
S 18 KR 470/03

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sozialgericht Dresden
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	18
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	1. Zum Vorliegen eines eigenen Haushalts des Versicherten bei der Erbringung häuslicher Krankenpflege im Betreuten Wohnen. 2. Zur Abgrenzung des Kreises der nach § 37 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 1 SGB V anspruchsberechtigten Versicherten mit eigenem Haushalt von Versicherten ohne eigenen Haushalt ist auf die Abgrenzung zwischen Betreutem Wohnen und Heim nach § 1 Abs. 2 HeimG zurückzugreifen. Art 3 Abs 1 GG Art 3 Abs 3 S 2 GG § 27 Abs 1 S 2 Nr 4 SGB V § 37 Abs 2 S 1 Halbs 1 SGB V § 1 Abs 1 S 2 HeimG
Normenkette	

1. Instanz

Aktenzeichen	S 18 KR 470/03
Datum	15.12.2005

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

I. Die Bescheide vom 25.04.2003, 05.06.2003, 16.06.2003 und 26.06.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.09.2003 werden aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, die Klāgerin von den Kosten der häuslichen Krankenpflege entsprechend den Verordnungen häuslicher Krankenpflege durch SR Dr. med. F vom 26.03.2003, 02.06.2003, 16.06.2003 und 25.06.2003 in Höhe

von 3.494,08 EUR freizustellen.

II. Die Beklagte hat der KlÄgerin und der Beigeladenen die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Verfahrens zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Äber häusliche Krankenpflege im Betreuten Wohnen. Die am 1906 geborene und bei der Beklagten krankenversicherte KlÄgerin lebt in einer Anlage des Betreuten Wohnens. Vermieter sind die Beigeladene und deren Ehemanns gemeinsam. Die KlÄgerin ist zur Selbstversorgung persÄnlich nicht in der Lage und bezieht Pflegegeld nach Pflegestufe II. Am 01.12.2001 schloss die KlÄgerin, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht im Betreuten Wohnen lebte, mit der Beigeladenen einen Vertrag Äber die ambulante pflegerische Versorgung. Darin verpflichtete sich die Beigeladene zur Erbringung von "Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI" sowie von "Grund- und/oder Behandlungspflege lt. Ärztlicher Verordnung". Unter Gliederungspunkt 1 sieht der Vertrag vor: "Vereinbarte und erbrachte Leistungen, die nicht oder nicht vollstäÄndig von einem SozialleistungstrÄger Äbernommen werden, sind von dem PflegebedÄrftigen selbst zu zahlen." Die zu erbringenden Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung (Morgen- und Abendtoilette, Lagern und Betten, Darm- und Blasenentleerung, Einkaufen, Nahrungszubereitung) sind nach Art, Umfang und HÄufigkeit ihrer Erbringung unter Angabe der jeweiligen VergÄftung unter Gliederungspunkt 3 des Vertrages in Verbindung mit einer Anlage zur Beschreibung der Leistungs-komplexe einzeln aufgefÄhrt. Durch Mietvertrag vom 28.02./04.03.2002 mietete die KlÄgerin in der von der Beigeladenen und deren Ehemann gemeinschaftlich betriebenen Einrichtung des betreuten Wohnens mit Wirkung ab dem 09.03.2002 ein Zimmer mit 15,51 m² WohnflÄche, verbunden mit der Berechtigung zur anteiligen Nutzung des Gemeinschaftsraums und des Gartens. Als Nettokaltmiete wurde ein Betrag von 142,74 EUR und als monatlich zu zahlende Miete einschlieÄlich der Vorauszahlung von Nebenkosten ein Betrag von 248,73 EUR vereinbart. Am 26.03.2003 verordnete die behandelnde FachÄrztin fÄr Allgemeinmedizin, SR Dr. med. F, der KlÄgerin fÄr den Zeitraum vom 01.04.2003 bis 30.06.2003 häusliche Krankenpflege in Gestalt der Herrichtens und Verabreichens von Medikamenten 3 mal tÄglich an 7 Tagen in der Woche. Am 31.03.2003 ging der mit der Ärztlichen Verordnung formularmÄÄig verbundene Antrag der KlÄgerin vom 27.03.2003 auf Erbringung der verordneten Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung der Beklagten zu. Als Leistungserbringerin war die Beigeladene benannt. Auf Anforderung der Beklagten teilte die Beigeladene unter dem 16.06.2003 in einem Fragebogen mit, die KlÄgerin lebe in einer betreuten Wohnanlage in einer abgeschlossenen Wohnung mit GemeinschaftskÄche und WÄrschendienst. Die Versorgung Äbernehme ein Pflegedienst. Die Wohnung werde von einer Nichte gereinigt. Die Beklagte lehnte den Antrag auf Leistungen Medikamentenabgabe fÄr den Zeitraum vom 01.04.2003 bis zum 30.06.2003 mit Bescheid vom 25.04.2003 ab. Die KlÄgerin fÄhre keinen eigenen Haushalt, weil die hauswirtschaftliche Versorgung nicht grundsÄtzlich und in jeder Hinsicht ihre eigene Angelegenheit sei, sondern durch einen Wohnbetreuer organisiert und durchgefÄhrt werde. Gegen die Ablehnung bezÄglich der Medikamentenabgabe im Zeitraum vom 01.04.2003 bis zum

30.06.2003 legte die von der Klägerin hierzu bevollmächtigte Beigeladene in deren Namen am 06.05.2003 mit Schreiben vom 05.05.2003 Widerspruch ein. Die Klägerin lebe im Betreuten Wohnen mit selbständiger Haushaltsführung. Sie habe die Möglichkeit, sich selbständig zu versorgen. Pflegeleistungen seien in einem Pflegevertrag geregelt. Die hauswirtschaftlichen Leistungen (Essen und Wäschebringdienst) seien an andere Firmen vergeben. In einem weiteren Widerspruchsschreiben vom 16.07.2003 machte die Prozessbevollmächtigte der Klägerin bezüglich der Medikamentenabgabe im Zeitraum vom 01.04.2003 bis zum 30.06.2003 nochmals geltend, die Klägerin führe einen eigenen Haushalt. Zudem sei die Beklagte jedenfalls für den Zeitraum bis zum 26.04.2003 zur Kostenübernahme nach Nr. 23 der Richtlinien über Häusliche Krankenpflege verpflichtet. Am 02.06.2003 verordnete SR Dr. med. F der Klägerin für den Zeitraum vom 03.06.2003 bis 30.06.2003 häusliche Krankenpflege in Gestalt von Dekubitusversorgung 2 mal täglich an 7 Tagen in der Woche. Am 05.06.2003 ging der mit der ärztlichen Verordnung formularmäßig verbundene Antrag der Klägerin vom 03.06.2003 auf Erbringung der verordneten Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung der Beklagten zu. Als Leistungserbringerin war wiederum die Beigeladene benannt. Die Beklagte lehnte auch den Antrag auf Dekubitusversorgung für den Zeitraum vom 03.06.2003 bis zum 30.06.2003 durch Bescheid vom 05.06.2003 mit der Begründung ab, die Klägerin führe keinen eigenen Haushalt, weil die hauswirtschaftliche Versorgung nicht grundsätzlich und in jeder Hinsicht ihre eigene Angelegenheit sei, sondern durch Wohnbetreuer organisiert und durchgeführt werde. Mit Schreiben vom 16.07.2003 widersprach die Prozessbevollmächtigte der Klägerin auch der Ablehnung bezüglich der Dekubitusversorgung für den Zeitraum vom 03.06.2003 bis zum 30.06.2003. Die Klägerin führe einen eigenen Haushalt. Zudem sei die Beklagte jedenfalls für den Zeitraum bis zum -06.06.2003 zur Kostenübernahme nach Nr. 23 der Richtlinien über Häusliche Krankenpflege verpflichtet. Am 16.06.2003 verordnete SR Dr. med. F der Klägerin für den Zeitraum vom 17.06.2003 bis 30.06.2003 nochmals häusliche Krankenpflege in Gestalt von Dekubitusversorgung 2 mal täglich an 7 Tagen in der Woche. Am 16.06.2003 ging der mit der ärztlichen Verordnung formularmäßig verbundene Antrag der Klägerin vom 16.06.2003 auf Erbringung der verordneten Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung der Beklagten zu. Als Leistungserbringerin war erneut die Beigeladene benannt. Die Beklagte lehnte den wiederholten Antrag auf Dekubitusversorgung für den Zeitraum vom 17.06.2003 bis zum 30.06.2003 durch Bescheid vom 16.06.2003 mit der Begründung ab, die Klägerin führe keinen eigenen Haushalt, weil die hauswirtschaftliche Versorgung nicht grundsätzlich und in jeder Hinsicht ihre eigene Angelegenheit sei, sondern durch Wohnbetreuer organisiert und durchgeführt werde. Mit am 21.06.2003 bei der Beklagten eingegangenem Schreiben vom 16.07.2003 widersprach die Prozessbevollmächtigte der Klägerin der nochmaligen Ablehnung bezüglich der Dekubitusversorgung für den Zeitraum vom 17.06.2003 bis zum 30.06.2003. Die Klägerin führe einen eigenen Haushalt. Am 25.06.2003 verordnete SR Dr. med. F der Klägerin für den Zeitraum vom 01.07.2003 bis 30.09.2003 häusliche Krankenpflege in Gestalt der Herrichtens und Verabreichens von Medikamenten 3 mal täglich an 7 Tagen in der Woche. Am 27.06.2003 ging der mit der ärztlichen Verordnung formularmäßig verbundene Antrag der Klägerin vom 25.06.2003

auf Erbringung der verordneten Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung der Beklagten zu. Als Leistungserbringerin war weiterhin die Beigeladene benannt. Die Beklagte lehnte den Antrag auf Medikamentenabgabe für den Zeitraum vom 01.07.2003 bis 30.09.2003 durch Bescheid vom 26.06.2003 mit der Begründung ab, die Klägerin führe keinen eigenen Haushalt, weil die hauswirtschaftliche Versorgung nicht grundsätzlich und in jeder Hinsicht ihre eigene Angelegenheit sei, sondern durch Wohnbetreuer organisiert und durchgeführt werde. Mit am 28.07.2003 bei der Beklagten eingegangenem Schreiben vom 25.07.2003 widersprach die Prozessbevollmächtigte der Klägerin auch der Ablehnung bezüglich der Medikamentenabgabe für den Zeitraum vom 01.07.2003 bis 30.09.2003. Die Klägerin führe einen eigenen Haushalt. Die Beklagte wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 01.09.2003 im Wesentlichen aus den Gründen der Ausgangsbescheide zurück. Ein eigener Haushalt bestehe nur, wenn die zur üblichen Haushaltsführung zählenden Tätigkeiten vom Bewohner übernommen oder die Erledigung durch ihn organisiert und gesteuert werde. Die Klägerin sei aber nicht in der Lage, sich selbst zu versorgen. Es bestehe auch kein Anspruch auf Kostenübernahme nach Nr. 23 der Richtlinien über Häusliche Krankenpflege, weil die Verordnungen nicht fristgerecht vorgelegt worden seien. Am 19.11.2003 hat die Beigeladene der Klägerin für die auf die Verordnungen durch SR Dr. med. F vom 26.03.2003, 02.06.2003, 16.06.2003 und 25.06.2003 hin erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege insgesamt 3.494,08 EUR in Rechnung gestellt. Die Klägerin hat die ausstehenden Kosten bislang nicht bezahlt. Die Beigeladene hat der Klägerin die Forderungen bis zur rechtskräftigen Klärung der Ansprüche gestundet. Gegen die ablehnenden Bescheide vom 25.04.2003, 05.06.2003, 16.06.2003 und 26.06.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.09.2003 richtet sich die am 06.10.2003 beim Sozialgericht Dresden eingegangene Klage, welche die Vertreter der Klägerin damit begründen, die Klägerin verfüge über einen eigenen Haushalt. Eine eigenverantwortliche Lebensführung liege in ausreichendem Maße vor. Die Führung des Haushaltes müsse nicht eigenhändig erfolgen. Im vorliegenden Falle spreche für eine eigene Haushaltsführung, dass gerade kein Heimvertrag zwischen der Klägerin und der Beigeladenen abgeschlossen wurde. Es existiere ein Mietvertrag, ein Pflegevertrag, ein Vertrag über Essen auf Rädern und ein Vertrag mit einer Hauswirtschafterin. Noch im Sommer 2003 habe die damals eingesetzte Betreuerin einzelne Verträge geändert. Insbesondere habe nach dem Ausfall der Nichte der Klägerin ein neuer Vertrag über die Essensversorgung und über die hauswirtschaftliche Versorgung abgeschlossen werden müssen. Die Auffassung der Beklagten verstöße gegen den Grundsatz der ambulanten vor der stationären Versorgung. Nachdem der Klageantrag ursprünglich dahin ging, der Klägerin Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu gewähren und die Kosten hierfür zu übernehmen, hat die Bevollmächtigte der Klägerin den Klageantrag mit am 14.07.2004 bei Gericht eingegangenem Schreiben vom 09.07.2004 umgestellt. Die Klägerin beantragt, die Bescheide vom 25.04.2003, 05.06.2003, 16.06.2003 und 26.06.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.09.2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, sie von den Kosten der häuslichen Krankenpflege entsprechend den Verordnungen häuslicher Krankenpflege durch SR Dr. med. F vom 26.03.2003, 02.06.2003, 16.06.2003 und 25.06.2003 in Höhe von 3.494,08

EUR freizustellen. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Die Klägerin haben keinen ausreichenden Einfluss auf die Organisation der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten mehr gehabt. Es stelle sich schon die Frage, ob die Klägerin tatsächlich die richtige Wohnform gewählt habe. Das Wohnen in dem betreuten Wohnen habe auf Grund der schweren Pflegebedürftigkeit eher den Charakter einer heimersetzenden Unterbringung. Die Beigeladene schließt sich dem Antrag der Klägerin an. Wegen der Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der gerichtlichen Verfahrensakte mit der Niederschrift über die mündliche Verhandlung vom 15.12.2005 und auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Freistellung von den ihr durch die Beigeladene in Rechnung gestellten Kosten der durch SR Dr. med. F am 26.03.2003, 02.06.2003, 16.06.2003 und 25.06.2003 verordneten Leistungen häuslicher Krankenpflege in Höhe von 3.494,08 EUR in entsprechender Anwendung des § 13 Abs. 3 des Sozialgesetzbuchs (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung -. Nach dieser Vorschrift hat die Krankenkasse dem Versicherten die Kosten einer selbst beschafften Leistung zu erstatten, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, soweit die Leistung notwendig war. Als rechtliches Minus gegenüber dem ausdrücklich in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) geregelten Erstattungsanspruch ist ein Anspruch auf Freistellung von Verbindlichkeiten, die dem Versicherten durch die Selbstbeschaffung der Leistung entstanden sind, von der Anspruchsgrundlage entsprechend mit umfasst (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 10.02.2000, Az. [B 3 KR 26/99 R](#)). Die Anspruchsvoraussetzungen sind erfüllt. Der Klägerin sind aus der Inanspruchnahme der beantragten Behandlungspflegeleistungen, bedingt durch die Ablehnung der Kostenübernahme, Verbindlichkeiten erwachsen, die sich aus der im Vertrag über die ambulante pflegerische Versorgung vom 01.12.2001 vereinbarten Einstandspflicht der Klägerin für nicht durch die Krankenkasse getragene Leistungen ergibt. In der Inanspruchnahme der Behandlungspflege unter der Geltung dieser Vereinbarung liegt zugleich eine Selbstbeschaffung der Leistungen im Sinne des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Dass die Klägerin und die Beigeladene die Einstandspflicht bereits vereinbart hatten, bevor die konkreten Leistungen auch nur verordnet waren, lässt den vom Wortlaut des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) mit den Worten "â; dadurch â; entstanden" vorausgesetzten Kausalzusammenhang zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand ([§ 13 Abs. 3 Alt. 1 SGB V](#): Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung; [§ 13 Abs. 3 Alt. 2 SGB V](#): rechtswidrige Ablehnung) und der Kostenlast auf Seiten des Versicherten nicht entfallen. Denn durch die Vereinbarung ist die Selbstbeschaffung der Leistung nur mit Nachrang gegenüber dem Eintreten der gesetzlichen Krankenversicherung bedingt antizipiert worden. Da es sich bei der Medikamentenabgabe und der Dekubitusversorgung um Maßnahmen handelt, die zur Vermeidung erheblicher gesundheitlicher Nachteile mehrmals täglich erbracht werden müssen, war die unverzügliche Inanspruchnahme der Leistungen

zudem im Sinne des [Â§ 13 Abs. 3 Alt. 1 SGB V](#) unauf-schiebbar. Will der Pflegedienst in dieser Situation nicht das Risiko eingehen, auf die Ãrztliche Ver-ordnung hin unverzÃ¼glich Leistungen zu erbringen, ohne dafÃ¼r AnsprÃ¼che auf VergÃ¼tung oder Auf-wandsentschÃ¼digung gegenÃ¼ber dem Arzt, gegenÃ¼ber der Krankenkasse (so Bundessozialgericht, Ur-teil vom 24.09.2002, Az. [B 3 KR 2/02 R](#)) oder gegenÃ¼ber dem vermeintlich eine Leistung der Kran-kenversicherung empfangenden Versicherten (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 09.10.2002, Az. [B 1 KR 6/01 R](#)) durchsetzen zu kÃ¶nnen, so stellt sich eine derartige Vereinbarung als sinnvolle Rege-lung dar, um den Behandlungsbedarfs unverzÃ¼glich unter fÃ¼r den Leistungserbringer zumutbaren Be-dingungen abzusichern; fÃ¼r den Versicherten kann ein Anspruchsverlust daraus nicht erwachsen. Die Voraussetzungen fÃ¼r den PrimÃ¤ranspruch auf Erbringung der beantragten Behandlungspflegeleis-tungen nach [Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 4](#) und [Â§ 37 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 1 SGB V](#) waren erfÃ¼llt. Nach dieser Vorschrift erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als hÃ¤usliche Kran-kenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der Ãrztlichen Behandlung erforder-lich ist. Zur Behandlungspflege gehÃ¶ren alle PflegemaÃnahmen, die durch eine bestimmte Erkrankung erforderlich werden, auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitra-gen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten bzw. Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern. Nach diesen MaÃstÃ¤ben handelte es sich bei der verordneten Medikamentenabgabe und Dekubitusver-sorgung um MaÃnahmen der Behandlungspflege. Dass diese mÃ¶glicherweise im Zusammenhang mit der Hilfeleistung bei Verrichtungen der Grundpflege erbracht wurden, steht der Zuordnung zu den Leistungen der hÃ¤uslichen Krankenpflege nach [Â§ 37 SGB V](#) nicht entgegen (Bundessozialgericht, Urteil vom 17.03.2005, Az. [B 3 KR 9/04 R](#)). Die medizinische Indikation fÃ¼r die erbrachten Leis-tungen steht auÃer Frage. Eine andere im Haushalt lebende Person stand nicht bereit, um die verordneten Verrichtungen zu Ã¼bernehmen ([Â§ 37 Abs. 3 SGB V](#)). Entscheidend ist, ob die Leistungen im Haushalt der KIÃ¤gerin erbracht worden sind. Dies ist der Fall. 1. Was ein Haushalt des Versicherten im Sinne des [Â§ 37 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 1 SGB V](#) ist, definiert das Gesetz nicht nÃ¤her. Insoweit handelt es sich um einen empirischen Begriff, dessen Anwendung eine Auslegung des Gesetzeswortlauts zur Ermittlung seines normativen Sinns voraussetzt. Das Bundessozialgericht hat hierzu in seinem Urteil vom 01.09.2005, Az. [B 3 KR 19/04 R](#), darauf hingewiesen, Zweck der Umschreibung des Aufenthaltsortes des Versicherten im Rahmen der Be-handlungspflege sei vor allem die Abgrenzung zur Leistungserbringung im stationÃ¤ren Bereich. Dieser Begriff sei schon in der Ursprungsfassung des Â§ 185 Reichsversicherungsordnung (RVO) aus dem Jahr 1911 als bloÃe Unterscheidung von der Krankenhausversorgung verwendet worden: "Die Kasse kann mit Zustimmung des Versicherten Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pfleger namentlich auch dann gewÃ¤hren, wenn die Aufnahme des Kranken in ein Krankenhaus geboten, aber nicht ausfÃ¼hrbar ist, oder ein wichtiger Grund vorliegt, den Kranken in seinem Haushalt oder in seiner Familie zu belassen." Diese Formulierung sei dann als Voraussetzung fÃ¼r den Anspruch auf Behandlungssicherungspflege Ã¼bernommen worden. Die Vorschrift gehe â damals wie heute â davon aus, dass Behandlungspflege nur im eigenen Haushalt oder in der Familie zu erbringen ist, wo die hauswirtschaftliche

Grundversorgung (insbesondere Kochen, Waschen, Raumpflege u.s.w.) sichergestellt ist. Schon bald habe die Notwendigkeit einer Abgrenzung zum stationären Bereich der Heimpflege im Vordergrund gestanden. Aus dem Erfordernis eines eigenen Haushalts sei der Schluss gezogen worden, dass bei einem Daueraufenthalt in Einrichtungen der Alten- oder Behindertenhilfe ein Leistungsanspruch nur dann bestehe, wenn die Versorgung des Versicherten nicht (vertraglich) umfassend von der Einrichtung geschuldet werde. Aber auch wenn dem Versicherten gegen den Heimträger kein Anspruch auf medizinische Betreuung in der Form der Krankenpflege zusteht, folge daraus nicht, dass deshalb die Krankenkasse da-zu verpflichtet wäre. Ob der Versicherte einen Anspruch gegen die Krankenkasse auf häusliche Krankenpflege hat, hänge auch nicht davon ab, ob er Leistungen aus der Pflegeversicherung bezieht. Darauf, ob im speziellen Fall die Bereitstellung von Leistungen der Behandlungspflege aus Mitteln der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung abgesichert oder bezuschusst wird (vgl. [Â§ 43a SGB XI](#)), komme es ebenfalls nicht an. Für die Feststellung eines eigenen Haushalts komme es nicht nur auf die Eigentums- und Besitzverhältnisse an Wohnung und Hausrat an, sondern auch darauf, wer die Kosten der Haushaltsführung trägt. Haushalt sei die häusliche wohnungsmässige familienhafte Wirtschaftsführung; der Haushalt werde zum "eigenen Haushalt", wenn der Betreffende die Kosten der Lebens- und Wirtschaftsführung im Wesentlichen selbst trägt. Diesem Punkt komme in Wohnheimen, Wohnstiften und Altenheimen besondere Bedeutung zu, weil davon die Abgrenzung zur stationären Unterbringung in diesen Einrichtungen abhängt. Entscheidend komme es hier darauf an, ob dem Betroffenen noch eine eigenverantwortliche Wirtschaftsführung möglich ist, er sich also wirtschaftlich selbst versorgen kann. Im Anschluss an Tins (BKK 1986, S. 273 [275 f.] unter Bezugnahme auf die finanzgerichtliche Rechtsprechung) sei ein eigener Haushalt die "häusliche Wirtschaft, die auf die Umsetzung von Geldmitteln und Produkten in die für die existentiellen Bedürfnisse benötigten Güter und Dienstleistungen gerichtet ist", wobei diese Umsetzung selbstständig zu bewirken sei. Zu fragen sei also, ob dem Versicherten eine solch eigenständige und eigenverantwortliche Wirtschaftsführung in seiner Einrichtung möglich ist oder nicht. Der Ausschluss von Bewohnern einer Einrichtung der Behindertenhilfe aus dem Kreis der nach [Â§ 37 Abs. 2 SGB V](#) Anspruchberechtigten verstöße nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz nach [Artikel 3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) oder gegen das Benachteiligungsverbot des [Artikel 3 Abs. 3 Satz 2](#) GG. Der Gesetzgeber verfüge über einen weiten Gestaltungsspielraum bei der Entscheidung der Frage, welche Lebensrisiken er mit bestimmten sozialen Leistungen absichert. Der Gleichheitssatz sei nicht schon dann verletzt, wenn der Gesetzgeber nicht die gerechteste, allen denkbaren Fallgestaltungen rücklos Rechnung tragende Lösung gefunden hat. Der Versicherte, der die erforderlichen Kosten der medizinischen Behandlungspflege nicht selbst aufbringen kann, werde dadurch nicht in verfassungswidriger Weise benachteiligt. Gleichwohl entstehe kein "Leistungsvakuum" zu Lasten der Versicherten: Die Sozialhilfeträger seien nämlich verpflichtet, die mit der medizinischen Behandlungspflege verbundenen Kosten eines ambulanten Pflegedienstes zu übernehmen, und zwar entweder im Rahmen der Hilfe bei Krankheit ([Â§ 48 SGB XII](#)) oder nach [Â§ 53 Abs. 1](#), [Â§ 55 Satz 1 SGB XII](#) als Eingliederungshilfe. 2. Eine Konkretisierung des Begriffs des "eigenen

Haushalts" an Hand des normativen Sinns der Regelung lassen die vorstehenden Ausführungen im Urteil vom 01.09.2005 nicht zu. Der Zweck der gesetzlichen Abgrenzung zwischen der häuslichen Wirtschaftsführung und der Versorgung im stationären bzw. im Heimbereich wird nicht aufgeklärt. Es wird deshalb nicht deutlich, ob der Begriff des eigenen Haushalts nur die von der Leistungserbringung ausgenommene Sphäre der stationären Heimpflege im Sinne tatbestandlicher Antivalenz negativ umschreiben soll. Damit bleibt offen, aus welchem Grund und in welchem Umfang die Bewohner von Einrichtungen, in denen Behandlungspflegeleistungen nicht ohnehin vom Heimträger erbracht werden, abhängig von der konkreten Ausgestaltung ihrer Unterbringung aus dem Kreis der Anspruchsberechtigten mit eigenem Haushalt ausgegrenzt sind oder nicht. Dem entsprechend lassen sich den Obersätzen der Entscheidungsgründe auch keine klaren Abgrenzungskriterien für die Subsumtion eines bestimmten Lebenssachverhalts unter den Gesetzeswortlaut entnehmen. Letztlich wird nur ein unbestimmter Rechtsbegriff (Haushalt) durch mehrere unbestimmte Begriffe – "eigenverantwortliche Wirtschaftsführung", "wirtschaftliche Selbstversorgung", "häuslich, wohnungsmäßig, familienhaft", "selbstständig", "eigenständige und eigenverantwortliche" – ersetzt, ohne dass klar wird, in welchem Verhältnis diese Begriffe zueinander stehen und was hierunter zu verstehen sein soll. Insbesondere ist fraglich, ob der Senat dabei auf die wirtschaftliche (finanzielle) Eigenleistungsfähigkeit des Versicherten abstellt oder auf das individuelle Vermögen zur eigengesteuerten Besorgung der hauswirtschaftlichen Angelegenheiten, und wenn Letzteres, warum dieses Kriterium eine sachliche Anknüpfung für den im Urteil nicht erläuterten Zweck der gesetzlichen Abgrenzung zwischen häuslicher Sphäre und stationärer bzw. Heimversorgung bieten soll. Entgegen der Auffassung des Bundessozialgericht ist es durchaus von verfassungsrechtlicher Relevanz im Sinne des [Artikel 3 Abs. 1](#) und [Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG](#), ob [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) Versicherten in bestimmten Einrichtungen den Zugang zu den Versicherungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in gleicher Weise wie anderen Versicherten außerhalb solcher Einrichtungen gewährt oder ob und mit welcher Rechtfertigung er ihnen evtl. unter Verweis auf die steuerfinanzierten und bedürftigkeitsabhängigen Leistungen der Sozialhilfe diesen Zugang versagt. Ist ein Versicherter auf Behandlungspflege angewiesen, dann verwirklicht sich das darin liegende Lebensrisiko zunächst einmal unabhängig davon, ob er über einen eigenen Haushalt verfügt oder nicht. Die Tatsache, dass Versicherte, denen der Gesetzgeber bestimmte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vorenthalte, möglicherweise Leistungen eines subsidiären sozialen Sicherungssystems in Anspruch nehmen können, stellt kein sachliches Differenzierungskriterium zur Rechtfertigung einer Ungleichbehandlung beim Zugang zu den vorrangig zu gewährenden Leistungen der Sozialversicherung dar. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die nachrangigen Leistungen dem Grunde nach auch dem Kreis der im System der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruchsberechtigten zustehen und die Zuweisung der Versicherten zu unterschiedlichen sozialen Sicherungssystemen nicht durch sonstige Umstände gerechtfertigt ist, welche die eine Gruppe Versicherter (hier: solche mit eigenem Haushalt) von der anderen Gruppe (hier: solche ohne eigenen Haushalt) mit Bezug auf die konkret beantragte Leistung unterscheiden. 3. Dass die Klägerin auf Grund ihrer Erkrankung nicht in der Lage ist, eine Vielzahl von im

Zusammenhang mit der Haushaltsführung stehenden Entscheidungen selbstständig zu treffen, schließt die Führung eines eigenen Haushalts nicht aus. Ob ein Versicherte nach seinen individuellen Voraussetzungen seine Lebensführung noch eigenständig organisieren kann, hält die Kammer bei der Entscheidung über die Erbringung von Hauskrankenpflege in Gestalt von Behandlungspflege nicht für rechtserheblich. Es handelt sich dabei um einen Umstand, der keinen sachlichen Zusammenhang zu den Tatbestandsvoraussetzungen aufweist, nach denen Leistungen der Behandlungspflege von der Ausnahme des [Â§ 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) abgesehen grundsätzlich nur Versicherten in ihrem eigenen Haushalt oder ihrer Familie gewährt werden (etwas Anderes, jedoch nicht im Sinne eines Ausschlussbestandes gilt für die hauswirtschaftliche Versorgung nach [Â§ 37 Abs. 2 Satz 2](#) und 3 SGB V). Das Vorliegen eines eigenen Haushalts ist nach objektiven Kriterien und nicht nach der individuellen Einsichts- und Steuerungsfähigkeit des Versicherten zu beurteilen. Die mangelnde Fähigkeit zur aktiven und selbstbestimmten Teilhabe (hier im Sinne von Kapitel 6 des Häusliches Leben der Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation des ICF) kann allein kein zulässiger Anknüpfungspunkt für den Ausschluss von Sozialleistungen sein, deren Inanspruchnahme nicht schon ihrer Natur nach solche Fähigkeiten voraussetzt (ein solcher Ausnahmefall ist zum Beispiel im Urteil des Bundessozialgerichts vom 22.07.2004, Az. [B 3 KR 5/03 R](#), beschrieben). Das trifft auch und insbesondere auf die streitgegenständliche Behandlungspflege zu; die Fähigkeit, einen Haushalt selbst führen zu können, ist für die Entgegennahme der Krankenbehandlung keine notwendige Voraussetzung. Der Klägerin ist zudem eine Betreuerin zur Seite gestellt worden. Der Zweck der Betreuung liegt gerade darin, die Selbstbestimmung des Betreuten trotz seiner Behinderung soweit wie möglich zu verwirklichen. Die gegenteilige Auffassung hätte die absurde Konsequenz, dass Versicherte, die zur eigengesteuerten Versorgung ihres Haushalts nicht mehr im Stande sind, aber trotz ihrer Erkrankung in ihrer eigenen Wohnung verbleiben, dort betreut und gepflegt werden, wegen der möglicherweise fehlenden Fähigkeit, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen, Behandlungspflege selbst in ihrer eigenen Wohnung nicht erhalten könnten, weil sie keinen Haushalt führen. Eine solche Rechtsfolge würde nicht nur den Anspruch auf Krankenpflege in einer dem Normzweck des [Â§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) der Sicherung der ärztlichen Behandlung im häuslichen Bereich widersprechenden Weise verkürzen. Sie würde letztlich entgegen dem gesetzlichen Zweck der Betreuung und Rehabilitation behinderte Versicherte von den Leistungen der Hauskrankenpflege allein wegen ihrer Behinderung ausschließen. Ein solches Ergebnis wäre mit [Artikel 3 Abs. 3 Satz 3 GG](#) unvereinbar. 4. Die Kammer sieht die Rechtfertigung für den Ausschluss nicht im eigenen Haushalt lebender Versicherter und damit auch den normativen Zweck des Abgrenzungskriteriums "eigener Haushalt" in dem für Leistungen der häuslichen Krankenpflege geltenden Bedarfsdeckungsprinzip, wie es im Nachrang der häuslichen Krankenpflege gegenüber der Pflege durch im Haushalt lebende Personen ([Â§ 37 Abs. 3 SGB V](#)) und gegenüber den vom Einrichtungsträger sichergestellten Behandlungsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen zum Ausdruck kommt. Damit scheidet die Erbringung ambulanter Krankenpflegeleistungen zum Einen in solchen Einrichtungen aus, in denen eine

entsprechende pflegerische Versorgung bereits anderweitig gewährleistet ist, namentlich in Pflegeheimen. Zum Anderen muss die Krankenkasse ambulante Leistungen der Behandlungs- und Pflege auch nicht in solchen Einrichtungen erbringen, die zwar keine Pflegeheime sind, in denen den Umständen nach eine pflegerische Versorgung in eigener Verantwortung des Versicherten oder seiner Angehörigen von vorn herein ausscheidet. Dies gilt auch und gerade wenn diese Einrichtungen nicht den für stationäre Heimpflegeeinrichtungen geltenden Anforderungen an eine umfassende Versorgung der Versicherten unterliegen. Durch die Schaffung derartiger Einrichtungen zur Unterbringung und Betreuung von Versicherten "an den Versorgungsstrukturen des Sozialgesetzbuchs vorbei" (so Fastabend/Schneider, Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 2004, S. 207 Rn. 188) würde der gesetzliche Nachrang der Hauskrankenpflege gegenüber der Eigenverantwortung des Versicherten und dessen Angehörigen einerseits und gegenüber dem umfassenden Versorgungsauftrag der stationären Pflegeeinrichtungen andererseits zu Lasten der Versichertengemeinschaft umgangen. Ein Leistungsausschluss ist unter dieser Prämisse nur in solchen Einrichtungen gerechtfertigt, die unter Umgehung der für Heime geltenden Vorschriften faktisch als stationäre Pflegeeinrichtungen betrieben werden und in denen deshalb schon dem Grunde nach kein Raum für eine Versorgung des Haushalts des Versicherten jenseits der ausschließlichen Organisationshoheit des Einrichtungsträgers verbleibt. Eine Leistungspflicht der Krankenkasse ist jedenfalls dann zu verneinen, wenn die vom Träger des Betreuten Wohnens mit dem Bewohner vereinbarten Verträge dem dauernden Aufenthalt faktisch den Charakter einer stationären Heimunterbringung verleihen.

5. Eine den Bedürfnissen der Praxis gerecht werdende Abgrenzung zwischen betreutem Wohnen und einer faktischen Pflegeheimunterbringung ergibt sich in entsprechender Anwendung des § 1 Abs. 2 des Heimgesetzes (HeimG) unter Berücksichtigung der dieser Norm zu Grunde liegenden Erwägungen des Gesetzgebers (vgl. [Bundestags-Drucksache 14/5399, S. 18 f.](#)). Gemäß [§ 1 Abs. 1 Satz 2 HeimG](#) sind Heime im Sinne dieses Gesetzes Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten, und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden. Gemäß [§ 1 Abs. 2 HeimG](#) begründet die Tatsache, dass ein Vermieter von Wohnraum durch Verträge mit Dritten oder auf andere Weise sicherstellt, dass den Mietern Betreuung und Verpflegung angeboten werden, allein nicht die Anwendung dieses Gesetzes. Dies gilt auch dann, wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, allgemeine Betreuungsleistungen wie Notrufdienste oder Vermittlung von Dienst- und Pflegeleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen und das Entgelt hierfür im Verhältnis zur Miete von untergeordneter Bedeutung ist. Das Heimgesetz ist dagegen anzuwenden, wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, Verpflegung und weitergehende Betreuungsleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen. [§ 1 Abs. 2 HeimG](#) enthält Auslegungsregeln, die das betreute Wohnen betreffen. Nach [§ 1 Abs. 1 HeimG](#) liegt ein Heim dann vor, wenn eine Einrichtung Menschen aufnimmt und ihnen Wohnraum, gekoppelt mit dem Angebot von Betreuung und Verpflegung, überlässt. In vielen Fällen des betreuten Wohnens trifft der Betreiber (unter

Umstände durch Verträge mit Dritten) Vorkehrungen dafür, dass die Bewohner des Betreuten Wohnens neben allgemeinen Betreuungsleistungen einfacher Art, dem sog. Grundservice, auch Pflegeleistungen und Verpflegung erhalten können. Verschiedene Gerichte haben dies als Vorhaltung von Verpflegung und Betreuung angesehen und somit die Geltung des Heimgesetzes für solche Formen des Betreuten Wohnens bejaht. Diese Rechtsprechung gibt insoweit Anlass für eine kritische Prüfung, als bei Einrichtungen des Betreuten Wohnens das Schutzbedürfnis ein geringeres, jedenfalls ein anderes als bei Heimen ist. Außerdem wollen Menschen, die in eine Einrichtung des Betreuten Wohnens ziehen, in der Regel gerade nicht in ein Heim (mit z. B. einer stärkeren Eingliederung in das Heimleben) ziehen. Ebenso wie Investoren, die in eine Einrichtung des Betreuten Wohnens investieren wollen, in der Regel nicht in ein Heim (mit seinen besonderen baulichen und personellen Auflagen) investieren wollen. Aus diesem Grunde ist eine Abgrenzung notwendig. Sie erfolgt über Auslegungsregeln. Nach [§ 1 Abs. 2 Satz 1 HeimG](#) begründet die Tatsache, dass ein Vermieter von Wohnraum durch Verträge mit Dritten oder auf andere Weise sicherstellt, dass den Mietern Betreuung und Verpflegung angeboten werden, allein nicht die Anwendung des Heimgesetzes. Es müssen noch weitere Merkmale hinzutreten. Eine Einrichtung des Betreuten Wohnens ist nur dann als Heim im Sinne des Heimgesetzes anzusehen, wenn eine "heimähnliche" Betreuung und Versorgung angeboten und für den Bewohner eine Lebenssituation "wie im Heim" geschaffen wird. Es müssen also zusätzlich zur Überlassung von Wohnraum und zum Angebot von Verpflegung und Betreuung weitere Merkmale hinzutreten. Das Heimgesetz ist nicht anzuwenden, wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, allgemeine Betreuungsleistungen wie Notrufdienste oder Vermittlung von Dienst- und Pflegeleistungen von bestimmten Anbietern oder hausmeisterliche Dienste anzunehmen. Zur Beurteilung der Frage, ob das Entgelt für allgemeine Betreuungsleistungen wie Notrufdienste oder Vermittlung von Dienst- und Pflegeleistungen im Verhältnis zur Miete von untergeordneter Bedeutung ist, ist als Maßstab die Grundmiete zuzüglich der Betriebskosten heranzuziehen, also die Miete einschließlich aller Wohnnebenkosten, Heizung und Warmwasser. Zu berücksichtigen ist auch, ob es sich um eine Miete handelt, die mit Mitteln aus öffentlichen Haushalten etwa im sozialen Wohnungsbau verbilligt wurde, um zu vermeiden, dass im Falle einer Subventionierung der Wohnkosten für einkommensschwache Bevölkerungsgruppen allein aus dem Verhältnis von Betreuungspauschale und Miete eine Einstufung als Heim abgeleitet wird. Die Betreuungspauschale für den Grundservice ist im Verhältnis zur Miete in der Regel nicht mehr von untergeordneter Bedeutung, wenn sie erheblich über 20 v.H. des monatlichen Entgelts für die Miete einschließlich der Betriebskosten liegt. Für die Anwendung des Heimgesetzes kann sprechen, dass die Einrichtung baulich wie ein Heim ausgestattet ist, zum Beispiel über Gemeinschaftsräume oder Therapieräume verfügt. Für das Vorliegen eines Heims spricht auch, wenn die Einrichtung Angebote der sozialen Betreuung, der Tagesstrukturierung oder sonstige Angebote macht, die ein Zusammenleben der Bewohner ermöglichen. In diesem Falle kann eine Einrichtung einen Bewohner im Sinne des [§ 1 Abs. 1 HeimG](#) "aufnehmen". Für das Vorliegen eines Heims spricht es auch, wenn die Einrichtung eine "Rundumversorgung" anbietet und im Sinne einer Versorgungsgarantie die Gewähr für eine umfassende Versorgung des

Bewohners unter Berücksichtigung seiner ggf. wechselnden individuellen Bedürfnisse übernimmt. Heimrecht ist zusammenfassend nur anwendbar, wenn älteren Menschen oder pflegebedürftigen oder behinderten Volljährigen Wohnraum mietweise überlassen wird, der mit der mietweisen Wohnraumüberlassung eine Betreuung rechtlich verbunden wird, wobei neben der vertraglichen Verpflichtung des Mieters, mit der Wohnraumüberlassung auch eine Betreuung zu vereinbaren, auch die rechtliche Koppelung über den Anbieter von Wohnraum und das Anbieten der Betreuung ausreicht und diese Betreuung derjenigen des Heimgesetzes entspricht. Ist im Betreuungsvertrag nur eine allgemeine Betreuungsleistung vorgesehen, die nicht der heimtäglichen Versorgung entspricht, fehlt es im Sinne des Heimgesetzes an einem Heim.

6. Nach diesen Kriterien handelt es sich bei dem von der Klägerin in Anspruch genommenen betreuten Wohnen nicht um eine faktische Heimpflege, durch die das ambulante Behandlungspflege als Versicherungsleistung innewohnende Bedarfsdeckungsprinzip umgangen würde: Nach der Beschreibung der Beigeladenen befinden sich in der von der Klägerin bewohnten Einrichtung des betreuten Wohnen im Obergeschoss zwei Appartements mit eigener Küche und eigenem Bad. Darunter befinden sich zwei Zimmer mit Bad und WC. Im 1. Stock befindet sich eine Gemeinschaftsküche in der alle Bewohner sich auch Essen zubereiten können. Im Untergeschoss befinden sich Zimmer ohne eigene Küche und ohne eigenes Bad. Es gibt ein Gemeinschaftsbad mit behindertengerechten WC und ein separates WC sowie einen Duschaum. Im Keller befindet sich eine Waschküche mit Waschmaschinen. Im Obergeschoss befindet sich noch ein Gesellschaftsraum zur gemeinsamen Nutzung durch alle Bewohner. Die Klägerin hatte von vornherein ausschließlich das von ihr bewohnte Zimmer im Untergeschoss angemietet. Es handelt sich dabei um ihr eigenes Zimmer. Dies ist auch mit eigenen Möbeln der Klägerin ausgestattet. Die Beigeladene und ihr Ehemann als Vermieter können keinen Wechsel innerhalb des Hauses ohne Einverständnis der Bewohner veranlassen. Die Einrichtung des Zimmers ist Sache der Klägerin bzw. der für sie handelnden Betreuerin. Die Klägerin hat mit der Beigeladenen und deren Ehemann keinen Heimvertrag, sondern einen Mietvertrag geschlossen. Dieser gewöhnliche Mitwohnungen formularmäßige entwickelte Einheitsmietvertrag sieht keine besonderen Betreuungsleistungen. Die einzige, in einer Anlage zu den Betriebskosten vereinbarte, Sonderausstattung besteht in der Ausstattung des Zimmers mit einem Telefonnotrufsystem. Von dem zu zahlenden Entgelt (248,73 EUR) entfällt mit ca. 57 % (142,74 EUR) der überwiegende Teil auf die Grundmiete des Zimmers. Der Wäschedienst und die Beschaffung der Mahlzeiten (Essen auf Rädern wahlweise neben der Möglichkeit, selbst zu kochen) werden auf Grund von Vereinbarungen der Bewohner mit frei wählbaren Drittfirmen erledigt. Im Falle der Klägerin wurde diese Vereinbarung durch deren gesetzliche Vertreterin getroffen. Bis 2003 hatte noch eine Verwandte der Klägerin die Reinigung des Zimmers übernommen. Die daneben in Gliederungspunkt 3 des Vertrages über die ambulante pflegerische Versorgung vorgesehene Zubereitung der Mahlzeiten und das Einkaufen (zweimal wöchentlich) durch die Beigeladene nicht über den Umfang der hauswirtschaftlichen Versorgung außerhalb des betreuten Wohnens lebender Versicherter hinaus. Der Vertrag über die ambulante pflegerische Versorgung mit der Beigeladenen umfasst Pflegeleistungen in einem bestimmten einzelnen

aufgeschlüsselten Umfang. Die Pflegeleistungen werden nicht nach Tagessätzen vergütet, sondern bedarfsabhängig nach Maßgabe der konkret anfallenden pflegerischen Verrichtungen. Insoweit geht auch die pflegerische Betreuung nicht über den Versicherten außerhalb des Betreuten Wohnens gewährten ambulanten Leistungsumfang hinaus.   Weder aus der Gestaltung des Mietvertrages und des Vertrages über die ambulante pflegerische Versorgung noch aus den äußeren Umständen ergeben sich Anhaltspunkte für eine rechtliche o-der faktische Koppelung zwischen der Unterbringung im Betreuten Wohnen und den pflegerischen Leistungen. Nach Aussage der Beigeladenen steht es den Bewohnern, wenn sie pflegebed ftig werden, frei, zu wählen, ob sie ihren oder einen anderen ambulanten Pflegedienst wählen oder ob Angehörige die Pflege übernehmen. Die Klägerin hatte den Mietvertrag und den Vertrag über die ambulante pflegerische Versorgung zu unterschiedlichen Zeiten geschlossen. Der Vertrag über die ambulante pflegerische Versorgung datiert zwei Jahre vor dem Einzug der Klägerin in das betreute Wohnen. Die Klägerin ist nach den Angaben ihrer Betreuerin auch nicht anlässlich des Eintritts der Pflegebed ftigkeit in das betreute Wohnen gezogen, sondern weil ihre frühere Vermieterin die bisherige Wohnung für Eigenbedarf benötigte. Unter Berücksichtigung dieser Umstände und im Einklang mit der Einschätzung, welche bereits die zuständige Heimaufsicht der Vertreterin der Klägerin mitgeteilt hat, handelte es sich bei der von der Klägerin bewohnten Wohnung im Betreuten Wohnen nicht um ein Heim im Sinne des Heimgesetzes. Die Organisationshoheit für die Führung des Haushalts der Klägerin oblag weder der Beigeladenen und ihrem Ehemann als Vermieter noch dem von der Beigeladenen betriebenen Pflegedienst. Die Führung des Haushalts als eigener im Sinne des [  37 Abs. 2 SGB V](#) verblieb vielmehr bei der Klägerin, ggf. handelnd durch ihre Betreuerin. Die Kostenentscheidung beruht auf [  183 Satz 1](#) und [  193 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG).

Erstellt am: 20.01.2006

Zuletzt verändert am: 23.12.2024