L 10 KR 32/11 B ER

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 25 KR 17/11 ER
Datum
12.04.2011
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 10 KR 32/11 B ER
Datum
22.11.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Beschwerde wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Antragsteller und Beschwerdeführer (im Folgenden: Antragsteller) begehrt im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes die vorläufige Übernahme der Kosten für häusliche Krankenpflege zum Herrichten und Verabreichen von Medikamenten.

Der am ... 1963 geborene, bei der Antragsgegnerin und Beschwerdegegnerin (im Folgenden: Antragsgegnerin) krankenversicherte Antragsteller lebt in der von der Beigeladenen zu 2) betriebenen Wohnstätte für behinderte Menschen "H." und ist täglich auf die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente angewiesen. Nach ärztlicher Diagnose leidet er an Alkoholabhängigkeit, alkoholbedingter organischer Wesensveränderung, sekundärer Epilepsie, Zustand nach posterior Infarkt beidseits, Zustand nach Kleinhirninfarkt links, Hyperlipidämie, arterieller Hypertonie sowie einer spezifischen Visuseinschränkung. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dipl.-Med. B. verordnete ihm mindestens seit April 2010 jeweils täglich einmal häusliche Krankenpflege zum Herrichten (teilweise zusätzlich auch zur Verabreichung) der Medikamente nach einem Medikamentenplan zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung, da die Selbstversorgung nicht möglich sei. Seit September 2011 erfolgen die Verordnungen zum Herrichten und zum Verabreichen von Medikamenten durch den Facharzt für Allgemeinmedizin D ...

Der Antragsteller wandte sich wegen der Kosten der Medikamentengabe und sonstiger Dienstleistungen aus ärztlicher Verordnung zunächst an den Landkreis als örtliches Sozialamt, das seinen Antrag an die Antragsgegnerin weiterleitete. Diese teilte dem Antragsteller mit, ihrer Ansicht nach sei die Leistung aufgrund der bestehenden Verträge mit der Beigeladenen zu 2) – dem Träger der Wohnstätte "H." – abgedeckt, die danach für die Erbringung der Leistungen zuständig sei. Der Beigeladenen zu 2) sicherte sie demgegenüber mit Schreiben vom 19. April 2010 zunächst die Kostenübernahme für die Medikamentengabe durch häusliche Krankenpflege zu den vereinbarten Vertragssätzen für die Zeit vom 6. bis 20. April 2010 (Erstverordnung) zu. Auf die Vorlage einer Folgeverordnung für den Zeitraum vom 21. April bis 30. Juni 2010 teilte sie dann aber dem Antragsteller mit, diese könne nicht bewilligt werden, da aufgrund der bestehenden vertraglichen Vereinbarungen mit der Beigeladenen zu 2) eine Genehmigung der behandlungspflegerischen Leistungen nach § 37 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) nicht möglich sei. Die Bewilligung für den Zeitraum vom 6. April bis 20. April 2010 werde zurückgezogen. Der Beigeladenen zu 2) teilte die Antragsgegnerin nunmehr mit, über den genehmigten Zeitraum bis zum 20. April 2010 hinaus könnten keine Leistungen für die verordnete häusliche Krankenpflege übernommen werden. In stationären Einrichtungen, in denen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund stehe, sowie in Krankenhäusern bestehe kein Anspruch auf häusliche Krankenpflege.

Gegen einen ablehnenden Bescheid der Antragsgegnerin vom 14. Juni 2010 betreffend den Zeitraum vom 1. Juni 2010 bis 30. Juni 2010 legte der Antragsteller Widerspruch ein, den der Widerspruchsausschuss der Antragsgegnerin mit Widerspruchsbescheid vom 14. September 2010 als unbegründet zurückwies und zur Begründung ausführte: Der Gemeinsame Bundesausschuss (GA) habe in Richtlinien nach § 92 SGB V festgelegt, dass häusliche Krankenpflege für die Zeit eines Aufenthaltes in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung bestehe, nicht verordnet werden könne. Ob ein

solcher Anspruch bestehe, sei im Einzelfall durch die Krankenkasse zu prüfen. Die Medikamentengabe könne üblicherweise von medizinischen Laien übernommen werden und sei daher mit der Vergütung für die Einrichtung abgedeckt, sofern diese entsprechendes Pflegepersonal vorhalte oder sich dies aus der vertraglichen Regelung nach § 75 Abs. 3 i. V. m. § 76 Abs. 1 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe (SGB XII) ergebe. Es handele sich bei der Wohnstätte des Antragstellers um eine stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe, in der die medizinische Betreuung durch eine im Haus beschäftigte Krankenschwester und über das Hausarztprinzip gewährleistet werde. Das ergebe sich aus der Konzeption/Leistungsbeschreibung der Einrichtung. Die häusliche Krankenpflege sei daher durch die Einrichtung sicherzustellen. Ein Leistungsanspruch gegenüber der Antragsgegnerin bestehe nicht.

Auf weitere vom Antragsteller eingereichte ärztliche Verordnungen für häusliche Krankenpflege erteilte die Antragsgegnerin weitere ablehnende Bescheide, gegen die der Antragsteller Widerspruch einlegte.

Am 19. Januar 2011 hat er beim Sozialgericht Halle den Erlass einer einstweiligen Anordnung mit dem Begehren beantragt, die Antragsgegnerin zu verpflichten, ihm vorläufig häusliche Krankenpflege für die Herrichtung der Medikamente während seines Aufenthaltes in der Wohnstätte der Beigeladenen zu 2) zu gewähren. Er hat ausgeführt, die Wohnstätte der Beigeladenen zu 2) sei ein geeigneter Ort im Sinne von § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V für die Erbringung von häuslicher Krankenpflege. Gegen den Einrichtungsträger der Wohnstätte habe er weder aus dem Heimvertrag noch aus dem Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII einen Anspruch auf Erbringung von Behandlungspflege. Da die Wohnstätte selbst kein medizinisches Fachpersonal bereit halte, könne Behandlungspflege von dort nicht erbracht werden. Die Herrichtung der Medikamente dürfe ausschließlich durch examiniertes Fachpersonal (kein sonstiges Pflege- oder Betreuungspersonal) vorgenommen werden, da bei ungeschultem Personal die Gefahr bestehe, dass Medikamente aufgrund fehlender Kenntnis vertauscht würden oder die Stärke von Präparaten nicht richtig beachtet werde. Da er nicht in einem Haushalt wohne, könne die Medikamentengabe nicht durch Angehörige erfolgen und für einen professionellen Anbieter von Behandlungspflege in einem Heim gelte ein völlig anderer haftungsrechtlicher Hintergrund. Die Antragsgegnerin sei auch nach § 14 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) für die Erbringung der häuslichen Krankenpflege zuständig, weil sie den Antrag nicht innerhalb der Zweiwochenfrist an einen anderen (zuständigen) Rehabilitationsträger weitergeleitet habe. Sofern die Antragsgegnerin nicht zur Medikamentengabe verpflichtet sei, liege diese Pflicht beim zuständigen Sozialhilfeträger, dem Beigeladenen zu 1). Der Anordnungsgrund ergebe sich daraus, dass er sich die Medikamente aufgrund seiner hundertprozentigen Sehbehinderung und der psychosomatischen Faktoren nicht selbst verabreichen könne. Ohne die einstweilige Anordnung seien irreparable Gesundheitsschäden zu erwarten. Aus diesem Grunde sei auch eine eventuelle Vorwegnahme der Hauptsache gerechtfertigt. Er hat den Heimvertrag beigefügt.

Die Antragsgegnerin hat vorgetragen, für das Herrichten von Medikamenten anhand eines ärztlichen Medikamentenplanes bedürfe es keines medizinischen Sachverstandes. Die Medikamente könnten auch durch sonstiges Pflegepersonal bereitgestellt werden. Bei der stationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in welcher der Antragsteller lebe, handele es sich nicht um eine Form des betreuten Wohnens. Entsprechend der Leistungsbeschreibung der Einrichtung sei die medizinische Betreuung durch eine im Haus beschäftigte Krankenschwester und über das Hausarztprinzip gewährleistet. Dem ärztlichen Medikamentenplan liege kein schwieriges Medikamentenschema zugrunde. Außerdem könnten die Medikamente mittels Wochendosets zur Verfügung gestellt und durch sonstiges Pflege- bzw. Betreuungspersonal gegeben werden.

Mit Beschluss vom 4. April 2011 hat das Sozialgericht Halle den Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt. Es hat ausgeführt, Eilbedürftigkeit liege nicht vor, weil der Pflegedienst, durch den der Antragsteller laufend behandlungspflegerisch versorgt werde und dessen Träger gleichzeitig auch der Heimträger sei, bisher keine Vergütung erhalten und der Antragsteller zunächst das Ruhen des Hauptsacheverfahrens beantragt habe. Es fehle auch ein Anordnungsanspruch. Zwar sei die stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe als geeigneter Ort im Sinne von § 37 SGB V anzusehen, jedoch sei der Heimträger nach § 1d des Heimvertrages selbst verpflichtet, die medizinische Behandlungspflege in Form des Herrichtens der Medikamente zu erbringen. Zu der in dieser Regelung vorgesehenen Hilfe bei der Inanspruchnahme ärztlich verordneter Leistungen gehöre auch das Herrichten von Medikamenten nach einem Medikamentenplan. Es handele sich nicht um eine besonders qualifizierte oder aufwendige Leistung der häuslichen Krankenpflege, die nur von medizinischem Fachpersonal erbracht werden dürfe. Zudem sei der Heimträger auch aufgrund der mit dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe getroffenen Vereinbarungen verpflichtet, den Antragsteller mit der begehrten Leistung zu versorgen.

Gegen den dem Antragsteller am 20. April 2011 zugestellten Beschluss hat er am 16. Mai 2011 Beschwerde eingelegt und ausgeführt, der Pflegedienst, der ihn versorge, sei nicht länger bereit, die Leistungen ohne Zahlung der vereinbarten Vergütung zu erbringen und habe daher die Kündigung angedroht. Daher habe er das zum Ruhen gebrachte Hauptsacheverfahren wieder aufgenommen, denn ohne die einstweilige Anordnung drohten ihm schwere Gesundheitsschäden. Er sei nicht pflegebedürftig und erhalte keine Leistungen nach § 43a Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI), so dass sich hier nicht die Frage stelle, ob von den Leistungen der Grundpflege auch solche mit Behandlungspflege umfasst seien. Ärztlich verordnete Maßnahmen der Behandlungspflege seien entweder aus den Mitteln des Sozialhilfeträgers zu vergüten, oder es handele sich um Leistungen nach § 37 Abs. 2 SGB V, die von der Krankenkasse des Leistungsempfängers zu vergüten seien. Der Heimträger sei weder nach dem Heimvertrag noch nach dem Rahmenvertrag zur Erbringung von Behandlungspflege verpflichtet. Nach § 1d des Heimvertrages habe der Heimträger ärztlich verordnete Leistungen nicht selbst zu erbringen sondern lediglich Hilfe bei der Inanspruchnahme dieser Leistungen zu gewähren. Darunter sei nur die Vermittlung der Leistung zu verstehen. Ein Anspruch gegen den Einrichtungsträger sei nach § 23 Rahmenvertrag ausgeschlossen. Die Anlage B des Rahmenvertrages mit der Beschreibung der "Pflegerischen Hilfen" sei widersprüchlich, da insbesondere die Leistungen der Krankenkassen nicht Bestandteil dieser Vereinbarung sein sollten, andererseits aber die Behandlungspflege als Bestandteil der pflegerischen Hilfen bezeichnet werde. Die Vertragspartner seien bei Abschluss des Vertrages noch von der bis zum 31. März 2007 geltenden Fassung des § 37 SGB V ausgegangen. Die vom Sozialgericht vorgenommene Abgrenzung zwischen einfachen und qualifizierten Maßnahmen der Behandlungspflege finde im Gesetz keine Grundlage. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Krankenpflege-RL) unterscheide lediglich zwischen verordnungsfähigen und nicht verordnungsfähigen Maßnahmen der Behandlungspflege. Die Medikamentengabe könne nur durch Fachpersonal erfolgen, da der jeweilige Gesundheitszustand des Leistungsempfängers konkret zu beurteilen und zu entscheiden sei, ob das Medikament ggf. nicht verabreicht werden könne oder sollte. Personal mit der hierfür erforderlichen Arzneimittelkunde halte der Träger der Einrichtung nicht vor. Eine Fachkraft müsse auch deshalb anwesend sein, weil der Antragsteller mangels entsprechender Compliance die Einnahme der Medikamente häufig verweigere. Der Antragsteller hat eine aktuelle Verordnung häuslicher Krankenpflege sowie ein Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums zur häuslichen Krankenpflege in Behinderteneinrichtungen vom 11. Mai 2009 beigefügt, auf dessen Inhalt Bezug genommen wird.

Der Antragsteller beantragt nach seinem schriftsätzlichen Vorbringen,

den Beschluss des Sozialgerichts Halle vom 4. April 2011 aufzuheben und die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung vorläufig bis zum Erlass einer Widerspruchsentscheidung zu verpflichten, ihm häusliche Krankenpflege zum Richten der Medikamente während seines Aufenthaltes in der Wohnstätte für behinderte Menschen "H." zu gewähren.

Die Antragstellerin beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie bezieht sich auf ein Scheiben des GKV Spitzenverbandes vom 14. Juli 2009, wonach in Einrichtungen der Behindertenhilfe im Einzelfall durch die Krankenkasse zu prüfen sei, ob die Erbringung von Behandlungspflege im Hinblick auf bestehende andere Ansprüche für notwendig erachtet werde. Ein Anspruch auf Behandlungspflege in Behinderteneinrichtungen sei weder grundsätzlich ausgeschlossen, noch grundsätzlich gegeben. Des Weiteren bezieht sie sich auf ein Schreiben des Beigeladenen zu 1) an die Beigeladene zu 2) mit Eingangsstempel vom 14. September 2010 zur Leistungsvereinbarung zwischen den beiden Beigeladenen. Danach erbringe die Beigeladene zu 2) keine Krankenhilfe nach § 48 SGB XII und müsse dementsprechend auch kein medizinisches Fachpersonal einstellen bzw. vorhalten. Maßnahmen, die üblicherweise von Nichtbehinderten bzw. von Angehörigen ausgeführt werden könnten (diesbezüglich wird auf das Urteils des BSG zum Az. B 3 KR 9/04 R verwiesen), insbesondere die orale Medikamentengabe aufgrund ärztlicher Verordnung, seien regelmäßig von den vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zu erbringen. Schließlich hat die Antragsgegnerin ein Schreiben von "Der Paritätische" vom 10. November 2008 an die Träger von Behinderteneinrichtungen zur Behandlungspflege vorgelegt. Auch darin wird zum Ausdruck gebracht, dass in Behinderteneinrichtungen ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen, im Einzelfall aber zu prüfen sei, ob die Einrichtung diese Leistung nicht selbst erbringen müsse. Im Rahmen der Eingliederungshilfe seien bisher als "pflegerische Hilfen" folgende Leistungen erbracht worden, die auch weiterhin erbracht werden müssten: Blutdruckmessung, das Auflegen von Kälteträgern, das Richten von ärztlich verordneten Medikamenten, die Verabreichung von ärztlich verordneten Medikamenten (über den Magen-Darm-Trakt, auch über Magensonde, über die Atemwege sowie über die Haut und Schleimhaut als Einreibungen) und das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen und -strumpfhosen. Die Antragsgegnerin ist daher der Auffassung, die Medikamentengabe in Form des Richtens oder des Verabreichens sei durch die Einrichtung zu erbringen. Dies ergebe sich außerdem auch aus dem Heimvertrag des Antragstellers mit der Beigeladenen zu 2).

Der Senat hat mit Beschluss vom 20. Juli 2011 das Land Sachsen-Anhalt als überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Beigeladener zu 1) sowie die SBW Soziales Betreuungswerk gemeinnützige GmbH (Beigeladene zu 2) für die Einrichtung "H." beigeladen.

Der Beigeladene zu 1) hat beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Er hat ausgeführt, ärztlich verordnet sei nur das Herrichten der Medikamente, nicht das Verabreichen. Der Antragsteller nehme schon seit Jahren Medikamente ein und könne dies selbst. Jedenfalls seien entgegenstehende Gründe weder vorgetragen noch ersichtlich. Die Medikamenteneinnahme richte sich nach der ärztlichen Anordnung. Daraus ergebe sich nicht, dass sie vom gesundheitlichen Zustand des Antragstellers abhängig zu machen sei. Deshalb werde das Medikament nur bereitgestellt und die Einnahme kontrolliert. Zudem werde die medizinische Betreuung nach der Konzeption des Leistungserbringers vom Oktober 2000 (gem. Punkt 7), die Bestandteil der Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII sei, durch eine im Haus beschäftigte Krankenschwester und über das Hausarztprinzip gewährleistet. Die Beschäftigung einer Krankenschwester werde durch den Beigeladenen zu 1) auch vergütet.

Die Beigeladene zu 2) folgt der Rechtsauffassung des Antragstellers. Der Antragsteller sei auf die Einnahme der ärztlich verordneten Medikamente angewiesen und nicht in der Lage, diese selbständig herzurichten. Zum Teil lehne er die Einnahme der notwendigen Medikamente wegen seiner psychosomatischen Erkrankungen ab. Daher bestehe ein besonderes Bedürfnis die Medikamente durch examiniertes Fachpersonal zu geben, damit ggf. auch eine Anleitung vorgenommen und nochmals auf die Dringlichkeit der Einnahme hingewiesen werden könne. Dies setze unwiderlegbar eine besondere Fachkenntnis voraus. Das Risiko einer falschen Herrichtung der Medikamente sei bei ungeschultem Personal erheblich höher. Bei Vorbereitung in Wochendosets sei ebenfalls Fachpersonal notwendig und die Abrechnung einer solchen Leistung sei problematisch. Die Wochendosets kämen auch aufgrund der Verweigerungshaltung des Antragstellers nicht in Frage. Die Beigeladene zu 2) sei auch nicht verpflichtet, das zur Medikamentengabe erforderliche Pflegefachpersonal vorzuhalten. Hierzu verweist sie auf § 23 Nr. 1 und § 24 Nr. 6 des Rahmenvertrages, nach denen die Versorgung mit Arzneimitteln bei der Kalkulation der Grundpauschale und der Maßnahmepauschale unberücksichtigt bleibe und Krankenhilfe im Rahmen des SGB XII gesondert abgegolten werde. Sie verweist darüber hinaus auf die Konzeption bzw. Leistungsbeschreibung, die Bestandteil der Vereinbarung zwischen ihr und dem Beigeladenen zu 1) geworden sei. Nur Einrichtungen, in denen der Versicherte einen Anspruch auf medizinische Behandlungspflege durch die Einrichtung selbst habe, seien keine geeigneten Orte zur Erbringung häuslicher Krankenpflege. Es gebe eine eindeutige Differenzierung zwischen der Behandlungspflege, die nur an Pflegefachkräfte delegiert werden dürfe und der ärztlichen Weisungsbefugnis unterliege, und der sogenannten Grundpflege, die im Wesentlichen die Körperpflege, Ernährung und Mobilität umfasse. Wenn die für die medikamentöse Therapie erforderliche Compliance nicht sicher gestellt sei, gehöre die Medikamentengabe und Überwachung zur Behandlungspflege und nicht zur Grundpflege. Aufgrund der offenen Rechnungen für die gewährten Leistungen sehe sich die Beigeladene zu 2) außerstande, eine weitere Stundung vorzunehmen und müsse den mit dem Antragsteller geschlossenen Pflegevertrag kündigen. Hierzu verweist sie auf ihr Schreiben vom 11. Juli 2011. Die sogenannte "einfache" Medikamentengabe erfolge ohne hausärztliche Verordnung und es handele sich um nicht verschreibungspflichtige Medikamente.

Auf Nachfrage des Senats hat Dipl.-Med. B. mitgeteilt, der Antragsteller benötige täglich eine Tablette ASS 100 und eine Tablette Simvastatin 40 (zur Behandlung von Hyperlipidämie), die zusammen und vorzugsweise abends nach dem Essen oral eingenommen werden sollten. Sowohl die selbständige Einnahme, als auch die Gabe durch Pflegepersonal stoße beim Antragsteller auf Ablehnung, weshalb er die Medikamente auf ein Minimum beschränkt habe.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin D. hat mitgeteilt, der Antragsteller benötige einmal eine Tablette ASS 100, einmal eine Tablette Timonil

600, sowie bei einem Krampfanfall Diazepam 10 mg und bei Schmerzangabe bis zu dreimal eine Novalgin 500. Die Tabletten seien täglich morgens zu verabreichen, wobei ASS nicht nüchtern und Timonil nicht zusammen mit der Mahlzeit eingenommen werden dürfe. Daher müsse Timonil gleich nach dem Aufstehen mindestens 30 Minuten vor dem Frühstück und ASS nach dem Frühstück eingenommen werden. Schmerzmittel könne der Kläger auf Verlangen bis zu dreimal täglich eine Tablette erhalten. Der Bedarf werde bei der Schmerzmedikation vom Antragsteller selbst festgestellt, wobei das Pflegepersonal die Schmerzangaben aufgrund der geistigen Situation des Antragstellers hinterfragen müsse. Das Diazepam werde bei einem Krampfanfall rektal gegeben. Die restlichen Medikamente seien oral zu verabreichen. Bei der Dosierung ergäben sich keine Besonderheiten.

Die Verwaltungsakte der Antragsgegnerin hat vorgelegen und ist Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Sachvortrags der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend Bezug genommen.

II.

Die statthafte Beschwerde ist form- und fristgerecht gemäß §§ 172, 173 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingelegt und auch im Übrigen zulässig.

Obwohl im schriftlich gestellten Antrag ausdrücklich häusliche Krankenpflege nur für das Richten von Medikamenten begehrt wird, ist dieser unter Berücksichtigung der Ausführungen des Antragstellers wohl so zu verstehen, dass häusliche Krankenpflege entsprechend der ärztlichen Verordnungen begehrt wird. Diese ist aktuell auf das Herrichten und Verabreichen von Medikamenten gerichtet. Darauf hat der Antragsteller auch ausdrücklich hingewiesen. Die Beschwerde ist mit dem so auszulegenden Antrag auch insgesamt zulässig. Soweit das Verabreichen von Medikamenten noch nicht Gegenstand des Ausgangsverfahrens war, handelt es sich um eine zulässige Erweiterung des Antrags auf einstweiligen Rechtschutz. Denn die Regelung des § 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG ist auf das Verfahren im einstweiligen Rechtschutz entsprechend anzuwenden. Ohne Änderung des Klagegrundes bzw. des Grundes für das einstweilige Rechtschutzverfahren muss für eine Erweiterung des Antrags kein neues Klageverfahren bzw. Verfahren im einstweiligen Rechtschutz geführt werden. Da § 99 SGG auch im Berufungsverfahren gilt, wird die Vorschrift im einstweiligen Rechtschutz auch auf das Beschwerdeverfahren entsprechend angewandt. Der Antragsteller muss daher für das nunmehr zusätzlich geltend gemachte Begehren der häuslichen Krankenpflege zur Verabreichung von Medikamenten nicht zuerst das Sozialgericht als Gericht der Hauptsache anrufen.

Die Beschwerde ist aber sowohl bezüglich des Richtens als auch zur Verabreichung von Medikamenten unbegründet.

Der Antragsteller hat weder gegen die Antragsgegnerin noch gegen den Beigeladenen zu 1), das Land Sachsen-Anhalt, vertreten durch die Sozialagentur, einen Anspruch auf vorläufige Übernahme der Kosten für häusliche Krankenpflege zum Herrichten und Verabreichen von Medikamenten, da er die zur Einnahme der Medikamente erforderliche Hilfe im Rahmen seines Heimvertrages mit der Beigeladenen zu 2) von dieser beanspruchen kann.

Nach § 86 b Abs. 2 Satz 1 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 Zustandes die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Einstweilige Anordnungen sind nach Abs. 2 Satz 2 der Norm auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn dies zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Da der Antragsteller geltend macht, ohne die einstweilige Anordnung drohten ihm wesentliche Nachteile, begehrt er den Erlass einer Regelungsanordnung im Sinne von § 86 b Abs. 2 Satz 2 SGG. Die Regelungsanordnung kann vom Gericht erlassen werden, wenn der Antragsteller glaubhaft macht (§ 86 b Abs. 2 Satz 4 SGG i. V. m. § 920 Zivilprozessordnung [ZPO]), dass ein geltend gemachtes Recht gegenüber der Antragsgegnerin besteht (Anordnungsanspruch) und er ohne den Erlass der begehrten Anordnung, insbesondere bei Abwarten einer Entscheidung in der Hauptsache, wesentliche Nachteile im Sinne von § 86 b Abs. 2 Satz 2 SGG erleiden würde (Anordnungsgrund).

Der Anordnungsanspruch bezieht sich auf das materielle Recht des Antragstellers. Eine einstweilige Anordnung kann nicht ergehen, wenn die Klage offensichtlich unzulässig oder unbegründet ist, weil dann ein im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens schützenswertes Recht des Antragstellers nicht vorhanden ist. Der Anordnungsgrund setzt voraus, dass dem Antragsteller bei Abwägung seiner Interessen gegen die Interessen des Antragsgegners nicht zugemutet werden kann, die Entscheidung in der Hauptsache abzuwarten (vgl. zum Ganzen: Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Auflage, § 86 b Rdnr. 29 ff mit weiteren Nachweisen).

Die in tatsächlicher (Glaubhaftmachung) wie in rechtlicher Hinsicht (summarische Prüfung) herabgesetzten Anforderungen für die Annahme eines Anordnungsanspruchs korrespondieren dabei mit dem Gewicht der glaubhaft zu machenden wesentlichen Nachteile. Drohen im Einzelfall ohne die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Beeinträchtigungen, die durch das Hauptsacheverfahren nicht mehr zu beseitigen wären, dürfen sich die Gerichte nur an den Erfolgsaussichten orientieren, wenn die Sach- und Rechtslage abschließend geklärt ist. Ist dem Gericht dagegen eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich, so ist anhand einer Folgenabwägung zu entscheiden. Dabei sind die grundrechtlichen Belange des Antragstellers umfassend in die Abwägung einzustellen (st. Rspr., vgl. BVerfG, Entsch. v. 12. Mai 2005 – 1 BVR 569/05 – BVerfGK 5, 237).

In Anwendung dieser Grundsätze erweist sich das Begehren des Antragstellers als unbegründet. Nach Auffassung des Senats hat der Antragsteller weder gegen die Antragsgegnerin noch gegen den Beigeladenen zu 1) einen Anspruch auf Übernahme der Kosten für die häusliche Krankenpflege zum Herrichten und/oder Verabreichen von Medikamenten (hierzu 1.). Da allerdings die dieser Auffassung zu Grunde liegende Rechtsfrage höchstrichterlich nicht abschließend geklärt ist, ist der Ausgang des Hauptsacheverfahrens noch offen. Nach der daher noch erforderlichen Interessenabwägung ist der Erlass der begehrten Anordnung nicht gerechtfertigt (hierzu 2.).

1. Anspruch auf häusliche Krankenpflege haben Versicherte nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V 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 in Form der Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Der Anspruch nach dieser Vorschrift besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate,

einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben (§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Der gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 SGB V fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushaltes und der Familie des Versicherten erbracht werden können und bestimmt das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Abs. 2 Satz 1 (§ 37 Abs. 6 SGB V).

Nach § 1 Abs. 2 Satz 3 der aufgrund dieser gesetzlichen Regelung erlassenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege vom 17. September 2009 in der Fassung vom 15. April 2010 (Krankenpflege-RL) besteht ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege auch an sonstigen geeigneten Orten, insbesondere Schulen, Kindergärten, betreuten Wohnformen oder Arbeitsstätten. Nach § 1 Abs. 6 Satz 1 Krankenpflege-RL kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden für die Zeit des Aufenthaltes in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen). Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die Krankenkasse zu prüfen (§ 1 Abs. 6 Satz 2 Krankenpflege-RL). In Werkstätten für Behinderte kann häusliche Krankenpflege abweichend von Absatz 6 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 (§ 1 Abs. 7 Krankenpflege-RL).

Der Antragsteller lebt nicht in seinem Haushalt oder mit seiner Familie, sondern in der von der Beigeladenen zu 2) betriebenen Wohnstätte für behinderte Menschen. Dabei handelt es sich um eine Einrichtung der Eingliederungshilfe. Als solche gehört sie weder zu den in § 1 Abs. 2 Satz 3 Krankenpflege-RL zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege ausdrücklich als geeignet aufgeführten Orten wie Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten. Noch kann sie ohne weiteres den Einrichtungen zugeordnet werden, in denen nach § 1 Abs. 6 Krankenpflege-RL häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden kann, wie in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen. Die Aufzählungen sind aber jeweils nicht abschließend, sondern ausdrücklich beispielhaft. Nach § 1 Abs. 2 Satz 2 Krankenpflege-RL besteht der Anspruch auf häusliche Krankenpflege 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, wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist.

Der Antragsteller hält sich regelmäßig in der Einrichtung auf, und die Medikamentengabe kann dort zuverlässig in geeigneten räumlichen Verhältnissen durchgeführt werden. Der Antragsteller hat auch hinreichend glaubhaft gemacht, dass die Leistung während seines Aufenthaltes in der Einrichtung notwendig ist. An der medizinischen Notwendigkeit der Einnahme der Medikamente bestehen keine Zweifel. Aufgrund der beschriebenen Erkrankungen des Antragstellers ist es zumindest hinreichend glaubhaft, dass er zur Einnahme allein nicht mehr in der Lage ist. Der Wohnort ist der Ort, an dem solche Leistungen grundsätzlich zu erbringen sind.

Die Einrichtung ist aber nur dann als geeigneter Ort im Sinne von § 37 SGB V zu qualifizieren, wenn nach den gesetzlichen Bestimmungen nicht bereits ein Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung besteht (§ 1 Abs. 6 Satz 1 Krankenpflege-RL). Ob ein solcher Anspruch besteht, ist im Einzelfall durch die Krankenkassen zu prüfen. Anders als z. B. bei Krankenhäusern ist die medizinische Behandlungspflege bei stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht bereits nach dem Zweck der Einrichtung von der gesetzlichen Leistungspflicht des Einrichtungsträgers umfasst. 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). Während die notwendige Assistenz bei der Verrichtung der Körperpflege, der Ernährung und Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung vom Leistungsumfang des Einrichtungsträgers umfasst ist, gilt dies nicht für Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege, die in den Bereich der Krankenversicherung fällt. Dementsprechend bleiben bei der Kalkulation der Grundpauschale und der Maßnahmepauschale nach § 23 Nr. 1 Rahmenvertrag die Versorgung mit Arzneimitteln und alle der Leistungspflicht der Krankenversicherung unterliegenden Leistungen unberücksichtigt und Krankenhilfe im Rahmen des SGB XII kann vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe gesondert abgegolten werden (§ 24 Nr. 6 Rahmenvertrag).

Auch wenn danach grundsätzlich kein Anspruch auf Erbringung von medizinischer Behandlungspflege gegen die Beigeladene zu 2) besteht, ist sie dennoch verpflichtet, dem Antragsteller die benötigten Medikamente entsprechend des ärztlichen Medikamentenplans herzurichten und zu verabreichen. Denn diese einfachen Maßnahmen werden noch vom Leistungsspektrum umfasst, das die Beigeladenen zu 2) dem Antragsteller im Rahmen ihrer Konzeption schuldet und das bereits mit dem Heimentgelt vergütet wird (hierzu a). Da ein solcher Anspruch gegen die Einrichtung besteht, kommt ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nicht in Betracht (hierzu b).

a) Die Beigeladene zu 2) ist sowohl gegenüber dem Antragsteller aus dem Heimvertrag in Verbindung mit der in Bezug genommenen Konzeption der Beigeladenen zu 2) als auch gegenüber dem Beigeladenen zu 1) aus dem Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII in Verbindung mit der Leistungsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 3 SGB XII (mit Datum vom 28. Dezember 2007) verpflichtet, für die ordnungsgemäße Einnahme der Medikamente durch den Antragsteller entsprechend des ärztlichen Medikamentenplans sorge zu tragen.

Im Heimvertrag sind die Leistungen, die die Beigeladene zu 2) gegenüber dem Antragsteller zu erbringen hat, in § 1 im Einzelnen aufgeführt. Zu den individuell zu erbringenden Leistungen gehören danach unter anderem:

"a) die Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft durch Begleitung entsprechend dem individuellen Bedarf, pädagogische und heilerzieherische Förderung und Unterstützung in den lebenspraktischen Verrichtungen, der persönlichen Lebensführung, bei der Herstellung und Aufrechterhaltung von Kontakten, bei der Freizeitgestaltung sowie Hilfen zur Gestaltung des Tages entsprechend der therapeutischen Konzeption der Einrichtung."

( )

"d) Hilfe bei der Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen unter Beachtung des Rechts der freien Arztwahl."

Zu der danach geschuldeten Unterstützung in den lebenspraktischen Verrichtungen gehört auch die erforderliche Hilfestellung bei der

Einnahme ärztlich verordneter Medikamente, denn die orale Einnahme von Tabletten nach ärztlicher Anweisung gehört zu den Verrichtungen, die bei Bedarf zur selbständigen Lebensführung notwendig sind und von gesunden Personen regelmäßig selbständig ausgeführt werden. Durch die Bezugnahme auf die Konzeption der Einrichtung in § 1 a) ist klargestellt, dass die zugesagte Unterstützung in den lebenspraktischen Verrichtungen in einem Rahmen zu verstehen ist, den die Einrichtung nach ihrer Konzeption und ihrer sächlichen und personellen Ausstattung zu leisten in der Lage und verpflichtet ist. Nach der Konzeption der Beigeladenen zu 2) (Stand Oktober 2000) wird die medizinische Betreuung im Haus nicht nur durch das Hausarztprinzip, sondern auch durch eine im Haus beschäftigte Krankenschwester gewährleistet (vgl. in der Konzeption unter "7. Personal"). Soweit die lebenspraktischen Verrichtungen medizinische Sachverhalte berühren, schuldet der Heimträger seinen Bewohnern Unterstützung daher in einem Umfang, der durch die Beschäftigung einer Krankenschwester und des übrigen Pflegepersonals erwartet werden kann. Die von der Einrichtung zu erbringende "Hilfe bei der Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen" muss vor diesem Hintergrund ebenso ausgelegt werden. Ganz einfache Maßnahmen der Behandlungspflege wie das Herrichten und Verabreichen von Medikamenten in Form der oralen Einnahme von Tabletten nach ärztlichem Medikamentenplan können ohne weiteres durch das vom Heimträger beschäftigte Personal erbracht werden.

Sollte für das Richten der Medikamente medizinischer Sachverstand erforderlich sein, wird dieser durch die im Haus beschäftigte Krankenschwester gewährleistet. Eine Krankenschwester kann unter Berücksichtigung von Urlaub, Wochenende, Feiertagen, krankheitsbedingten Ausfallzeiten u.ä. zwar nicht täglich anwesend sein, sie kann aber die verordneten Medikamente entsprechend dem ärztlichen Medikamentenplan in Wochendosets herrichten, die in Urlaubszeiten auch im Voraus für zwei oder drei Wochen angelegt werden können. Von den täglich vom Antragsteller einzunehmenden zwei Tabletten ist nach der neuesten Verordnung eine vor und eine nach dem Frühstück einzunehmen. Bei entsprechender Dokumentation der Einnahmepflicht und Einnahmezeiten sowie bei hinreichender Kennzeichnung der Medikamente kann die Abgabe der Medikamente an den Antragsteller sowie die Sicherstellung der Einnahme sonstigem Pflegepersonal überlassen werden, das über keine medizinische Fachausbildung verfügt. Das wird bereits daran deutlich, dass der Antragsteller die Medikamente zu verschiedenen Tageszeiten einnehmen muss, die Medikamentengabe aber sowohl für das Herrichten als auch für das Verabreichen jeweils nur einmal täglich verordnet wurde. Da der Antragsteller auch derzeit lediglich einmal täglich häusliche Krankenpflege über einen Pflegedienst erhält, und eine Krankenschwester nicht täglich anwesend ist, muss davon ausgegangen werden, dass der Antragsteller auch derzeit bereits die Medikamente teilweise über das im Übrigen bei der Beigeladenen zu 2) beschäftigte Personal verabreicht bekommt. Das hält der Senat auch für unproblematisch, da regelmäßig Patienten ohne entsprechendes Fachwissen ihre Medikamente nach einem vorgegebenen Medikamentenplan selbst einnehmen oder Angehörige für die Einnahme von Tabletten bei den von ihnen versorgten Personen sorgen (vgl. § 37 Abs. 3 SGB V). Die nicht über den Pflegedienst oder die im Haus beschäftigte Krankenschwester verabreichten Medikamente müssen auch derzeit vorher für das nicht medizinisch geschulte Personal bereit gestellt, d.h. hergerichtet werden. Gegen das im Vorfeld auch einen größeren Zeitraum umfassende Richten der Medikamente durch die im Haus beschäftigte Krankenschwester zur Verabreichung durch ungeschultes Personal bestehen daher keine Bedenken.

Sollte der Antragsteller mangelnde Compliance bei der Einnahme der Medikamente aufweisen und diese sogar ablehnen, erfordert der Umgang damit keinen medizinischen, sondern vielmehr pädagogischen und/oder heilerzieherischen Sachverstand. Die darauf beruhenden Hilfeleistungen für den Antragsteller gehören zu den Hauptaufgaben des Einrichtungsträgers nach § 1a) Heimvertrag, denn es handelt sich dabei um Leistungen der pädagogischen und/oder heilerzieherischen Förderung und Unterstützung des Antragstellers in den lebenspraktischen Verrichtungen entsprechend seinem individuellen Bedarf.

Für die Gabe der Bedarfsmedikamente ist die Verordnung von häuslicher Krankenpflege einmal täglich ungeeignet. Die Schmerzmedikamente werden nur bei Angabe von Schmerzen verabreicht. Wenn die Schmerzangabe des Antragstellers aufgrund seiner Erkrankungen zu hinterfragen ist, gehört auch dies zum originären Aufgabenkreis der pädagogischen und/oder heilerzieherischen Förderung durch den Einrichtungsträger. Das im Haus der Beigeladenen zu 2) beschäftigte Personal ist sowohl beruflich als auch aufgrund der persönlichen Beziehung zum Antragsteller besser in der Lage, seine Angaben bezüglich von Schmerzen einzuschätzen, als das Personal eines Pflegdienstes für häusliche Krankenpflege. Darüber hinaus kann in der Praxis nicht sichergestellt werden, dass zur Feststellung eines Bedarfsfalls (hier also Schmerzen oder ein Krampfanfall) oder zur Verabreichung der dann erforderlichen Medikamente eine Fachkraft des Pflegedienstes, der die häusliche Krankenpflege erbringt, schnell genug herbeigerufen werden kann. Bedarfsmedikamente dienen gerade dazu, im Bedarfsfall sofort zur Hand zu sein. Hierauf hat der Facharzt für Allgemeinmedizin D. insbesondere für das rektal zu verabreichende Medikament im Falle eines Krampfanfalls hingewiesen. Wenn die Beigeladene zu 2) aufgrund ihres Personalbestandes nicht in der Lage wäre, dem Antragsteller diese Medikamente im Bedarfsfall zu verabreichen, könnte dieser nicht länger in dem Heim der Beigeladenen zu 2) verbleiben. Im Bedarfsfall muss das jeweils anwesende Pflegepersonal in der Lage sein, die Bedarfsmedikamente zu verabreichen, und zwar selbst das rektal einzuführende Medikament.

Nach der zwischen den Beigeladenen zu 1) und zu 2) geschlossenen Leistungsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 3 SGB XII (vgl. dort unter 2. Leistungsvereinbarung) ist das Leistungsangebot der Beigeladenen zu 2) in ihrer Konzeption/Leistungsbeschreibung vom 30. Dezember 2000 dargestellt und Bestandteil der Vereinbarung. Bei der vorgelegten Konzeption mit Stand vom Oktober 2000 handelt es sich offensichtlich um genau diese Konzeption/Leistungsbeschreibung, auch wenn das Datum des 30. Dezember 2000 sich auf der vorliegenden Kopie nicht wiederfindet. Die Beigeladene zu 2) hat auch auf diese Konzeption Bezug genommen. Danach schuldet der Einrichtungsträger medizinische Betreuung in einem Umfang, wie er durch die im Haus beschäftigte Krankenschwester einschließlich des übrigen Heimpersonals zu erbringen in der Lage ist. Daher hat nicht nur der Antragsteller aus dem Heimvertrag Anspruch darauf, dass der Einrichtungsträger selbst die erforderliche Einnahme seiner Medikamente sicherstellt, sondern auch der Beigeladene zu 1) aus dem Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII in Verbindung mit der Leistungsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 3 SGB XII und der Konzeption des Wohnheims. Eine zusätzliche Vergütung kann die Beigeladene zu 2) hierfür nicht verlangen, da dies bereits nach den Verträgen geschuldet und daher mit dem Heimentgelt abgegolten ist.

Dem kann nicht entgegengehalten werden, der Rahmenvertrag schließe ausdrücklich die Erbringung von medizinischen Leistungen aus, denn es handelt sich hier um einen Grenzbereich, der eher den lebenspraktischen als medizinischen Tätigkeiten zuzuordnen ist. Die zu erbringenden Leistungen erfordern kein medizinisches Fachwissen, soweit die einfachen ärztlichen Anweisungen eingehalten werden. Dementsprechend hat auch das Bundessozialgericht (BSG) in einem Urteil vom 28. Mai 2003 (B 3 KR 32/02 R – zitiert nach juris) entschieden, dass die Medikamentengabe als sogenannte einfache Behandlungspflege zu der "Beratung, Betreuung, Unterstützung und praktische Hilfen" umfassenden Leistungspflicht des Heimträgers aus dem Betreuungsvertrag gehört und daher vom Heimträger ohne zusätzliche Vergütung zu erbringen sei. Ebenso hat das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg in einem Beschluss vom 24. Februar 2010

(L 9 KR 23/10 B ER – zitiert nach juris) sowie in einem weiteren Beschluss vom 3. März 2011 (L 9 KR 284/10 B – zitiert nach juris) die einfache Medikamentengabe bei vollstationärer Unterbringung in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen als Aufgabe des von dieser Einrichtung im Rahmen der bestehenden Verträge zu erbringenden Leistungen angesehen und daher einen zusätzlichen Anspruch auf häusliche Krankenpflege für die Medikamentengabe jeweils abgelehnt.

Mit der vorliegenden Entscheidung setzt sich der Senat auch nicht in Widerspruch zu der Entscheidung des 8. Senats des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 26. August 2010 (L 8 SO 4/10 B ER – zitiert nach juris). Der 8. Senat hat in dem von ihm entschiedenen Rechtsstreit zwar eine Leistungspflicht des Einrichtungsträgers der Wohnstätte abgelehnt. Es handelte sich dabei aber um ärztlich verordnete Insulininjektionen, die möglicherweise anders zu beurteilen sind als die einfache Gabe von Medikamenten. So hat auch das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg in dem Beschluss vom 24. Februar 2010 (a.a.O.) zwischen der Gabe von Medikamenten in Form von Tabletten und der Gabe von Insulin durch Injektionen einschließlich der hierfür durchzuführenden Blutzuckermessungen unterschieden und lediglich bezüglich letzterem einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege gewährt, da die einfache Medikamentengabe vom Heimträger zu leisten sei.

b) Da ein Anspruch auf die zur Medikamenteneinnahme für den Antragsteller erforderliche Hilfestellung gegen die Beigeladene zu 2) besteht, kommt ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nicht in Betracht.

Unerheblich ist, dass sich dieser Anspruch gegen die Beigeladene zu 2) nicht unmittelbar aus dem Gesetz, sondern erst aufgrund der verschiedenen oben genannten Verträge ergibt. Der Wortlaut des § 1 Abs. 6 Satz 1 Krankenpflege-RL "nach den gesetzlichen Bestimmungen" grenzt die Ansprüche nicht auf gesetzliche Ansprüche ein. Auch vertragliche Ansprüche sind – soweit die vertraglichen Regelungen wirksam und rechtmäßig sind – solche "nach gesetzlichen Bestimmungen", soweit diese eine Regelung durch entsprechende Verträge ausdrücklich vorsehen. Daher wird auch in Literatur und Rechtsprechung – soweit ersichtlich – 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 – jeweils zitiert nach juris, sowie Lieber, NZS 2011, S. 650 (653)).

Die Krankenpflege-RL steht im Rang unterhalb der gesetzlichen Vorschriften und ist daher im Lichte des Gesetzes auszulegen. Es ergibt sich aber bereits aus dem in § 12 Abs. 1 SGB V normierten Wirtschaftlichkeitsgebot, dass Leistungen der Krankenversicherung nur erbracht werden dürfen, soweit sie notwendig sind. Auch § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V setzt die Erforderlichkeit der häuslichen Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung voraus. Die Erbringung von häuslicher Krankenpflege ist aber dann nicht erforderlich, wenn der Versicherte bereits einen Anspruch auf die erforderlichen Hilfestellungen gegenüber dem Einrichtungsträger hat. 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 insbes. bis zum Inkrafttreten des GKV-ModernisierungsG 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.

2. Da allerdings die Rechtsfrage, ob und unter welchen Voraussetzungen in einem Wohnheim der Eingliederungshilfe häusliche Krankenpflege durch die Krankenkasse zu erbringen ist, bisher nicht abschließend geklärt ist, ist anhand einer Folgenabwägung unter Berücksichtigung der grundrechtlichen Belange des Antragstellers zu prüfen, ob die begehrte Anordnung zur Abwendung schwerer und unzumutbarer Beeinträchtigungen erforderlich ist. Solche schweren und unzumutbaren Beeinträchtigungen des Antragstellers sieht der Senat auch ohne den Erlass der begehrten Anordnung nicht. Mit dem vorliegenden Beschluss ist der Beigeladenen zu 2) ausdrücklich ihre Leistungspflicht gegenüber dem Antragsteller im Rahmen des bestehenden Heimvertrages dargelegt worden. Es steht daher nicht zu befürchten, dass die Beigeladene zu 2) dieser Pflicht – zumindest bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens – nicht entsprechend nachkommt. Notfalls hat der Antragsteller die Möglichkeit, die Einhaltung dieser Pflicht im Wege des einstweiligen Rechtschutzes vor den Zivilgerichten durchzusetzen. Sollte diese Verpflichtung der Beigeladenen zu 2) – entgegen der Auffassung des Senats – nach abschließender Klärung der Rechtsfrage nicht bestehen, kann sie die ihr dadurch entstandenen Kosten mit dem abschließend bestimmten Kostenträger abrechnen. Irreversible Nachteile sind bei dieser Vorgehensweise weder für den Antragsteller noch für die Beigeladene zu 2) zu erwarten.

Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.

Der Beschluss ist unanfechtbar (§ 177 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2012-10-01