

S 208 KR 1167/09

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
208
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 208 KR 1167/09
Datum
24.10.2012
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um den Anspruch des Klägers auf Erstattung der Kosten für die häusliche Krankenpflege in Form von Medikamentengabe (herrichten, verabreichen) für die Zeit vom 23. März 2009 bis zum 22. Juni 2009. Der am 1979 geborene Kläger leidet u.a. an einer symptomatischen Epilepsie, an einem Zustand nach frühkindlichem Hirnschaden und einer spastischen Hemiparese links. Dies hat zur Folge, dass er nicht in der Lage ist, seine benötigten Medikamente selbstständig in einer verlässlichen Weise einzunehmen. Der unter Betreuung stehende Kläger lebt seit dem 23. April 2007 in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen (E - W - Haus), welche von der Beigeladenen zu 2) betrieben wird. Von seinem behandelnden Arzt Herrn T wird ihm durchgehend häusliche Krankenpflege in Form von Medikamentengabe (herrichten und verabreichen) verordnet. Streitgegenständlich ist vorliegend die Verordnung vom 23. März 2009 für den Zeitraum vom 23. März 2009 bis zum 22. Juni 2009. Wie dem ärztlichen Medikamentenplan zu entnehmen ist, muss der Kläger u.a. dreimal täglich Phenytoin, einmal am Tag, einmal nachts Carbamazepin (Arzneimittel, die auf die Epilepsie des Klägers einwirken) einnehmen. Alle Medikamente – bis auf die bei Erbrechen zu gebenden MCP-Tropfen – werden in Tablettenform verabreicht. Die Medikamentengabe sowie die Dokumentation der verabreichten Medikamente wird durch einen Pflegedienst (Beigeladene zu 1)) erbracht. Dieser hat mit dem Kläger, bzw. dessen Betreuer, im Oktober/Dezember 2008 einen Pflegevertrag abgeschlossen, in welchem u.a. geregelt ist, dass die Leistungen direkt mit dem Kostenträger abgerechnet werden (§ 6 Abs. 4 des Pflegevertrages). Wie der dem Gericht vorliegenden Forderungsübersicht der Beigeladenen zu 1) zu entnehmen ist, berechnete diese für den vollen Monat März 476,79 Euro, für April 399,88 Euro, für Mai 461,40 Euro und für Juni 446,02 Euro für die Erbringung der häuslichen Krankenpflege. Unter Berücksichtigung dessen, dass der beantragte Zeitraum die Monate März und Juni nur teilweise erfasst, ergibt sich – bei Herunterrechnung der Beträge für März und Juni auf Tagesbeträge (März: 138,42 Euro (15,38 Euro täglich x 9 Tage), Juni: 327,08 Euro (14,86 Euro täglich x 22 Tage)) – insgesamt für den beantragten Zeitraum ein Betrag i.H.v. 1.326,78 Euro. Die Verordnung vom 23. März 2009 wurde der Klägerin durch die Beigeladene zu 1) mit Schreiben vom 23. März 2009 übersandt. Mit Bescheid vom 2. April 2009 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers auf Übernahme der Kosten für die häusliche Krankenpflege ab. Begründet wurde dies damit, dass der Kläger in einer anerkannten Behinderteneinrichtung nach [§ 43a](#) Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) untergebracht sei und die Pflegekasse zur Abgeltung der in [§ 43 Abs. 2 SGB XI](#) genannten Aufwendungen (u.a. medizinische Behandlungspflege) monatlich 256 Euro zahle. Damit entstehe für die Einrichtung die Verpflichtung, diese Leistungen sicherzustellen. Der dagegen eingelegte nicht weiter begründete Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 17. Juni 2009 zurückgewiesen. Begründet wurde dies wieder damit, dass die Einrichtung selbst verpflichtet sei, die entsprechenden Leistungen zu erbringen. In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur häuslichen Krankenpflege sei geregelt, dass für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung bestehe, häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden könne. Am 17. Juli 2009 hat der Kläger, vertreten durch die Prozessbevollmächtigte, Klage erhoben. Er ist der Auffassung, es bestehe ein Anspruch gegen die Beklagte auf die Erstattung der Kosten für die häusliche Krankenpflege, da in der Einrichtung die erforderlichen Leistungen nicht erbracht würden. Der Kläger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 2. April 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Juni 2009 zu verurteilen, den Kläger von den Kosten für die häusliche Krankenpflege in Form von "Medikamente herrichten und verabreichen dreimal pro Tag an sieben Tagen die Woche" für die Zeit vom 23. März 2009 bis 22. Juni 2009 i.H.v. 1.326,78 Euro zu freizustellen. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie ist der Auffassung, es bestehe kein Anspruch auf Kostenerstattung. Zur Begründung bezieht sie sich auf ihr Vorbringen im Widerspruchsbescheid. Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt. Der Kläger hat am 18. Dezember 2009 einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung hinsichtlich der weiteren Kostenübernahme der häuslichen Krankenpflege gestellt (S 72 KR /09 ER). Der Antrag wurde mit Beschluss vom 6. Januar 2010 abgelehnt. Die dagegen eingereichte Beschwerde wurde durch das LSG Berlin-Brandenburg mit Beschluss vom 19. Februar 2010 (L 9 KR /10 B ER) zurückgewiesen. Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf

die Gerichtsakte und Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die dem Gericht vorgelegen hat und Gegenstand der mündlichen Verhandlung sowie der geheimen Beratung geworden ist.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1](#) und 4 Sozialgerichtsgesetz - SGG) zulässig, hat in der Sache aber keinen Erfolg. Die Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Dem Kläger steht der geltend gemachte Anspruch auf Erstattung der Kosten nicht zu, weil die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), der einzig in Betracht kommenden Anspruchsgrundlage (vgl. BSG, Urt. vom 16.12.2008, Az.: [B 1 KR 11/08 R](#), m.w.N., zit. nach juris), nicht vorliegen. Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung ist bestimmt von dem in [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) verankerten Sachleistungsprinzip. Danach erhalten die Versicherten "die Leistungen als Dienst- und Sachleistungen" d.h. als Naturalleistung und damit – abgesehen von gesetzlichen Zuzahlungsregelungen – grundsätzlich kostenfrei, vorfinanzierungslos und risikolos. Die Verschaffungspflicht von Naturalleistungen gewährleistet, dass der Versicherte eine notwendige Leistung der Krankenbehandlung erhält, ohne sie sich selbst erst beschaffen und insbesondere ohne bei ihrer Inanspruchnahme eine unmittelbare finanzielle Gegenleistung erbringen zu müssen (BSG, Urt. v. 18.07.2006, Az. [B 1 KR 24/05 R](#), m.w.N., zit. nach juris). Von diesem Sachleistungsprinzip darf nur in gesetzlich bestimmten Ausnahmefällen abgewichen werden. Anspruchsgrundlage einer solchen (ausnahmsweise) zu gewährenden Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Der Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) geht jedoch nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte und zukünftig zu beschaffende Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (st. Rspr., vgl. BSG, Urteil vom 28.02.2008, Az. [B 1 KR 16/07 R](#), zit. nach juris). Ein entsprechender Sachleistungsanspruch stand dem Kläger nicht zu. Die Voraussetzungen des [§ 37 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) als einzig in Betracht kommende Anspruchsgrundlage sind nicht gegeben. Nach [§ 37 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) 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 ärztlicher 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](#) des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI zu berücksichtigen ist. Bei der Verabreichung von Medikamenten handelt es sich um eine Leistung der sog. medizinischen Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung. Dies ergibt sich auch aus der Nr. 26 der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V](#) – Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege – Leistungsverzeichnis (HKP-Richtlinie; in der zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistung geltenden Fassung vom 16. Februar 2000, zuletzt geändert am 17. Januar 2008/10. April 2008, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008, Nr. 84 S. 2028, 2029 und 2030, in Kraft getreten am 11. Juni 2008). Nach Nr. 26 wird das "Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten, (z. B. Tabletten, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Salben, Tinkturen, Lösungen, Aerosole, Suppositorien) für vom Arzt bestimmte Zeiträume" den Leistungen der Behandlungspflege zugeordnet. Der Anspruch des Klägers auf häusliche Krankenpflege scheidet jedoch daran, dass die vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen (E -W -H) zwar grundsätzlich als ein "geeigneter Ort" i.S.d. [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) in Betracht kommt (vgl. dazu unter (1)), hinsichtlich der konkreten beantragten Leistung der häuslichen Krankenpflege jedoch ein Anspruch gegen die Einrichtung (Beigeladenen zu 2)) zu bejahen ist, der dem Anspruch nach [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) entgegensteht (dazu unter (2)). (1) Entgegen der in den angefochtenen Bescheiden vertretenen Auffassung der Beklagten lässt sich der Anspruch nach [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) nicht schon mit dem Hinweis auf § 43 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) verneinen. Grundsätzlich steht die pauschale Abgeltung der Pflegeleistung über die Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung nach [§ 43a SGB XI](#) dem Anspruch eines Pflegebedürftigen auf Leistungen nach [§ 37 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) nicht entgegen (vgl. u.a. SG Stade, Urteil v. 30.03.2011, Az. [S 19 SO 7/07](#), zit. nach juris). Eine vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe kommt nach Auffassung der Kammer als sonst geeigneter Ort nach [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) in Betracht. Zwar gibt es in der Rechtsprechung auch gewichtige gegenteilige Auffassungen. Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen beispielsweise legt in seinem Urteil vom 23.04.2009 (Az. [L 8 SO 1/07](#), zit. nach juris) den Begriff des sonstigen geeigneten Ortes vor dem Hintergrund der weiteren im Gesetz explizit genannten Orte (insbesondere "betreute Wohnformen") dahingehend aus, dass Einrichtungen i.S.d. § 1 Abs 1 Satz 2 Heimgesetz und deshalb auch die darunter fallenden vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe i.S.v [§ 43a Satz 1](#) i.V.m. [§ 71 Abs 4 SGB XI](#) nicht als sonst geeignete Orte i.S.d. [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) anzusehen sind. Wörtlich führt das LSG Niedersachsen-Bremen hierzu aus: "Hätte der Gesetzgeber eine weitergehende Ausdehnung des Anwendungsbereichs der häuslichen Krankenpflege über die betreuten Wohnformen hinaus auch auf Heime vornehmen wollen, so hätte es nahegelegen, dies ausdrücklich so zu formulieren. Denn dies wäre kaum mehr eine vorsichtige Erweiterung des Haushaltsbegriffs. Zudem war die Einführung eines Leistungsanspruchs auf Krankenpflege in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe im Sinne des SGB XI, in der die Versicherten keinen eigenen Haushalt haben, bereits seit längerem unter anderem vom "Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge" gefordert, von der Bundesregierung jedoch noch im Sommer 2001 als unverantwortliche massive Ausweitung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgelehnt worden (vgl BT Drs. 14/6680). Da der Gesetzgeber nunmehr nur die betreuten Wohnformen, nicht jedoch vollstationäre Einrichtungen/Heime der Behindertenhilfe explizit als Beispiel für geeignete Orte genannt hat, ist davon auszugehen, dass diese nach wie vor nicht unter den Anwendungsbereich des [§ 37 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) fallen sollen". (so auch SG Hamburg, Urteil vom 3. Februar 2009, aaO, Rdnr 9)". Eine derartige Auslegung des Begriffs des sonst geeigneten Ortes hält die Kammer angesichts der in [§ 37 Abs. 6 SGB V](#) geregelten Ermächtigung des GBA hinsichtlich der Festlegung der Orte, an denen die häusliche Krankenpflege erbracht werden kann, für zu strikt. Mit Blick auf die Gesetzesbegründung ist es nach Auffassung der Kammer überzeugender, dass es entscheidend darauf ankommt muss, ob der Versicherte einen entsprechenden Anspruch gegen die Einrichtung hat (vgl. u.a. Padé, in jurisPK-SGB V, 2. Aufl., Stand Juli 2012, Rn. 33, SG Koblenz, Urteil v. 08.12.2011, Az. [S 6 KR 103/11](#); LSG Hamburg, Beschluss v. 12.11.2009, Az. [L 1 B 202/09 KR](#); LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 22.11.2011, [L 10 KR 32/11 B ER](#); gelassen: LSG Berlin-Brandenburg, Beschlüsse v. 24.02.2010, Az. [L 9 KR 23/10 B ER](#) und [L 9 KR 24/10 B ER](#), jeweils zit. nach juris). Der Gesetzgeber hat dies in der Gesetzesbegründung klargestellt: "Ein "geeigneter Ort" für die Leistung häuslicher Krankenpflege durch die GKV ist jedenfalls dann nicht gegeben, wenn sich der Versicherte in einer Einrichtung befindet, in der er nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung hat. Um die notwendige Flexibilität bei der Bestimmung der geeigneten Erbringungsorte zu wahren, wird auf eine gesetzliche Festlegung verzichtet und die Definition dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen" ([BT-Drucks, 16/3100, S. 104](#)). Der GBA ist dem in § 1 Ziff. 6 der HKP-Richtlinie in der damals geltenden Fassung (s.o.) nachgekommen: "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." Ursprünglich (bis zur Änderung durch Beschluss des GBA vom 10. April 2008) enthielt der Klammerzusatz des Satzes 1 der Regelung am Ende

die Worte "oder grundsätzlich auch in Behinderteneinrichtungen". Dies wurde nach erfolgter Kritik durch das Bundesministerium für Gesundheit durch Beschluss des GBA vom 10. April 2008 gestrichen. Damit sollte verhindert werden, dass häusliche Krankenpflege für Versicherte in Behinderteneinrichtungen regelmäßig abgelehnt werde, ohne dass tatsächlich im Einzelfall geprüft werde, ob anderweitige gesetzliche Ansprüche auf die Erbringung von Behandlungspflege bestehen. Die Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege, z.B. in Einrichtungen der Lebenshilfe, sollte nicht pauschal verneint werden (vgl. Tragende Gründe zum Beschluss des GBA über eine Änderung des Beschlusses vom 17. Januar 2008 über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinien zur Umsetzung der Vorgaben des GKV-WSG: Behandlungspflege in Behinderteneinrichtungen Vom 10. April 2008; abrufbar unter: <http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/658/>). Es kommt also entscheidend auf den Einzelfall an. Dabei sind nicht nur die entsprechenden Verträge der Einrichtungen in den Blick zu nehmen, sondern es ist auch zwischen den konkreten Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu differenzieren. (2) Nach Auffassung der Kammer besteht vorliegend ein Anspruch des Klägers auf Medikamentengabe gegen die Einrichtung, so dass diese hinsichtlich der beantragten Leistung als sonst geeigneter Ort i.S.d. [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) ausscheidet (vgl. insbesondere den den vorliegenden Fall betreffenden Beschluss des LSG Berlin-Brandenburg vom 19.02.2009, Az. [L 9 KR 24/10 B ER](#), zit. nach juris). Zwar sieht § 2 Ziff. 7.5 des zwischen dem Kläger und der Beigeladenen zu 2) geschlossenen Wohn- und Betreuungsvertrag vor, dass "Medizinische Versorgung im Sinne von medizinischer Behandlungspflege nach SGB V (wird) ausdrücklich nicht erbracht" wird. Eine solche vertragliche Regelung kann jedoch den Anspruch des Bewohners nicht ausschließen. Das LSG Berlin-Brandenburg führt hierzu wörtlich aus: "Denn ansonsten hätten es die Vertragspartner der Wohn- und Betreuungsverträge, also die behinderten Menschen und insbesondere die Träger der Einrichtungen in der Hand, Inhalt und Umfang der von den Einrichtungen zu erbringenden Leistungen sowie die Financiers dieser Leistungen abweichend von den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches selbst zu bestimmen und Leistungen zu Lasen bestimmter Leistungsträger, im vorliegenden Fall der Träger der Krankenversicherung, auszugliedern. Dies würde im vorliegenden Fall unberücksichtigt lassen, dass die Medikamentengabe nicht ausschließlich und ausnahmslos als Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nach dem SGB V zu qualifizieren ist; vielmehr kann sich ein Anspruch auf Medikamentengabe auch als Leistung der Eingliederungshilfe darstellen (vgl. [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) i.V.m. § 26 Abs. 1 und Abs. 2 Sozialgesetzbuch/Neuntes Buch (SGB IX)) und der Einrichtung der Eingliederungshilfe gegenüber den von ihr Betreuten aus dem zwischen ihrem Träger und dem Sozialhilfeträger abgeschlossenen Verträgen obliegen" (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 19.02.2009, a.a.O.). Die Verpflichtung der Einrichtung gegenüber dem Kläger zu Medikamentenherrichtung und -Verabreichung ergibt sich aus [§ 75 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB XII](#) i.V.m. dem Vertrag nach [§ 75 Abs. 3 SGB XII](#). Nach Ziff. 2.1. des Berliner Rahmenvertrages (Berliner Rahmenvertrag nach [§ 79 Abs. 1 SGB XII](#) für Hilfen der Einrichtungen einschließlich Diensten im Bereich Soziales, in der Fassung vom 01. Januar 2005, geändert durch Beschluss Nr. 2/2009 der Kommission 75) ist dieser maßgeblich für die von den vollstationären Einrichtungen i.S.d. SGB XII zu erbringenden Leistungen. In Ziff. 4.2. wird die Beschreibung von Inhalt, Umfang und Qualität der von den Einrichtungen im Einzelnen zu erbringenden Leistungen auf die Vertragskommission Soziales übertragen. Diese hat in der Leistungsbeschreibung in der Fassung vom 20. März 2009 unter Ziff. 4.2. (Bedarfsgerechte Hilfen) Folgendes geregelt: "Orientiert am individuellen Bedarf werden Leistungen erbracht, die als Beratung/Assistenz, Anleitung bzw. umfassende Hilfestellung ausgestaltet werden (...) zur Gewährung der medizinischen und therapeutischen Versorgung (Sorge für regelmäßige ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Sicherstellung der notwendigen therapeutischen Versorgung, Unterstützung bei der Einnahme der verordneten Medikamente)". Ziff. 4.8. der Leistungsbeschreibung sieht weiter vor: "Die Einrichtung sorgt (in Absprache mit der Bewohnerin bzw. dem Bewohner) für eine ordnungsgemäße Verwahrung der Medikamente und dokumentiert die Einnahme". Diese Aufgabenzuweisung durch die Leistungsbeschreibung entspricht auch der Konzeption der Wohneinrichtung E -W -H: Dort ist in Ziff. 5.1. geregelt: "Alle notwendigen pflegerischen Maßnahme und ärztlichen Verordnungen werden im Rahmen der ganzheitlichen Betreuung von den Gruppenmitarbeitern durchgeführt". Ziff. 8.1. sieht vor, dass Medikamenteneinnahme dokumentiert werden muss. Aus diesen genannten Regelungen ergibt sich die Verpflichtung der Einrichtung (Beigeladene zu 2)), dem Kläger die ärztlich verordneten Medikamente herzurichten und zu verabreichen. Die in der Leistungsbeschreibung genannte "Unterstützung bei der Einnahme der verordneten Medikamente" ist nach Auffassung der Kammer ein weiter Begriff, der aus das Herrichten und Verabreichen von Medikamenten umfasst. Anders als z.B. bei Injektionen erfolgt die Einnahme von Tabletten durch Schlucken, welches der Kläger vorliegend selbst kann. Der in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Beschreibung des Gesundheitszustandes des Klägers ist zwar zu entnehmen, dass er motorisch nicht in der Lage ist, die Medikamente selbst zu nehmen und dass regelmäßig zu überprüfen ist, ob er die Medikamente auch im Mund behält. Der Schluckvorgang, also die eigentliche Einnahme des Medikaments, erfolgt aber durch den Kläger selbst. Das Herrichten der jeweiligen Tabletten, die Kontrolle, ob der Kläger die Medikamente im Mund behält, sind dagegen unterstützende Maßnahmen. Dass im Fall des Klägers diese unterstützenden Maßnahmen bei der Medikamentengabe besonders aufwendig sind, kann nicht zu einer Eingrenzung des Begriffs der Unterstützung führen. Dem widerspräche auch die in Ziff. 4.2. der Leistungsbeschreibung vorangestellte Konkretisierung der bedarfsgerechten Hilfen als u.a. "umfassende Hilfestellung". Auch hier ist eine weite Begrifflichkeit gewählt. Warum darunter weder das Herrichten noch das Verabreichen von Tabletten gefasst werden kann, erschließt sich der Kammer nicht. Gerade bei Medikamenten in Form von Tabletten sind keine anderen Hilfestellungen denkbar. Unstreitig ist die Dokumentation der Medikamentengabe ebenfalls als Aufgabe der Einrichtung vorgesehen. Anders als dies ggf. bei anderen Leistungen der häuslichen Krankenpflege der Fall ist (vgl. u.a. zur Insulingabe LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss v. 22.11.2011, [L 10 KR 32/11 B ER](#); zum Anlegung von Kompressionsverbänden SG Stade, Urteil v. 30.03.2011, Az. [S 19 SO 7/07](#), jeweils zit. nach juris), handelt es sich beim Herrichten und der Verabreichung von Medikamenten in Form von Tabletten um eine einfache Leistung der medizinischen Behandlungspflege. Diese gehört im Rahmen der vollstationären Pflege zu den Aufgaben der Pflege- und nicht der Krankenversicherung (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 03.03.2011, [L 9 KR 284/10 B ER](#), zit. nach juris). Aus dem Beschluss des LSG Sachsen-Anhalt, vom 22.11.2011 (a.a.O.) geht - in Abgrenzung zur Gabe von Insulin - die Sonderstellung der Medikamentengabe im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege besonders deutlich hervor: "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)". Die Kammer schließt sich dieser Auffassung nach eigener Prüfung an. Anderes ergibt sich auch nicht aus dem Einwand der Klägerbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung, dass die Gabe von Medikamenten nur durch geschultes Pflegepersonal erbracht werden könne, welches in der Einrichtung nicht gegeben sei. Dieser Einwand wird durch das Schreiben der Beigeladenen zu 2) vom 28. Dezember 2009, welches in der mündlichen Verhandlung zur Akte gereicht wurde, gestützt. Darin wird ausgeführt, dass in der Einrichtung kein Personal beschäftigt sei, das die Qualifikation dazu habe, den Bewohnern die Medikamente herzurichten und zu verabreichen. Ungeachtet dessen, dass es sich bei den hier in Rede stehenden Medikamenten nicht um eine Bedarfsmedikation handelt, sondern um Medikamente, die regelmäßig anhand eines ärztlichen erstellten Liste zu verabreichen sind und eine besondere Schwierigkeit der Medikamentengabe hier nicht zu erkennen ist, kann der Einwand, kein entsprechendes Personal vorzuenthalten, nicht durchgreifen. Sofern die Einrichtung vertraglich zur entsprechenden

Leistungserbringung verpflichtet ist, liegt es in ihrem Verantwortungsbereich, die Leistungserbringung durch entsprechend qualifiziertes Personal sicherzustellen. Ob dies durch eigenes Personal oder durch einen ambulanten Pflegedienst erfolgt, bleibt der Einrichtung überlassen. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-11-01