

## L 1 KR 340/19

Land  
Freistaat Sachsen  
Sozialgericht  
Sächsisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
1. Instanz  
SG Leipzig (FSS)  
Aktenzeichen  
S 8 KR 2/16  
Datum  
22.10.2019  
2. Instanz  
Sächsisches LSG  
Aktenzeichen  
L 1 KR 340/19  
Datum  
13.07.2022  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenfreistellung setzt voraus, dass dem Versicherten vom Leistungserbringer die tatsächlich erbrachten Leistungen in Rechnung gestellt worden sind.
2. 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](#).
3. Auf Leistungen der Behandlungspflege ([§ 37 SGB V](#)) findet [§ 14 SGB IX](#) keine Anwendung.
4. Da Leistungen der Behandlungspflege ([§ 37 SGB V](#)) und Leistungen der Eingliederungshilfe nebeneinander bestehen können, kommt eine Verurteilung des beigeladenen Trägers der Eingliederungshilfe nach [§ 75 Abs. 5 SGG](#) nicht in Betracht.

### Bemerkung

Kostenfreistellung nur bei schuldrechtlicher Verpflichtung zur Kostentragung

1. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 22. Oktober 2019 wird zurückgewiesen.
2. Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.

### **Tatbestand**

Im Streit stehen Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der 24-h-Krankenbeobachtung im Zeitraum vom 01.11.2014 bis 16.08.2016.

Der 2000 geborene, bei der beklagten Krankenkasse versicherte Kläger ist als Folge einer Herpes-Encephalitis schwerbehindert (im Streitzeitraum Grad der Behinderung von 100, Merkzeichen "G", "aG", "B" und "H", Pflegestufe III). Neben einem Epilepsieleiden bestehen eine Intelligenzminderung und eine Verhaltensstörung mit Impulsdurchbrüchen.

Seit November 2014 lebte der Kläger in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Wohnheim X... in B..., Städtischer Eigenbetrieb für Behindertenhilfe [SEB]), deren Trägerin die Beigeladene zu 2 ist. Die Kosten hierfür übernahm die Beigeladene zu 1 als zuständige Trägerin der Eingliederungshilfe. An den Wochenenden wurde der Kläger regelmäßig von seiner Familie nach Hause geholt. Ausweislich der Leistungsvereinbarung (§ 75 Abs. 3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch [SGB XII] in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung [a.F.]) handelt es sich bei dem Wohnheim um eine Einrichtung, die schwerstmehrfach behinderte Kinder und Jugendliche aufnimmt, wobei das Störungsbild durch eine erhöhte Pflegebedürftigkeit sowie eine medizinisch angezeigte Behandlungspflege gekennzeichnet ist. Die Behandlungspflege wird hierbei nicht vom Einrichtungsträger erbracht; dieser kann die Behandlungspflege sicherstellen, wenn hierfür eine zusätzliche Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt.

Am 03.11.2014 – dem Tag der Aufnahme in die Einrichtung – verordnete der behandelnde Arzt dem Kläger erstmals häusliche Krankenpflege, die (u.a.) als sonstige Maßnahme der Behandlungspflege eine "24 h spezielle Krankenbeobachtung mit Überwachung der Vitalwerte wegen Epilepsie und Krampfverhalten zur Abwendung lebensbedrohlicher Zustände" im Zeitraum 03.11.2014 bis 16.11.2014 umfassen sollte. Es folgten Folgeverordnungen für die Zeiträume vom 17.11.2014 bis 31.12.2015 (Verordnung vom 11.11.2014), vom 01.01.2016 bis 31.12.2016 (Verordnung vom 07.12.2015) und vom 01.01.2017 bis 31.12.2017 (Verordnung vom 05.12.2016).

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 20.11.2014 den bei ihr am 19.11.2014 eingegangenen Antrag auf Übernahme der Kosten der häuslichen Krankenpflege ab. Beim Kläger liege keine medizinische Notwendigkeit/Indikation für eine Intensivpflegebedürftigkeit vor. Hiergegen wandte sich der Kläger mit Widerspruch vom 03.12.2014.

Ein im Widerspruchsverfahren erstelltes Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) kam zu dem Ergebnis, dass die Voraussetzungen für eine 24-h-Krankenbeobachtung nicht gegeben seien. Zweifelsohne liege beim Kläger eine schwer behandelbare Epilepsie vor. Anfallsfreiheit habe bislang trotz wiederholt angepasster Medikation nicht erreicht werden können. Indes handele es sich bei einem einzelnen epileptischen Anfall um ein Symptom, nicht um einen Notfall. Der Anfall ende in der Regel nach Sekunden oder wenigen Minuten spontan, ohne dass besondere Maßnahmen ergriffen werden müssten. Anders verhalte es sich bei einem sog. Status epilepticus, bei dem in dichter Folge hintereinander Anfälle – ohne Erholungsphasen für den Patienten – aufträten. Wenn ein solcher Zustand länger als 30 bis 60 Minuten anhalte, handele es sich um einen lebensbedrohlichen Zustand, der als Notfall dringend stationär behandlungsbedürftig sei. Derartige Anfälle seien jedoch – auch wenn wiederholt Stürze mit Verletzungsfolgen aufgetreten seien – nicht dokumentiert. Die Anforderungen nach Nr. 24 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie – HKP-RL) seien demnach nicht erfüllt. Weder sei ein tägliches Auftreten vital bedrohliche Situationen dokumentiert noch die Erforderlichkeit sofortiger pflegerischer/ärztlicher Interventionen. Dass im Rahmen der Grundpflegerischen Versorgung – gerade im Hinblick auf die bestehende Sturzneigung bei Anfällen – ein erheblicher Betreuungs- und Beaufsichtigungsaufwand bestehe, reiche zur Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für eine spezielle Krankenbeobachtung nicht aus.

Mit Widerspruchsbescheid vom 09.12.2015 wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch vom 03.12.2014 gegen den Bescheid vom 20.11.2014 zurück.

Zu den Folgeverordnungen vom 07.12.2015 (Zeitraum: Kalenderjahr 2016, Eingang bei der Beklagten am 30.12.2016) und vom 05.12.2016 (Zeitraum: Kalenderjahr 2017, Eingang bei der Beklagten am 27.12.2016) erließ die Beklagte gesonderte Ablehnungsbescheide (Bescheide vom 11.01.2016 und 30.01.2017), die nicht angefochten wurden.

Der Kläger hat – nachdem ein Antrag auf Gewährung gerichtlichen Eilrechtsschutzes erfolglos geblieben war (Beschluss des Sozialgerichts [SG] Leipzig vom 06.11.2015 – S 8 KR 555/15 ER) – am 05.01.2016 Klage zum SG Leipzig erhoben. Er hat geltend gemacht, dass aufgrund des Anfallleidens die beantragte Krankenbeobachtung täglich rund um die Uhr medizinisch notwendig sei. Manche seiner Anfälle endeten nach Sekunden oder wenigen Minuten spontan von selbst, andere könnten erst nach mehreren Minuten durch die Verabreichung eines Notfallmedikaments unterbrochen werden. Infolge der Krampfanfälle stürze er häufig, was in der Vergangenheit bereits zu schweren Verletzungen (Prellungen, Platzwunden, Verlust eines Zahnes) geführt habe. Erleide er einen Anfall in der Badewanne, bestehe die Gefahr des Ertrinkens. Anfälle träten auch in der Nacht auf. Nach Einschätzung seiner behandelnden Ärzte bestehe durch prolongierte Anfälle akute Lebensgefahr.

Nach Durchführung eines Erörterungstermins (Termin vom 28.03.2017) ist auf Anregung des SG im Hinblick auf den beigezogenen ärztlichen Unterlagen zu entnehmende Veränderungen im Gesundheitszustand des Klägers ein weiteres MDK-Gutachten erstellt worden. Das Gutachten vom 23.05.2017 ist zu dem Ergebnis gelangt, dass die Voraussetzungen der speziellen Krankenbeobachtung nunmehr erfüllt seien. Die Krankheitssituation habe sich ausweislich der Epikrisen aus dem Jahr 2016 (Epilepsiezentrum W... vom 01.09.2016 und 07.12.2016, Universitätsklinikum B... vom 11.10.2016) dahingehend verschärft, dass es infolge des Epilepsieleidens im Jahr 2016

wiederholt zu lebensbedrohlichen Situationen gekommen sei, die auch insgesamt zu Entwicklungsrückschritten beim Kläger geführt hätten. Eine Beaufsichtigung rund um die Uhr sei nunmehr geboten, da ein Krampfanfall als ein solcher identifiziert werden müsse und ggf. – im Falle des Nicht-Sistierens – die Gabe eines Notfallmedikaments erforderlich sei.

Mit Bescheid vom 30.08.2017 hat sich die Beklagte daraufhin zur Übernahme der Kosten für eine Krankenbeobachtung im Umfang von 21,80 Stunden/Tag (24,00 Stunden abzüglich 2,2 Stunden für die reine Grundpflege) für die Zeit vom 01.09.2017 bis 31.12.2017 verpflichtet. Im September/Oktober 2017 haben sich Kläger und Beklagte im Rahmen eines außergerichtlichen Vergleichs darauf geeinigt, dass diese Regelung bereits ab dem 17.08.2016 (Entlassung aus dem stationären Aufenthalt in W....) gelten solle.

Mit Urteil vom 22.10.2019 hat das SG festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet sei, dem Grunde nach bei Vorliegen der ärztlichen Verordnungen ab dem 17.08.2016 die Kosten für eine spezielle Krankenbeobachtung des Klägers im Umfang von 21,8 Stunden täglich zu tragen. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Zur Begründung seiner Entscheidung hat das SG ausgeführt: Für die Zeit ab 17.08.2016 habe die Beklagte die Notwendigkeit spezieller Krankenbeobachtung anerkannt und sei daher entsprechend zu verurteilen. Für den noch streitigen vorangehenden Zeitraum vom 01.11.2014 bis 16.08.2016 bestehe der geltend gemachte Anspruch dagegen nicht. Zwar handele es sich bei dem Wohnheim X.... um einen geeigneten Ort im Sinne von [§ 37 Abs. 1 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), an dem grundsätzlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbracht werden könnten. Indes seien die Voraussetzung für die Gewährung spezieller Krankenbeobachtung nicht erfüllt. Nach Nr. 24 HKP-RL sei spezielle Krankenbeobachtung vorgesehen zur kontinuierlichen Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen sowie Dokumentation der Vitalfunktionen wie Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut und Schleimhaut einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen. Die Leistung sei verordnungsfähig, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sei und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden könnten. Die spezielle Krankenbeobachtung setze die permanente Anwesenheit der Pflegekraft über den gesamten Versorgungszeitraum voraus. Zur speziellen Krankenbeobachtung gehöre auch die dauernde Erreichbarkeit des Arztes und die laufende Information des Arztes über Veränderungen der Vitalzeichen. Die allgemeine Krankenbeobachtung sei dagegen Bestandteil jeder pflegerischen Leistung. Dass die Voraussetzungen spezieller Krankenbeobachtung beim Kläger im streitigen Zeitraum vorgelegen hätten, sei nicht belegt. Ein Status epilepticus mit Anfällen von länger als fünf bis zehn Minuten oder Serien von Anfällen, einhergehend mit der Notwendigkeit der Einweisung in eine Notfallambulanz, sei anhand der beigezogenen Befunde (Verweis auf die Epikrisen des Universitätsklinikums B....) für den Streitzeitraum nicht belegt. Einzelne Anfälle – auch solche, die nicht spontan endeten, sondern eine Medikamentengabe erforderten – begründeten noch keinen Notfall, da sie nicht per se lebensbedrohlich seien. Dass bereits im Streitzeitraum täglich unmittelbar lebensbedrohliche Situationen, die eine pflegerische/ärztliche Intervention erforderten, eingetreten wären, sei, wie im MDK-Gutachten vom 27.08.2015 zutreffend dargestellt, nicht dokumentiert. Erstmals der Epikrise des Epilepsiezentrums W.... vom 01.09.2016 sei dies zu entnehmen. Auf deren Grundlage habe dann auch der MDK im Gutachten vom 23.05.2017 die Voraussetzungen für die spezielle Krankenbeobachtung bejaht. Es erscheine daher sachgerecht, für die Zuerkennung der begehrten Leistung an den Zeitpunkt der Entlassung aus dem Epilepsiezentrum anzuknüpfen. Für den davor liegenden Zeitraum sei zwar zweifelsohne ein erhöhter Betreuungs- und Beaufsichtigungsaufwand gegeben. Dieser werde jedoch durch die sonstigen zuerkannten Leistungen (Leistungen der Pflegestufe III, Leistungen der Eingliederungshilfe) abgedeckt.

Gegen das ihm am 02.12.2019 zugestellte Urteil hat der Kläger am 20.12.2019 Berufung eingelegt, mit der er Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang von 21,8 Stunden täglich auch für den Zeitraum vom 01.11.2014 bis 16.08.2016 begehrt. Die Voraussetzungen für die spezielle Krankenbeobachtung hätten bereits in diesem Zeitraum vorgelegen. Zwar seien ihm für den streitigen Zeitraum bislang keine Rechnungen übersandt worden. Auch verfüge er nicht mehr über Unterlagen zu seiner Unterbringung. Er habe jedoch für die selbstbeschaffte Leistung Anspruch auf Kostenfreistellung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Er müsse nach wie vor damit rechnen, im Wege der Sekundärhaftung durch den Leistungserbringer für die entstandenen Kosten in Anspruch genommen zu werden. Dies sei zur Begründung des Rechtsschutzinteresses ausreichend, auch wenn bislang keinerlei Kostenforderungen an ihn herangetragen worden seien. Hinsichtlich des im Hilfsantrag angeführten Geldbetrags (140.376,88 €) orientiere er sich an einer – von anderen Kassen übernommenen – Vereinbarung mit der AOK, wonach für die medizinische Behandlungspflege in der Einrichtung ein Betrag in Höhe von 8,98 € pro Stunde (bis 28.02.2015) bzw. in Höhe von 9,32 € pro Stunde (ab 01.03.2015) bzw. in Höhe von 10,35 € pro Stunde (ab 01.08.2015) in Ansatz zu bringen sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 22. Oktober 2019 zu ändern, den Bescheid vom 20. November 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 9. Dezember 2015 aufzuheben und

festzustellen, dass die Beklagte für den Zeitraum 1. November 2014 bis 16. August 2016 die Kosten für eine spezielle Krankenbeobachtung des Klägers im Umfang von 21,8 Stunden täglich zu tragen hat,

hilfsweise die Beklagte zu verurteilen, den Kläger von den Kosten für den Zeitraum 3. November 2014 bis 16. August 2016 in Höhe von 140.376,88 € nebst 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit freizustellen,

hilfsweise den Kläger von den Kosten für den Zeitraum 3. November 2014 bis 16. August 2016 freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Ansicht, dass die Voraussetzungen für eine 24-h-Krankenbeobachtung im jetzt noch streitigen Zeitraum vom 01.11.2014 bis 16.08.2016 nicht vorgelegen hätten und verweist insoweit auf das MDK-Gutachten vom 27.08.2015. Das tägliche Auftreten lebensbedrohlicher Situationen, einhergehend mit dem Erfordernis sofortiger pflegerischer oder ärztlicher Interventionen sei für den streitigen Zeitraum nicht dokumentiert. Dass Verletzungen infolge von Stürzen aufgrund von Anfällen eingetreten seien, reiche nicht aus. Dass Erfordernis der intensiven Beaufsichtigung des Klägers stelle keine medizinisch-pflegerische Maßnahme oder Kontrolle von Vitalfunktionen wie Puls, Blutdruck, Atmung etc. dar; vielmehr handele es sich insoweit um einen allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsaufwand. Dieser sei nicht Bestandteil der häuslichen Krankenpflege, sondern durch die Einrichtung der Eingliederungshilfe sicherzustellen. Zum Teil sei der entsprechende Aufwand – z.B. beim Waschen/Baden – auch bereits bei den Verrichtungen der Grundpflege berücksichtigt, was sich in der Zuerkennung der Pflegestufe III widerspiegele. Das MDK-Gutachten vom 29.05.2017, wonach die Voraussetzungen der speziellen Krankenbeobachtung "nun" erfüllt seien, stütze seine Einschätzung im Wesentlichen auf die Epikrisen des Epilepsiezentrum W.... vom 01.09.2016 und 07.12.2016 sowie die des Universitätsklinikums B.... vom 11.10.2016. Dies rechtfertige die Zuerkennung der begehrten Leistung ab dem 17.08.2016, dem Zeitpunkt der Entlassung des Klägers aus dem ersten stationären Aufenthalt in W...., als dem frühesten objektivierbaren Zeitpunkt. Im Übrigen seien für den noch streitigen Zeitraum vom 01.11.2014 bis 16.08.2016 keinerlei Rechnungen – weder gegenüber der Beklagten, noch gegenüber dem Kläger selbst – gestellt worden. Da der Kläger die Leistungen erhalten habe und privatrechtliche Forderungen ihm gegenüber zwischenzeitlich verjährt seien, fehle es am Rechtsschutzbedürfnis für die Fortführung des Verfahrens. Nur ergänzend werde vor diesem Hintergrund hinsichtlich der Höhe der mit dem Hilfsantrag geltend gemachten Kosten darauf hingewiesen, dass bei der Vergütung nur die tatsächlichen Anwesenheitstage des Klägers in der Einrichtung Berücksichtigung finden könnten.

Die Beigeladenen stellen keine eigenen Anträge.

Beigezogen waren die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Akten des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens S 8 KR 555/15 ER. Auf diese und auf die Gerichtsakte wird ergänzend Bezug genommen.

## **Entscheidungsgründe**

Der Senat konnte trotz Nichterscheinens eines Vertreters der Beklagten verhandeln und entscheiden, da diese ordnungsgemäß zu dem Termin geladen und auf diese Möglichkeit in der Ladung ausdrücklich hingewiesen wurde ([§ 110 Abs. 1 Satz 2](#), [§ 126 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)).

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

1. Streitgegenständlich im Berufungsverfahren ist – neben dem erstinstanzlichen Urteil des SG – der Bescheid der Beklagten vom 20.11.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.12.2015, soweit dort die beantragte Leistung (häusliche Krankenpflege in Form der 24-h-Krankenbeobachtung) für den Zeitraum vom 01.11.2014 bis 16.08.2016 abgelehnt worden ist.

Nicht mehr Streitgegenständlich im Berufungsverfahren ist dagegen der Anspruch für die Zeit ab 17.08.2016, nachdem sich die Beteiligten hierüber im Rahmen eines Teilvergleichs geeinigt haben und das SG auf dieser Grundlage den klageweise geltend gemachten Anspruch zuerkannt hat.

2. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klage ist bereits unzulässig.

a) In zeitlicher Hinsicht ist zulässiger Gegenstand der Klage nur der Leistungszeitraum vom 01.11.2014 bis 31.12.2015. Der Bescheid vom 20.11.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.12.2015 betrifft ausdrücklich nur die ärztliche Verordnung vom 03.11.2014 für den Zeitraum vom 03.11.2014 bis 16.11.2014. Die Einbeziehung des Folgezeitraums vom 17.11.2014 bis 31.12.2015 (ärztliche Verordnung

vom 11.11.2014) rechtfertigt sich dadurch, dass die (Folge-)Verordnung vom 11.11.2014 während des laufenden Widerspruchsverfahrens ergangen ist und der Widerspruchsbescheid vom 09.12.2015 – zumindest in seiner Begründung – auf "Folgeverordnungen" Bezug nimmt. Nicht verfahrensgegenständlich sind dagegen die Anschlusszeiträume vom 01.01.2016 bis 31.12.2016 (ärztliche Verordnung vom 07.12.2015) und vom 01.01.2017 bis 31.12.2017 (ärztliche Verordnung vom 05.12.2016). In der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist seit langem geklärt, dass (Folge-)Bescheide zu (Folge-)Verordnungen für (Folge-)Zeiträume nicht nach [§ 96 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand eines laufenden Klageverfahrens werden (BSG, Urteil vom 21.11.2002 – [B 3 KR 13/02 R](#) – juris Rn. 11 ff.). Zu den Verordnungen vom 07.12.2015 (Kalenderjahr 2016) und vom 05.12.2016 (Kalenderjahr 2017) sind gesonderte (Ablehnungs-)Bescheide ergangen (Bescheid vom 11.01.2016 und Bescheid vom 30.01.2017). Diese sind bestandskräftig geworden, nachdem sie vom Kläger nicht mit dem Widerspruch angefochten wurden. Damit fehlt es für die Zulässigkeit der Klage hinsichtlich des Zeitraums ab 01.01.2016 an der erforderlichen Durchführung eines Widerspruchsverfahrens ([§ 78 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) betreffend die Ablehnungsentscheidungen (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 11).

b) Im Übrigen kann die Klage im Hauptantrag bereits deshalb keinen Erfolg haben, weil es sich um ein unzulässiges Feststellungsbegehren handelt. Die Feststellungsklage nach [§ 55 SGG](#) ist gegenüber einer Gestaltungs- oder Leistungsklage subsidiär (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl. 2020, § 55 Rn. 19 m.w.N.). Häusliche Krankenpflege ist grundsätzlich als Sachleistung zu gewähren; unter bestimmten Voraussetzungen ([§ 13 Abs. 3 Satz 1](#), [§ 37 Abs. 4 SGB V](#)) wandelt sich dieser Sachleistungsanspruch in einen Anspruch auf Kostenerstattung oder Kostenfreistellung um (BSG, Urteil vom 26.03.1980 – [3 RK 47/79](#) – juris Rn. 11; Urteil vom 30.11.2017 – [B 3 KR 11/16 R](#) – juris Rn. 15 ff.). Geltend zu machen ist der Anspruch – sei er auf eine (in Zukunft zu erbringende) Sachleistung oder auf Kostenerstattung/Kostenfreistellung (für in der Vergangenheit erbrachte Leistungen) gerichtet – mittels der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#) (siehe zuletzt: BSG, Urteil vom 26.03.2021 – [B 3 KR 14/19 R](#) – juris Rn. 11). Etwas anderes kann nur dann geltend, wenn die begehrte Leistung bereits vorläufig – etwa aufgrund einer im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes zugunsten des Versicherten ergangenen Entscheidung – erbracht worden ist. In derartigen Fällen, in denen es um das Behaltendürfen der Leistung – also die endgültige Leistungspflicht der Kasse – geht, ist das Begehren im Wege der kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (so BSG, Urteil vom 08.02.2017 – [B 14 AS 22/16 R](#) – juris Rn. 10; Urteil vom 12.09.2018 – [B 4 AS 39/17 R](#) – juris Rn. 11) oder der kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage (so BSG, Urteil vom 16.12.2014 – [B 1 KR 31/13 R](#) – juris Rn. 11; Urteil vom 13.12.2016 – [B 1 KR 1/16 R](#) – juris Rn. 8) zu verfolgen. Eine solche Fallkonstellation liegt hier jedoch nicht vor. Das im Jahr 2015 geführte Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ist für den Kläger erfolglos geblieben (Beschluss des SG Leipzig vom 06.11.2015 – Az.: S 8 KR 555/15 ER). Zu einer vorläufigen Leistungsgewährung aufgrund einer einstweiligen Anordnung zugunsten des Klägers ist es demnach nicht gekommen. Da der Zeitraum, für den Leistungen beansprucht werden, in der Vergangenheit liegt, kann das klägerische Begehren nur so verstanden werden, dass der Kläger entweder Kostenerstattung oder Kostenfreistellung begehrt (vgl. BSG, Urteil vom 22.04.2015 – [B 3 KR 16/14 R](#) – juris Rn. 42). Da der Kläger selbst keine Zahlungen erbracht hat, ist sein Begehren sachdienlich ([§ 123 SGG](#)) dahingehend auszulegen, dass er einen Anspruch auf Freistellung von den Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen geltend macht. Statthafte Klageart hierfür ist (allein) die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#). Der als Hauptantrag formulierte Feststellungsantrag ist unzulässig (vgl. BSG, Urteil vom 20.11.2008 – [B 3 KR 25/07 R](#) – juris Rn. 14).

c) Auch die Hilfsanträge enthalten keine zulässigen Klagebegehren. Für den unbezifferten (zweiten) Hilfsantrag gilt dies bereits deshalb, weil im Rahmen der Leistungsklage ein beziffertes Klageantrag zu stellen ist (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl. 2020, § 54 Rn. 41). Unterbleibt dies, so fehlt es an den in jedem Verfahrensstadium zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen (BSG, Urteil vom 17.03.2005 – [B 3 KR 35/04 R](#) – juris Rn. 11; Urteil vom 26.01.2006 – [B 3 KR 4/05 R](#) – juris Rn. 11). Denn ohne Bezifferung der Forderung sind die Urteile nicht vollstreckbar. Selbst wenn erwartet werden kann, dass eine öffentlich-rechtliche Körperschaft wie die Beklagte im Allgemeinen einem Urteilsspruch auch ohne Vollstreckung nachkommen wird, ist es nicht zulässig, die Gerichte letztlich nur zur Entscheidung einer Rechtsfrage anzurufen und darauf zu vertrauen, dass anschließend der Streitstoff von den Beteiligten ausgeräumt wird (BSG, Urteil vom 17.03.2005 – [B 3 KR 35/04 R](#) – juris Rn. 13). Aber auch der erste, bezifferte Hilfsantrag genügt den von Gesetzes wegen zu stellenden Anforderungen an einen bestimmten Klageantrag nicht. Denn im Falle geleisteter Aufwendungen ist die Höhe der Aufwendungen zu substantiieren und bei Bestreiten zu belegen; bei einem Befreiungsanspruch gilt nichts anderes (BSG, a.a.O., Rn. 13). Daran fehlt es hier. Der im Antrag angeführte Betrag (140.376,88 €) beziffert weder dem Kläger tatsächlich entstandene Aufwendungen noch eine Kostenforderung, der der Kläger aktuell ausgesetzt wäre. Vielmehr handelt es sich um fiktiv – und lediglich überschlagsmäßig – berechnete Kosten, die von der Prozessbevollmächtigten auf der Grundlage eines mit einer anderen, im hiesigen Verfahren nicht beteiligten, Krankenkasse (AOK) geschlossenen Vertrags geschätzt wurden. Der Kläger selbst verfügt eigenen Angaben zufolge über keinerlei Unterlagen betreffend den Aufenthalt in der Einrichtung der Beigeladenen zu 2 mehr. Er lässt lediglich vortragen, es sei "davon auszugehen", dass die Einrichtung die Leistungen nicht umsonst erbracht habe. Die Beklagte verweist darauf, dass ihr für den streitigen Zeitraum keinerlei Abrechnungen vorgelegt worden seien, weder vom Kläger noch durch die Beigeladene zu 2. Im Übrigen bestreitet die Beklagte die Höhe der im Hilfsantrag bezifferten Kosten mit dem – zutreffenden – Hinweis darauf, dass nur tatsächliche Anwesenheitstage in der Einrichtung Berücksichtigung bei der Vergütung finden könnten, der Kläger indes, da er regelmäßig (insbesondere über die Wochenenden) von seiner Familie nach Hause geholt worden sei, nicht täglich anwesend gewesen sei. An wie vielen Tagen der Kläger überhaupt in der Einrichtung anwesend war, ist völlig ungewiss. Vor diesem Hintergrund hätte es dem Kläger obliegen, die Aufwendungen zu substantiieren und (insbesondere durch Rechnungen) zu belegen, was indes – trotz eines entsprechenden richterlichen Hinweises im Vorfeld der mündlichen Verhandlung – unterblieben ist. Dies wohl vor allem deshalb, weil eine solche Substantiierung dem Kläger schlicht nicht möglich ist, weil er offensichtlich zu keinem Zeitpunkt einer Kostenforderung ausgesetzt war.

3. Die Klage ist zudem auch unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Kostenfreistellung.

a) Ansprüche auf Kostenfreistellung können sich auf der Grundlage des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) und des [§ 37 Abs. 4 SGB V](#) ergeben, wobei diese Vorschriften, da sie unterschiedliche Konstellationen betreffen, nebeneinander zur Anwendung kommen (BSG, Urteil vom 30.11.2017 – [B 3 KR 11/16 R](#) – juris Rn. 14; Urteil vom 07.05.2020 – [B 3 KR 4/19 R](#) – juris Rn. 12). Von vornherein ausgeschlossen ist demgegenüber ein Anspruch nach [§ 6 Abs. 6 HKP-RL](#), da die dort normierte Vorlagefrist für die ärztliche Verordnung nicht eingehalten wurde.

Sowohl [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) als auch [§ 37 Abs. 4 SGB V](#) setzen – über die oben dargestellten prozessualen Anforderungen hinaus – in materieller Hinsicht voraus, dass dem Versicherten die tatsächlich erbrachten Leistungen in Rechnung gestellt worden sind (BSG, Urteil vom 17.03.2005 – [B 3 KR 35/04 R](#) – juris Rn. 18). Fehlt es hieran, besteht kein Anspruch, von dem der Versicherte freizustellen wäre. Die bloße Leistungsanspruchnahme reicht zur Begründung des geltend gemachten Anspruchs nicht aus. Erforderlich ist, dass der Versicherte rechtlich dazu verpflichtet ist, die unbeglichenen Rechnungen zu bezahlen. Eine solche Verpflichtung folgt nicht schon aus der Tatsache, dass die beklagte Kasse sich weigert, diese Leistungen zu bezahlen. Der Versicherte ist insoweit nicht gleichsam Ausfallbürge für die Verpflichtung der Beklagten. Ein Befreiungsanspruch kann als Vorstufe eines Erstattungsanspruchs nur dann gegeben sein, wenn sich der Versicherte wegen der Leistungsverweigerung der Krankenkasse verpflichtet hat, die Leistungen im Rahmen eines privatrechtlichen Vertrages in Anspruch zu nehmen und zu begleichen, wobei damit durchaus eine Stundungsabrede des Inhalts verbunden sein kann, dass die Zahlung erst fällig wird, wenn endgültig feststeht, dass die Krankenkasse nicht eintritt (BSG, a.a.O.). Aus der tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistungen allein ergibt sich kein Anspruch des Leistungserbringers auf Bezahlung. Ein Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung nach [§ 812](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) könnte sich allein gegen die Beklagte richten, weil die Leistung in vermeintlicher Erfüllung der Sachleistungsverpflichtung der Beklagten an die Beklagte gerichtet gewesen wäre; bei Bestehen der hier streitigen Sachleistungsverpflichtung wäre nur die Beklagte zu Unrecht bereichert, weil sie insoweit durch die Leistung von dieser Verpflichtung befreit worden wäre (BSG, a.a.O., Rn. 19). Soweit das BSG einen Kostenerstattungsanspruch auch in solchen Fällen für möglich gehalten hat, in denen der zivilrechtliche Selbstbeschaffungsvertrag zwischen Versichertem und Leistungserbringer – etwa wegen Verstoßes gegen ein gesetzliches Verbot – unwirksam sein sollte (siehe hierzu BSG, Urteil vom 03.08.2006 – [B 3 KR 24/05 R](#) – juris Rn. 20), folgt hieraus nichts anderes. Denn entscheidend ist nicht die Wirksamkeit des zivilrechtlichen Vertrags, sondern der Umstand, dass Versicherter und Leistungserbringer eine schuldrechtliche Verpflichtung eingehen wollten (BSG, Beschluss vom 01.12.2011 – [B 3 KR 17/11 B](#) – juris Rn. 6). Dies war vorliegend nach Überzeugung des Senats nicht der Fall. Ein schriftlicher Vertrag wurde nicht geschlossen. Zahlungsbegehren wurden seitens der Beigeladenen zu 2 als Leistungserbringerin nicht an den Kläger herangetragen, Rechnungen wurden nicht gestellt. Es wurden – trotz des erheblichen Zeitablaufs – auch keine verjährungsunterbrechenden Maßnahmen gegenüber dem Kläger unternommen. Der Senat geht vor diesem Hintergrund davon aus, dass die Beigeladenen zu 2 bei der Leistungserbringung nicht in Erfüllung eines – sei es tatsächlich oder nur vermeintlich bestehenden – zivilrechtlichen Vertrags tätig geworden ist, sondern ausschließlich zur Erfüllung eines vermeintlichen Sachleistungsanspruchs des Klägers gegen die Beklagte aus [§ 37 SGB V](#) (vgl. zu einer entsprechenden Konstellation: BSG, Urteil vom 20.04.2016 – [B 3 KR 17/15 R](#) – juris Rn. 11; Senatsurteil vom 24.03.2021 – [L 1 KR 259/18](#) – juris Rn. 27). In derartigen Fällen handelt ein Leistungserbringer, der seine Leistungen ohne die vertraglich vorgesehene Genehmigung der Krankenkasse erbringt, auf eigenes Risiko und bleibt ggf. – in den Fällen einer ablehnenden Entscheidung der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten – ohne Vergütung (Senatsurteil vom 24.03.2021 – [L 1 KR 259/18](#) – juris Leitsatz [zu Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach [§ 37b SGB V](#)]).

aa) Die Anspruchsvoraussetzungen nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind auch aus weiteren Gründen nicht erfüllt. Es fehlt an dem erforderlichen Kausalzusammenhang. Auch im Bereich der häuslichen 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 [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) – und auch nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) – aus (BSG, Urteil vom 30.11.2017 – [B 3 KR 11/16 R](#) – juris Rn. 18; Urteil vom 07.05.2020 – [B 3 KR 4/19 R](#) – juris Rn. 16). Vorliegend wird Kostenfreistellung für die Zeit ab 01.11.2014 beansprucht. Die ärztliche Verordnung vom 03.11.2014 wurde indes erst am 19.11.2014 bei der Beklagten eingereicht, der Ablehnungsbescheid datiert vom 20.11.2014. Hierin kommt zum Ausdruck, dass der Kläger sowohl hinsichtlich des "Ob" der Leistungserbringung als auch hinsichtlich des Leistungserbringers vorfestgelegt war. Dies wirkt sich anspruchshindernd auf den Anspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) aus, denn die Krankenkasse muss zunächst die rein faktische Möglichkeit haben, sich mit dem Leistungsbegehren zu befassen, es zu prüfen und ggf. Behandlungsalternativen aufzuzeigen, bevor eine Selbstbeschaffung mit Kostenerstattungsanspruch in Betracht kommt (BSG, Urteil vom 30.11.2017 – [B 3 KR 11/16 R](#) – juris, Rn. 18; Urteil vom 07.05.2020 – [B 3 KR 4/19 R](#) – juris Rn. 16).

bb) Auch die weiteren tatbestandlichen Voraussetzungen eines Anspruchs nach [§ 37 Abs. 4 SGB V](#) liegen nicht vor. Der Anwendungsbereich dieser Vorschrift ist eröffnet, wenn bei der Krankenkasse ein Antrag auf Bewilligung häuslicher Krankenpflege eingegangen ist und die Krankenkasse dem Antrag jedenfalls dem Grunde nach entspricht (BSG, Urteil vom 30.11.2017 – [B 3 KR 11/16 R](#) – juris Rn. 15; Padé in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, Stand: 09.11.2021, § 37 Rn. 94). Dem Versicherten sind in derartigen Fällen die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten, wenn die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen kann ([§ 37 Abs. 4](#) 1. Alt. SGB V) oder Grund besteht, davon abzusehen ([§ 37 Abs. 4](#) 2. Alt. SGB V). Die Norm setzt voraus, dass der Versicherte zunächst einen Antrag auf Gewährung der Sachleistung an die Krankenkasse gerichtet hat. Ist eine der vorgenannten Alternativen erfüllt, wandelt sich der die häusliche Krankenpflege betreffende Sachleistungsanspruch in einen Kostenerstattungsanspruch um. Die Norm erfasst mithin Fälle, in denen die Krankenkasse die Sachleistung nicht erbringen kann, weil sie z.B. nach der ersten Alternative über keine ausreichende Anzahl von geeigneten Pflegekräften verfügt, oder wenn nach der zweiten Alternative der Versicherte z.B. in seiner Person liegende Gründe aufweist, aufgrund derer nur eine spezielle Pflegekraft in Betracht kommt, die auch nicht vertraglich gegenüber der Krankenkasse gebunden sein muss (BSG, a.a.O., Rn. 15). Dies zugrunde legend scheidet ein Anspruch nach [§ 37 Abs. 4 SGB V](#) bereits deshalb aus, weil zwischen den Beteiligten im Streit stand, ob die Voraussetzungen für die Gewährung häuslicher Krankenpflege beim Kläger überhaupt erfüllt waren. Im Übrigen ist auch weder dargetan noch ersichtlich, dass und ggf. aus welchen Gründen die vom Kläger beanspruchten Leistungen ausschließlich durch die Beigeladene zu 2 erbracht werden konnten.

b) Weiter ist zu beachten, dass sowohl der Kostenfreistellungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) als auch derjenige nach [§ 37 Abs. 4 SGB V](#) einen Sachleistungsanspruch auf Gewährung häuslicher Krankenpflege nach [§ 37 SGB V](#) voraussetzt (BSG, Urteil vom 30.11.2017 – [B 3 KR 11/16 R](#) – juris Rn. 14; Urteil vom 07.05.2020 – [B 3 KR 4/19 R](#) – juris Rn. 12). Hieran fehlt es vorliegend. Ein Sachleistungsanspruch nach [§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (in der hier anzuwendenden Fassung vom 14.06.2007) bestand im Streitzeitraum nicht.

aa) Für die Zeit vom 01.11.2014 bis 02.11.2014 scheidet ein Anspruch bereits mangels ärztlicher Verordnung aus. Leistungen der HKP wurden mit ärztlicher Verordnung vom 03.11.2014 erstmals ab 03.11.2014 verordnet.

bb) Für den Zeitraum vom 03.11.2014 bis 31.12.2015 (der weitergehende Zeitraum ist, wie oben dargelegt, nicht streitgegenständlich) fehlt es am Nachweis der medizinischen Erforderlichkeit der begehrten Leistung. Insoweit wird Bezug genommen auf die Ausführungen des SG im angefochtenen Urteil sowie im Beschluss über die Ablehnung der Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)), auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid der Beklagten ([§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 136 Abs. 3 SGG](#)) sowie auf die Ausführungen im MDK-Gutachten vom 27.08.2015. Ergänzend ist auf Folgendes hinzuweisen: Entscheidend ist nicht, ob der Versicherte – sei es aus eigenem Antrieb heraus oder aufgrund der Einschätzung des Leistungserbringers – subjektiv davon überzeugt ist, dass die Voraussetzungen für die begehrte Leistung, hier für eine Rund-um-die-Uhr-Behandlungspflege, vorliegen. Deren medizinische Notwendigkeit muss vielmehr objektiv feststehen, das heißt, durch nachvollziehbar und vollständig dokumentierte Befunde belegt sein. Um dies sicherzustellen, sieht § 6 Abs. 1 HKP-RL vor, dass die ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege durch die Krankenkasse zu genehmigen ist. Vorliegend kann anhand der beigezogenen ärztlichen Befunde und der pflegerischen Dokumentation nicht nachvollzogen werden, dass die Voraussetzungen für die begehrte Rund-um-die-Uhr-Krankenbeobachtung bereits im Streitzeitraum vorlagen. Dies wirkt sich zu Lasten des Klägers aus, den die Darlegungs- und Feststellungslast für den klageweise geltend gemachten Anspruch trifft. Wie bereits das SG geht auch der Senat von einer stetigen Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands des Klägers seit Aufnahme in die Einrichtung aus. So ist den Epikrisen des Universitätsklinikums B.... und des Sächsischen Epilepsiezentrum W.... aus den Jahren 2014 und 2015 zu entnehmen, dass in dieser Zeit noch mehrere Versuche der Therapieoptimierung erfolgten, wobei sich das Epilepsieleiden dann aber letztlich als therapieresistent erwies. Das Epilepsiezentrum attestiert für das Jahr 2014 noch eine "zufriedenstellende Anfallsituation". Erstmalig anlässlich des neuerlichen Aufenthalt des Klägers im Jahr 2016 (01.08.2016 bis 17.08.2016) wird konstatiert, dass sich der Gesundheitszustand des Klägers wegen des Gewöhnungseffekts an die medikamentöse Therapie "seit 2015 wieder einmal stetig verschlechtert" habe und für die Zukunft "längere anfallsfreie Zeiten nicht zu erreichen" seien. Diese ärztlichen Einschätzungen korrespondieren mit den Angaben des Pflegepersonals des Wohnheims. So wurde im Verwaltungsverfahren (Stellungnahme des Betriebsleiters vom 24.02.2015) noch angegeben: "Anfänglich zeigte sich keine allzu häufige Anfallsfrequenz (Neueinstellung der Medikation im Klinikum W....), die nach Wochen an Intensität und Schwere erneut zunahm". Im Erörterungstermin vor dem SG wurde durch eine Mitarbeiterin der Einrichtung eingeschätzt, dass sich "die fokale Epilepsie mittlerweile in einen Status epilepticus geändert haben dürfte". Der MDK hat in seinem Gutachten vom 27.08.2015 (erstellt nach persönlicher Begutachtung am 20.08.2015) festgestellt, dass in den anlässlich der Begutachtung ausgewerteten Unterlagen (Epikrisen des Universitätsklinikums B.... und des Sächsischen Epilepsiezentrum W...., Anfallsprotokoll des Wohnheims) ein Status epilepticus nicht dokumentiert sei; auch ein anfallsbedingter stationärer Krankenhausaufenthalt sei diesen nicht zu entnehmen. Das tägliche Auftreten vital bedrohlicher Situationen sei nicht belegt. Dies korrespondiert mit der ärztlichen Stellungnahme des Sozialpädiatrischen Zentrums der Universität B.... vom 12.03.2015, die anlässlich einer dortigen Vorstellung des Klägers zur Verlaufskontrolle am 27.02.2015 von einem letzten Krampfanfall am 09.02.2015 (also vor mehr als zwei Wochen) berichtet. Erstmalig in seiner Epikrise vom 11.10.2016 bestätigt das Universitätsklinikum eine notfallmäßig Aufnahme des Klägers anlässlich eines nicht beherrschbaren generalisierten Krampfanfalls und beschreibt einen weiteren, "stets verschlechterten" Gesundheitszustand des Klägers. Vor diesem Hintergrund begegnet es keinen Bedenken, dass die Beklagte und, dem folgend, das SG als maßgeblichen – weil einzig objektivierbaren – Zeitpunkt für das Erreichen der Schwelle der medizinischen Notwendigkeit der begehrten 24-h-Behandlungspflege auf den Aufenthalt des Klägers im Sächsischen Epilepsiezentrum W.... (01.08.2016 bis 17.08.2016) und die hierzu erstellte Epikrise vom 01.09.2016 abgestellt haben. Denn mit dieser wird erstmals festgestellt, dass die Möglichkeiten einer medikamentösen Therapie weitgehend ausgeschöpft und längere anfallsfreie Zeiten nicht zu erreichen sind, so dass – im Hinblick auf das Auftreten von Status epilepticus – eine ständige Beobachtung des Klägers geboten sei, um bei lebensbedrohlichen Notfällen ein unverzügliches medizinisches Handeln zu gewährleisten.

cc) Letztlich erscheint auch zweifelhaft, ob es sich bei dem Wohnheim der Beigeladenen zu 2 um einen "geeigneten Ort" im Sinne von [§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) handelt. Zwar können Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach der Rechtsprechung des BSG geeignete Orte im Sinne des [§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sein (BSG, Urteil vom 25.02.2015 – [B 3 KR 11/14 R](#) – juris Rn. 31). Jedoch war – jedenfalls nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Recht – im jeweiligen Einzelfall zu prüfen, ob die Einrichtung die konkrete behandlungspflegerische Maßnahme nach ihrem Aufgabenprofil, der Ausrichtung auf ein bestimmtes Bewohnerklientel und ihrer sächlichen und personellen Ausstattung selbst zu erbringen hat (BSG, Urteil vom 22.04.2015 – [B 3 KR 16/14 R](#) – juris Rn. 32). Entscheidend für die Leistungspflichten der Einrichtungen zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen sind demnach die Ausrichtung der Einrichtung und ihr Eingliederungszweck, wie sie in den Vereinbarungen nach [§§ 75 ff. SGB XII a.F.](#) festgelegt waren. Dies bedeutet: Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (so die Fallkonstellation in BSG, Urteil vom 25.02.2015 – [B 3 KR 11/14 R](#) – juris) oder Wohngruppen für Senioren (so die Fallkonstellation in BSG, Urteil vom 22.04.2015 – [B 3 KR 16/14 R](#) – juris) müssen nicht dasselbe medizinische Personal vorhalten, wie z.B. eine Einrichtung zur Betreuung von Koma- oder Beatmungspatienten (Padé in: jurisPR-SozR 20/2015 Anm. 3). Bei der Wohnstätte X.... in B.... handelt es sich ausweislich der Leistungsbeschreibung um eine Einrichtung, die ausgerichtet ist auf die Aufnahme schwerstmehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher, bei denen das Störungsbild zusätzlich gekennzeichnet ist durch eine erhöhte Pflegebedürftigkeit sowie eine medizinisch angezeigte Behandlungspflege, bedingt durch schwere internistische Erkrankungen. Damit handelt es sich (anders als in den vom BSG entschiedenen Fällen) gerade nicht um eine Einrichtung, deren Aufgabenprofil vorrangig dadurch kennzeichnet ist, behinderten Menschen Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten zu leisten, die erforderlich und geeignet sind, die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, ohne dass hierbei Maßnahmen der Behandlungspflege regelhaft erforderlich würden. Einer Einrichtung mit derartiger Ausrichtung kann die Erbringung qualifizierter medizinischer Behandlungspflege nicht abverlangt werden. Um eine solche Einrichtung handelt es sich vorliegend jedoch nicht. Vielmehr handelt es sich um eine Einrichtung, die von ihrem Profil her auf eine Zielgruppe ausgerichtet ist, bei der medizinische Behandlungspflege regelhaft angezeigt und die daher ständig und umfangreich mit behandlungspflegerischen Maßnahmen zu versorgen ist. Für eine derartige Einrichtung gilt nach höchstrichterlicher Rechtsprechung: Ist die Einrichtung nach ihrem Aufgabenprofil auf eine besondere Zielgruppe ausgerichtet, bei der ständig bestimmte behandlungspflegerische Maßnahmen erforderlich werden, und ist die Einrichtung deshalb entsprechend sächlich und personell auszustatten, hat sie diese behandlungspflegerischen Maßnahmen 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 – [B 3 KR](#)

[11/14 R](#) - juris Rn. 28; Urteil vom 22.04.2015 - [B 3 KR 16/14 R](#) - juris Rn. 32). Folglich gilt: Einrichtungen, zu deren Aufgabenbereich (bestimmte) medizinische Behandlungspflegemaßnahmen gehören, müssen diese auch erbringen. Erbringt eine Einrichtung z.B. Eingliederungshilfe für Epilepsiepatienten und hält sie Personal für diese spezifische Störung vor, muss sie die damit verbundenen Maßnahmen auch erbringen, ohne dass die Versicherten die Krankenversicherung in Anspruch nehmen können (Padé, jurisPR-SozR 20/2015 Anm. 3). Soweit der Kläger geltend macht, in der Einrichtung würden - trotz ihrer Ausrichtung und ihres Bewohnerprofils - keine Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erbracht, die Behandlungspflege könne nur dann sichergestellt werden, wenn hierfür eine zusätzliche Kostenübernahme durch die Krankenkasse vorliege, muss er sich vorhalten lassen, dass es sich bei der Wohnstätte X.... um eine für ihn ungeeignete Einrichtung handelte. Denn bei Aufnahme in die Einrichtung lag eine Genehmigung der Krankenkasse über Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht vor, eine solche war zu diesem Zeitpunkt noch nicht einmal bei der Beklagten beantragt worden. Vielmehr wurde offensichtlich erst zeitgleich mit der Aufnahme in die Einrichtung die Ausstellung der ärztlichen Verordnung veranlasst. Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Einrichtung war demnach noch völlig ungewiss, ob die Beklagte die beantragte häusliche Krankenpflege überhaupt genehmigen würde, so dass der Kläger - auch nach den eigenen Maßstäben der Beigeladenen zu 2 - gar nicht in die Einrichtung hätte aufgenommen werden dürfen.

c) Schließlich folgt der geltend gemachte Anspruch auch nicht aus dem Recht der Eingliederungshilfe nach [§§ 53, 54 SGB XII](#) a.F.

aa) Eine Zuständigkeit der Beklagten für die Entscheidung über die Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach [§ 14](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) bestand nicht. [§ 14 SGB IX](#) gilt nur für Leistungen zur Teilhabe. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können zwar rehabilitativen Charakter haben (vgl. [§ 5 Nr. 1, § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX](#)), ein Großteil der Leistungen nach dem SGB V dient jedoch der kurativen Behandlung von Krankheiten. Im Bereich der kurativen Leistungen der GKV findet [§ 14 SGB IX](#) keine Anwendung (BSG, Urteil vom 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15 R](#) - juris Rn. 12 ff.; Senatsurteil vom 21.04.2021 - [L 1 KR 539/17](#) - juris Rn. 43). Dies bedeutet, dass die Krankenkasse, wenn sie zur Entscheidung über einen Antrag auf Gewährung kurativer Leistungen berufen ist, nicht für daneben in Betracht kommende Teilhabeleistungen zuständig wird. Bei den Leistungen der häuslichen Krankenpflege - hier in Gestalt der Behandlungssicherungspflege - handelt es sich um kurative Leistungen (Senatsurteil vom 21.04.2021 - [L 1 KR 537/17](#) - juris Rn. 44). Dies folgt daraus, dass die Leistungen der Behandlungspflege gewährt werden, wenn diese "zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich" sind ([§ 37 Abs. 2 SGB V](#)). Die häusliche Krankenpflege sichert damit die Erreichung des Ziels ambulanter ärztlicher Behandlung (Luthe in: Hauck/Noftz SGB V, Stand: 06/2018 § 37 Rn. 6) und teilt deren Rechtscharakter.

bb) Ob dem Kläger für den streitigen Zeitraum (weitergehende) Ansprüche gegenüber dem beigeladenen Träger der Eingliederungshilfe (damals noch: Sozialhilfe) zustehen, ist nicht Gegenstand dieses Verfahrens, da streitgegenständlich, wie bereits dargelegt, allein kurative Leistungen der GKV in Gestalt von Leistungen der Behandlungspflege sind. Der Verurteilung eines Beigeladenen nach [§ 75 Abs. 5 SGG](#) darf indes ein inhaltlich anderer Anspruch als der gegen den Beklagten erhobene nur dann zugrunde gelegt werden, wenn (soweit) sich die Ansprüche gegen den Beklagten und den Beigeladenen gegenseitig ausschließen, wenn es sich also um zwei Ansprüche handelt, die nicht nebeneinander bestehen können (BSG, Urteil vom 15.11.1979 - [11 RA 9/79](#) - juris Leitsatz 3 und Rn. 12; Urteil vom 08.05.2007 - [B 2 U 3/06 R](#) - juris Rn. 26; Urteil vom 13.07. 2010 - [B 8 SO 14/09 R](#) - juris Rn. 12; Schmidt in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, 13. Aufl. 2020, § 75 Rn. 18). Vorliegend besteht eine solche Wechselwirkung nicht. Vielmehr können Ansprüche auf kurative Leistungen der GKV und Ansprüche auf Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe nebeneinander bestehen. Gerade auf eine solche parallele Leistungsgewährung richtet sich ja das vorliegende Klagebegehren, denn Leistungen der Eingliederungshilfe hat der Kläger, gewährt durch die Beigeladene zu 1, im Streitzeitraum tatsächlich bezogen. Diese Leistungen dienen der Abdeckung des - unstreitig ganz erheblichen - allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfs des Klägers in der Einrichtung. Dass die Beigeladene zu 2 die hierfür vom Sozialhilfeträger gewährte Vergütung der Höhe nach als unzureichend erachtet, ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens, in welchem ausschließlich die Ansprüche des Versicherten im Streit stehen, sondern ist im Rahmen der Vertragsbeziehungen zum Sozialhilfeträger zu klären. Soweit nicht die Beigeladene zu 2, sondern der Kläger selbst - über die ihm bereits vom zuständigen Sozialhilfeträger gewährten Leistungen hinaus - weitergehende Leistungen der Eingliederungshilfe beanspruchen sollte, scheitern derartige Ansprüche aus den gleichen Gründen wie die beantragten kurativen Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Denn Voraussetzung für eine solche Leistungsgewährung wäre, da diese im Wege eines Schuldbeitritts erfolgt, dass der Kläger als Leistungsempfänger der Beigeladenen zu 2 als Leistungserbringerin in einem - privatrechtlichen - Erfüllungsverhältnis überhaupt ein Entgelt schuldet (vgl. zum sog. sozialhilferechtlichen Dreiecksverhältnis grundlegend BSG, Urteil vom 28.10.2008 - [B 8 SO 22/07 R](#) - juris). Daran fehlt es hier aus den bereits oben dargelegten Gründen. Denn die Leistungserbringerin ist vorliegend nicht in Erfüllung eines - sei es tatsächlich oder nur vermeintlich - bestehenden zivilrechtlichen Vertrags mit dem Kläger tätig geworden, sondern ausschließlich zur Erfüllung eines - vermeintlichen aber tatsächlich nicht bestehenden - Sachleistungsanspruch des Klägers aus [§ 37 SGB V](#).

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

5. Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2023-01-05