

## Wer gewährleistet die Behandlungspflege in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe?

von Prof. Silvia Pödl-Krämer, Prof. für Arbeits- und Sozialrecht/FH Bielefeld

### Das Problem

Die Frage, wer für pflegerische Leistungen (von Medikamentengaben/ Spritzen bis zu Stoma-Versorgung oder Beatmungspflege)<sup>1</sup> in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe einzustehen hat, ist leider nach wie vor ein drängendes Problem.<sup>2</sup> § 55 Satz 1 SGB XII sieht vor, dass die von der Einrichtung zu erbringende Eingliederungshilfe auch die notwendige Pflege umfasst. Das Pflegeversicherungsgesetz regelt seinerseits, dass die vollstationär gewährte Pflege u. a. Leistungen der medizinischen Behandlungspflege beinhaltet (§ 43 Abs. 2 SGB XI). Gem. § 43a SGB XI übernimmt die Pflegekasse für pflegebedürftige behinderte Menschen in den vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zur Abgeltung der dort anfallenden pflegebedingten Aufwendungen einen Pauschalanteil vom Heimentgelt bis max. 256 EURO monatlich. Daraus schlussfolgerten die Sozialhilfeträger lange Zeit, dass die medizinische Behandlungspflege zur Leistungspflicht der Einrichtungen gehöre und mit dem Pauschalbetrag der Pflegekasse auch bereits entgolten sei.

### Das BSG-Urteil zur Behandlungspflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 01.09.2005 (B 3 KR 19/04 R)<sup>3</sup> klar gestellt, dass zwar die Pflege, nicht aber die medizinische Behandlungspflege integraler Bestandteil der Eingliederungshilfe ist: „Die in § 43 Abs. 2 SGB XI normierte – vorläufig – Übernahme von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegekasse gilt für die Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 71 Abs. 4 SGB XI) nicht, deshalb sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ... grundsätzlich auch beim Aufenthalt in einer Einrichtung nach §§ 71 Abs. 4, 43a SGB XI zu gewähren..... Die pauschale Abgeltung der Pflegeleistungen nach § 43a SGB XI steht dem Anspruch eines krankenversicherten Pflegebedürftigen auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V .... nicht entgegen“.

Allerdings hängt der Anspruch auf Behandlungspflege vom Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen des § 37 SGB V ab. Die Vorschrift verlangt, dass die Behandlungspflege in einem „Haushalt“ statt findet. Die Anforderung gilt auch für Bewohner/innen einer Behindertenhilfeeinrichtung. Für das Bestehen eines „Haushalts“ genügt es dem BSG zufolge nicht, dass ein Betroffener z. B. in einem dezentralen stationären Einzelappartement lebt, über einen eigenen Wohnungsschlüssel verfügt und die Möglichkeit zum eigenständigen Wirtschaften und Kochen hat. Vielmehr muss eine eigenständige Wirtschaftsführung möglich sein. Diese ist nach Auffassung des Gerichts ausgeschlossen, wenn im Heimvertrag zwischen dem Betroffenen und dem Einrichtungsträger eine Vollversorgung vereinbart wurde, für die ein Tagespflegesatz zu zahlen ist. Für behinderte Bewohner/innen eines Heims i. S. d. § 1 HeimG ist deshalb nach Auffassung des Gerichts die Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege zu Lasten der Krankenkasse nicht möglich.

Ist mangels eigener Häuslichkeit eine unmittelbare Leistungspflicht der Krankenkasse gegenüber den Bewohner/innen der Behinderteneinrichtung nicht gegeben, so ergibt sich daraus aber noch keineswegs eine Verpflichtung der Einrichtung zur Erbringung von Behandlungspflege. Eine solche Leistungspflicht trifft die Einrichtung nur dann, wenn sie den Bewohner/inne/n im Heimvertrag ausdrücklich entsprechende Zusagen gemacht hat. Soweit das nicht der Fall ist, muss der Sozialhilfeträger nach Auffassung des Gerichts den diesbezüglichen Bedarf der Betroffenen decken. Das kann er nach Meinung des Gerichts im Einzelfall veranlassen, indem er die Leistungen eines ambulanten Krankenpflegedienstes als Krankenhilfe gem. § 48 SGB XII oder als zusätzliche Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII finanziert. Er kann sich aber auch mit dem Heimträger darauf verständigen, dass Letzterer entweder für die Erbringung von Behandlungspflege einen ambulanten Pflegedienst beauftragt oder eigenes Personal bereit hält. In beiden Fällen wären die Leistungen des Heimträgers durch den Sozialhilfeträger als Teil der Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen zu verhandeln und abzurechnen.

### Optionen für behinderte Heimbewohner/innen

Aus der Sicht behinderter Menschen ist das Urteil des BSG erfreulich, weil es die Betroffenen und ihre Rechtsbeziehungen zu den Leistungserbringern (Heime/ Einrichtungen) und Leistungsträgern (Krankenkassen, Sozialhilfeträger) in den Mittelpunkt stellt. Haben sie keinen vertraglichen Leistungsanspruch gegen den Einrichtungsträger, so können sie bei Bestehen einer eigenen Häuslichkeit im Heim die Leistung von der Krankenkasse verlangen, anderenfalls können sie sich an den Sozialhilfeträger halten. Allerdings wird als Anspruchsgrundlage gegen Letzteren nur die Eingliederungshilfe, §§ 53 ff. SGB XII, in Betracht kommen. Denn die Krankenhilfeleistungen nach § 48 SGB XII entsprechen gem. § 52 SGB XII den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.<sup>4</sup> Damit gilt die sich aus § 37 SGB V ergebende Notwendigkeit eines eigenen Haushalts auch im Rahmen des § 48 SGB XII.

Dagegen eröffnen §§ 53, 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII den Zugriff auf die im SGB IX aufgeführten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Zwar kommt die Behandlungspflege nicht als medizinische Rehabilitationsleistung i.S.d. § 26 SGB IX in Betracht.<sup>5</sup> Die Behandlungspflege ist aber notwendig, weil der behinderte Mensch auf Grund seines Gesundheitszustandes nur mit dieser Hilfe am Leben der Gemeinschaft teilnehmen kann. Da, wie festgestellt, keine andere der im SGB IX aufgeführten Leistungsarten den Bedarf abdeckt, wird die Gesundheitsleistung gem.

§ 55 Abs. 1 SGB IX zur sozialen Teilhabeleistung.<sup>6</sup> Aus rechtlicher Sicht ist also der Anspruch eines behinderten Heimbewohners auf behandlungspflegerische Leistungen mit dem Urteil des BSG in jedem Fall umsetzbar.

## Optionen für stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe

### - Heimvertrag

Aus Sicht der Einrichtungen stellt sich die Situation ungleich schwieriger dar. Die Regelungen in den Heimverträgen sind bundesweit heterogen. Sind medizinische Leistungen gar nicht angeboten bzw. nicht geregelt, kann aus dem Schweigen zu diesem wichtigen Punkt nur geschlossen werden, dass sich die Einrichtung insoweit nicht verpflichten will. Häufig findet sich aber zumindest das Angebot der Vermittlung ärztlicher Hilfe, aber durchaus auch von Behandlungsmaßnahmen.<sup>7</sup> Zwar kann eine Einrichtung die Gewährung von Behandlungspflege vertraglich ausschließen oder begrenzen, Unklarheiten im Vertrag gehen aber zu ihren Lasten.<sup>8</sup> Viele Einrichtungen wollen zum Vorteil der Bewohnerschaft im Rahmen ihrer Möglichkeiten einfache behandlungspflegerische Leistungen mit abdecken und die Grenzen der Leistungsmöglichkeiten individuell feststellen. Das ist angesichts standardisierter Heimverträge aber leider sehr risikobelastet.

Zusagen wie z. B. die einer „Sicherstellung von Behandlungspflege“ sind mehrdeutig und wirken umfassender, als sie von der Einrichtung gemeint sein könnten. Auch wenn die Einrichtung sich ihre Erklärung grundsätzlich so zurechnen lassen muss, wie sie der behinderte Vertragspartner vernünftigerweise verstehen darf (§§ 133, 157 BGB), können sich Grenzen durch offensichtliche Widersprüche ergeben. Wenn die Einrichtung z. B. gar nicht über entsprechendes medizinisch-pflegerisches Fachpersonal verfügt, weil sie im Rahmen der „Sicherstellung“ Hilfen vermitteln, aber nicht mit eigenen Kräften erbringen will, so kann ein verständiger Vertragspartner nicht die Erwartung, d.h. auch nicht den Anspruch auf umfassende Behandlungspflege haben. Einrichtungsträger sollten aber auf jeden Fall ihre Heimverträge unter diesem Gesichtspunkt prüfen und ggf. präzisieren.

### - Leistungsvereinbarung mit dem Sozialhilfeträger

Die Sozialhilfeträger verweisen teilweise darauf, dass Behandlungspflege im jeweils einschlägigen Landesrahmenvertrag (LRV)<sup>9</sup> und dessen Leistungstypen<sup>10</sup> als Betreuungsmaßnahme aufgeführt ist. Deshalb sind aus ihrer Sicht die Einrichtungen, die auf der Grundlage des LRV eine individuelle Leistungsvereinbarung (§ 75 Abs. 3 SGB XII) abgeschlossen haben, zur Erbringung von Behandlungspflege verpflichtet, ohne dass diesbezüglich eine zusätzliche Vergütungspflicht entstände.

Ist die Behandlungspflege in der Leistungsvereinbarung, ggf. unter Verweis auf die standardmäßig formulierten Leistungstypen des Landesrahmenvertrages, zwischen Einrichtungs- und Sozialhilfeträger geregelt worden, so führt dies nicht zu einer Leistungspflicht gegenüber der Bewohnerschaft der Einrichtung. Es fragt sich dann zunächst, wie die Leistungsvereinbarung zu verstehen ist. Geklärt werden muss, ob sich aus ihr vorrangig eine Leistungsberechtigung oder eine Leistungsverpflichtung der Einrichtung gegenüber dem Sozialhilfeträger ergibt.

Für Ersteres spricht § 75 Abs. 3 Satz 1 SGB XII. Danach ist der Sozialhilfeträger nur bei Vorliegen einer Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung zur individuellen Leistungs-

vergütung verpflichtet. Die Leistungsvereinbarung ist somit zwar – anders als in der Pflegeversicherung – keine „Zulassung“<sup>11</sup> zur Leistungserbringung, gibt aber dennoch der Einrichtung gegenüber dem Sozialhilfeträger erst die Berechtigung zur kostenpflichtigen Leistungserbringung. Hierauf richten Einrichtungen verständlicherweise ihr erstes Augenmerk. Werden behandlungspflegerische Leistungen gar nicht in den Leistungskatalog einbezogen, müssten streng genommen selbst für geringfügige Maßnahmen wie Einreibung, Fiebermessen, Wadenwickel etc. ambulante Krankenpflegedienste eingeschaltet werden. Das wäre für keinen Beteiligten finanziell oder organisatorisch sinnvoll. Muss die Behandlungspflege also in Rahmenverträgen/ Leistungstypen und den individuellen Leistungsvereinbarungen vorkommen, um den Einrichtungen eine Leistungs- und damit auch eine Abrechnungsberechtigung zu verschaffen, so stellt sich im zweiten Schritt die Frage nach der daraus erwachsenden Leistungspflicht der Einrichtungen. Dass der Gesetzgeber eine solche Pflicht grundsätzlich wollte, ergibt sich aus § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB XII, wonach die Einrichtungen sich verpflichten sollen, im Rahmen des Leistungsangebotes Leistungsberechtigte aufzunehmen und zu betreuen.

Allerdings steht bei dieser Regelung die generelle Aufnahmepflicht der Einrichtungen und nicht die Leistungserbringung im Einzelfall im Vordergrund.<sup>12</sup> Der Sozialhilfeträger soll auf diese Weise seine Gewährleistungspflicht nach §§ 1 Abs. 2, 17 Abs. 1 Nr. 2 SGB I erfüllen, dass die Einrichtungen, die zur Realisierung der von Betroffenen verlangten Sozialleistungen notwendig sind, tatsächlich zur Verfügung stehen. Man wird daraus nicht herleiten können, dass z. B. Mitarbeiter/innen einer Einrichtung für junge geistig behinderte Erwachsene im Rahmen der allgemein vereinbarten „erforderlichen Behandlungspflege“ beim Auftreten jedweden Behandlungsbedarfs wie z. B. Morphiumspritzen bei Krebs im Endstadium oder Dauerbeatmung die entsprechenden Maßnahmen sicherstellen müssen. Anerkennt man, dass die allgemeine Vereinbarung von Behandlungspflege in Leistungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII im Streitfall einer kontextuellen Konkretisierung bedarf, so wird man wiederum auf die Ausstattung der Einrichtung, ihre Zielgruppen und deren typischen Behandlungsbedarf, Vereinbarungen im Heimvertrag u. ä. abstellen müssen. Für die Zukunft wäre es angeraten, dass die Leistungstypen der Landesrahmenverträge und/ oder die individuellen Leistungsvereinbarungen einfache behandlungspflegerische Maßnahmen – die durchaus beispielhaft aufzuzählen wären<sup>13</sup> – einbeziehen und vergütungsfähig machen, während fachlich anspruchsvolle Behandlungspflege in einer der Förderung und Eingliederung verschriebenen Behindertenhilfeeinrichtung im Zweifel eher individuell gewährleistet werden muss.

Wenn der Hinweis auf Behandlungspflege in der Leistungsvereinbarung keine Entsprechung im Heimvertrag erfahren hat, so muss der Sozialhilfeträger wie oben beschrieben dem behinderten Menschen die notwendige Leistung als Eingliederungshilfe gewährleisten, indem er einen Krankenpflegedienst oder mit deren Einvernehmen die Einrichtung selbst gesondert mit der Durchführung beauftragt und die Leistung vergütet. Ist die Behandlungspflege in der Leistungsvereinbarung wie im Heimvertrag angesprochen, so ist jeweils der genaue Inhalt der Vereinbarungen durch Auslegung zu ermitteln und die Angemessenheit dieser Vereinbarung(en) im Hinblick auf die Vergütungsvereinbarung zu prüfen.

**- Leistungsgrenzen gem. § 55 Satz 2 SGB XII**

Zum Teil verweisen Sozialhilfeträger dann, wenn sie zur Übernahme der Behandlungspflegekosten aufgefordert werden, auf § 55 Satz 2 SGB XII. Die Regelung besagt, dass der Sozialhilfeträger und die Pflegekasse unter Einbeziehung angemessener Wünsche des Betroffenen mit dem Einrichtungsträger die Verlegung des behinderten Menschen in eine Pflegeeinrichtung vereinbaren können, wenn der Träger des Behindertenheims nach eigener Feststellung die Pflege des Betroffenen nicht (mehr) sicher stellen kann. Die Verlegung eines schwer pflegebedürftigen behinderten Menschen in eine stationäre Pflegeeinrichtung nach § 43 SGB XI führt zu einer erheblichen finanziellen Entlastung des Sozialhilfeträgers, da abgesehen von den im Vergleich zu den Behindertenhilfeeinrichtungen oft niedrigeren Entgelten der Pflegeheime die Pflegekasse an den Kosten der Heimbetreuung mit bis zu 1.432 EURO monatlich beteiligt ist.

Allerdings entspräche eine derartige Verlegung in der Regel weder dem Wunsch des Betroffenen noch seinem Bedarf an Förder- und Teilhabeleistungen, welcher ja trotz des Pflegebedarfs weiter bestehen dürfte. Rechtlich gibt es gegen ein solches Vorgehen darüber hinaus Bedenken, da § 55 SGB XII (vormals § 40a BSHG) als Entsprechung und Ergänzung zu §§ 13 Abs. 2 Satz 3, 43a SGB XI die langjährige Auseinandersetzung um das Verhältnis von Eingliederungshilfe und Pflege dahingehend klären soll(te), dass die stationäre Eingliederungshilfe auch Pflegeleistungen beinhaltet.<sup>14</sup> Eine Aussage, dass damit zugleich auch medizinische Behandlungspflegemaßnahmen abgedeckt sein sollten, lässt sich den Materialien zu §§ 40a BSHG, 55 SGB XII nicht entnehmen.<sup>15</sup> Bei konsequenter Fortführung des hier in Rede stehenden BSG-Urteils muss für § 55 SGB XII nur umso mehr gelten, was für § 43a SGB XI schon festgestellt ist, dass nämlich die Einbeziehung der Behandlungspflege in die allgemeinen Pflegeleistungen und die sich daraus ergebende Leistungspflicht der Pflegeheime gem. § 43 SGB XI gegenüber den Behindertenhilfeeinrichtungen nicht gilt.

Die Behandlungspflege sollte nach dem Willen des Gesetzgebers beim Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes ohnehin nur vorübergehend eine Art „Gaststatus“ als Teil der Pflege haben.<sup>16</sup> In den §§ 41-43 SGB XI wird die Behandlungspflege jeweils ausdrücklich als Teil der Pflege aufgeführt. In § 43a SGB XI wird zwar auf § 43 Abs. 2 SGB XI verwiesen, die Behandlungspflege wird aber nicht – wie in den anderen Vorschriften – ausdrücklich genannt. Im Übrigen ist es bei einem solchen Sonderstatus im SGB XI grundsätzlich nicht vertretbar, die Behandlungspflege als Pflegebestandteil quasi mit der Begründung eines „einheitlichen Rechtsverständnisses“ auch in ein anderes Sozialgesetz, nämlich den § 55 SGB XII, hinein zu interpretieren. Das bedeutet im Ergebnis: Wenn der Einrichtungsträger zwar die Pflege, nicht aber die Behandlungspflege von behinderten Bewohner/innen sicherstellen kann, ist dies kein Fall des § 55 Satz 2 SGB XII. Vielmehr ist der leistungspflichtige Träger festzustellen. Ggf. müssen mit der Einrichtung Einzelverhandlungen bzgl. zusätzlicher Leistungen mit entsprechender Vergütung geführt werden, was § 75 Abs. 3 SGB XII ja zulässt.

## Behandlungspflege und Gesundheitsreform

Der Gesetzgeber ist schon seit langem aufgefordert, den Status der Behandlungspflege im Verhältnis zur Pflege im SGB XI und zur Eingliederungshilfe im SGB XII zu klären. In dem inzwischen vorliegenden 1. Arbeitsentwurf eines Gesundheitsreformgesetzes<sup>17</sup> wird der Haushaltsbegriff des § 37 SGB V um den Begriff der „betreuten Wohnformen“ erweitert. In der Begründung zu dieser Bestimmung wird angegeben, dass Behandlungspflege zu Lasten der Krankenkasse dann nicht gewährt werden soll, wenn der Betroffene sich in einer stationären Einrichtung befindet, in der er einen gesetzlichen Anspruch gegen die Einrichtung auf Erbringung von Behandlungspflege hat. Das ist sinnvoll und liefe darauf hinaus, dass ambulante Pflege in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen nicht möglich wäre.

In Behindertenhilfeeinrichtungen, gegen die aus § 43a SGB XI kein gesetzlicher Leistungsanspruch herzuleiten ist, könnte aber sehr wohl häusliche Krankenpflege beansprucht werden. Der Begriff der „betreuten Wohnform“ ist praktisch deckungsgleich mit den in § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX angesprochenen „betreuten Wohnmöglichkeiten“. Letztere sollen ambulante wie stationäre Wohnformen umfassen.<sup>18</sup> Ein solches Verständnis entspräche einer zeitgerechten Weiterentwicklung des Häuslichkeitsbegriffs in der Behindertenhilfe. Einzelheiten zum Begriffsverständnis soll laut Arbeitsentwurf der Bundesausschuss nach § 92 SGB V näher bestimmen.

Anders als im SGB V und SGB XI macht eine Unterscheidung ambulanter und stationärer Wohnsettings in der Behindertenhilfe keinen Sinn, da auch eine stationäre Betreuung die Behandlungspflege nicht notwendig gewährleistet. Es sollte für den Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V ausschließlich auf das Bestehen oder Nichtbestehen eines Rechtsanspruchs auf Behandlungspflege gegen die Einrichtung abgestellt werden. Die Verbände der Behindertenhilfe und Selbsthilfeorganisationen sollten sich dafür stark machen, dass die für die Weiterentwicklung der Behandlungspflege eingeschlagene Richtung im weiteren Gesetzgebungsverfahren im Interesse behinderter Menschen beibehalten wird.

1) Grundlegend zum Problem der Behandlungspflege im Heim Klie, Behandlungspflege und Pflegeversicherung, Pflege aktuell 5/96, S. 341-343; Klie in LPK-SGB XI, 2. Aufl., Baden-Baden 2003, Vor § 14 Rz. 8, Pöld-Krämer ebenda § 43 Rz. 14

2) Schumacher, Häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe vor dem Aus?, RdLh 3/99, S. 123-125; Deutscher Verein, zur Finanzierung behandlungspflegerischer Leistungen nach § 37 SGB V für Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, NDV 2001, 233/234; Antwort der Bundesregierung vom 13.07.01 auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Seifert u. a. zur Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen bei der Krankenpflege (SGB V) und der medizinischen Behandlungspflege (SGB XI), BT-Drs. 14/6680; Pöld-Krämer (Fn. 1) § 43a Rz. 15a

3) [www.bundessozialgericht.de](http://www.bundessozialgericht.de) unter Termine 2005; ausführlich besprochen in RdLh 4/05, S. 173-176 (mit Anm. Schumacher)

4) Birk/Bieritz-Harder in LPK-SGB XII, 7. Aufl., Baden-Baden 2005, § 48 Rz. 16

5) Medizinische Rehabilitationsleistungen müssen als Komplexleistungen erbracht werden (s. dazu Stähler in Lachwitz et al. HK-SGB IX, 2. Aufl., Neuwied 2006, § 26 Rz. 3), so dass isolierte Maßnahmen der Behandlungspflege nicht darunter fallen.

6) In diesem Sinn wohl auch Lachwitz in HK-SGB IX (Fn. 5) § 55 Rz. 6

7) S. dazu z. B. § 2 Abs. 4 und 6 des Mustervertrages des Diakonischen Werkes der EKD, Stand 30.04.2004,

8) § 305 c Abs. 2 BGB; s. dazu BSG-Urteil vom 28.03.03 (B 3 KR 32/02 R) in RdLh 4/03, S. 172-174 (m. Anm. Schumacher), wonach die Einrichtung vertraglich zur Behandlungspflege verpflichtet sei, weil sie zwar bestimmte medizinische Leistungen ausdrücklich ausgeschlossen hatte, die Behandlungspflege aber nicht.

9) Z. B. § 6 LRV Hessen, § 6 LRV Mecklenburg-Vorpommern,

§ 5 Abs. 1 LRV Schleswig-Holstein, § 6 Abs. 1 und Abs. 5 LRV Westf.-Lippe

10) Z. B. Leistungstyp C.3.e) zum LRV Mecklenburg-Vorpommern, Leistungstyp 9-12 zum LRV Westf.-Lippe

11) S. dazu § 72 SGB XI

12) Münder in LPK-SGB XII (Fn. 4) § 76 Rz. 13

13) Dabei kann die Unterscheidung einfacher von komplexer Behandlungspflege erneut Schwierigkeiten mit sich bringen, welche kompetente Vertragsparteien aber bewältigen werden.

14) Ausführlicher zur Geschichte des § 55 SGB XII Schellhorn, SGB XII-Sozialhilfe, 17. Aufl., München 2006; Brühl in LPK-BSHG, 6. Auflg., Baden-Baden 2003, zu § 40a BSHG

15) Zu § 40a BSHG s. BT-Drs. 14/5074, S. 124, zu § 55 SGB XII s. BT-Drs. 15/1514, S. 62.

16) S. dazu Leitherer in Kasseler-Kommentar (Stand 01.01.06) zu § 43 SGB XI Rz. 24 und § 43b SGB XI Rz. 2

17) 1. Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), Stand 17.08.06

18) Lachwitz in HK-SGB IX (Fn. 5) § 55 Rz. 68