S 3 KR 296/14

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	Zulässigkeit der Berufung eines beigeladenen Leistungserbringers
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Behandlungspflege, Eingliederungshilfe, geeigneter Ort, häusliche Krankenpflege, Kostenerstattung, Kostenfreistellung, materielle Beschwer, sozialgerichtliches Verfahren, sozialrechtliches Dreiecksverhältnis, stationäre Einrichtung
Leitsätze	1. Die Berufung des beigeladenen Leistungserbringers gegen ein Urteil, das die Klage des Versicherten auf Gewährung von Leistungen abweist, ist unzulässig. 2. Ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenfreistellung setzt eine schuldrechtliche Verpflichtung des Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer (sog. Sekundärhaftung) voraus. 3. Eine stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, die nach ihrem Aufgabenprofil auf eine besondere Zielgruppe ausgerichtet ist, bei der ständig bestimmte behandlungspflegerische Maßnahmen erforderlich werden, war nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Recht kein geeigneter Ort im Sinne von § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V. 4. Ein in erster Instanz kostenfreies Verfahren kann im Rechtsmittelverfahren kostenpflichtig sein.
Normenkette	§ 13 Abs. 3 SGB V, § 132a SGB V, § 14 SGB IX, § 183 SGG, § 197a SGG, § 37 Abs. 1 SGB V, § 37 Abs. 2 SGB V, § 37 Abs. 4 SGB V, § 75 Abs. 5 SGG

1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 KR 296/14

Datum	28.03.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 228/18
Datum	13.07.2022

3. Instanz

Datum	-

Â Â

Â Â

Â

Â

I. Die Berufung der Beigeladenen zuÂ 2 gegen das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 28.Â MÃ¤rzÂ 2018 wird verworfen.
II. Die Beigeladene zuÂ 2 trÃ¤gt die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der auÃergerichtlichen Kosten des Beigeladenen zuÂ 1, die dieser selbst trÃ¤gt.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.
IV. Der Streitwert fÃ¼r das Berufungsverfahren wird auf 47.637,60Â â¬ festgesetzt.

Â

Â

Â

<u>T a t b e s t a n d</u>

Â

Im Streit stehen Leistungen der hÃ¤uslichen Krankenpflege in Form der 24-h-Krankenbeobachtung im Zeitraum vom 16.05.2013 bis 31.12.2013.

Â

Die 1993 geborene KlÃ¤gerin ist von Geburt an als Folge einer Alkoholembryopathie

schwerbehindert (Grad der Behinderung von 100, Merkzeichen â□□Gâ□□, â□□aGâ□□ und â□□Hâ□□). Neben einer geistigen Retardierung und autoaggressivem Verhalten leidet sie u.a. an einer zerebralen BewegungsstÃ¶rung, einer HÃ¼ftluxation und einer BlasenentleerungsstÃ¶rung; zudem besteht eine SchluckstÃ¶rung und eine PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie) ist angelegt. Die KlÃ¤gerin war seit ihrer Geburt ununterbrochen in stationÃ¤ren Wohnformen untergebracht. Seit Juli 2012 lebt sie in einer stationÃ¤ren Einrichtung der Eingliederungshilfe fÃ¼r behinderte Menschen (WohnstÃ¤tte Yâ□¦. in Aâ□¦., StÃ¤dtischer Eigenbetrieb Behindertenhilfe [SEB]), deren TrÃ¤gerin die Beigeladene zuÂ 2 ist. Die Kosten hierfÃ¼r trÃ¤gt der Beigeladene zuÂ 1 als Leistung der Eingliederungshilfe. Ausweislich der Leistungsvereinbarung nach Â§Â 75 Abs.Â 3 ZwÃ¶lftes Buch Sozialgesetzbuch (SGBÂ XII) in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung (a.F.) handelt es sich bei der WohnstÃ¤tte Yâ□¦. um eine Einrichtung fÃ¼r erwachsene Menschen mit geistiger / Mehrfachbehinderung i.S.v. Â§Â 53 SGBÂ XII a.F. und der Eingliederungshilfeverordnung mit unterschiedlichem Hilfebedarf. UrsprÃ¼nglich erbrachte die Beigeladene zuÂ 2 dort â□□ neben allgemeinen MaÃ□nahmen der Hilfe und Betreuung â□□ soweit notwendig auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Im Laufe des Jahres 2012 erfolgte nach den Angaben der Beigeladenen zuÂ 2 eine â□□Umstellungâ□□ auf ein â□□neues Systemâ□□, wonach die medizinische Behandlungspflege auf â□□den ambulanten Pflegedienst des SEB Ã¼bertragenâ□□ wurde. WÃ¤hrend die Leistungsvereinbarung hinsichtlich Leistungstyp und Zielgruppe unverÃ¤ndert blieb, wurde die VergÃ¼tungsvereinbarung dahingehend geÃ¤ndert, dass Leistungen der Behandlungspflege nicht mehr Bestandteil der VergÃ¼tung seien (Vereinbarung vom 01.04.2012). Derartige Leistungen seien gegenÃ¼ber dem zustÃ¤ndigen KostentrÃ¤ger gesondert geltend zu machen. Mit Wirkung vom 01.01.2013 wurde der mit der KlÃ¤gerin geschlossene Wohn- und Betreuungsvertrag geÃ¤ndert. Â§Â 8 des Vertrags bestimmt nunmehr: â□□Vorbehaltlich der Regelung mit dem SozialhilfetrÃ¤ger (die Behandlungspflege ist nicht Bestandteil der LeistungsvergÃ¼tungen mit dem KSV Sachsen â□□ da diese Leistungen gemÃ¤Ã□ Â§Â 37 SGBÂ V in den ZustÃ¤ndigkeitsbereich der Krankenkasse fÃ¤llt), werden die Leistungen der Behandlungspflege durch die Einrichtung organisiert und sichergestellt, sofern die Krankenkasse hier eine KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung erteilt hat (ggf. Ã¼ber Pflegedienst). Die reine Absicherung einer oralen Medikation (Arzneimittelgabe als Behandlungspflege) nach Verordnungsvorlagen durch den behandelnden Arzt, werden im Rahmen der Grundleistung durch die Einrichtung erbracht.â□□

Â

Am 28.05.2013 verordnete die behandelnde Ã□rztin der KlÃ¤gerin fÃ¼r die Zeit vom 16.05.2013 bis 31.12.2013 hÃ¤usliche Krankenpflege, die (u.a.) als sonstige MaÃ□nahme der Behandlungspflege die â□□24 h Ã□berwachung der Vitalfunktionâ□□ umfassen sollte.

Â

Den am 18.06.2013 beim Beigeladenen zuÂ 1 gestellten Antrag auf Genehmigung

hÃ¤uslicher Krankenpflege in Form von Krankenbeobachtung im Umfang von 24 Stunden tÃ¤glich leitete dieser am 20.06.2013 an die beklagte Krankenkasse als seiner Ansicht nach zustÃ¤ndige LeistungstrÃ¤gerin weiter.

Â

Die Beklagte lehnte den Antrag ab (Bescheid vom 15.07.2013). Die WohnstÃ¤tte, in der die KlÃ¤gerin lebe, sei keine â geeigneter Ortâ im Sinne von Â§Â 37 Abs.Â 1 SatzÂ 1 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGBÂ V).

Â

Hiergegen wandte sich die KlÃ¤gerin im Wege des Widerspruchs und beantragte zudem die GewÃ¤hrung gerichtlichen Eilrechtsschutzes. Mit Beschluss vom 10.10.2013 verpflichtete das Sozialgericht (SG) Leipzig die Beklagte im Wege der einstweiligen Anordnung, der KlÃ¤gerin fÃ¼r die Zeit vom 23.08.2013 bis 31.12.2013 vorlÃ¤ufig Leistungen der hÃ¤uslichen Krankenpflege in Form der speziellen Krankenbeobachtung im Umfang von 24 Stunden tÃ¤glich zu gewÃ¤hren. Die gegen den Beschluss des SG gerichtete Beschwerde blieb erfolglos (Senatsbeschluss vom 22.01.2014).

Â

Ein im Widerspruchsverfahren erstelltes Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) kam zu dem Ergebnis, dass die beantragte 24-h-Krankenbeobachtung medizinisch nicht notwendig sei (MDK-Gutachten vom 25.10.2013). Zwar bestehe â bei schwerst geistiger Behinderung und teilweise autoaggressivem Verhalten â ein hoher allgemeiner Betreuungsaufwand und auch ein Bedarf an regelmÃ¤Ãigen behandlungspflegerischen MaÃnahmen (z.B. Verbandswechsel, Wundversorgung, PEG-Versorgung). Die Voraussetzungen fÃ¼r eine spezielle Krankenbeobachtung nach Nr.Â 24 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Ã¼ber die Verordnung von hÃ¤uslicher Krankenpflege (HÃ¤usliche Krankenpflege-Richtlinie â HKP-RL) seien jedoch nicht erfÃ¼llt. Der beigezogenen Pflegedokumentation seien lebensbedrohliche Situationen oder die Notwendigkeit von NotarzteinsÃ¤tzen nicht zu entnehmen. Ein weiteres Gutachten des MDK bestÃ¤tigte â unter BerÃ¼cksichtigung einer nachgereichten Stellungnahme der behandelnden Ãrztin und Auswertung einer Verlaufsdokumentation der WohnstÃ¤tte fÃ¼r den Zeitraum vom 01.09.2013 bis 31.12.2013 â die getroffene EinschÃ¤tzung (MDK-Gutachten vom 06.02.2014). Insbesondere sei der vorgelegten Verlaufsdokumentation nicht zu entnehmen, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische bzw. Ã¤rztliche Interventionen bei lebensbedrohlichen Situationen tÃ¤glich erforderlich seien. Sicherlich bestehe die Notwendigkeit allgemeiner Krankenbeobachtung, nicht jedoch einer speziellen Krankenbeobachtung im Sinne von Nr.Â 24 HKP-RL. Zu NotarzteinsÃ¤tzen sei es nicht gekommen; auch sei die nach der HKP-RL erforderliche laufende Information der behandelnden Ãrztin Ã¼ber VerÃ¤nderungen der Vitalzeichen nicht dokumentiert.

Gleiches gelte im Hinblick auf die Frage einer adÃ¤quaten medikamentÃ¶sen Behandlung der die klinische Symptomatik mit Erbrechen und Verschlucken auslÃ¶senden psychomotorischen ErregungszustÃ¤nde.

Â

Die Beklagte wies daraufhin den Widerspruch zurÃ¼ck (Widerspruchsbescheid vom 07.08.2014).

Â

Die KlÃ¤gerin hat am 05.09.2014 Klage zum SG Leipzig erhoben. Sie habe Anspruch auf die beantragte Leistung. WohnstÃ¤tten der Eingliederungshilfe seien geeignete Orte zur Erbringung von Leistungen der hÃ¤uslichen Krankenpflege. Die verordnete Leistung sei zudem medizinisch erforderlich und notwendig. Dies werde sowohl durch die behandelnde Ãrztin als auch durch das Personal der WohnstÃ¤tte bestÃ¤tigt. Aufgrund des autoaggressiven Verhaltens bestehe stets die Gefahr des HerausreiÃens der PEG-Sonde, was die Notwendigkeit einer sofortigen Intervention nach sich ziehe. Denn infolge dieses Vorgangs kÃ¶nnten jederzeit lebensbedrohliche ZustÃ¤nde (grÃ¶Ãere Blutungen in den Bauchraum, Eindringen von multiresistenten Keimen) eintreten. Zudem bestehe aufgrund der SchluckstÃ¶rung und der Neigung zum regelmÃ¤Ãigen Erbrechen eine hohe Aspirationsgefahr. Sie begehre die Freistellung von den Kosten der Krankenbeobachtung im Zeitraum vom 16.05.2013 bis 31.12.2013 in HÃ¶he von 47.637,60Â â¬ gemÃ¤Ã (Gesamt-)Rechnung vom 29.10.2016, hilfsweise die Verpflichtung der Beklagten, ihr fÃ¼r den vorbenannten Zeitraum Leistungen der hÃ¤uslichen Krankenpflege in Form der Krankenbeobachtung zu bewilligen.

Â

Mit Urteil vom 28.03.2018 hat das SG die Klage abgewiesen. Rechtsgrundlage fÃ¼r das Begehren sei Â§Â 13 Abs.Â 3 SatzÂ 1 SGBÂ V, welcher nicht nur Erstattungs-, sondern auch Freistellungsbegehren umfasse. Ein Sachleistungsanspruch scheide dagegen â im Hinblick darauf, dass der Leistungszeitraum in der Vergangenheit liege â aus. Dem Anspruch nach Â§Â 13 Abs.Â 3 SatzÂ 1 SGBÂ V stehe allerdings entgegen, dass die KlÃ¤gerin keiner wirksamen Kostenforderung des Pflegedienstes ausgesetzt sei. Erforderlich sei insoweit zumindest eine sog. SekundÃ¤rhaftung, an welcher es fehle, wenn die Kostenvereinbarung mit dem Leistungserbringer so ausgestaltet sei, dass der Versicherte auf keinen Fall in Anspruch genommen werden kÃ¶nne (Verweis auf Landessozialgericht [LSG] Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 27.06.2017 â L 11 KR 2703/16 â juris Rn.Â 32Â f.). Die bloÃe Inanspruchnahme des Leistungserbringers genÃ¼ge zur BegrÃ¼ndung einer Honorarforderung nicht. Eine Zahlungspflicht des Versicherten gegenÃ¼ber dem Leistungserbringer folge auch nicht schon aus dem Umstand, dass die Krankenkasse die Bezahlung der Rechnung verweigere (Verweis auf Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 17.03.2005 â B 3 KR 35/04 R â juris).

Erforderlich sei vielmehr stets eine wirksame (bÃ¼rgerlich-rechtliche) Verpflichtung, die in Anspruch genommenen Leistungen zu bezahlen (Verweis auf BSG, Beschluss vom 01.12.2011 â□□ B 3 KR 17/11Â B â□□ juris Rn.Â 6). Daran fehle es hier. Eine Vereinbarung zur KostenÃ¼bernahme durch die Versicherte fÃ¼r den Fall der Leistungsablehnung durch die Krankenkasse liege nicht vor. Insbesondere folge eine solche auch nicht aus dem bloÃ□en Umstand, dass ein Versicherter Leistungen in Anspruch genommen habe und die Krankenkasse sich weigere, diese zu bezahlen. Der Versicherte sei nicht gleichsam AusfallbÃ¼rge fÃ¼r die Verpflichtung der Krankenkasse. Er habe einen Erstattungs-/Befreiungsanspruch nach Â§Â 13 Abs.Â 3 SatzÂ 1 SGBÂ V nur, wenn er sich im Rahmen eines privatrechtlichen Vertrags verpflichtet habe, im Falle der Leistungsverweigerung durch die Krankenkasse die in Anspruch genommenen Leistungen zu begleichen. Auch ein Anspruch nach Â§Â 13 Abs.Â 3a SGBÂ V scheitere daran, dass nur die Erstattung â□□entstandener Kostenâ□□ beansprucht werden kÃ¶nne. Entsprechendes gelte fÃ¼r AnsprÃ¼che nach Â§Â§Â 53, 54 SGBÂ XII a.F. Auch hier sei Voraussetzung, dass der HilfebedÃ¼rftige auf der Grundlage eines im zivilrechtlichen ErfÃ¼llungsverhÃ¤ltnis geschlossenen Vertrages vom Leistungserbringer tatsÃ¤chlich in Anspruch genommen werde. AnsprÃ¼che unmittelbar aus der HKP-RL (Â§Â 6 Abs.Â 6) scheiterten daran, dass die dort genannten Fristen nicht eingehalten seien.

Â

Gegen das ihr am 18.04.2018 zugestellte Urteil des SG richtet sich die Berufung der Beigeladenen zuÂ 2 vom 09.05.2018.

Â

Sie verweist darauf, dass sie nur im Falle einer Genehmigung der Ã¤rztlichen Verordnung durch die Krankenkasse zur direkten Abrechnung mit der Krankenkasse berechtigt sei (Â§Â 6 Abs.Â 1 HKP-RL, Â§Â 1 der Vereinbarung Ã¼ber die VergÃ¼tung hÃ¤uslicher Krankenpflege, HÃ¤uslicher Pflege und Haushaltshilfe nach Â§Â§Â 132, 132a SGBÂ V). Durch die Bewilligung der Verordnung wÃ¼rde diese RÃ¼ckwirkung erhalten und die im VerhÃ¤ltnis zwischen Versicherter und Krankenkasse rechtsgrundlos erbrachte Leistung rÃ¼ckwirkend mit einem Rechtsgrund versehen. Entgegen der Auffassung des SG bedÃ¼rfe es einer SekundÃ¤rhaftung des Versicherten nicht. Im DreiecksverhÃ¤ltnis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sei lediglich ein AuftragsverhÃ¤ltnis zwischen Leistungserbringer und Versicherten erforderlich (Verweis auf BSG, Urteil vom 03.08.2006 â□□ B 3 KR 35/04 R â□□ juris Rn.Â 30). Selbst wenn man aber einen zivilrechtlichen Vertrag zwischen Versichertem und Leistungserbringer fordern wolle, werde dieser konkludent geschlossen; eine Schriftform sei hierfÃ¼r nicht erforderlich.

Â

Die Beigeladene zuÂ 2 beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 28.Â MÃ¤rzÂ 2018 und die Beklagte unter

Aufhebung ihres Bescheids vom 15.Â JuliÂ 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 7.Â AugustÂ 2014 zu verurteilen, die beantragte Leistung gemÃ¤Ã der Ã¤rztlichen Verordnung Ã¼ber 24 Stunden tÃ¤glich Krankenbeobachtung fÃ¼r den Zeitraum 16.Â MaiÂ 2013 bis 31.Â DezemberÂ 2013 zu bewilligen und 47.637,60Â â¬ zuzÃ¼glich 9Â Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit Klageerhebung an die Beigeladene zuÂ 2 zu zahlen.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung und nimmt zur BegrÃ¼ndung Bezug auf die AusfÃ¼hrungen im Widerspruchsbescheid sowie auf die im Widerspruchsverfahren erstellten MDK-Gutachten. DarÃ¼ber hinaus weist sei darauf hin, dass sie nach Â§Â 264 Abs.Â 2 SGBÂ V vom SozialhilfetrÃ¤ger â dem Beigeladenen zuÂ 1 â mit der DurchfÃ¼hrung der Krankenversicherung der KlÃ¤gerin beauftragt sei. Infolge der im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ergangenen einstweiligen Anordnung seien bereits Zahlungen an die Beigeladene zu 2 geleistet worden (47.637,60Â â¬). In dieser HÃ¶he habe sie einen Erstattungsanspruch beim Beigeladenen zuÂ 1 angemeldet, den dieser auch bereits beglichen habe.

Â

Die KlÃ¤gerin stellt, ebenso wie der Beigeladene zuÂ 1, keinen eigenen Antrag.

Â

Beigezogen waren die VerwaltungsvorgÃ¤nge der Beklagten. Auf diese und auf die Gerichtsakte wird ergÃ¤nzend Bezug genommen.

Â

Â

E n t s c h e i d u n g s g r Ã¼ n d e

Â

Â

Die Berufung der Beigeladenen zuÂ 2 hat keinen Erfolg.

Â

1. Die Berufung ist unzulÃ¤ssig.

Â

Zwar kÃ¶nnen Beigeladene grundsÃ¤tzlich unabhÃ¤ngig von den Hauptbeteiligten des Rechtsstreits Rechtsmittel gegen Urteile einlegen. Denn die Rechtskraft des Urteils erstreckt sich auf sÃ¤mtliche Beteiligte des Verfahrens (Â§Â 141 Abs.Â 1 Sozialgerichtsgesetz [SGG]). Ein Beigeladener ist indes nur dann zur Rechtsmitteleinlegung befugt, wenn er durch die angefochtene Entscheidung materiell beschwert ist (BSG, Urteil vom 24.03.2016 â B 12 KR 6/14Â R â juris Rn.Â 17; Urteil vom 11.05.1999 â B 11 AL 69/98 R â juris Rn.Â 17; Urteil vom 20.03.1996 â 6 RKa 51/95 â juris Rn.Â 13; Schreiber in: Breitkreuz/Fichte, SGG, 2.Â Aufl., Â§Â 143 Rn.Â 13; Wehrhahn in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1.Â Aufl., Â§Â 143 Rn.Â 18). Dies setzt voraus, dass der Beigeladene geltend machen kann, aufgrund der Bindungswirkung des angefochtenen Urteils (Â§Â 141 Abs.Â 1 SGG) unmittelbar in eigenen (subjektiven) Rechtspositionen im Sinne von Â§Â 54 Abs.Â 1 SatzÂ 2 SGG beeintrÃ¤chtigt zu sein (BSG, Urteil vom 24.03.2016 â B 12 KR 6/14 R â juris Rn.Â 18; Beschluss vom 29.03.2007 â B 9a V 7/06 B â juris Rn.Â 9; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13.Â Aufl. 2020, VorÂ Â§Â 143 Rn.Â 4a). Die BeeintrÃ¤chtigung wirtschaftlicher Interessen ohne Eingriff in bestehende Rechtspositionen reicht nicht aus (BSG, Urteil vom 11.05.1999 â B 11 AL 69/98 R â juris Rn.Â 17; Schmidt in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13.Â Aufl. 2020, Â§Â 75 Rn.Â 19). Dies selbst dann nicht, wenn diese Nachteile angesichts der tatsÃ¤chlichen oder rechtlichen Feststellungen im Urteil wahrscheinlich sind (Schreiber in: Breitkreuz/Fichte, SGG, 2.Â Aufl., Â§Â 143 Rn.Â 13). Eine BeeintrÃ¤chtigung in subjektiven Rechten erfordert vielmehr eine rechtlich zwingende Konsequenz eines Urteils (BSG, Urteil vom 11.11.2004 â B 9 VG 2/04 R â juris Rn.Â 14), wobei aus bloÃen BegrÃ¼ndungselementen des Urteils keine materielle Beschwer folgt; nur soweit die EntscheidungsgrÃ¼nde von der Urteilsformel erfasst werden oder sonst nach allgemeinen GrundsÃ¤tzen ausnahmsweise in materielle Rechtskraft erwachsen kÃ¶nnen, ist eine Beschwer mÃ¶glich (Schreiber in: Breitkreuz/Fichte, SGG, 2.Â Aufl., Â§Â 143 Rn.Â 15).

Â

Hiervon ausgehend ist die Beigeladene zuÂ 2 durch das von ihr angefochtene Urteil nicht materiell beschwert.

Â

Das angefochtene Urteil betrifft ausschlieÃlich subjektive Rechte der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber der Beklagten. Es besagt allein, dass die KlÃ¤gerin im streitigen Zeitraum vom 16.05.2013 bis 31.12.2013 keine Leistungen der hÃ¤uslichen Krankenpflege in Form von 24-h-Krankenbeobachtung von der Beklagten beanspruchen kann (vgl. zur Rechtskraft klageabweisender Urteile Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13.Â Aufl. 2020, Â§Â 141 Rn.Â 7a). Bindende Aussagen Ã¼ber subjektive Rechte der Beigeladenen zuÂ 2 gegenÃ¼ber der Beklagten, insbesondere Ã¼ber VergÃ¼tungsansprÃ¼che der

Beigeladenen zuÂ 2 fÃ¼r erbrachte Leistungen der Behandlungspflege, trifft das Urteil nicht. Im Ergebnis macht die Beigeladene zuÂ 2, wie sich klar aus ihrem im Berufungsverfahren gestellten Antrag ergibt, ein fremdes Recht â nÃ¤mlich das der KlÃ¤gerin â im eigenen Namen geltend. Dies ist unzulÃ¤ssig, da ein Fall einer gesetzlichen oder gewillkÃ¼rten Prozessstandschaft nicht vorliegt. Denn auch zur BegrÃ¼ndung einer gewillkÃ¼rten Prozessstandschaft wÃ¼rde ein bloÃes wirtschaftliches Interesse nicht genÃ¼gen (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13.Â Aufl. 2020, Â§Â 54 Rn.Â 11a).

Â

Ein eigenes Recht der Beigeladenen zuÂ 2 â in Gestalt eines VergÃ¼tungsanspruchs â kÃ¶nnte sich nur auf vertraglicher Grundlage aus Â§Â 132a SGBÂ V ergeben. Ein solcher Anspruch ist indes vorliegend nicht streitgegenstÃ¤ndlich. StreitgegenstÃ¤ndlich ist allein der Leistungsanspruch der KlÃ¤gerin nach Â§Â 37 SGBÂ V. Auch wenn diese beiden AnsprÃ¼che eng miteinander verbunden sind, so handelt es sich doch um unterschiedliche StreitgegenstÃ¤nde (BSG, Urteil vom 20.04.2016 â B 3 KR 17/15 R â juris Rn.Â 11). Insoweit verweist die Beigeladene zuÂ 2 selbst darauf, dass sie einen eigenen (vertraglichen) Anspruch nach Â§Â 132a SGBÂ V nicht geltend machen kann und will, da es offensichtlich an der hierfÃ¼r erforderlichen VorÂaussetzung â nÃ¤mlich der Genehmigung der hÃ¤uslichen Krankenpflege durch die beklagte Krankenkasse â fehlt (vgl. hierzu Senatsurteil vom 24.03.2021 â L 1 KR 259/18 â juris Rn.Â 26). Die Beigeladene zuÂ 2 macht auch keinen Anspruch aus abgetretenem Recht geltend. Voraussetzung hierfÃ¼r wÃ¤re das Bestehen eines Kostenerstattungsanspruchs der KlÃ¤gerin fÃ¼r eine â durch einen zivilrechtlichen Vertrag â selbstbeschaffte Leistung, der rechtsgeschÃ¤ftlich auf die Beigeladene zuÂ 2 Ã¼bergeleitet worden wÃ¤re. Dies ist weder dargetan noch ersichtlich. Die Beigeladene zuÂ 2 macht vielmehr geltend, in ErfÃ¼llung eines vermeintlichen Sachleistungsanspruchs der KlÃ¤gerin nach Â§Â 37 SGBÂ V tÃ¤tig geworden zu sein (vgl. zu einer derartigen Konstellation BSG, Urteil vom 20.04.2016 â B 3 KR 17/15 R â juris Rn.Â 11).

Â

Aus dem Verweis der Beigeladenen zuÂ 2 auf das sozialrechtliche DreiecksverhÃ¤ltnis, das bei der Erbringung von Sach- und Dienstleistungen der GKV und damit auch von Leistungen der hÃ¤uslichen Krankenpflege entsteht, folgt nichts anderes. Im Naturalleistungssystem der GKV ist ein Leistungserbringer nicht berechtigt, LeistungsansprÃ¼che der Versicherten gegen die Krankenkasse gerichtlich durchzusetzen. Denn dem Leistungserbringer steht fÃ¼r von ihm zulÃ¤ssigerweise erbrachte Leistungen (zu einem Fall unzulÃ¤ssiger Leistungserbringung nach bestandskrÃ¤ftiger Ablehnung des Leistungsanspruchs des Versicherten siehe Senatsurteil vom 24.03.2021 â L 1 KR 259/18 â juris) ein eigenstÃ¤ndiger, im sozialrechtlichen Vertragsrecht wurzelnder Anspruch auf VergÃ¼tung zu. Dieser VergÃ¼tungsanspruch setzt zwar das Bestehen eines Leistungsanspruchs des Versicherten gegen die Krankenkasse voraus. Dennoch erwÃ¤chst dem Leistungserbringer

hieraus keine Befugnis, diesen Leistungsanspruch einzuklagen. Vielmehr verbleibt es bei dem Grundsatz, dass Leistungen der hÃ¤uslichen Krankenpflege der vorherigen Beantragung durch den Versicherten und der vorherigen Bewilligung gegenÃ¼ber dem Versicherten durch die zustÃ¤ndige Krankenkasse bedÃ¼rfen. Unterbleibt dies, wie hier, hat ein Leistungserbringer selbst bei rechtswidriger Ablehnung kein eigenes Recht, dies im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren geltend zu machen (BSG, Urteil vom 24.09.2002 â□□ B 3 KR 2/02 R â□□ juris Rn.Â 10).

Â

Zur vergleichbaren Situation im Recht der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGBÂ XI) hat das BSG entschieden, dass ein PflegeheimtrÃ¤ger von der Pflegekasse zwar die Zahlung des Pflegesatzes einer hÃ¶heren Pflegestufe verlangen kann, wenn der Hilfebedarf die Zuordnung des Versicherten zu dieser hÃ¶heren Pflegestufe rechtfertigt. Doch kann der PflegeheimtrÃ¤ger nicht anstelle des Versicherten dessen Zuordnung zu einer hÃ¶heren Pflegstufe beantragen und gerichtlich verfolgen (BSG, Urteil vom 01.09.2005 â□□ B 3 P 4/04 R â□□ juris Rn.Â 27Â f.). Vielmehr kann er nur den Versicherten auffordern, dass dieser einen entsprechenden Antrag bei der Pflegekasse stellt (Â§Â 87a Abs.Â 2 SGB�â XI â□□ dazu BSG, Urteil vom 16.05.2013 â□□ B 3 P 1/12 R â□□ juris Rn.Â 10Â ff.).

Â

Entsprechendes gilt fÃ¼r das sozialhilferechtliche DreiecksverhÃ¤ltnis nach dem bis zum 31.12.2019 geltenden Recht (anders ab 01.01.2020: Â§Â 75 Abs.Â 6 SGBÂ XII, Â§Â 123 Abs.Â 6 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch [SGBÂ IX]). Hierin erwirbt zwar der Leistungserbringer infolge des in dem gegenÃ¼ber dem HilfebedÃ¼rftigen erlassenen Bewilligungsbescheid erklÃ¤rten Schuldbeitritts einen eigenen VergÃ¼tungsanspruch gegenÃ¼ber dem SozialhilfetrÃ¤ger (BSG, Urteil vom 28.10.2008 â□□ B 8 SO 22/07 R â□□ juris Rn.Â 25; Urteil vom 02.02.2010 â□□ B 8 SO 20/08 R â□□ juris Rn.Â 12). Dies vermag allerdings eine Rechtsmittelbefugnis des beigeladenen Leistungserbringers gegen ein im Rechtsstreit zwischen HilfebedÃ¼rftigen und SozialhilfetrÃ¤ger ergangenes klageabweisendes Urteil nicht zu begrÃ¼nden (Senatsurteil vom 06.12.2017 â□□ L 8 SO 130/15 â□□ juris Rn.Â 21; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 28.01.2016 â□□ L 8 SO 385/12 â□□ juris Rn.Â 22Â f.; LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 25.06.2015 â□□ L 7 SO 1447/11 â□□ juris Rn.Â 61; bestÃ¤tigt durch BSG, Urteil vom 06.12.2018 â□□ B 8 SO 9/18 R â□□ juris Rn.Â 52Â ff.). Denn die eigenstÃ¤ndige Verfolgung eines Rechtsanspruchs des Leistungserbringers auf Bewilligung von (hÃ¶heren) Leistungen scheidet aus, weil die (rechtswidrige) Ablehnungsentscheidung des LeistungstrÃ¤gers lediglich subjektive Rechte des HilfebedÃ¼rftigen, nicht aber solche des Leistungserbringers verletzt, so dass es an der erforderlichen eigenen materiellen Beschwer des Leistungserbringers fehlt (BSG, Urteil vom 06.12.2018 â□□ B 8 SO 9/18 R â□□ juris Rn.Â 54 m.w.N.).

Â

Die Berufung der Beigeladenen zuÂ 2 war folglich als unzulÃ¤ssig zu verwerfen.

Â

2. Die Berufung wÃ¤re darÃ¼ber hinaus auch unbegrÃ¼ndet.

Â

Insoweit wird auf die zutreffenden GrÃ¼nde der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen, welche sich der Senat zu eigen macht (Â§Â 153 Abs.Â 2 SGG). ErgÃ¤nzend ist Folgendes auszufÃ¼hren:

Â

a) Zutreffend verweist das SG auf die im Rahmen von AnsprÃ¼chen auf Kostenerstattung oder Kostenfreistellung grundsÃ¤tzlich erforderliche sog. SekundÃ¤rhaftung des Versicherten (siehe hierzu Helbig in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGBÂ V, Stand: 30.05.2022, Â§Â 13 Rn.Â 70Â ff.). Soweit das BSG einen Kostenerstattungsanspruch auch in einem solchen Fall fÃ¼r mÃ¶glich gehalten hat, in dem der zivilrechtliche Selbstbeschaffungsvertrag zwischen Versichertem und Leistungserbringer mÃ¶glicherweise â□□ etwa wegen VerstoÃ□es gegen ein gesetzliches Verbot â□□ unwirksam sein sollte (so BSG, Urteil vom 03.08.2006 â□□ B 3 KR 24/05Â R â□□ juris Rn.Â 20), folgt hieraus nichts anderes. Denn entscheidend ist nicht die (in der vorgenannten Entscheidung des BSG offen gelassene) Wirksamkeit des zivilrechtlichen Vertrags, sondern der Umstand, dass Versicherter und Leistungserbringer eine schuldrechtliche Verpflichtung eingehen wollten. Wird der Leistungserbringer nicht in ErfÃ¼llung eines â□□ sei es tatsÃ¤chlich oder auch nur vermeintlich bestehenden â□□ zivilrechtlichen Vertrags tÃ¤tig, sondern ausschlieÃ□lich zur ErfÃ¼llung eines vermeintlich bestehenden Sachleistungsanspruchs des Versicherten nach Â§Â 37 SGBÂ V, scheiden AnsprÃ¼che auf Kostenerstattung oder Kostenfreistellung aus (vgl. zu einer entsprechenden Konstellation: BSG, Urteil vom 20.04.2016 â□□ B 3 KR 17/15 R â□□ juris Rn.Â 11; Senatsurteil vom 24.03.2021 â□□ L 1 KR 259/18 â□□ juris Rn.Â 27). So liegt die Sache hier. Der Senat vermochte sich nicht davon zu Ã¼berzeugen, dass es vorliegend zu einem â□□ ggf. konkludent geschlossenen â□□ privatrechtlichen Vertrag des Inhalts gekommen ist, dass die hÃ¤usliche Krankenpflege im Umfang von 24 Stunden tÃ¤glich ungeachtet einer Leistungsverpflichtung der beklagten Krankenkasse erbracht und von der KlÃ¤gerin vergÃ¼tet werden sollte (zu diesem Erfordernis siehe BSG, Urteil vom 20.04.2016 â□□ B 3 KR 17/15 R â□□ juris Rn.Â 11). Zwar beruft sich die Beigeladene zuÂ 2 insoweit auf eine â□□Auftragserteilungâ□□ durch die Betreuerin der KlÃ¤gerin. Auch wurden â□□ zumindest im Nachhinein â□□ fÃ¼r die erbrachten Leistungen monatliche Rechnungen gestellt (Einzel-Rechnungen fÃ¼r die Monate Mai 2013 bis Oktober 2014 jeweils vom 23.03.2017). In Anbetracht der HÃ¶he der Aufwendungen von Ã¼ber 6.000,00Â â□¬ monatlich und der weitgehenden Einkommens- und VermÃ¶genslosigkeit der KlÃ¤gerin liegt jedoch auf der Hand, dass eine VergÃ¼tung der erbrachten Leistungen durch die KlÃ¤gerin selbst â□□ oder ihre Berufsbetreuerin â□□ von Beginn an ausgeschlossen war und von den Beteiligten auch nicht ernsthaft in Betracht gezogen wurde. Die

Leistungserbringung erfolgte vor diesem Hintergrund ausschlieÃlich in der Erwartung, dass die beklagte Krankenkasse die Leistungen vergÃ¼ten werde. In derartigen FÃ¤llen handelt ein Leistungserbringer, der seine Leistungen ohne die vertraglich vorgesehene Genehmigung der Krankenkasse erbringt, auf eigenes Risiko und bleibt ggf. â in den FÃ¤llen einer ablehnenden Entscheidung der Krankenkasse gegenÃ¼ber dem Versicherten â ohne VergÃ¼tung (Senatsurteil vom 24.03.2021 â L 1 KR 259/18 â juris Leitsatz [zu Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach Â§Â 37b SGBÂ V]).

Â

b) DarÃ¼ber hinaus fehlt es auch an den weiteren tatbestandlichen Voraussetzungen eines Kostenerstattungs-/Kostenfreistellungsanspruchs und zwar sowohl im Hinblick auf die Anspruchsnorm des Â§Â 13 Abs.Â 3 SatzÂ 1 SGBÂ V als auch auf die des Â§Â 37 Abs.Â 4 SGBÂ V, wobei diese Vorschriften, da sie unterschiedliche Konstellationen betreffen, nebeneinander zur Anwendung kommen kÃ¶nnen (BSG, Urteil vom 30.11.2017 â B 3 KR 11/16 R â juris Rn.Â 14; Urteil vom 07.05.2020 â B 3 KR 4/19 R â juris Rn.Â 12). Von vornherein ausgeschlossen ist dagegen, worauf bereits das SG zutreffend hingewiesen hat, ein Anspruch nach Â§Â 6 Abs.Â 6 HKP-RL, da die dort normierte Vorlagefrist fÃ¼r die Ã¤rztliche Verordnung nicht eingehalten wurde.

Â

aa) ZunÃ¤chst gilt, dass sowohl der Kostenfreistellungsanspruch nach Â§Â 13 Abs.Â 3 SatzÂ 1 SGBÂ V als auch derjenige nach Â§Â 37 Abs.Â 4 SGBÂ V einen Sachleistungsanspruch auf GewÃ¤hrung hÃ¤uslicher Krankenpflege nach Â§Â 37 SGBÂ V voraussetzen (BSG, Urteil vom 30.11.2017 â B 3 KR 11/16 R â juris Rn.Â 14; Urteil vom 07.05.2020 â B 3 KR 4/19 R â juris Rn.Â 12). Hieran fehlt es vorliegend. Ein Sachleistungsanspruch nach Â§Â 37 Abs.Â 1 SatzÂ 1 SGBÂ V (in der hier anzuwendenden Fassung vom 14.06.2007) bestand im Streitzeitraum nicht. Die medizinische Erforderlichkeit der begehrten Leistung war nicht gegeben. Zur BegrÃ¼ndung wird auf die AusfÃ¼hrungen in den MDK-Gutachten vom 25.10.2013 und 06.02.2014 Bezug genommen. Ein â sei es auch umfangreicher â Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf begrÃ¼ndet noch nicht die medizinische Erforderlichkeit einer 24-h-Krankenbeobachtung. Weder der beigezogenen Pflegedokumentation noch der Stellungnahme der behandelnden Ãrztin noch der Verlaufsdokumentation der Beigeladenen zuÂ 2 war zu entnehmen, dass im Streitzeitraum tÃ¤glich lebensbedrohliche Situationen aufgetreten oder NotarzteinsÃ¤tze erforderlich gewesen wÃ¤ren. Dass ein Versicherter selbst â sei es aus eigenem Antrieb heraus oder aufgrund der EinschÃ¤tzung des Leistungserbringers â subjektiv davon Ã¼berzeugt ist, dass die Voraussetzungen fÃ¼r eine rund um die Uhr Behandlungspflege vorliegen, reicht nicht aus. Deren medizinische Notwendigkeit muss vielmehr objektiv feststehen, das heiÃt, durch nachvollziehbar und vollstÃ¤ndig dokumentierte Befunde belegt sein. Um dies sicherzustellen, sieht Â§Â 6 Abs.Â 1 HKP-RL vor, dass die Ã¤rztlich verordnete hÃ¤usliche Krankenpflege durch die Krankenkasse zu genehmigen ist. Vorliegend kann anhand der beigezogenen Ã¤rztlichen Befunde und der

pflegerischen Dokumentation nicht nachvollzogen werden, dass die Voraussetzungen fÃ¼r die begehrte Rund-um-die-Uhr-Krankenbeobachtung im Streitzeitraum vorlagen. Dies wirkt sich im Ergebnis zu Lasten der KlÃ¤gerin aus, da sie die Darlegungs- und Feststellunglast fÃ¼r den klageweise geltend gemachten Anspruch trifft.

Â

bb) Ein Anspruch nach Â§Â 13 Abs.Â 3 SatzÂ 1 SGBÂ V scheitert zudem an dem hierfÃ¼r erforderlichen Kausalzusammenhang. Auch im Bereich der hÃ¤uslichen Krankenpflege gilt: War der Versicherte von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung durch einen bestimmten Leistungserbringer festgelegt und fest entschlossen, sich die Leistung selbst dann zu beschaffen, wenn die Krankenkasse die Leistung ablehnen sollte, scheidet ein Anspruch nach Â§Â 13 Abs.Â 3 SatzÂ 1 SGBÂ V â□□ und auch nach Â§Â 13 Abs.Â 3a SGBÂ V â□□ aus (BSG, Urteil vom 30.11.2017 â□□ B 3 KR 11/16 R â□□ juris Rn.Â 18; Urteil vom 07.05.2020 â□□ B 3 KR 4/19 R â□□ juris Rn.Â 16). Vorliegend wurden Leistungen der hÃ¤uslichen Krankenpflege ab dem 16.05.2013 erbracht, angeblich auf die mÃ¼ndliche Beauftragung der Betreuerin der KlÃ¤gerin hin. Die hÃ¤usliche Krankenpflege wurde allerdings Ã¼berhaupt erst am 28.05.2013 Ã¤rztlich verordnet; die Antragstellung erfolgte erst Ã¼ber drei Wochen spÃ¤ter. Hierin kommt zum Ausdruck, dass die KlÃ¤gerin â□□ bzw. ihre Betreuerin â□□ sowohl hinsichtlich des â□□Obâ□□ der Leistungserbringung als auch hinsichtlich des Leistungserbringers vorfestgelegt war. Dies wirkt sich anspruchshindernd auf den Anspruch nach Â§Â 13 Abs.Â 3 SatzÂ 1 SGBÂ V aus, denn die Krankenkasse muss zunÃ¤chst die rein faktische MÃ¶glichkeit haben, sich mit dem Leistungsbegehren zu befassen, es zu prÃ¼fen und ggf. Behandlungsalternativen aufzuzeigen, bevor eine Selbstbeschaffung mit Kostenerstattungsanspruch in Betracht kommt (BSG, Urteil vom 30.11.2017 â□□ B 3 KR 11/16 R â□□ juris, Rn.Â 18; Urteil vom 07.05.2020 â□□ B 3 KR 4/19Â R â□□ juris Rn.Â 16).

Â

cc) Auch ein Anspruch nach Â§Â 37 Abs.Â 4 SGBÂ V scheidet aus. Der Anwendungsbereich dieser Vorschrift ist erÃ¶ffnet, wenn bei der Krankenkasse ein Antrag auf Bewilligung hÃ¤uslicher Krankenpflege eingegangen ist und die Krankenkasse dem Antrag jedenfalls dem Grunde nach entspricht (BSG, Urteil vom 30.11.2017 â□□ B 3 KR 11/16 R â□□ juris Rn.Â 15; PadÃ© in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGBÂ V, Stand: 09.11.2021, Â§Â 37 Rn.Â 94). Dem Versicherten sind in derartigen FÃ¤llen die Kosten fÃ¼r eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener HÃ¶he zu erstatten, wenn die Krankenkasse keine Kraft fÃ¼r die hÃ¤usliche Krankenpflege stellen kann (Â§Â 37 Abs.Â 4 1.Â Alt. SGBÂ V) oder Grund besteht, davon abzusehen (Â§Â 37 Abs.Â 4 2.Â Alt. SGBÂ V). Die Norm setzt voraus, dass der Versicherte zunÃ¤chst einen Antrag auf GewÃ¤hrung der Sachleistung an die Krankenkasse gerichtet hat. Ist eine der vorgenannten Alternativen erfÃ¼llt, wandelt sich der die hÃ¤usliche Krankenpflege betreffende Sachleistungsanspruch in einen Kostenerstattungsanspruch um. Die Norm erfasst mithin FÃ¤lle, in denen die Krankenkasse die Sachleistung nicht erbringen kann, weil sie z.B. nach der ersten Alternative Ã¼ber keine ausreichende Anzahl von

geeigneten PflegekrÃ¤ften verfÃ¼gt, oder wenn nach der zweiten Alternative der Versicherte z.B. in seiner Person liegende GrÃ¼nde aufweist, aufgrund derer nur eine spezielle Pflegekraft in Betracht kommt, die auch nicht vertraglich gegenÃ¼ber der Krankenkasse gebunden sein muss (BSG, a.a.O., Rn.Â 15). Dies zugrunde legend scheidet ein Anspruch nach Â§Â 37 Abs.Â 4 SGBÂ V bereits deshalb aus, weil zwischen den Beteiligten im Streit stand, ob die Voraussetzungen fÃ¼r die GewÃ¤hrung hÃ¤uslicher Krankenpflege bei der KlÃ¤gerin Ã¼berhaupt erfÃ¼llt waren. Im Ãbrigen ist auch weder dargetan noch ersichtlich, dass und ggf. aus welchen GrÃ¼nden die von der KlÃ¤gerin beanspruchten Leistungen ausschlieÃlich durch den Pflegedienst der Beigeladenen zuÂ 2 erbracht werden konnten.

Â

c) Letztlich erscheint auch zweifelhaft, ob es sich bei der von der Beigeladenen zuÂ 2 betriebenen WohnstÃ¤tte um einen â geeigneten Ortâ im Sinne von Â§Â 37 Abs.Â 1 SatzÂ 1 SGBÂ V handelt. Zwar kÃ¶nnen Einrichtungen der Eingliederungshilfe fÃ¼r behinderte Menschen nach der Rechtsprechung des BSG geeignete Orte im Sinne des Â§Â 37 Abs.Â 1 SatzÂ 1 SGBÂ V sein (BSG, Urteil vom 25.02.2015 â B 3 KR 11/14 R â juris Rn.Â 31). Jedoch war â jedenfalls nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Recht â im jeweiligen Einzelfall zu prÃ¼fen, ob die Einrichtung die konkrete behandlungspflegerische MaÃnahme nach ihrem Aufgabenprofil, der Ausrichtung auf ein bestimmtes Bewohnerklientel und ihrer sÃ¤chlichen und personellen Ausstattung selbst zu erbringen hat (BSG, Urteil vom 22.04.2015 â B 3 KR 16/14Â R â juris Rn.Â 32). Entscheidend fÃ¼r die Leistungspflichten von Einrichtungen der Eingliederungshilfe fÃ¼r behinderte Menschen sind demnach die Ausrichtung der Einrichtung und ihr Eingliederungszweck, wie sie in den Vereinbarungen nach Â§Â§Â 75Â ff. SGBÂ XII a.F. festgelegt waren. Dies bedeutet: Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (so die Fallkonstellation in BSG, Urteil vom 25.02.2015 â B 3 KR 11/14 R â juris) oder Wohngruppen fÃ¼r Senioren (so die Fallkonstellation in BSG, Urteil vom 22.04.2015 â B 3 KR 16/14Â R â juris) mÃ¼ssen nicht dasselbe medizinische Personal vorhalten, wie z.B. eine Einrichtung zur Betreuung von Koma- oder Beatmungspatienten (PadÃ© in: jurisPR-SozR 20/2015 Anm.Â 3). UrsprÃ¼nglich erbrachte die Beigeladene zuÂ 2 den Heimbewohnern der WohnstÃ¤tte Yâ¦. neben allgemeinen MaÃnahmen der Hilfe und Betreuung auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Erst im Laufe des Jahres 2012 erfolgte die âUmstellung auf ein neues Systemâ, wonach â eigenen Angaben der Beigeladenen zu 2 zufolge â die medizinische Behandlungspflege âausgegliedertâ und âauf den ambulanten Pflegedienst des SEB Ã¼bertragenâ wurde. Der mit der KlÃ¤gerin abgeschlossen Wohn- und Betreuungsvertrag wurde daraufhin mit Wirkung vom 01.01.2013 dahingehend abgeÃ¤ndert, dass âdie Leistungen der Behandlungspflege durch die Einrichtung organisiert und sichergestellt werden, sofern die Krankenkasse hier eine KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung erteilt hatâ (Â§Â 8 des Vertrags). FÃ¼r die KlÃ¤gerin lag indes eine solche KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung nicht vor. Sie wurde erstmals im Juni 2013 Ã¼berhaupt beantragt, nachdem erst im Mai 2013 eine entsprechende Ã¤rztliche Verordnung eingeholt wurde. Schon nach den eigenen

MaÃstÃ¤ben der Beigeladenen zuÂ 2 hÃ¤tte somit spÃ¤testens ab dem Jahr 2013 keine Betreuung der KlÃ¤gerin in der WohnstÃ¤tte mehr erfolgen dÃ¼rfen, weil diese Einrichtung nunmehr fÃ¼r die KlÃ¤gerin ungeeignet war. Denn die KlÃ¤gerin verfÃ¼gte Ã¼ber die vertraglich geforderte KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung der Krankenkasse nicht und ob eine solche erteilt werden wÃ¼rde, war, wie der vorliegende Rechtsstreit zeigt, vÃ¶llig ungewiss. Soweit die Beigeladene zuÂ 2 â entgegen den neuen vertraglichen Vereinbarungen â den Bewohnern der Einrichtung Leistungen der medizinischen Behandlungspflege tatsÃ¤chlich weiterhin erbracht hat (bzw. die Leistungserbringung veranlasst hat), muss sie sich die Rechtsprechung des BSG entgegenhalten lassen, wonach eine Einrichtung, die nach ihrem Aufgabenprofil auf eine besondere Zielgruppe ausgerichtet ist, bei der stÃ¤ndig bestimmte behandlungspflegerische MaÃnahmen erforderlich werden, entsprechend sÃ¤chlich und personell auszustatten ist, um diese behandlungspflegerischen MaÃnahmen auch zu erbringen, weil ohne sie die Eingliederungsaufgabe im Hinblick auf die Zielgruppe der Einrichtung nicht erreicht werden kann (BSG, Urteil vom 25.02.2015 â B 3 KR 11/14 R â juris Rn.Â 28; Urteil vom 22.04.2015 â B 3 KR 16/14Â R â juris Rn.Â 32).

Â

d) SchlieÃlich folgt der geltend gemachte Anspruch auch nicht aus dem Recht der Eingliederungshilfe nach Â§Â§Â 53, 54 SGBÂ XII a.F.

Â

aa) Eine ZustÃ¤ndigkeit der Beklagten fÃ¼r die Entscheidung Ã¼ber die Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach Â§Â 14 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGBÂ IX) bestand nicht. Â§Â 14 SGBÂ IX gilt nur fÃ¼r Leistungen zur Teilhabe. Leistungen der GKV kÃ¶nnen zwar rehabilitativen Charakter haben (vgl. Â§Â 5 Nr.Â 1, Â§Â 6 Abs.Â 1 Nr.Â 1 SGBÂ IX), ein GroÃteil der Leistungen nach dem SGBÂ V dient jedoch der kurativen Behandlung von Krankheiten. Im Bereich der kurativen Leistungen der GKV findet Â§Â 14 SGBÂ IX indes keine Anwendung (BSG, Urteil vom 08.03.2016 â B 1 KR 25/15 R â juris Rn.Â 12Â ff.; Senatsurteil vom 21.04.2021 â L 1 KR 539/17 â juris Rn.Â 43). Dies bedeutet, dass die Krankenkasse, wenn sie zur Entscheidung Ã¼ber einen Antrag auf GewÃ¤hrung kurativer Leistungen berufen ist, nicht fÃ¼r daneben in Betracht kommende Teilhabeleistungen zustÃ¤ndig wird. Bei den Leistungen der hÃ¤uslichen Krankenpflege â hier in Gestalt der Behandlungssicherungspflege â handelt es sich um kurative Leistungen (Senatsurteil vom 21.04.2021 â L 1 KR 537/17 â juris Rn.Â 44). Dies folgt daraus, dass die Leistungen der Behandlungspflege gewÃ¤hrt werden, wenn diese â zur Sicherung des Ziels der Ã¤rztlichen Behandlung erforderlichâ sind (Â§Â 37 Abs.Â 2 SGBÂ V). Die hÃ¤usliche Krankenpflege sichert damit die Erreichung des Ziels ambulanter Ã¤rztlicher Behandlung (Luthe in: Hauck/Noftz SGBÂ V, Stand: 06/2018 Â§Â 37 Rn.Â 6) und teilt deren Rechtscharakter.

Â

bb) Ob der KlÃ¤gerin fÃ¼r den streitigen Zeitraum (weitergehende) AnsprÃ¼che gegenÃ¼ber dem zu 1 beigeladenen TrÃ¤ger der Eingliederungshilfe (damals noch: Sozialhilfe) zustehen, ist nicht Gegenstand dieses Verfahrens, da streitgegenstÃ¤ndlich, wie bereits dargelegt, allein kurative Leistungen der GKV in Gestalt von Leistungen der Behandlungspflege sind. Der Verurteilung eines Beigeladenen nach Â§Â 75 Abs.Â 5 SGG darf indes ein inhaltlich anderer Anspruch als der gegen den Beklagten erhobene nur dann zugrunde gelegt werden, wenn (soweit) sich die AnsprÃ¼che gegen den Beklagten und den Beigeladenen gegenseitig ausschlieÃen, wenn es sich also um zwei AnsprÃ¼che handelt, die nicht nebeneinander bestehen kÃ¶nnen (BSG, Urteil vom 15.11.1979 â 11 RA 9/79 â juris LeitsatzÂ 3 und Rn.Â 12; Urteil vom 08.05.2007 â B 2 U 3/06 R â juris Rn.Â 26; Urteil vom 13.07. 2010 â B 8 SO 14/09 R â juris Rn.Â 12; Schmidt in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, 13.Â Aufl. 2020, Â§Â 75 Rn.Â 18). Vorliegend besteht eine solche Wechselwirkung nicht. Vielmehr kÃ¶nnen AnsprÃ¼che auf kurative Leistungen der GKV und AnsprÃ¼che auf Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe nebeneinander bestehen. Gerade auf eine solche parallele LeistungsgewÃ¤hrung richtet sich ja das vorliegende Klagebegehren, denn Leistungen der Eingliederungshilfe hat die KlÃ¤gerin, gewÃ¤hrt durch den Beigeladenen zuÂ 1, im Streitzeitraum tatsÃ¤chlich bezogen. Diese Leistungen dienen der Abdeckung des â unstreitig ganz erheblichen â allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfs der KlÃ¤gerin in der Einrichtung. Dass die Beigeladene zuÂ 2 die hierfÃ¼r vom SozialhilfetrÃ¤ger gewÃ¤hrte VergÃ¼tung der HÃ¶he nach als unzureichend erachtet, ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens, in welchem ausschlieÃlich die AnsprÃ¼che der Versicherten im Streit stehen, sondern im Rahmen der Vertragsbeziehungen zum SozialhilfetrÃ¤ger zu klÃ¤ren. Soweit nicht die Beigeladene zuÂ 2, sondern die KlÃ¤gerin selbst â Ã¼ber die ihr bereits vom zustÃ¤ndigen SozialhilfetrÃ¤ger gewÃ¤hrten Leistungen hinaus â weitergehende Leistungen der Eingliederungshilfe beanspruchen sollte, scheitern derartige AnsprÃ¼che im Ãbrigen aus den gleichen GrÃ¼nden wie die beantragten kurativen Leistungen der hÃ¤uslichen Krankenpflege. Denn Voraussetzung fÃ¼r eine solche LeistungsgewÃ¤hrung wÃ¤re, da diese im Wege eines Schuldbeitritts erfolgt, dass die KlÃ¤gerin als LeistungsempfÃ¤ngerin der Beigeladenen zuÂ 2 als Leistungserbringerin in einem â privatrechtlichen â ErfÃ¼llungsverhÃ¤ltnis Ã¼berhaupt ein Entgelt schuldet (vgl. zum sog. sozialhilferechtlichen DreiecksverhÃ¤ltnis grundlegend BSG, Urteil vom 28.10.2008 â B 8 SO 22/07 R â juris). Daran fehlt es hier aus den bereits oben dargelegten GrÃ¼nden. Denn die Leistungserbringerin ist vorliegend nicht in ErfÃ¼llung eines â sei es tatsÃ¤chlich oder nur vermeintlich â bestehenden zivilrechtlichen Vertrags mit der KlÃ¤gerin tÃ¤tig geworden, sondern ausschlieÃlich zur ErfÃ¼llung eines â vermeintlichen aber tatsÃ¤chlich nicht bestehenden â Sachleistungsanspruchs der KlÃ¤gerin aus Â§Â 37 SGBÂ V.

Â

3. Die Kostenentscheidung beruht auf Â§Â 197a Abs.Â 1 SatzÂ 1 SGG i.V.m. Â§Â 154 Abs.Â 2 und 3, Â§Â 162 Abs.Â 3 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Eine Erstattung der auÃergerichtlichen Kosten des Beigeladenen zuÂ 1 entspricht nicht der Billigkeit, da er hat

keine AntrÃ¤ge gestellt hat.

Â

Bei dem Berufungsverfahren handelt es sich â□□ anders als bei dem erstinstanzlichen Verfahren vor dem SG â□□ um ein nach Â§Â 197a SGG kostenpflichtiges Verfahren. Ob in einem sozialgerichtlichen Verfahren die Vorschriften des Gerichtskostengesetzes (GKG) und der VwGO zur Anwendung kommen, ist, wie bereits aus dem Wortlaut des Â§Â 197a SGG folgt, fÃ¼r jeden Rechtszug gesondert zu bestimmen (BSG, Urteil vom 24.09.2008 â□□ B 12 R 10/07Â R â□□ juris Rn.Â 26; Schmidt in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, 13.Â Aufl. 2020, Â§Â 197a Rn.Â 3). GehÃ¶rt in einem Rechtszug weder der KlÃ¤ger noch der Beklagte zu den in Â§Â 183 SGG genannten Personen, werden Kosten nach den Vorschriften des GKG erhoben; die Â§Â§Â 184 bis 195 SGG finden keine Anwendung; die Â§Â§Â 154 bis 162 der VwGO sind entsprechend anzuwenden (Â§Â 197a Abs.Â 1 SatzÂ 1 SGG). Hinsichtlich der Parteirolle als â□□KlÃ¤gerâ□□ oder â□□Beklagterâ□□ ist auf den jeweiligen Rechtszug abzustellen (BSG, Beschluss vom 13.04.2006 â□□ B 12 KR 21/05 B â□□ juris Rn.Â 9; Schmidt in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, 13.Â Aufl. 2020, Â§Â 183 Rn.Â 10). Dies fÃ¼hrt dazu, dass sowohl ein in erster Instanz kostenpflichtiges Verfahren in zweiter Instanz kostenfrei werden kann (z.B. wenn ein kostenprivilegierter Beigeladener ein Rechtsmittel einlegt), als auch â□□ umgekehrt â□□ dazu, dass ein in erster Instanz kostenfreies Verfahren in zweiter Instanz kostenpflichtig werden kann (zu einer solchen Fallkonstellation siehe LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 19.11.2013 â□□ LÂ 13 R 1662/12 â□□ juris Rn.Â 80). Vorliegend gehÃ¶ren im Berufungsverfahren weder die BerufungsklÃ¤gerin noch die Berufungsbeklagte zum privilegierten Personenkreis nach Â§Â 183 SatzÂ 1 SGG. BerufungsklÃ¤gerin ist die Beigeladene zuÂ 2 in ihrer Eigenschaft als Leistungserbringerin. Berufungsbeklagte ist die ebenfalls nicht kostenprivilegierte Krankenkasse. Damit ist das Verfahren in der Berufungsinstanz kostenpflichtig nach Â§Â 197a Abs.Â 1 SatzÂ 1 SGG. Die Kosten waren der Beigeladenen zu 2 aufzuerlegen, weil das ausschlieÃ□lich von ihr eingelegte Rechtsmittel erfolglos geblieben ist.

Â

4. GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision nach Â§Â 160 Abs.Â 2 SGG liegen nicht vor.

Â

5. Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus Â§Â 197a Abs.Â 1 SatzÂ 1 SGG i.V.m. Â§Â 47 Abs.Â 1 SatzÂ 1, Â§Â 52 Abs.Â 1 und 3, Â§Â 63 Abs.Â 2 SatzÂ 1 GKG.

Â

Erstellt am: 05.01.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024