

L 6 KR 1290/11

Land

Freistaat Thüringen

Sozialgericht

Thüringer LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Altenburg (FST)

Aktenzeichen

S 30 KR 3933/08

Datum

23.05.2011

2. Instanz

Thüringer LSG

Aktenzeichen

L 6 KR 1290/11

Datum

15.12.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Altenburg vom 23. Mai 2011 wird zurückgewiesen. Die Berufung der Beigeladenen zu 2. wird verworfen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Beigeladene zu 2. trägt ihre außergerichtlichen Kosten selbst. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Kostenerstattung für bereits erbrachte häusliche Krankenpflege in Form von einmal täglich subkutanen Insulininjektionen während ihres Auf-enthalts in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) der Beigeladenen zu 2. für den Zeitraum 1. Juni bis 31. Dezember 2008 in Höhe von 499,80 Euro.

Die 1959 geborene und bei der Beklagten gegen Krankheit versicherte Klägerin ist seelisch und geistig behindert und leidet unter anderem an Schizophrenie und einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus. Eine Pflegestufe wurde nicht zuerkannt. Der Hausarzt verordnete ihr am 25. April 2008 dreimal täglich Insulininjektionen und einmal täglich das Richten von ärztlich verordneten Medikamenten.

Mit Bescheid vom 27. Mai 2008 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass der Antrag auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur für Zeiten des Aufenthalts im eigenen Haushalt bewilligt wird. Dementsprechend teilte die Beklagte dem von der Klägerin beauftragten Pflegedienst mit, dass ab dem 1. Juni 2008 für Zeiten des Aufenthalts der Klägerin in der WfbM das Setzen der Insulininjektion zweimal täglich (morgens und abends) jeweils im eigenen Haushalt übernommen wird, ansonsten dreimal täglich. Die Kosten für das Richten der ärztlich verordneten Medikamente wurden vollständig übernommen. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass häusliche Krankenpflege in WfbM nur geleistet werden könne, wenn die Intensität oder Häufigkeit der in der Werkstatt zur erbringenden Pflege so hoch sei, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenbehandlung vermieden oder das Ziel einer ärztlichen Behandlung gesichert werden könne. Ein hoher Pflegebedarf liege nicht vor. Aus diesem Grund würden die Kosten der ärztlich verordneten Insulininjektionen nur für die Zeiten übernommen, an denen die Leistungserbringung im eigenen Haushalt erforderlich sei.

Hiergegen legte die Betreuerin der Klägerin am 12. Juni 2008 Widerspruch ein, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 25. September 2008 zurückwies. Gemäß [§ 37](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erhielten Versicherte in ihrem Haushalt, im Haushalt ihrer Familie oder an sonst einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten und - bei besonders hohem Pflegebedarf - auch in WfbM häusliche Krankenpflege als Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich sei. [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) bestimme ausdrücklich, dass § 10 der Werkstättenverordnung (WerkstättenVO) unberührt bleibe. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe in Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) festgelegt, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen außerhalb des Haushaltes und der Familie des Versicherten erbracht werden könnten. Dies beinhalte auch die Festlegung, wann ein besonders hoher Pflegebedarf bei Versicherten in den WfbM vorliege. Ein derartig hoher Pflegebedarf sei vorliegend nicht festzustellen. § 10 Abs. 1 WerkstättenVO bestimme ausdrücklich, dass die Werkstatt auch zur medizinischen Betreuung der behinderten Menschen über begleitende Dienste verfügen müsse. Die notwendige Behandlungspflege könne daher vom Werkstattpersonal erbracht werden.

Hiergegen hat die Klägerin am 27. Oktober 2008 vor dem Sozialgericht Altenburg (SG) Klage erhoben und zur Begründung ausgeführt, dass ein Kostenerstattungsanspruch in Höhe von 499,80 Euro im Raum stehe. Diese Kosten seien ihr dadurch entstanden, dass sie im Zeitraum 1. Juli bis 31. Dezember 2008 die Kosten für eine tägliche Insulininjektion während des Aufenthalts in der Behindertenwerkstatt an den Häuslichen Pflegedienst der -Sozialmanagement gGmbH S.-O.-Kreis gezahlt habe. Der entsprechende Leistungsnachweis liege vor. Grundlage des Erstattungsanspruchs sei [§ 37 Abs. 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 13 SGB V](#). Abzustellen sei auf die gesetzlichen Regelungen

der [§§ 75 Abs. 3](#) und 79 Abs. 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII), die WerkstättenVO und den Landesrahmen-vertrag, der in Ausfüllung dieser Vorschriften ergangen sei. Ausweislich des Landesrahmenvertrages bestehe keine Verpflichtung der Beigeladenen zu 2., in der WfbM subkutane Insulininjektionen zu verabreichen und entsprechend qualifiziertes Personal vorzuhalten. Dies sei auch von den Aufsichtsbehörden zu keiner Zeit verlangt worden. Bei subkutanen Injektionen handle es sich um einen klassischen Fall der Behandlungspflege. Diese unterfalle nicht dem Pflichtenkreis der Beigeladenen zu 2.

Dem ist die Beklagte entgegen getreten und hat geltend gemacht, dass Versicherte gemäß [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in der ab dem 1. April 2007 geltenden Fassung bei besonders hohem Pflegebedarf auch in WfbM Behandlungspflege erhalten, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich sei. Gemäß [§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) bleibe § 10 WerkstättenVO unberührt. Entsprechend seien auch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege ausgestaltet. Behandlungspflege könne daher nur bei besonders hohem Pflegebedarf gewährt werden. Die Gesetzesbegründung gehe ausdrücklich davon aus, dass nach § 10 WerkstättenVO der pflegerische Bedarf durch die Werkstätten selbst abgedeckt werde. Damit habe der Gesetzgeber in Bezug auf die besondere Konstellation der Erbringung von Behandlungspflegeleistungen in WfbM eine spezielle Regelung geschaffen, welche den Leistungsumfang der Krankenkasse schon dem Grunde nach im Sinne der Subsidiarität begrenze. Das Nachrangprinzip des [§ 2 SGB XII](#) gelte daher in diesem Zusammenhang nicht. Die Leistungspflicht der Krankenkasse beginne daher erst dort, wo die Vorhaltepflcht des Werkstattträgers und damit die Leistungsverantwortung des Sozialhilfeträgers ende. § 10 WerkstättenVO sehe ausdrücklich vor, dass in Behindertenwerkstätten eine medizinische Betreuung stattfinde. Vorliegend bestehe kein besonders hoher Pflegebedarf im Sinne des [§ 37 Abs. 2 SGB V](#). Die tägliche Insulininjektion sei weder mit einem großen Aufwand verbunden, noch bedürfe es einer speziellen medizinischen Qualifikation. Notfalls müsse die Werkstatt zur Sicherstellung der Erfüllung ihrer Leistungspflicht externe Pflegekräfte hinzuziehen.

Die Beigeladene zu 2. hat demgegenüber die Auffassung vertreten, soweit ein Versicherter in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen untergebracht sei, gehöre zum Beispiel die einfache Medikamentengabe nur dann zu den Pflichten des Erbringers der stationären Leistung, wenn er sich zur Erbringung allgemeiner Pflegeleistungen in dem zwischen ihm und dem Sozialhilfeträger abgeschlossenen Verträgen verpflichtet habe. Sie selbst habe sich nicht zur Erbringung allgemeiner Pflegeleistungen bzw. zur Vornahme von Behandlungspflege nach dem SGB V verpflichtet. Daher gehöre die Durchführung subkutaner Injektionen nicht zu ihren Pflichten. Derartige Injektionen dürften auch nur durch ausgebildete Pflegekräfte vorgenommen werden. Der habe noch mit Schreiben vom 15. Dezember 2010 bestätigt, dass die Fachkräftequote nicht zu beanstanden sei.

Mit Urteil vom 23. Mai 2011 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, dass der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch bereits deshalb ausscheide, weil die selbst beschaffte Leistung ihrer Art nach nicht zu den Leistungen gehöre, die von der Beklagten in dem genannten Zeitraum als Sachleistung zu erbringen gewesen wäre. Ausgehend von der Anspruchsgrundlage des [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) ergebe sich, dass für das Setzen der Insulinspritze während des Aufenthalts in der WfbM nicht die Beklagte, sondern der Beigeladene zu 1. als Träger der Sozialhilfe in Zusammenarbeit mit der Beigeladenen zu 2. zuständig sei. Der Beigeladene zu 1. habe die Verpflichtung, die hier tatsächlich durchgeführte Behandlungspflegeleistung in Gestalt täglicher Insulininjektionen während des Aufenthalts in der vom Beigeladenen zu 2. betriebenen WfbM sicherzustellen. Gemäß [§ 37 Abs. 2 Satz 1](#) bzw. Satz 2 SGB V erhielten Versicherte Behandlungspflege als Leistung der Krankenkasse in Behindertenwerkstätten nur bei besonders hohem Pflegebedarf. Die Gesetzesbegründung führe hierzu ausdrücklich aus, dass ein Anspruch auf Leistungen auch in WfbM gegeben sein könne, wenn wegen des besonders hohen Pflegebedarfs eines Versicherten die zur Verfügung stehenden pflegerischen Fachkräfte nicht ausreichen. Im Regelfall solle es aber dabei verbleiben, dass nach § 10 WerkstättenVO der pflegerische Bedarf durch die Werkstätten selbst abgedeckt werde. Der Gesetzgeber habe damit für die besondere Konstellation der Erbringung von Behandlungspflegeleistungen in WfbM eine spezielle Regelung geschaffen, welche die von den Krankenkassen zu erbringende Behandlungspflege schon dem Grunde nach im Sinne der Subsidiarität begrenze. Für diese spezielle Konstellation sei das Nachrangprinzip der Sozialhilfe ([§ 2 SGB XII](#)), welches ansonsten eine Verpflichtung des Beigeladenen zu 1. ausschließe, kraft ausdrücklicher gesetzlicher Anordnung außer Kraft gesetzt. Zur Abgrenzung der Zuständigkeit der Sozialleistungsträger habe der Gesetzgeber dabei auf das Merkmal des besonders hohen Pflegebedarfes zurückgegriffen und damit ausdrücklich entschieden, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse erst dort beginne, wo die Vorhaltepflcht des Werkstattträgers und damit die Leistungsverantwortung des Sozialhilfeträgers ende. Zugleich habe der Gesetzgeber damit entschieden, dass der Sozialhilfeträger und damit hier der Beigeladene zu 1. durch den von ihm hinzugezogenen Träger der Behindertenwerkstatt auch für die Behandlungspflege der in der Werkstatt beschäftigten Behinderten aufzukommen habe, solange deren Pflegebedarf nicht besonders hoch sei. Der Vorschrift des § 10 WerkstättenVO sei zu entnehmen, dass die vorzuhaltenden Fachkräfte auch Behandlungspflegeleistungen zu erbringen hätten, wenn diese während des Aufenthaltes erforderlich seien. § 10 WerkstättenVO verlange ausdrücklich, dass die WfbM über begleitende Dienste zur medizinischen Betreuung der behinderten Menschen verfügen müsse. Die medizinische Betreuung werde insoweit in § 10 Abs. 1 Satz 1 WerkstättenVO neben der pädagogischen und sozialen Betreuung ausdrücklich erwähnt. Insoweit könne es gerade nicht darauf ankommen, ob die Beigeladene zu 2. nach den zwischen ihr und dem Beigeladenen zu 1. bestehenden vertraglichen Vereinbarungen gehalten sei, medizinische Betreuungsleistungen bzw. Behandlungspflege zu erbringen. Die Vertragspartner seien nicht befugt, zu Lasten Dritter von gesetzlichen Vorgaben abzuweichen. Soweit die Klägerin und die Beigeladene zu 2. sich insoweit auf die Rechtsprechung zur Erbringung von Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen beriefen, wonach zum Beispiel die einfache Medikamentengabe oder sonstige einfache Formen der Behandlungspflege nur zu den Pflichten des Erbringers der stationären Leistung gehöre, wenn er sich in dem zwischen ihm und dem Sozialhilfeträger abgeschlossenen Verträgen hierzu verpflichtet habe, führe dies hier bereits deshalb nicht weiter, weil es sich bei den dortigen Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht um eine WfbM gehandelt habe. Dies stehe auch im Einklang mit der Gesetzesbegründung zur Erweiterung des Haushaltsbegriffs durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, wonach ein geeigneter Ort für die Leistung der häuslichen Krankenpflege durch die GKV jedenfalls dann nicht gegeben sei, wenn sich der Versicherte in einer Einrichtung befinde, in der er nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung habe. Es bestehe zudem kein Anlass, näher auf die Frage einzugehen, wann im Sinne des [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) der Pflegebedarf des in der Werkstatt beschäftigten behinderten Menschen "besonders hoch" sei. Dafür sei hier nichts ersichtlich, da die Klägerin im streitgegenständlichen Zeitraum nicht in einer Pflegestufe eingestuft gewesen sei. Es sei weder ersichtlich, dass das Setzen einer Insulininjektion mit einem derart großen Aufwand verbunden gewesen sei, noch bedürfe dies einer speziellen medizinischen Qualifikation. Die ärztliche Verordnung habe das einfache Setzen einer Insulinspritze beinhaltet. Ob der in den Vereinbarungen zwischen den Beigeladenen vorgesehene Betreuungsschlüssel ausreichend sei, um allen in der Werkstatt Beschäftigten die erforderliche Behandlungspflege in dem von [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) geschuldeten Umfang zukommen zu lassen, könne hierbei keine Rolle spielen und insbesondere nicht zu einer Verlagerung der Leistungszuständigkeit auf die Beklagte führen. Erforderlichenfalls hätten die Beigeladenen die abgeschlossene Vereinbarung und die Personalausstattung der Beigeladenen zu 2. der Rechtslage anzupassen. Inwieweit

die Beigeladene zu 2. das Personal entsprechend schule oder ob sie externe Pflegekräfte als Leistungserbringer hinzuziehe, obliege ihrer Entscheidung. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache werde die Berufung zugelassen.

Mit ihrer am 28. Juli 2011 eingelegten Berufung gegen das ihren Bevollmächtigten am 28. Juni 2011 zugestellte Urteil wendet sich die Klägerin gegen die Klageabweisung und macht erstmals geltend, dass sie hilfsweise den Beigeladenen zu 3. als verpflichtet ansehe, ihr die Kosten für die verordneten täglichen Insulininjektionen im Rahmen ihres Anspruchs auf begleitende medizinische Versorgung in einer WfbM zu erstatten. Ergänzend verweist sie darauf, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteile vom 25. Februar 2015 - Az.: [B 3 KR 10/14 R](#) und [B 3 KR 11/14 R](#)) Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach den gesetzlichen Bestimmungen grundsätzlich nur insoweit zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege verpflichtet seien, wie diese aufgrund der sächlichen und personellen Ausstattung von der Einrichtung erbracht werden könne. Aus den abgeschlossenen Vereinbarungen nach den [§§ 75ff.](#) SGB XII ergebe sich keine weitergehende Leistungsverpflichtung der Beigeladenen zu 2. Diese schulde nur einfachste Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege, für die es keiner medizinischen Sachkunde bedürfe. Das Verabreichen von Insulininjektionen gehöre nicht dazu.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Meiningen vom 23. Mai 2011 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 27. Mai 2008 in Gestalt des Widerspruchbescheides vom 25. September 2008, hilfsweise den Beigeladenen zu 3., zu verurteilen, ihr die Kosten für die im Zeitraum vom 1. Juni bis 31. Dezember 2008 erbrachten erforderlichen subkutanen Insulininjektionen in Höhe von 499,80 Euro zu erstatten.

Die Beigeladene zu 2. hat am 27. Juli 2011 ebenfalls gegen das Urteil des Sozialgerichts Meiningen vom 23. Mai 2011 Berufung eingelegt. In der Sache führt sie aus, dass sie größtenteils Mitarbeiter im pädagogischen, im Verwaltungs- und im Hausmeisterbereich beschäftige, jedoch keine Mitarbeiter mit medizinischen bzw. pflegerischen Grundkenntnissen. Hierzu sei sie auch nicht verpflichtet. Der Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung, die sie mit dem Beigeladenen zu 3. als dem überörtlichen Sozialhilfeträger abgeschlossen habe, sei zu entnehmen, dass sie sich nicht zur Erbringung allgemeiner Pflegeleistungen bzw. zu Leistungen medizinischer Behandlung nach dem SGB V verpflichtet habe. So könne allenfalls davon ausgegangen werden, dass die Klägerin wenn nicht gegen die Beklagte, dann gegenüber dem überörtlichen Sozialhilfeträger einen Anspruch auf Erstattung der verauslagten Kosten habe.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung stützt sie sich auf die gutachterliche Stellungnahme des MDK vom 17. Dezember 2014. Danach liege bei der Klägerin kein besonders hoher Pflegebedarf vor und die Insulininjektionen könnten im Rahmen der Laienpflege erbracht werden. Sie legt außerdem eine Stellungnahme des Kommunalen Sozialverbands Sachsen vom 10. Dezember 2013 vor.

Der Beigeladene zu 1. stellt keinen Antrag. Er ist der Auffassung, dass die nach § 10 WerkstättenVO durch die Beigeladene zu 2. zu erbringende Pflegeleistungen Gegenstand der abgeschlossenen Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung seien. Im Übrigen schließe er sich den Ausführungen des Beigeladenen zu 3. an.

Der Beigeladene zu 3. stellt ebenfalls keinen Antrag und führt aus, dass er sich dem angefochtenen Urteil anschließe. § 10 der WerkstättenVO bestimme, dass je nach Sachlage pflegerische, therapeutische oder sonstige erforderliche Fachkräfte in der WfbM zur Verfügung stehen sollten. Subkutane Insulininjektionen seien grundsätzlich als unter diese Vorschrift fallende Behandlungspflege ohne hohen Pflegebedarf anzusehen. Dafür spreche insbesondere, dass Diabetiker oder Menschen mit Thromboseproblemen Insulin oder Gerinnungshemmer in der Regel selber ohne jede pflegerische Hilfe subkutan spritzten. In der Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung sei unter Ziffer 8 für die pflegerischen und medizinischen Betreuungsanteile der begleitende Dienst aufgeführt. In einem an die Bundesagentur für Arbeit gerichteten Antrag auf Anerkennung eines Erweiterungsbaus habe die Beigeladene zu 2. bei der Frage nach der personellen Ausstattung bzw. Sicherstellung der begleitenden Dienste u.a. angegeben, dass es zwei Mitarbeiter für die soziale, pädagogische, medizinische und psychologische Betreuung gebe. Die Beigeladene zu 2. habe nur die Wahl, ob sie den Anspruch der Klägerin durch eigenes, entsprechend geschultes Personal oder durch einen externen Pflegedienst erfülle. Der hilfsweise geltend gemachte Anspruch der Klägerin, ihn als den überörtlichen Träger der Sozialhilfe zur Kostenerstattung zu verurteilen, sei unzulässig, da die Klägerin einen entsprechenden Kostenerstattungsanspruch erstmals im Berufungsverfahren geltend mache und es deshalb an dem erforderlichen Vorverfahren fehle. Ein solches Vorverfahren sei auch nicht gemäß [§ 75 Abs. 5](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) entbehrlich, da es hier an der erforderlichen notwendigen Beiladung fehle. Zudem sei der Anspruch auch materiell nicht erfüllt, da ihn originär keine Kostentragungspflicht für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege als Einzelfallhilfe treffe. Seine Zuständigkeiten beschränkten sich auf Kostenerstattungsverfahren mit anderen Leistungsträgern, auf den Abschluss von Rahmenverträgen und Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen mit Einrichtungen sowie auf fachaufsichtliche und beratende Aufgaben. Direkte Ansprüche gegen den überörtlichen Sozialhilfeträger habe die Klägerin jedenfalls nicht.

Der Senat hat im Laufe des Berufungsverfahrens mit den Beteiligten am 17. Dezember 2012 einen Erörterungstermin durchgeführt. Insoweit wird auf die in der Gerichtsakte befindliche Sitzungs Niederschrift (Bl. 194f. der Gerichtsakte) Bezug genommen. Er hat sodann den Freistaat Thüringen als zuständigen überörtlichen Sozialhilfeträger durch Beschluss vom 5. Februar 2013 zum Verfahren beigeladen (Beigeladener zu 3.). Zudem hat er eine gutachterliche Stellungnahme des MDK vom 17. Dezember 2014 zur Frage des Umfangs des Pflegeaufwands bei der Klägerin veranlasst.

Die Beteiligten haben übereinstimmend auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet (die Klägerin mit Schriftsatz vom 31. August 2015, die Beklagte mit Schriftsatz vom 14. Januar 2015, der Beigeladene zu 1. mit Schriftsatz vom 12. Januar 2015, die Beigeladene zu 2. mit Schriftsatz vom 26. August 2015 sowie der Beigeladene zu 3. mit Schriftsatz vom 19. Januar 2015).

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der geheimen Beratung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann mit Einverständnis aller Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die Berufung der Beigeladenen zu 2. ist mangels Beschwerde durch das klageabweisende erstinstanzliche Urteil unzulässig und deshalb zu verwerfen. Diese wird hierdurch nicht in eigenen subjektiven Rechten verletzt, sondern es werden lediglich ihre berechtigten Interessen berührt, was für eine eigene Beschwerde jedoch nicht ausreicht (vgl. Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Auflage 2014, Vor § 143, Rdnr. 4a m.w.N.).

Die Berufung der Klägerin ist infolge der Zulassung durch das SG gemäß [§ 144 SGG](#) zulässig, jedoch nicht begründet, denn ihre Klage ist unbegründet. Ihre auf Kostenersatzung gerichtete Klage hat auch im Hilfsantrag keinen Erfolg, denn sie hat weder einen Anspruch gegen die Beklagte noch gegen den Beigeladenen zu 3. auf Kostenersatzung für die durch einen privaten Pflegedienst erbrachten Pflegeleistungen in Form der einmal täglichen Insulininjektion an fünf Tagen in der Woche.

Rechtsgrundlage für den Anspruch auf Kostenersatzung gegen die Beklagte ist [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Nach dessen Satz 1 ist eine Krankenkasse zur Kostenersatzung verpflichtet, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Voraussetzung 1) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt (Voraussetzung 2) und dem Versicherten dadurch für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Wie sich aus [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) ergibt, tritt der Kostenersatzungsanspruch an die Stelle des Anspruchs auf eine Sach- oder Dienstleistung; er besteht deshalb nur, soweit die selbst beschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, die von den gesetzlichen Krankenkassen als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen sind (vgl. BSG, Urteil vom 4. April 2006 - Az.: [B 1 KR 7/05 R](#), m.w.N., nach juris). Mit der Durchbrechung des Sachleistungsgrundsatzes ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) trägt [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) dem Umstand Rechnung, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine umfassende medizinische Versorgung ihrer Mitglieder sicherstellen müssen (vgl. [§ 1 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 27 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) und infolgedessen für ein Versagen des Beschaffungssystems - sei es im medizinischen Notfall (vgl. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) oder infolge eines anderen unvorhergesehenen Mangels - einzustehen haben. Dabei muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (bei Voraussetzung 1: Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung; bei Voraussetzung 2: rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Kausalzusammenhang bestehen. Nur dann ist die Bedingung des [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) für eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz erfüllt (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. z.B. Urteile vom 20. Mai 2003 - Az.: [B 1 KR 9/03 R](#), in Breithaupt 2004, S. 182 ff. sowie vom 22. März 2005 - Az.: [B 1 KR 3 /04 R](#), nach juris; ebenso Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Stand: März 2005, Bd. 1, K § 13 Rdnr. 54).

Diese Voraussetzungen sind für den im vorliegenden Verfahren allein streitgegenständlichen Zeitraum vom 1. Juni bis 31. Dezember 2008 nicht erfüllt. Die Beklagte hat es nicht rechtswidrig abgelehnt, der Klägerin häusliche Krankenpflege während ihres Aufenthalts in der Werkstatt der Beigeladenen zu 2. als Sachleistung zu gewähren.

Rechtsgrundlage für die Gewährung häuslicher Krankenpflege ist [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) in der ab 1. April 2007 geltenden Fassung. Nach dessen Satz 1 und 2 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 (WfbM) 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. [§ 10 WerkstättenVO](#) bleibt danach unberührt. Gemäß [§ 10 Abs. 1 Satz 1 WerkstättenVO](#) muss die WfbM zur pädagogischen, sozialen und medizinischen Betreuung der behinderten Menschen über begleitende Dienste verfügen, die den Bedürfnissen der behinderten Menschen gerecht werden (vgl. auch [§ 33 Abs. 6 SGB IX](#)). Für je 120 behinderte Menschen sollen in der Regel ein Sozialpädagoge oder ein Sozialarbeiter zur Verfügung stehen, darüber hinaus im Einvernehmen mit den zuständigen Rehabilitationsträgern pflegerische, therapeutische und nach Art und Schwere der Behinderung sonst erforderliche Fachkräfte ([§ 10 Abs. 2 WerkstättenVO](#)). Die besondere ärztliche Betreuung der behinderten Menschen in der Werkstatt und die medizinische Beratung des Fachpersonals der Werkstatt durch einen Arzt, der möglichst auch die an einen Betriebsarzt zu stellenden Anforderungen erfüllen soll, müssen vertraglich sichergestellt sein ([§ 10 Abs. 3 WerkstättenVO](#)).

Konkretisiert wird dies gemäß [§ 37 Abs. 6 SGB V](#) durch die Richtlinie über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege (HKP-RL), die der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) gemäß [§ 92 Abs. 1 Satz 1](#), 1. Halbsatz, Satz 2 Nr. 6, Abs. 7 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten beschlossen und dort u.a. festgelegt hat, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach [§ 37 Abs. 1](#) und 2 SGB V auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können (Abschnitt I Nrn. 2 und 6 der HKP-RL in der ab 14. Mai 2000 geltenden Fassung):

"2. [] 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. [] 6. 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. []"

Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall nur teilweise erfüllt. Zwar ist die WfbM der Beigeladenen zu 2. ein geeigneter Ort für die Erbringung von häuslicher Krankenpflege i.S.d. [§ 37 Abs. 1 SGB V](#). Eine Leistungspflicht der Beklagten bestand indes nicht, weil schon der Einrichtungsträger, also die Beigeladene zu 2., zur Erbringung der streitgegenständlichen Insulininjektionen verpflichtet war.

Die Erbringung häuslicher Krankenpflege (auf Kosten der Krankenkasse) am Leistungsort WfbM setzt einen besonders hohen Pflegebedarf voraus ([§ 37 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 Satz 1 SGB V). Nach der Gesetzesbegründung kann ein Anspruch gegen die Beklagte auf Leistungen in Form der häuslichen Krankenpflege auch in Werkstätten für behinderte Menschen gegeben sein, "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." ([Bundestagsdrucksache 16/4247, Seite 33f.](#)) Ein besonders hoher Pflegebedarf liegt demnach bei Versicherten vor, deren Pflege mit den Einrichtungen und dem Personal einer WfbM, also deren begleitenden Diensten, nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Dies bedeutet nach Abschnitt I Nr. 6 Abs. 2 der HKP-RL, dass die Intensität oder Häufigkeit der in der WfbM zu erbringenden Pflege so hoch sein muss, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die WfbM nicht auf Grund des § 10 WerkstättenVO verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen. Nach den genannten Vorschriften ist zu unterscheiden zwischen dem in einer WfbM üblichen Pflegebedarf und dem diesen Rahmen im Einzelfall überschreitenden besonders hohen Pflegebedarf der behinderten Menschen. Den üblichen Pflegebedarf muss die WfbM mit dem Personal ihrer begleitenden Diensten durch Maßnahmen der "kleinen Behandlungspflege" (selbst) decken; dazu gehört regelmäßig etwa die Gabe von Insulinspritzen (vgl. Padé in jurisPK-SGB V, § 37 Rdnr. 34). Dagegen muss die Krankenkasse (bei Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen im Übrigen) bei besonders hohem Pflegebedarf die Leistungen der häuslichen Krankenpflege gewähren. Die Regelungen unterscheiden dabei auch nicht danach, ob die medizinischen und therapeutischen Leistungen zur Behandlung der die Behinderung auslösenden Krankheit oder sonstiger Begleiterkrankungen (hier z.B. des Diabetes der Klägerin) erforderlich sind. Daher begründet weder die geistige Behinderung der Klägerin und deren daraus resultierende Hilfebedürftigkeit für sich allein, noch die Notwendigkeit für die WfbM, hierfür - wie im Übrigen gerade von der Werkstätten-VO nach dem oben Gesagten gefordert - Personal vorhalten zu müssen, eine besonders hohe Pflegebedürftigkeit. Dies ergibt sich vielmehr allein aus der konkreten Krankheit und dem Umfang des hieraus folgenden notwendigen Pflegebedarfs. Die Beklagte ist auch nicht im Wege der Selbstbindung bereits nach der HKP-RL zur Erbringung der beantragten Sachleistung verpflichtet, da, wie oben dargelegt, gerade die HKP-RL in Abschnitt I Nr. 6 Abs. 2 nach der Intensität bzw. der Häufigkeit der zu erbringenden Pflege unterscheidet. Ohne Belang ist schließlich im vorliegenden Fall, ob § 10 der WerkstättenVO eine taugliche Anspruchsgrundlage für die Klägerin sein kann, da sie sich jedenfalls nicht an die Beklagte richtet, sondern vielmehr den Einrichtungsträger in die Pflicht nimmt. Keine rechtlichen Bedenken hat der Senat daher, diese Vorschrift zur Abgrenzung der Leistungszuständigkeit heranzuziehen (vgl. ebenso LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 16. Mai 2012 - Az.: [L 5 KR 1905/10](#), Rdnr. 47ff. sowie LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 26. März 2014 - Az.: [L 9 KR 524/12](#), Rdnr. 63, jeweils nach juris).

In Anwendung dieser Grundsätze besteht bei der Klägerin hinsichtlich der Durchführung der einmal täglichen Insulininjektionen regelmäßig an fünf Tagen während des Aufenthalts in der WfbM kein besonders hoher Pflegebedarf nach [§ 37 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 Satz 1 SGB V. Die streitgegenständlichen subkutanen Injektionen zählen zu den einfachen Leistungen der Behandlungspflege; ihre Durchführung erfordert keine medizinische Fachkraft oder -kenntnisse. Dies ergibt sich aus Nr. 18 des als Anlage zur HKP-RL geführten Leistungsverzeichnisses, wonach subkutane Injektionen überhaupt nur bei Patienten mit erheblichen, z.T. schwerwiegenden funktionellen Einschränkungen (etwa der Sehkraft oder der Feinmotorik) verordnungsfähig sind. Der Richtliniengeber geht somit, wie sich im Umkehrschluss ergibt, davon aus, dass alle anderen Versicherten subkutane Injektionen an sich selbst, ggf. nach Anleitung, durchführen können, medizinische Fachkenntnisse jedoch nicht erforderlich sind. Dass dies auch bezogen auf die Klägerin gilt, ergibt sich aus der gutachterlichen Stellungnahme des MDK vom 17. Dezember 2014, wonach diese an einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus leidet, aufgrund ihrer kognitiven Leistungs- und Antriebsdefizite aber nicht in der Lage ist, die erforderlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen adäquat selbst durchzuführen. Sie benötigt entsprechende Fremdhilfe unter anderem zur Insulinapplikation per Subkutaninjektion. Complianceprobleme, Erschwernisfaktoren oder Komplikationen seitens der Klägerin sind in den vorliegenden Unterlagen nicht dokumentiert und wurden auch sonst ihr nicht geltend gemacht. Die regelrechte Ausführung der täglich wiederkehrenden Applikation des Insulins, gegebenenfalls auch vorangegangener Blutzuckermessungen und -anpassungen, kann im Falle der Klägerin durch geschulte Laien, z.B. geschulte Betreuungspersonen erbracht werden, wobei davon auszugehen ist, dass ein Zeitumfang von 5 bis 10 Minuten je Applikation ausreicht. Neben der Schulung ist dabei zwar auch eine Vernetzung mit medizinischem Fachpersonal, wie z.B. dem behandelnden Hausarzt und/oder Diabetologen bzw. einem ambulanten Pflegedienst erforderlich. Diese Vernetzung mit entsprechend medizinisch ausgebildetem Fachpersonal dürfte bei Behinderteneinrichtungen nach Ansicht des Senats ohnehin die Regel sein, zumal § 10 Abs. 3 der WerkstättenVO ausdrücklich die vertragliche Sicherstellung der besonderen ärztlichen Betreuung der behinderten Menschen in der Werkstatt und der medizinischen Beratung des Fachpersonals der Werkstatt durch einen Arzt fordert. Die Gefahr des Auftretens von Komplikationen sowie die Notwendigkeit der begleitenden Behandlung durch den Hausarzt bzw. des Diabetologen bis hin zu gegebenenfalls erforderlichen kurzzeitigen Klinikaufenthalten besteht im Übrigen gleichermaßen bei nicht behinderten Menschen mit Diabeteserkrankung, die die Blutzuckerbestimmung sowie die Insulinapplikationen selbst vornehmen. Somit kann nach Auffassung des MDK im Falle der Klägerin kein besonders hoher Pflegebedarf festgestellt werden. Diese Auffassung teilt der Senat.

Hinsichtlich des Berufungsvorbringens der Beigeladenen zu 2. weist der Senat ergänzend darauf hin, dass es nicht darauf ankommt, ob der geltende Rahmenvertrag von 2005 oder die Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung nach [§ 75 Abs. 3 SGB XII](#) von 2008 eine entsprechende Verpflichtung der WfbM enthalten. Dies verneint zumindest die Beigeladene zu 2. und macht geltend, dass nach dem Stellenschlüssel auch keine entsprechenden Fachkräfte vorgehalten werden. Demgegenüber geht der Beigeladene zu 1. davon aus, dass die nach § 10 WerkstättenVO durch die Beigeladene zu 2. zu erbringende Pflegeleistungen Gegenstand der abgeschlossenen Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung seien. Letztlich kann diese Frage dahinstehen, denn selbst wenn der Auffassung der Beigeladenen zu 2. zu folgen wäre, kann dies jedenfalls nicht entgegen dem Gesetzes- bzw. Verordnungswortlaut zu einer Verlagerung der Leistungszuständigkeit auf die Beklagte mittels entsprechender vertraglicher Regelungen führen. Andernfalls hätten es die WfbM in der Hand, Inhalt und Umfang der von ihnen zu erbringenden Leistungen selbst zu bestimmen und Leistungen zu Lasten anderer Kostenträger, hier der beklagten Krankenversicherung, auszugliedern. Erforderlichenfalls haben die Beigeladenen die Vereinbarung und die Personalausstattung des Beigeladenen zu 2. der Rechtslage nach der Neufassung des [§ 37 SGB V](#) anzupassen.

Lediglich ergänzend weist der Senat darauf hin, dass die Beklagte nicht nach [§ 14 SGB IX](#) als erstangegangener Rehabilitationsträger zur Leistungserbringung verpflichtet ist. Zwar wäre nach [§ 6 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX](#) jedenfalls auch der Beigeladene zu 1. grundsätzlich zur Erbringung sowohl der psychosozialen Hilfen des [§ 33 Abs. 6 SGB IX](#) als auch der psychosozialen Hilfen des [§ 33 Abs. 6 SGB IX](#) zuständig. Hier trifft jedoch [§ 37 Abs. 6 SGB V](#) i.V.m. § 10 der WerkstättenVO sowie der HKP-RL eine abweichende Regelung dergestalt, dass bei Fehlen eines besonders hohen Pflegebedarfs die WfbM als Leistungserbringer zuständig ist und der Beigeladene zu 1., gegebenenfalls zusammen mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger, lediglich mittelbar im Wege der Finanzierung der WfbM beteiligt ist. Da die WfbM jedoch kein

Rehabilitationsträger i.S.d. [§ 14 SGB IX](#) ist, findet hier [§ 14 SGB IX](#) keine Anwendung. Dementsprechend kann auch mangels Einbeziehung in den Kreis der in Betracht kommenden Beigeladenen keine Verurteilung des Trägers der WbfM nach [§ 75 Abs. 5 SGG](#) erfolgen. Eine Verurteilung des Beigeladenen zu 3., wie von der Klägerin mit ihrer Berufung hilfsweise begehrt, scheidet schließlich bereits deshalb aus, weil es sich dabei um keinen Rehabilitationsträger handelt. Es existiert nämlich keine Rechtsgrundlage, nach der die Klägerin unmittelbar die Gewährung von Rehabilitationsleistungen vom Beigeladenen zu 3 verlangen könnte, weshalb auch etwaige Kostenerstattungsansprüche von vorherein ausscheiden. Wie der Beigeladene zu 3. zutreffend eingewandt hat, beschränken sich dessen Zuständigkeiten auf Kostenerstattungsverfahren mit anderen Leistungsträgern, auf den Abschluss von Rahmenverträgen und Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen mit Einrichtungen sowie auf fachaufsichtliche und beratende Aufgaben. Es kommt daher nicht darauf an, ob der Hilfsantrag, wie der Beklagte zu 3. meint, schon deshalb unzulässig ist, weil die Klägerin einen entsprechenden Kostenerstattungsanspruch erstmals im Berufungsverfahren geltend macht und es deshalb an dem erforderlichen Vorverfahren, das auch nicht gemäß [§ 75 Abs. 5 SGG](#) entbehrlich ist, weil hier nicht die erforderliche notwendige Beiladung erfolgt ist, fehlt.

Schließlich ist dem Berufungsvorbringen der Klägerin, mit dem sie auf die Urteile des BSG vom 25. Februar 2015 - Az.: [B 3 KR 10/14 R](#) und [B 3 KR 11/14](#) verweist, unter gleichzeitiger Bezugnahme auf die entsprechenden Ausführungen im Urteil des SG zu entgegnen, dass der vorliegende Fall von den vom BSG entschiedenen Fällen dergestalt unterscheidet, dass für die WfbM abweichende rechtliche Grundlagen (nämlich [§ 37 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 Satz 1 SGB V i.V.m. § 10 der WerkstättenVO sowie der HKP-RL) im Vergleich zu den Einrichtungen der Eingliederungshilfe gelten, die Gegenstand der Entscheidungen des BSG waren. Im Übrigen handelte es sich bei den im Urteil des BSG vom 25. Februar 2015 (Az.: [B 3 KR 11/14 R](#)) genannten Injektionen erkennbar nicht um lediglich subkutan zu verabreichende Insulininjektionen, für die keine medizinische Ausbildung erforderlich ist, denn der dortige Versicherte litt nicht an einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus.

Somit war die Berufung der Klägerin nach alledem auch hinsichtlich des Hilfsantrags zurück-zuweisen, nachdem ihre entsprechende Klage abzuweisen war. Gegebenenfalls bestehende Ansprüche gegen die Beigeladene zu 2. wären auf dem Zivilrechtswege geltend zu machen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu 2. waren nicht für erstattungsfähig zu erklären, da sie mit ihrer Berufung ebenfalls unterlegen ist.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2016-02-29