [B 5 R 5/07 R](#); ferner Urteil vom 12.08.2009 – [B 3 KR 11/08 R](#); Urteil vom 25.06.2009 – [B 4 KR 4/08 R](#), alle veröffentlicht in JURIS-Datenbank). Im Verhältnis zur Klägerin war die Beklagte daher aufgrund (gegebenenfalls aufgedrängter) Zuständigkeit endgültig, ausschließlich und umfassend leistungspflichtig, selbst wenn die Beklagte nach den geltenden Normen außerhalb des SGB IX nicht für die beanspruchte Teilhabeleistung zuständig ist (BSG, Urteil vom 11.05.2011 – [B 5 R 54/10 R](#), veröffentlicht in JURIS-Datenbank).

"Zuständiger" Rehabilitationsträger im Sinne des [§ 15 Abs. 1 S. 4 SGB IX](#) ist daher ausschließlich die Beklagte als erstangegangener Träger, auch soweit sich der dem Freistellungsanspruch zugrunde liegende Sachleistungsanspruch nicht aus dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt.

Die Zuständigkeit der Beklagten als erstangegangener Träger gemäß [§ 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX](#) endete auch nicht durch den bestandskräftig gewordenen Ablehnungsbescheid vom 15.02.2010. Vielmehr blieb die Beklagte auch für das durch den Überprüfungsantrag eingeleitete Verfahren gem. [§ 44 SGB X](#) zuständig, auch wenn die Rechtswidrigkeit im Sinne dieser Vorschrift (nur) darin liegt, dass sie die außerhalb ihrer "eigentlichen" Zuständigkeit liegenden einschlägigen Rechtsgrundlagen nicht beachtet hat (BSG, Urteil vom 20.10.2009 – [B 5 R 5/07 R](#), veröffentlicht in JURIS-Datenbank).

c) Hier hat die Beklagte im Sinne des [§ 15 Abs. 1 S. 4 SGB IX](#) zu Unrecht den Antrag auf Gewährung der verordneten Behandlungspflege abgelehnt. Denn die Klägerin hatte gegenüber der Beklagten einen Sachleistungsanspruch auf Gewährung entsprechender Sachleistungen zum Zwecke des Setzens der Insulininjektionen. Darüber hinaus handelt es sich bei den lebensnotwendigen Insulininjektionen auch um eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 15 Abs. 1 S. 4 SGB IX](#), hinsichtlich der ein Entscheidung der Beklagten ohnehin nicht abgewartet werden konnte.

aa) Die Verpflichtung der Beklagten zur Sachleistungsgewährung ergibt sich allerdings entgegen der Auffassung des Beigeladenen zu 1) nicht aus [§ 37 Abs. 2 SGB V](#), sodass auch ein Freistellungsanspruch gem. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ausscheidet.

Bei der hier im Streit stehenden Behandlungspflege in Gestalt von Insulininjektionen handelt es sich zwar für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen um eine Form der häuslichen Krankenpflege, auf die der Versicherte gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1](#) und Satz 2 Nr. 4 sowie [§ 37 Abs. 2 Satz 1](#) des Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - dem Grunde nach einen (Sachleistungs-) Anspruch gegen die Gesetzliche Krankenversicherung hat. Die Klägerin war auch aufgrund ihrer gesundheitlichen Leiden unstreitig nicht in der Lage, sich die - ausweislich der ärztlichen Verordnung vom 30.12.2009 medizinisch notwendigen - Insulinspritzen selbst zu setzen. Dass die Klägerin über Angehörige verfügen würde, die diese zum Zwecke des Setzens der Insulinspritzen in der WfbM hätten aufsuchen können, ist weder ersichtlich noch von einem Beteiligten vorgetragen worden. Gleichwohl ist ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) gegenüber der Beklagten ausgeschlossen, weil der Pflegebedarf kein besonders hohes Ausmaß aufweist und deshalb im Ergebnis vom Beigeladenen zu 1) im Rahmen der Eingliederungsleistungen begleitend mit abzudecken ist (vgl. dazu noch unten):

Gemäß [§ 37 Abs. 2 S. 1 Hs. 1 SGB V](#) in der am 01.04.2007 in Kraft getretenen Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 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. [§ 10 WVO](#) bleibt gemäß [§ 37 Abs. 2 S. 2 SGB V](#) unberührt. Versicherte erhalten demnach Behandlungspflege als Leistung der Krankenkasse in Behindertenwerkstätten nur bei besonders hohem Pflegebedarf. Die Gesetzesbegründung erläutert dies dahin gehend, dass ein Anspruch auf Leistungen auch in Werkstätten für behinderte Menschen gegeben sein kann, "wenn wegen des besonders hohen Pflegebedarfs eines Versicherten die zur Verfügung stehenden pflegerischen Fachkräfte nicht ausreichen. Im Regelfall bleibt es hier aber dabei, dass nach [§ 10](#) der WerkstättenVO der pflegerische Bedarf durch die Werkstätten selbst abgedeckt wird." ([BT-Drucks. 16/4247, S. 33 f.](#))

Die Neufassung des [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) stellt somit klar, dass Behandlungspflegeleistungen der Krankenkasse nicht generell vorrangig sind, sondern nur dort eingreifen, wo die Behandlungspflege nicht schon durch andere Träger sicherzustellen ist. An Stelle des etwa allgemein in [§ 2 SGB XII](#) angeordneten Nachrangs der Leistungen der Sozialhilfe hat der Gesetzgeber damit in Bezug auf die besondere Konstellation der Erbringung von Behandlungspflegeleistungen in einer WfbM eine speziellere Regelung gesetzt, welche den Leistungsumfang der Krankenkasse schon dem Grunde nach im Sinne der Subsidiarität begrenzt. Dabei hat der Gesetzgeber mit dem Merkmal des "besonders hohen Pflegebedarfs" die Zuständigkeit der Träger im Sinne der Ausschließlichkeit ihrer jeweiligen Leistungspflicht gegeneinander

abgegrenzt (vgl. SG Dresden, Beschluss vom 15.08.2008 – [S 18 KR 397/08 ER](#); SG Chemnitz, Beschluss vom 16.06.2009 – [S 11 KR 223/09 ER](#), beide veröffentlicht in JURIS-Datenbank; SG Speyer, Beschluss vom 11.10.2012 – S 7 KR 713/12 ER, Blatt 187 ff. der Gerichtsakte).

Das bedeutet nicht nur, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse erst dort beginnt, wo die Vorhaltepflcht des Werkstattträgers und damit die Leistungsverantwortung des Sozialhilfeträgers endet. Es besagt darüber hinaus auch, dass der Sozialhilfeträger durch den von ihm hinzugezogenen Träger der Behindertenwerkstatt auch für die Behandlungspflege der in der Werkstatt beschäftigten Behinderten aufzukommen hat, wenn und solange deren Pflegebedarf nicht besonders hoch ist.

Die Versorgung der Beschäftigten in der Werkstatt für behinderte Menschen durch die vorzuhaltenden Pflegekräfte beschränkt sich dabei nicht auf grundpflegerische Verrichtungen (z. B. Hilfestellung beim Waschen, Umziehen und Toilettengang). Vielmehr haben diese Fachkräfte auch Behandlungspflegeleistungen zu erbringen, wenn diese während des Aufenthalts erforderlich sind. Dies ergibt sich schon aus § 10 WVO, wonach die Werkstatt für behinderte Menschen über begleitende Dienste zur medizinischen Betreuung der behinderten Menschen verfügen muss und (nicht nur pflegerische, sondern auch) therapeutische Fachkräfte zur Verfügung stehen müssen. Die Regelungen unterscheiden dabei auch nicht danach, ob die medizinischen und therapeutischen Angebote zur Behandlung der die Behinderung auslösenden Krankheit oder sonstiger Begleiterkrankungen (hier z.B. des Diabetes der Antragstellerin) erforderlich sind.

Einen besonders hohen Pflegebedarf im Sinne des [§ 37 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) weist die Klägerin gerade nicht auf (vgl. hierzu jetzt auch § 1 Abs. 7 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der Fassung vom 17.09.2009, zuletzt geändert am 21.10.2010, BAnz 2011, S. 140). Denn das tägliche Setzen einer Insulininjektion ist weder mit einem großen Aufwand verbunden, noch bedarf es einer speziellen medizinischen Qualifikation und kann durch eine ausgebildete Krankenschwester erfolgen (ebenso SG Dresden, Beschluss vom 15.08.2008 – [S 18 KR 397/08 ER](#); SG Chemnitz, Beschluss vom 16.06.2009 – [S 11 KR 223/09 ER](#), beide veröffentlicht in JURIS-Datenbank; SG Speyer, Beschluss vom 11.10.2012 – S 7 KR 713/12 ER, Blatt 187 ff. der Gerichtsakte). Demnach scheidet ein Anspruch gem. [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) aus.

bb) Bei der Gewährung von Behandlungspflege während des Aufenthalts in der Werkstatt für behinderte Menschen handelt es sich jedoch um eine Annexleistung zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des [§§ 4 Abs. 1 Nr. 3, 33 Abs. 1, Abs. 3 Nr. 6, Abs. 6, 41 Abs. 2 SGB IX](#) (ebenso SG Dresden, Beschluss vom 15.08.2008 – [S 18 KR 397/08 ER](#); SG Chemnitz, Beschluss vom 16.06.2009 – [S 11 KR 223/09 ER](#), beide veröffentlicht in JURIS-Datenbank; SG Speyer, Beschluss vom 11.10.2012 – S 7 KR 713/12 ER, Blatt 187 ff. der Gerichtsakte):

Für die Leistungen zur Teilhabe gelten gemäß [§ 53 Abs. 4 SGB XII](#) vorbehaltlich besonderer Bestimmungen des Sozialhilferechts die Vorschriften des SGB IX; die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach dem SGB XII. Gemäß [§ 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) umfassen die Leistungen zur Teilhabe die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern. Zur Teilhabe werden gemäß [§ 5 Nr. 2 SGB IX](#) u. a. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht. Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind gemäß [§ 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX](#) auch die Träger der Sozialhilfe, deren originäre Zuständigkeit demnach bei fehlender Weiterleitung gem. [§ 14 Abs. 2 S. 1 SGB IX](#) auf den erstangegangenen Träger, d. h. hier die Beklagte "übergeht". Nach [§ 8 Nr. 4 SGB XII](#) umfasst die Sozialhilfe unter Anderem die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Gemäß [§ 53 Abs. 1](#) erhalten Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist gem. [§ 53 Abs. 3 S. 1 SGB XII](#) u. a., die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört nach [§ 53 Abs. 3 S. 2 SGB XII](#) insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern und ihnen die Ausübung einer angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen. Zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gehören gemäß [§ 54 Abs. 1 S. 2 SGB XII](#) u. a. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach [§ 33 SGB IX](#) und Leistungen im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen nach [§ 41 SGB XII](#). Gemäß [§ 33 Abs. 1 SGB IX](#) werden zur Teilhabe am Arbeitsleben die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Die Leistungen umfassen nach [§ 33 Abs. 3 Nr. 6 SGB IX](#) auch sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten. Um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit der behinderten Menschen zu erhalten, zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen, die Persönlichkeit dieser Menschen weiterzuentwickeln und ihre Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern, werden gemäß [§ 39 SGB IX](#) Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen erbracht. Leistungen im Arbeitsbereich einer WfbM sind gemäß [§ 41 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX](#) auf die Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer der Eignung und Neigung des behinderten Menschen entsprechenden Beschäftigung gerichtet. [§ 136 Abs. 1 S. 1](#) und 2 Nr. 2 SGB IX definiert Werkstätten für behinderte Menschen als Einrichtungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben im Sinne der [§§ 33 bis 45 SGB IX](#) und zur Eingliederung in das Arbeitsleben mit der Aufgabe, denjenigen behinderten Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis anzubieten und zu ermöglichen, ihre Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln. Die Leistungen im Arbeitsbereich erbringen gemäß [§ 42 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX](#), soweit nicht die Träger der Unfallversicherung, der Kriegsoferversorgung oder der Jugendhilfe zuständig sind, unter den Voraussetzungen des Zwölften Buches die Träger der Sozialhilfe. Das Nähere über Begriff und Aufgaben der Werkstätten für behinderte Menschen regelt auf Grundlage des [§ 144 Abs. 1 SGB IX](#) die Werkstättenverordnung (WVO).

Die in Werkstätten für behinderte Menschen zu erbringenden Leistungen beschränken sich nicht auf die Verschaffung einer Beschäftigungsmöglichkeit. Zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gehören gemäß [§ 54 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB XII](#) auch nachgehende Hilfen zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben. Gemäß [§ 17 Abs. 1 S. 1](#) Hs. 1 der auf [§ 60 SGB XII](#) beruhenden Eingliederungshilfe-Verordnung zählen zur Hilfe im Sinne des [§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII](#) in Verbindung mit den [§§ 33 und 41 SGB XII](#) sowie der Hilfe im Sinne des [§ 54 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB XII](#) auch andere Leistungen, wenn sie wegen der Behinderung zur Aufnahme oder Fortsetzung einer angemessenen Beschäftigung im Arbeitsleben erforderlich sind. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen gemäß [§ 33 Abs. 6 SGB IX](#) auch medizinische,

psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in [§ 33 Abs. 1 SGB IX](#) genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Gemäß [§ 136 Abs. 1 S. 3 SGB IX](#) und § 10 Abs. 1 S. 1 WVO muss die WfbM über begleitende Dienste zur medizinischen Betreuung der behinderten Menschen verfügen. Nach § 10 Abs. 2 WVO haben im Einvernehmen mit den zuständigen Rehabilitationsträgern pflegerische und therapeutische Fachkräfte zur Verfügung zu stehen.

Zu den ergänzenden Leistungen, welche der überörtliche Sozialhilfeträger im Zusammenhang mit Eingliederungshilfeleistungen in Werkstätten für behinderte Menschen durch die von ihm vertraglich in das Leistungssystem einbezogenen Einrichtungsträger flankierend bereit zu stellen hat, gehören im Einzelfall auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch auf begleitende medizinische Versorgung in der Werkstatt für behinderte Menschen umfasst im Falle der Klägerin deshalb auch die ärztlich verordneten täglichen Insulininjektionen während des Aufenthalts in der Werkstatt (ebenso SG Dresden, Beschluss vom 15.08.2008 - [S 18 KR 397/08 ER](#); SG Chemnitz, Beschluss vom 16.06.2009 - [S 11 KR 223/09 ER](#), beide veröffentlicht in JURIS-Datenbank; SG Speyer, Beschluss vom 11.10.2012 - S 7 KR 713/12 ER, Blatt 187 ff. der Gerichtsakte).

Da die Klägerin gegen die Beklagte auch keinen Anspruch aus [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) ableiten kann, ist der originär gegen den Sozialhilfeträger gerichtete Anspruch auf ergänzende Leistungen in Form der Insulininjektionen auch nicht auf Grund des in [§ 2 SGB XII](#) verankerten Nachrangs der Sozialhilfe ausgeschlossen (s. o.). Da die Klägerin die begehrte Leistung von der Beklagten als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nicht beanspruchen kann, besteht schon keine Konkurrenz von Leistungsansprüchen gegen den Träger der Krankenversicherung einerseits und gegen den Sozialhilfeträger andererseits, die im Sinne eines Vorrangs der Versicherungsleistung gegenüber der Fürsorgeleistung aufzulösen wäre. Vielmehr hat der Gesetzgeber letztlich die Zuständigkeit der Träger untereinander so abgegrenzt, dass der Beigeladene zu 1) ausschließlich für die Versorgung der Klägerin Antragstellerin mit den benötigten Injektionen während des Einsatzes im Arbeitsbereich des Beigeladenen zu 2) verantwortlich ist, während die Beklagte auf Basis der Vorschriften des SGB V schon dem Grunde nach nicht leistungspflichtig ist (ebenso SG Dresden, Beschluss vom 15.08.2008 - [S 18 KR 397/08 ER](#); SG Chemnitz, Beschluss vom 16.06.2009 - [S 11 KR 223/09 ER](#), beide veröffentlicht in JURIS-Datenbank; SG Speyer, Beschluss vom 11.10.2012 - S 7 KR 713/12 ER, Blatt 187 ff. der Gerichtsakte).

Ob die WfbM der Beigeladenen zu 2) über genügend Pflegepersonal verfügte, um für die gebotene Behandlungspflege der Klägerin aufzukommen, ist letztlich unerheblich. Denn die gegebenenfalls unzureichende Ausstattung der vom Beigeladenen zu 1) mit der Umsetzung der gewährten Eingliederungshilfe beauftragten Beigeladenen zu 2) kann nicht zu einer Verlagerung der Leistungszuständigkeit auf die gesetzliche Krankenversicherung führen. Vielmehr wäre ausgehend von der originären Zuständigkeit des Beigeladenen zu 1) dieser verpflichtet gewesen, die Erfüllung seiner Leistungspflichten notfalls sicherzustellen, indem er externe Pflegekräfte als Leistungserbringer hinzuzieht oder den Beigeladenen zu 2) hierzu veranlasst (ebenso SG Dresden, Beschluss vom 15.08.2008 - [S 18 KR 397/08 ER](#); SG Chemnitz, Beschluss vom 16.06.2009 - [S 11 KR 223/09 ER](#), beide veröffentlicht in JURIS-Datenbank; SG Speyer, Beschluss vom 11.10.2012 - S 7 KR 713/12 ER, Blatt 187 ff. der Gerichtsakte).

2. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits. Die Kostenregelung umfasst auch die notwendigen außergerichtlichen Kosten zum Verfahren S 27 KR 54/11, in dem die Beklagte der Sache nach mit der endgültigen Kostenübernahme den klageweise geltend gemachten Anspruch anerkannt hat.

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg Försterweg 2-6

14482 Potsdam,

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

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

Sozialgericht Frankfurt (Oder) Eisenhüttenstädter Chaussee 48

15236 Frankfurt (Oder),

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Frankfurt (Oder) schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

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

Die elektronische Form wird durch eine qualifizierte signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Verordnung über den

elektronischen Rechtsverkehr im Land Brandenburg vom 14. Dezember 2006 (GVBl. II S. 558) idF vom 1. Oktober 2007 (GVBl. II S. 425) in die elektronische Poststelle des jeweiligen Gerichts zu übermitteln ist. Nähere Hinweise zu den Kommunikationswegen für den elektronischen Rechtsverkehr können unter der Internetadresse www.erv.brandenburg.de abgerufen werden.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2013-08-22