

## L 4 KR 3890/17

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Reutlingen (BWB)  
Aktenzeichen  
S 6 KR 5282/14  
Datum  
07.09.2017  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 4 KR 3890/17  
Datum  
24.04.2020  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Die Krankenkasse ist regelmäßig nicht verpflichtet, die Personalkosten für die Begleitung eines Betreuers des Versicherten bei dessen ambulanter Strahlentherapie zu übernehmen, wenn die Begleitung allein aufgrund der (hier nicht behandelten) Grunderkrankung (Persönlichkeitsstörung mit Aggressivität) notwendig ist. 2. Die Erstattung von Personalkosten kommt auch nicht unter dem Gesichtspunkt der sog. „Stellvertreterleistung“ in Betracht. 3. Voraussetzung der Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) ist, dass der Versicherte zumindest subjektiv von der Erforderlichkeit der Leistung ausgehen und auf das Ergehen einer Genehmigung vertrauen durfte. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 7. September 2017 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Übernahme der Kosten für die notwendige Begleitung des Klägers zur Strahlentherapie im Zeitraum vom 3. Dezember 2013 bis 17. Januar 2014 streitig.

Der 1969 geborene, bei der Beklagten versicherte Kläger steht unter gesetzlicher Betreuung und leidet an einer geistigen Behinderung mit schwerer komplexer Verhaltensstörung mit Auto- und Fremdaggressivität bei Intelligenzminderung und intrazerebralen Tumor sowie einer hochgradigen Visusminderung und Okulomotoriusparese links. Es ist ein Grad der Behinderung (GdB) von 100 (Merkzeichen "G" und "H") festgestellt; von der Pflegeversicherung ist außerdem eine Zuordnung zur Pflegestufe III erfolgt. Des Weiteren bezieht der Kläger Leistungen nach dem Blindenhilfegesetz. Er lebt seit Juli 2009 in einer von der Beigeladenen zu 2 betriebenen vollstationären Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung (B.) und erhält dort eine "rund um die Uhr"-Versorgung. Die Kosten hierfür trägt der Sozialhilfeträger, der Beigeladene zu 1 im Rahmen der Eingliederungshilfe (Bewilligungsbescheid vom 11. August 2011 für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2015: Vergütungen für die vollstationären Hilfen mit tagesstrukturierendem Angebot [Förder- und Betreuungsleistungen] nach dem Leistungstyp des längerfristig intensiv betreuten Wohnangebotes (LibW) und Bekleidungsprämie).

Zwischen dem Kläger und dem Beigeladenen zu 2 besteht ein Wohn- und Betreuungsvertrag, welcher zum 1. Dezember 2013 erneuert wurde (Bl. 181 bis 200 der SG-Akte). Nach § 5 Abs. 5 Nr. 1 (Betreuungsleistungen, Mitwirkung des Bewohners) des Vertrags bezieht sich die Eingliederungshilfe, die von der Einrichtung angeboten werde, unter anderem auch auf die Begleitung und Beratung in persönlichen Angelegenheiten. In § 6 (Unterstützung bei und Vermittlung von ärztlichen Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)) wurde auszugsweise folgende Klausel vereinbart:

"Ärztliche, psychologische und sonstige therapeutische Behandlungen gehören grundsätzlich nicht zu den vertraglichen Leistungen der Einrichtung nach diesem Vertrag. Unter Wahrung der freien Arztwahl des Bewohners im Übrigen bietet die Einrichtung jedoch die gesundheitliche Versorgung und Krankenbehandlung nach Maßgabe der Vorschriften des SGB V durch den ärztlichen Dienst des St. J. Hauses an. ( ) In jedem Fall ist die Einrichtung bei der Vermittlung von ärztlichen und bei Bedarf auch von erforderlicher therapeutischer Hilfe behilflich. Die von der Einrichtung selbst als vertragliche Nebenleistung herkömmlich zu erbringenden Leistungen der medizinischen Behandlungspflege beschränken sich auf die Vorgaben des Rahmenvertrags zur Eingliederungshilfe nach [§ 79](#) Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Ihre Erbringung erfordert die Kooperation zwischen den behandelnden Ärzten, den betreuenden Kräften der Einrichtung und dem Bewohner. ( ... ) Die Einrichtung bietet weiter die Beförderung und Begleitung des Bewohners zum Krankenhaus oder Arzt bzw. zu anderen therapeutischen Stellen und Personen an. Soweit die Kosten hierfür weder von der Krankenkasse noch vom Sozialhilfeträger noch einem sonstigen Sozialleistungsträger übernommen werden, ist der Bewohner selbst gegenüber der Einrichtung zur Tragung der angemessenen Kosten verpflichtet. ( ... )"

In § 10 (Zusatzleistungen) des Vertrages wurde zudem vereinbart, dass über die Erbringung von Zusatzleistungen, die nicht unmittelbar Gegenstand des vorstehenden Vertrages bzw. der Kostenübernahme der zuständigen Sozialleistungsträger seien, von den Vertragsparteien gegebenenfalls eine gesonderte schriftliche Vereinbarung abgeschlossen werde, in der auch die Vergütung festzulegen sei. Die Kosten für solche Zusatzleistungen seien vom Bewohner selbst zu tragen. Sozialhilfeträger und Pflegekassen kämen für diese Kosten der Zusatzleistungen nicht auf. Zu diesem Vertrag wurde dem Kläger (als Vertragsbestandteil des Wohn- und Betreuungsvertrags, § 2 Abs. 2) zudem eine Information des St. J. Hauses vom 1. Dezember 2013 über die für den Kläger in Betracht kommenden Leistungen ausgehändigt, wonach als angebotene Leistung der Eingliederungshilfe im Bereich der alltäglichen Lebensführung u.a. die Begleitung und Beratung in persönlichen Angelegenheiten aufgeführt wurde (Bl. 201 bis 205 der SG-Akte). Hinsichtlich der weiteren Regelungen wird auf den genannten Vertrag und die Information des St. J. Hauses Bezug genommen.

Zwischen dem Landkreis Fr. und dem Beigeladenen zu 2 besteht eine Leistungsvereinbarung gemäß § 75 SGB XII für "vollstationäre Hilfen mit integriertem tagesstrukturierendem Angebot für Menschen mit einer geistigen und/oder mehrfachen Behinderung und zusätzlichen auf nicht absehbare Zeit bestehenden, massiven Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen eines längerfristig intensiv betreuten Wohnangebots" vom 30. Mai 2011, welche auszugsweise wie folgt lautet:

"§ 1 Gegenstand und Grundlage der Vereinbarung Diese Vereinbarung regelt Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen.

§ 2 Platzzahl Die Vereinbarung umfasst 8 Plätze. ( )

§ 5 Art der Leistung Es handelt sich um vollstationäre Hilfe (mit integriertem tagesstrukturierendem Angebot analog Ziff. 1.4 der Anlage des Rahmenvertrags vom 15.12.1998) für erwachsene Menschen und zusätzlichen schwerwiegenden Verhaltensproblemen. ( )

§ 6 Inhalt der Leistung Die Inhalte der zu erbringenden Leistungen richtet sich nach den §§ 53, 54 SGB XII unter Berücksichtigung des Nachrangs der Sozialhilfe, insbesondere bezüglich der Leistungen nach SGB V und SGB XI, dem im Einzelfall erstellten Gesamtplan nach § 58 SGB XII sowie nach dem jeweiligen individuellen Bedarf des/der Hilfeempfängers/in. ( )

Die Leistung umfasst Wohnen einschließlich tagesstrukturierender Angebote, wobei die einrichtungsbezogenen üblichen tagesstrukturierenden Angebote genutzt werden sollen. Dies beinhaltet die Bereitstellung von Unterkunft und Verpflegung, die Maßnahmen zur Beratung, Betreuung, Förderung und Pflege sowie die Bereitstellung der betriebsnotwendigen Anlagen einschließlich ihrer Ausstattung. ( )

Inhalte der Leistungen sind:

a) Tagesstruktur: - individuell geprägte arbeitstherapeutische Plätze - heilpädagogische Arbeitsgruppen - Plätze in Kleingruppen der heilpädagogischen Förderung ( ) - stundenweise heilpädagogische Einzelbetreuung ( ), keine Zusatzleistung

b) Therapeutische Angebote: - Ergotherapie - Physiotherapie - milieutherapeutische Angebote - traumapädagogische Angebote - Sozialtrainingsprogramme - sexualpädagogische Angebote soweit diese nicht in den Leistungen nach SGB V enthalten sind.

Besondere Leistungen durch Fachpersonal Das zur Verfügung zu stellende Fachpersonal erbringt folgende Leistungsspektren, die je nach Einzelfall zur Beratung, Betreuung, Assistenz und Pflege des in § 4 definierten Personenkreises notwendig sein: - Individuelle Betreuung, Begleitung und Förderung im Alltag - Individuelle Betreuung in Krisenzeiten in der Nacht - Individuelle therapeutische Krisenintervention am Tag - Beratung/Supervision durch eine psychiatrische und psychologische Fachkraft - systematische Verhaltensbeobachtung und psychologische Unterstützung z.B. bei aggressivem Verhalten ( )

Die allgemeine ärztliche und fachärztlich-psychiatrische sowie die zahnmedizinische Versorgung der Bewohnerinnen erfolgt im Übrigen unbeschadet des Rechts auf freie Arztwahl durch den von der Einrichtung vertraglich sichergestellten ärztlichen Dienst im Rahmen der jeweiligen besonderen Leistungsgesetze.

§ 9 Qualifikation des Personals In diesem Rahmen hält der Träger der Einrichtung eine erhöhte Fachkraftquote von mindestens 70 % mit pädagogischen und pflegerischen Fachpersonal vor. Nichtfachkräfte bzw. Hilfskräfte kommen nur ergänzend neben einer Fachkraft zum Einsatz. ( )

§ 10 Personelle Ausstattung Für die einzelnen Bereiche werden die folgenden Personalschlüssel vereinbart: Betreuung und Förderung inklusive Fachdienst 1: 1,00 ( )"

Wegen eines fortgeschrittenen Meningeoms erfolgte im August 2013 im Universitätsklinikum F. beim Kläger eine Operation mit Teilentfernung des Tumors. Die behandelnden Ärzte empfahlen im Anschluss eine Strahlentherapie zur Behandlung des Tumorrestes, welche sodann in der Klinik für Strahlenheilkunde des Universitätsklinikums F. vom 3. Dezember 2013 bis 17. Januar 2014 ambulant durchgeführt wurde. Am 3. Dezember 2013 reichte die behandelnde Ärztin für Innere Medizin R. eine Verordnung für Krankenbeförderung (Hin- und Rückfahrt von der Wohnung zum Krankenhaus; eine "medizinisch/-fachliche" Betreuung sei durch einen "Betreuer" notwendig) für den Behandlungszeitraum bis zum 31. Januar 2014 bei der Beklagten ein. Diese genehmigte am 5. Dezember 2013 die Übernahme von Fahrkosten.

Am 9. Dezember 2013 stellte der Kläger über seinen damaligen Vereinsbetreuer des SKM-O. e.V. Sch. bei der Beklagten einen Antrag auf Erstattung der Kosten für die ständige Begleitung einer Fachkraft aus der Einrichtung der Beigeladenen zu 2 zur derzeit durchgeführten ambulanten Strahlentherapie im Uniklinikum F. Die Behandlung könne aufgrund der Behinderungen des Klägers nicht stationär durchgeführt werden. Er sei blind, habe eine geistige Behinderung und sei verhaltensschwierig. Die Beigeladene zu 2 habe durch die Begleitung einen erhöhten personellen Aufwand. Bei einem durchschnittlichen Stundensatz einer Fachkraft von 32,40 EUR beliefen sich die Personalkosten für 31 Behandlungstermine mit je 3,5 Stunden auf 3.535,40 EUR.

Mit Schreiben vom 7. Januar 2014 informierte die Beklagte den Betreuer des Klägers darüber, dass die beantragten Personalkosten keine Leistung des SGB V seien. Falls ihm auch die Gesundheitsvorsorge vom Vormundschaftsgericht übertragen worden sei, sei er auch für die Begleitung verantwortlich. Die entstehenden Kosten könne er dann beim Vormundschaftsgericht geltend machen. Erfolge die Mitfahrt eines Betreuers aus der Wohneinrichtung, entstünden keine zusätzlichen Kosten, da es sich in einem solchen Fall um einen abhängig Beschäftigten der Einrichtung handele. Die Kostenübernahme sei daher zwischen dem Betreuer und der Einrichtung zu klären.

Mit Schreiben vom 23. Januar 2014 teilte der Betreuer des Klägers mit, dass der Antrag weiterverfolgt werde. Zwar umfasse sein Aufgabenkreis als rechtlicher Betreuer auch die Gesundheitsfürsorge, er sei jedoch lediglich für die Organisation, nicht aber für die tatsächliche Erbringung von Hilfe- oder Pflegeleistungen zuständig. Für die Begleitung zu den Bestrahlungsterminen sei eine zusätzliche Fachkraft notwendig, so dass auch zusätzliche Kosten entstünden. Beim Kläger müsse eine medizinisch indizierte Heilbehandlung durchgeführt werden. Dies sei eine Leistung nach dem SGB V. [§ 2a SGB V](#) verpflichte die Beklagte, den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Um einen solchen besonderen Belang handele es sich hier. Der Kläger bedürfe aufgrund seiner geistigen Behinderung und seines schwierigen Verhaltens der ständigen Betreuung durch Fachkräfte, weshalb eine stationäre Behandlung nicht möglich gewesen sei. Die ambulante Behandlung sei nur mit ständiger Begleitung einer Fachkraft aus der Einrichtung der Beigeladenen zu 2 möglich gewesen. Es wäre unverantwortlich gewesen, hierfür eine ehrenamtliche, nicht fachliche Begleitung zu organisieren. Die zusätzlichen Personalkosten für die fachliche Begleitung seien durch die medizinisch indizierte Behandlung bedingt.

Auf Nachfrage der Beklagten übersandte der Kläger das Schreiben der Beigeladenen zu 2 vom 12. Februar 2014, wonach der Kostenträger des Klägers das Sozialamt sei, die Beigeladene zu 1. Träger der Einrichtung, in welcher der Kläger untergebracht sei, sei die Beigeladene zu 2. Aufgrund der geistigen Behinderung, der massiven Verhaltensauffälligkeiten und der Blindheit, sei der Kläger auf eine fachliche Begleitung zur Strahlenbehandlung in der Universitätsklinik F. durch einen Mitarbeiter ihrer Einrichtung angewiesen. Der Kläger bedürfe einer "rund um die Uhr"-Versorgung. Alle begleitenden Mitarbeiter stünden in einem arbeitsrechtlichen Verhältnis zur Beigeladenen zu 2. Dem Schreiben fügte sie eine Auflistung der Fahrbegleitungen mit Angabe des Mitarbeiterstatus (Fachkraft Altenpflege/Heilerziehungspflege mit einem Stundensatz von 31,14 EUR oder Assistenz in der Betreuung mit einem Stundensatz von 23,01 EUR), der Fahrzeit sowie der tatsächlich entstandenen Personalkosten (102,4 Arbeitsstunden bei 30 Fahrten, insgesamt 2.991,99 EUR) sowie den Anwesenheitsnachweis der ambulanten Behandlung der Klinik für Strahlenheilkunde der Universitätsklinik F. bei (Bl. 10/11 der Verwaltungsakte (VA)).

Mit Bescheid vom 17. April 2014 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers auf Übernahme der Personalkosten mit der Begründung ab, für die geltend gemachten Aufwendungen bestehe keine Anspruchsgrundlage. [§ 2a SGB V](#) sei keine Anspruchsgrundlage, sondern eine bei der Leistungsgewährung zu beachtende Auslegungshilfe. Ein Anspruch bestehe auch nicht nach [§ 60 SGB V](#), da diese Norm nur den Anspruch des Versicherten auf Übernahme reiner Beförderungskosten betreffe. Die Betreuung durch einen ehrenamtlichen Vereinsbetreuer sei grundsätzlich unentgeltlich und nur ausnahmsweise entgeltlich. Eine ggfs. vom Betreuungsverein zu beanspruchende Vergütung sei vom Betreuungsgericht durch Beschluss festzustellen. Ein solcher Vergütungsanspruch richte sich gegen den Betreuten oder die Staatskasse, jedoch keinesfalls gegen die Krankenkasse des Betreuten.

Gegen den Bescheid legte der Betreuer im Namen des Klägers am 14. Mai 2014 Widerspruch bei der Beklagten ein. Die Ausführungen zum Gesetz über die Vergütung von Vormündern und Betreuern (VBVG) seien zwar inhaltlich vollkommen richtig, jedoch sei zu keinem Zeitpunkt die Übernahme der Personalkosten von ihm als rechtlichen Betreuer beantragt worden. Die besonderen Belange behinderter Menschen seien bei allen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen. Dies folge aus [Art. 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz \(GG\)](#). Beim Kläger habe eine medizinisch indizierte Heilbehandlung durchgeführt werden müssen. Dies sei eine Leistung nach dem SGB V. Im Fall des Klägers lägen zwingende medizinisch therapeutische Gründe für die Begleitung zur Strahlentherapie vor. Der wegen seiner schweren Behinderung notwendige ständige Betreuungsbedarf während der Therapie hätte vom Klinikum nicht gewährleistet werden können. Er beantrage weiterhin die Übernahme der Kosten für die fachliche Begleitung und Betreuung während der Durchführung einer medizinisch indizierten Behandlung in Höhe von 2.991,99 EUR. Diese Personalkosten seien der Einrichtungsträgerin (Beigeladene zu 2) entstanden und würden von dieser geltend gemacht.

Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 9. Oktober 2014 mit der Begründung zurück, eine Übernahme der Personalkosten sei mangels gesetzlicher Grundlage nicht möglich. Die Regelung der Finanzierung beruflich geführter Betreuungen, ebenso solcher Vormundschaften und Pfllegschaften, finde sich im VBVG. [§ 7 VBVG](#) regle die Vergütung und den Aufwendersatz für Betreuungsvereine. Der Vereinsbetreuer selbst könne keine Vergütung und keinen Aufwendersatz geltend machen. Zuständig für die Umsetzung dieser Regelungen sei das Familiengericht. Für die geltend gemachten Personalkosten der Betreuungseinrichtung sehe das SGB V keine Rechtsgrundlage vor.

Hiergegen hat der Kläger am 15. November 2014 Klage beim Sozialgericht (SG) Freiburg erhoben. Das SG Freiburg hat den Rechtsstreit in der mündlichen Verhandlung vom 11. November 2015 wegen örtlicher Unzuständigkeit an das SG Reutlingen verwiesen.

Der Betreuer des Klägers hat zur Begründung der Klage ausgeführt, dass, nachdem am 3. Dezember 2013 bereits eine erste Bestrahlung im Universitätsklinikum durchgeführt worden sei, wobei ihm dieser Termin eigentlich als Vorgespräch angekündigt worden sei, er am 4. Dezember 2013 mit dem Heimleiter der Betreuungseinrichtung die fachliche Begleitung und deren Kosten besprochen und anschließend die Übernahme dieser Kosten bei der Beklagten beantragt habe. Es habe für ihn nahegelegen, das Fachpersonal der Einrichtung mit der Betreuung und Begleitung zu beauftragen, da diese am adäquatesten mit dem Verhalten des Klägers umgehen könnten. Der Einrichtung seien Kosten in Höhe von 2.991,99 EUR entstanden. Er habe im Telefonat mit der behandelnden Ärztin des Klägers am 3. Dezember 2013 aufgrund der dringlichen medizinischen Notwendigkeit dem sofortigen Beginn der Strahlentherapie zugestimmt. Anschließend habe er zur Klärung der Kostenfrage umgehend mit der Krankenkasse Kontakt aufgenommen. Die Beklagte sei zur Erstattung der Kosten für die Begleitung verpflichtet, da sich hierdurch eine Krankenhausbehandlung erübrigt habe (sog. Stellvertreterleistung). Von den Beigeladenen zu 2 sei keine Begleitung zum Arzt zu stellen. Zudem hat er ein Schreiben der Oberärztin Dr. Schm. der Klinik für Strahlenheilkunde vom 3. Dezember 2013, die Verordnung der Krankenförderung der Internistin R. vom 3. Dezember 2013, eine schriftliche Aussage des (bei der Beigeladenen zu 2 beschäftigten) Altenpflegers Ri. (verantwortlicher Bezugsbetreuer des Klägers bei der Beigeladenen zu 2) zur Notwendigkeit einer ambulanten Behandlung vom 18. November 2014, den Wohn- und Betreuungsvertrag des Klägers vom 7. Februar 2011 sowie weitere bereits im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren eingereichte Unterlagen vorgelegt.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Die vom Kläger beantragte Leistung einer Begleitung zur Strahlentherapie könne nicht dem Bereich der häuslichen Krankenpflege nach [§ 37 Abs. 1 SGB V](#) zugeordnet werden, da vorliegend weder Krankenhauspflege vermieden noch verkürzt worden sei. Zudem könnte die beantragte Leistung weder der Behandlungspflege, der Grundpflege noch der hauswirtschaftlichen Versorgung zugeordnet werden. Die vom Kläger begehrte Leistung sei keine verordnungsfähige Leistung der häuslichen Krankenpflege. Die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) greife ebenfalls nicht ein, da der Antrag keine grundsätzlich von der Krankenkasse innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung geschuldete Leistung betreffe. Zudem hat sie eine Liste über die dem Kläger geleisteten Fahr- und Transportkosten im Zeitraum vom 23. Juli 2013 bis 17. Januar 2014 vorgelegt (Bl. 99 bis 102 der SG-Akte).

Der Beigeladene zu 2 hat mit Schreiben vom 7. August 2015 mitgeteilt, der Kläger werde nach dem Leistungstyp "längerfristig intensiv betreutes Wohnen" stationär versorgt. In der Leistungsvereinbarung gemäß [§ 75 Abs. 3 Nr. 1 SGB XII](#) (in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung) mit dem Sozialhilfeträger für vollstationäre Hilfen mit integriertem tagesstrukturierendem Angebot für Menschen mit einer geistigen und/oder mehrfachen Behinderung und zusätzlichen auf nicht absehbare Zeit bestehenden, massiven Verhaltensauffälligkeiten sei unter [§ 10](#) (Personelle Ausstattung) für den Bereich Betreuung und Förderung inklusive Fachdienst ein Personalschlüssel von 1:1,00 vereinbart. Bei einer durchschnittlichen Jahresarbeitszeit eines Mitarbeiters von 1.581 Stunden ergebe sich mit diesem Betreuungsschlüssel eine durchschnittliche Betreuungszeit pro Bewohner von 4,34 Stunden am Tag. Die Anzahl der Begleitstunden zur Strahlentherapie nach Freiburg habe sich auf insgesamt 102,4 Stunden im Zeitraum vom 3. Dezember 2013 bis 17. Januar 2014 belaufen. Im Durchschnitt seien täglich für seine Begleitung zur Behandlung 3,42 Stunden angefallen. Somit hätten faktisch nur noch 0,92 Stunden (etwa 55 Minuten) für die restliche Zeit des Tages zur Betreuung des Klägers zur Verfügung gestanden. Dies stehe in keinem Verhältnis bei einer 24-stündigen stationären Versorgung. Aufgrund seiner geistigen Behinderung und seiner Blindheit sowie seinem hohen Hilfebedarf sei der Kläger nicht in der Lage, ohne eine Begleitung durch einen für ihm bekannten Betreuer eine lebensnotwendige Behandlung wahrzunehmen. In der mündlichen Verhandlung vom 11. November 2015 vor dem SG Freiburg hat der Leiter des B.es weiter ausgeführt, das ihm für die Heimbewohner 24,5 Kräfte zur Verfügung stünden, wobei nur 8 von den Bewohnern in der intensiven Betreuungsgruppe seien. Die Übrigen hätten geringere Betreuungsschlüssel. Die Betreuer würden flexibel in den verschiedenen Wohngruppen eingesetzt. Die Betreuung des Klägers sei in der Zeit seiner Bestrahlung durch Schieben von Personal realisiert worden. Bisher sei dem Kläger hierfür keine Rechnung gestellt worden. Da davon auszugehen sei, dass die Betreuung bei Fahrten zur Bestrahlung außerhalb der Leistungsbeschreibung des B.es liege, werde es nach Rücksprache mit dem Vorstand nun aber doch eine Rechnung geben. Im Nachgang hat der Beigeladene zu 2 eine an den Kläger adressierte Rechnung vom 22. Januar 2016 über 2.991,99 EUR für die Begleitung zur Strahlentherapie vorgelegt.

Mit Beschluss vom 10. Juni 2015 hat das SG Freiburg die Stadt Freiburg notwendig zum Rechtsstreit beigeladen (Beigeladene zu 1). Diese hat in ihrem Schreiben vom 2. September 2015 mitgeteilt, für das Wohnheim "B." habe der Einrichtungsträger aufgrund seiner Lage im Landkreis Fr. eine Vereinbarung nach [§ 75 Abs. 3 SGB XII](#) für den Leistungstyp des LibW mit dem Landratsamt Fr. abgeschlossen und hierin den Rahmenvertrag des Landes Baden-Württemberg nach [§ 79 Abs. 1 SGB XII](#) vom 15. Dezember 1998 für stationäre und teilstationäre Einrichtungen und Dienste (aktuelle Fassung vom 22. November 2012 abrufbar unter <https://www...de/fileadmin/dateien/soziales-mitglieder/rundschr/2013/anl3-rs-01-2013.pdf>) in der jeweils gültigen Fassung für anwendbar erklärt. Nachdem sie sich bei den Vergütungen für die Leistungsberechtigten außerhalb des Stadtgebietes F. nach den jeweils gültigen Vergütungsvereinbarungen richte, gölten auch die vereinbarten Leistungstypen mit den differenzierten Personalschlüsseln. Im vorliegenden Fall könnten die Angaben des Einrichtungsleiters in vollem Umfang nachvollzogen werden. Aufgrund der bestehenden wesentlichen Beeinträchtigungen des Klägers wäre aus ihrer Sicht eine Fahrt ohne den Bezugsbetreuer nicht möglich gewesen. Ob und inwiefern aber die Fahrten zur Strahlentherapie für eine zielgerichtete Förderung im Sinne der Eingliederungshilfe für Menschen mit Handicap nach dem LibW-Konzept z.B. zum Training der alltags- bzw. lebenspraktischen Fähigkeiten, zur Stabilisierung des psychischen Gleichgewichts und Vermeidung von aggressiven Verhaltensweisen in Sondersituationen genutzt werden könnten, sei ihnen nicht bekannt. Die beklagte Krankenkasse könnte im Rahmen des ihr eingeräumten Ermessens im Rahmen einer Einzelfallentscheidung die Kosten für eine Begleitperson übernehmen. Allerdings könne die Berechnung der geltend gemachten Stunden nicht nachvollzogen werden. Tatsächliche zusätzliche Personalaufwendungen seien nicht nachgewiesen. Selbst wenn im vorliegenden Fall die Einrichtung zur Erbringung verpflichtet wäre, sei die zusätzliche Übernahme der Kosten für die Begleitperson und ggf. der Fahrkosten durch die Eingliederungshilfe nicht möglich, da diese Leistungen im Rahmen der täglichen Vergütungen von 226,18 EUR enthalten seien. Die Beigeladene zu 1 hat zudem die Vereinbarung vom 28. Mai 2014, die Leistungsvereinbarung vom 7. Juni 2011 und die Vergütungsvereinbarung vom 7. Juni 2011, jeweils nach [§ 75 Abs. 3 SGB XII](#), zwischen dem Beigeladenen zu 2 und dem Landkreis Fr. vorgelegt.

Das SG Reutlingen hat die Klage mit Urteil vom 7. September 2017 abgewiesen. Die Voraussetzungen für die geltend gemachte Kostenerstattung lägen nicht vor, da keine Rechtsgrundlage für die Gewährung der Kosten der Betreuung bei einer ambulanten Behandlung existiere. Die Betreuung sei nicht als häusliche Krankenpflege gemäß [§ 37 SGB V](#) zu erbringen, da die Betreuung keine Krankenhausersatz- oder -vermeidungspflege bzw. keine Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung darstelle. Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Hospize und Pflegeheim seien nicht als geeignete sonstige Orte aufzufassen. Die Kosten seien auch nicht gemäß [§ 11 Abs. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 37 Abs. 4 SGB V](#) zu übernehmen, da die Behandlung nicht stationär, sondern ambulant erfolgt sei. Die Kostenerstattung könne auch nicht über eine sog. Stellvertreterleistung beansprucht werden, da die Rechtsprechung hierzu unter der Geltung des SGB V aufgegeben worden sei. [§ 2a SGB V](#) enthalte keine Anspruchsgrundlage für im Gesetz nicht vorgesehene Leistungen. Ein Anspruch aus [§ 60 SGB V](#) bestehe ebenfalls nicht, weil die Vergütung von Begleitpersonen hierin nicht vorgesehen sei. Zur Sicherung der Betreuung des Klägers und zum Ausschluss von Selbstgefährdung wäre ggfs. die Geltendmachung eines weitergehenden pflegerischen Bedarfs gemäß [§ 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII](#) gegenüber dem Sozialhilfeträger in Betracht gekommen. Darüber hinaus seien die erstattungsfähigen Kosten nicht hinreichend belegt. Eine Mehrarbeit sei nicht dokumentiert, nachdem die Betreuung durch "Schieben" von Personal habe realisiert werden können. Eine Erstattung der Kosten komme auch nicht gemäß [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) in Betracht, da die in Anspruch genommene Leistung nicht dem Leistungskatalog der GKV zuzuordnen sei.

Gegen das ihm am 18. September 2017 zugestellte Urteil hat der Kläger durch seine (im Februar 2017 bestellte) Betreuerin am 6. Oktober 2017 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Der Anspruch auf Begleitung und Zusatzbetreuung ergebe sich direkt aus [§ 27 SGB V](#) i.V.m. [§ 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Die entsprechende Begleitung sei erforderlich gewesen, um die ärztliche Behandlung überhaupt durchführen zu können. Diese Begleitpersonen seien als "Hilfspersonen des Arztes" anzusehen. Die Krankenbehandlungsbegleitkosten dürften nicht mit den sonstigen Betreuungskosten in der Einrichtung verrechnet werden. Dies sei nicht zulässig, weil sich aus dem Leistungstyp I.2.1. (Stationäre Hilfe für geistig und/oder mehrfachbehinderte Erwachsene ohne

tagesstrukturierendes Angebot, Anlage des Landesrahmenvertrages in der aktualisierten Fassung vom 22. November 2012) ergebe, dass die Vergütung für die Betreuung im Heim sich ausschließlich auf die Dienste bzw. Begleitungsdienste bei der Krankenhilfe innerhalb der Einrichtung bzw. im Wohnbereiche beziehe. Nach der Rechtsprechung gelte zwar, dass eine Einrichtung, wenn dies notwendig und anders nicht zu bewerkstelligen sei, als Nebenleistung im Rahmen der Fürsorgepflicht den betroffenen Klienten auch zu einer Krankenbehandlung begleiten müsse. Die Kosten hierfür seien aber nicht in der allgemeinen Vergütung enthalten. Eine ärztliche Verordnung über die fachgerechte Begleitung zu den ambulanten Terminen sei durch die behandelnde Ärztin Dr. R. erfolgt. Bei den Kosten für eine Begleitperson handele es sich zwar nicht um eine originäre Leistung der Krankenkasse, allerdings habe der Kläger gemäß [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) zumindest einen Anspruch auf teilweise Erstattung seiner selbst beschafften Leistungen. Der Antrag dürfte am 9. Dezember 2013 bei der Beklagten eingegangen sein. Ablehnend sei aber erst mit Bescheid vom 17. April 2014 über den Antrag entschieden worden. Der Antrag gelte daher mit Ablauf des 30. Dezember 2013 als genehmigt. Soweit die Leistungen nach Ablauf der Genehmigungsfrist selbst beschafft worden seien (2. Januar 2014 bis 17. Januar 2014), seien die Leistungen von der Beklagten zu erstatten. Zum Vortrag des Beigeladenen zu 1 sei auszuführen, dass es sich um eine Leistung der Hilfe zur Pflege handele. Das Gegenwärtigkeitsprinzip stehe einem Anspruch nicht entgegen, da es sich nicht um einen Antrag nach [§ 44](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) handele. Die Beigeladene zu 1 dürfe dem Kläger im streitgegenständlichen Zeitraum Hilfe zur Pflege gewährt haben, so dass sie die nötige Kenntnis vom Sozialhilfebedarf gehabt haben dürfte. Auch der Antrag bei der unzuständigen Beklagten vermittele die nötige Kenntnis des Beigeladenen zu 1. Bei dem Beigeladenen zu 1 sei ein Antrag auf hilfsweise Übernahme der Begleitkosten zur Strahlentherapie gestellt worden, falls die Beklagte für die entstandenen Kosten nicht eintrete.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 7. September 2017 und den Bescheid der Beklagten vom 17. April 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 9. Oktober 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihn von den Kosten für die fachliche Begleitung und Betreuung durch Fachkräfte des Beigeladenen zu 2 in Höhe von 2.991,99 EUR freizustellen,

hilfsweise die Beigeladene zu 1 zu verpflichten, ihn von den Kosten für die fachliche Begleitung und Betreuung durch Fachkräfte des Beigeladenen zu 2 in Höhe von 2.991,99 EUR freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladene zu 1 beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat zur Begründung ihres Antrags auf ihr bisheriges Vorbringen verwiesen und ergänzend ausgeführt, ein Anspruch nach [§ 27 SGB V](#) i.V.m. [§ 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) komme nicht in Betracht, da Personen, die zu ihrer Berufsausübung ein anderes als das ärztliche Fachwissen benötigten, keine Hilfeleistung im Sinne des Satz 2 erbringen könnten. Zudem hat sie auf die Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem GKV-Spitzenverband vom 1. Oktober 2013 hingewiesen. [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) sei schon deshalb nicht einschlägig, weil der Beschaffungsweg nicht eingehalten worden sei.

Der Beigeladene zu 1 hat zur Begründung seines Antrags ausgeführt, dass es hinsichtlich eines Anspruchs nach [§ 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII](#) an einem ausreichend belegten Kostenerstattungsanspruch fehle. Die Einrichtung habe die zusätzliche Betreuung durch "Schieben" des Personals vollständig auffangen können, ohne dass dafür ein Mehraufwand an Personal nötig gewesen wäre. Zudem diene die Sozialhilfe regelmäßig nur der Deckung einer gegenwärtigen Notlage. Darüber hinaus hat sie die Anlage 1 zu § 3 des Rahmenvertrages nach [§ 79 Abs. 1 SGB XII](#) für stationäre und teilstationäre Einrichtungen vom 15. Dezember 1998 in der aktualisierten Fassung vom 22. November 2012 mit Ergänzungen vom 14. Dezember 2017 vorgelegt. Laut § 6 der Leistungsvereinbarung richteten sich die die Inhalte der zu erbringenden Leistungen nach [§§ 53, 54 SGB XII](#) unter Berücksichtigung der Nachrangs der Sozialhilfe, insbesondere bezüglich der Leistungen nach dem SGB V. Leistungsanteile für medizinische Behandlungspflege seien nicht enthalten. Von der Beigeladenen zu 1 seien die Kosten nach der Leistungs- und Vergütungsvereinbarung übernommen worden. Eine Kostenpflicht für zusätzliche Leistungen darüber hinaus bestehe nicht, da hierüber keine Vereinbarung bestehe.

Die Beigeladene zu 2 hat ihre Leistungsvereinbarung gemäß [§ 75 SGB XII](#) mit dem Landkreis Fr. vom 30. Mai 2011 und ihren Wohn- und Betreuungsvertrag mit dem Kläger vom 14. August 2017 vorgelegt.

Am 17. September 2018 hat die frühere Berichterstatterin des Senats einen Erörterungstermin mit den Beteiligten durchgeführt. Insoweit wird auf das Protokoll auf Bl. 42 der LSG-Akte verwiesen.

Mit Beschluss vom 14. Dezember 2018 hat das LSG den Einrichtungsträger des B.es notwendig zum Rechtsstreit beigeladen.

Zudem hat die frühere Berichterstatterin des Senats Frau Dr. Schm. vom Universitätsklinikum F. (Klinik Strahlenheilkunde) schriftlich als sachverständige Zeugin befragt. Sie hat in ihrer Stellungnahme vom 21. Dezember 2018 ausgeführt, der Kläger sei aufgrund seiner Behinderung und seiner Persönlichkeitsstörung sowie der gezeigten Aggressivität nicht ohne bekannte Vertrauensperson führbar gewesen. Die Strahlentherapie habe nur durchgeführt werden können, da zwischen dem Kläger und seinem Betreuer ein sehr gutes Vertrauensverhältnis bestanden habe. Unter normalen Umständen wäre die stationäre Aufnahme zur Behandlung indiziert gewesen, da durch das Einwachsen des Tumors in die Nase und der erschwerten Beatmung eventuell mit Komplikationen zu rechnen gewesen wäre. Die geistige Behinderung des Klägers und das daraus resultierende schwierige Verhalten hätten eine Übernahme in eine normales stationäres Setting jedoch unmöglich gemacht.

Mit Schreiben vom 31. März 2020 (Kläger), vom 2. April 2020 (Beklagte), vom 1. April 2020 (Beigeladene zu 1) und 9. April 2020

(Beigeladene zu 2) haben die Beteiligten ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Rechtsstreits ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) eingelegte Berufung, über die der Senat nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) im Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist statthaft und auch im Übrigen zulässig. Die Berufung bedurfte nicht der Zulassung, da der Kläger die Freistellung von Kosten einer Begleitperson zur ambulanten Strahlentherapie in Höhe von 2.991,99 EUR begehrt, welche den nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) maßgeblichen Beschwerdewert von 750,00 EUR übersteigt.

2. Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 17. April 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 9. Oktober 2014, mit welchen diese die Übernahme der Personalkosten, die durch die Begleitung und Betreuung des Klägers zur und während der ambulanten Strahlentherapie im Zeitraum vom 3. Dezember 2013 bis 17. Januar 2014 entstanden sind, ablehnte. Nicht streitgegenständlich sind hingegen die für den Kläger angefallenen Fahrkosten, welche bereits von der Beklagten am 5. Dezember 2013 zu Recht genehmigt wurden (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 28. Juli 2008 - [B 1 KR 27/07 R](#) - juris, Rn. 27 zu den in Anlage 2 der Krankentransportrichtlinie (KrTransp-RL) genannten Ausnahmefällen, zu denen gemäß § 8 die onkologische Strahlentherapie und onkologische Chemotherapie zählen).

3. Die Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 17. April 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 9. Oktober 2014 ([§ 95 SGG](#)) ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Die Klage hiergegen ist zunächst zulässig (unter a). Der Kläger hat im hier streitgegenständlichen Zeitraum jedoch keinen Anspruch auf Übernahme der (Personal-)Kosten einer Begleitperson zur ambulanten Strahlentherapie nach den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB V (unter b). Die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) ist ebenfalls nicht eingetreten (unter c). Die Beklagte ist auch nicht aufgrund sozialhilferechtlicher Vorschriften verpflichtet, den Kläger von den streitgegenständlichen Kosten freizustellen (unter d). Die im Hilfsantrag erfolgte Erweiterung der Klage während des laufenden Berufungsverfahrens auf Übernahme der Kosten für die Begleitung zur Strahlentherapie durch den Sozialhilfeträger, den Beigeladenen zu 1, ist ebenfalls unbegründet (unter e).

a) Die Klage ist zunächst zulässig, insbesondere wurde die Monatsfrist zur Klageerhebung ([§ 87 Abs. 1 SGG](#)) eingehalten. Diese Frist beginnt mit der Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides ([§ 87 Abs. 2 SGG](#)). Der Zeitpunkt der tatsächlichen Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides vom 9. Oktober 2014 ist weder aktenkundig noch anderweitig feststellbar. Deshalb gilt nach der Zugangsfiktion des [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB X](#) der angefochtene Widerspruchsbescheid am dritten Tag nach Aufgabe zur Post als bekannt gegeben. Der Widerspruchsbescheid wurde ausweislich des vom Kläger vorgelegten Briefumschlags mit Poststempel am 14. Oktober 2014 zur Post gegeben; dementsprechend gilt er drei Tage später, am 17. Oktober 2014, als bekanntgegeben. Begann die Klagefrist damit am 18. Oktober 2014 zu laufen, so endete sie mit dem 17. November 2014 ([§ 64 Abs. 1 und Abs. 2 SGG](#)). Die Klageschrift ging bereits am 15. November 2014 und damit fristgerecht beim SG Freiburg ein. Unerheblich für die Wahrung der Klagefrist ist, dass die Klageerhebung zunächst beim örtlich unzuständigen Gericht erfolgte, da gemäß [§ 98 SGG](#) i.V.m. [§ 17b Abs. 1 Satz 2 VG](#) die Wirkungen der Rechtshängigkeit bestehen bleiben (Nusser, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1. Aufl. 2017, [§ 87 SGG](#), Rn. 39).

b) Der Kläger hat jedoch keinen Anspruch auf Freistellung von den Kosten seiner Betreuung und Begleitung zur ambulanten Strahlentherapie im streitgegenständlichen Zeitraum vom 3. Dezember 2013 bis 17. Januar 2014 nach den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB V.

Als Rechtsgrundlage des geltend gemachten Erstattungsanspruchs kommt allein [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) hat die Krankenkasse dem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung zu erstatten, die dadurch entstanden sind, dass sie eine unaufschiebbare Leistung entweder nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Alt) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, soweit die Leistung notwendig war (2. Alt). Mit dieser Regelung wird der Grundsatz des Sach- und Dienstleistungsanspruchs nach [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) für die Fälle ergänzt, in denen die Krankenkasse eine geschuldete Leistung nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen kann. Der Naturalleistungsanspruch des Versicherten wandelt sich um in einen Kostenerstattungsanspruch bzw. soweit die Kosten tatsächlich noch nicht beglichen sind, in einen Anspruch des Versicherten auf Freistellung von den Kosten. Vorliegend hat der Kläger nach seinen eigenen Angaben die Rechnungen des Beigeladenen zu 2 noch nicht beglichen, so dass ein Anspruch auf Freistellung von diesen Kosten im Raum steht. Dieser Anspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung des BSG, zuletzt Urteil vom 17. Dezember 2019 - [B 1 KR 18/19 R](#) - juris, Rn. 8).

Ein solcher Sachleistungsanspruch ist vorliegend jedoch nicht gegeben.

(1) Ein entsprechender Anspruch ergibt sich nicht aus [§ 60 SGB V](#), da die (Personal-)Kosten für Begleitpersonen von dieser Vorschrift nicht umfasst sind.

Gemäß [§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) übernimmt die Krankenkasse nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach [§ 133 SGB V](#) (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Die Tragung von Fahrkosten durch die Krankenkasse stellt dabei grundsätzlich eine akzessorische Nebenleistung zu den Leistungen dar, die die Krankenkasse im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages zu erbringen hat (BSG, Urteil vom 10. Oktober 1978 - [3 RK 75/77](#) - juris, Rn. 15; Nolte, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, 107. EL 2019, SGB V [§ 60](#) Rn. 2). [§ 60 SGB V](#) regelt Ansprüche auf Fahrkosten zudem abschließend (BSG, Urteil vom 18. November 2014 - [B 1 KR 8/13 R](#) - juris, Rn. 12).

Fahrkosten sind alle reinen Beförderungskosten, nicht jedoch Kosten der Übernachtung, der Verpflegung, des Gepäcktransports oder Zeitvergütungen, d.h. Entschädigungen für Lohn- und Einkommensausfall (Nolte, a.a.O., § 60 Rn. 6). Die Vergütung von Kosten für eine Begleitperson sind von [§ 60 SGB V](#) - anders als von der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Vorläufervorschrift in § 194 Reichsversicherungsordnung (RVO) - nicht umfasst (Waßer, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl., [§ 60 SGB V](#), Rn. 38; Dettling-Kuchler in: Krauskopf, 104. EL 2019, SGB V [§ 60](#) Rn. 7, 11). Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG) vom 20. Dezember 1988 ([BGBl. I 2477](#)) die Erstattungspflicht der Krankenkassen bewusst auf die bloßen Fahrkosten, bei Fahrten zur ambulanten Behandlung zudem auf Ausnahmefälle beschränkt, so dass eine Kostenübernahme bzw. -erstattung von anderweitigen Kosten durch die Krankenkasse insoweit ausscheidet. Lediglich im Fall einer erforderlichen stationären Mitaufnahme einer Begleitperson (vgl. [§ 11 Abs. 3 SGB V](#)), kommt nach Maßgabe des [§ 60 Abs. 1](#) und 2 SGB V auch die Übernahme von Fahrkosten (nicht aber von Personalkosten) für die Begleitperson in Betracht (Dettling-Kuchler, a.a.O. § 60 Rn. 11; Waßer, a.a.O. § 60 Rn. 55, 83).

Diese Voraussetzungen sind jedoch vorliegend nicht gegeben, da keine stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson, sondern eine ambulante Behandlung erfolgt ist. Darüber hinaus werden auch keine reinen Fahrkosten der Begleitperson, sondern deren Personalkosten geltend gemacht.

Die Erstattung von Zeitvergütungen kommt auch nicht unter dem Gesichtspunkt der sog. "Stellvertreterleistung" in Betracht. Nach früherer Rechtsprechung des BSG hatte die Krankenkasse gegebenenfalls eine im Gesetz nicht vorgesehene Leistung zu erbringen, wenn diese an die Stelle einer anderen, dem Versicherten zustehenden Leistung trat und die Stellvertreterleistung geeigneter oder billiger als die originär geschuldete Leistung war (z.B. BSG, Urteil vom 13. Mai 1982 - [8 RK 34/81](#) - juris: Begleitperson zur ambulanten Therapie anstelle von stationärer Behandlung). An dieser zum Recht der RVO entwickelten Rechtsprechung hat das BSG aufgrund des abschließenden Charakters der Regelungen der Leistungen der GKV unter der Geltung des SGB V aber ausdrücklich nicht mehr festgehalten (BSG, Urteil vom 25. Juni 2002 - [B 1 KR 22/01 R](#) - juris, Rn. 18; BSG, Urteil vom 11. September 2018 - [B 1 KR 7/18 R](#) - juris, Rn. 16 m.w.N.). Unter der Rechtslage des SGB V ist eine Stellvertreterleistung mithin wegen des abschließenden Leistungskatalogs in [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) durch [§ 31](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausgeschlossen (Noftz, in: Hauck/Noftz, SGB, 07/19, § 39 SGB V, Rn. 123).

(2) Der Kläger hat mangels stationärer Behandlung auch keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten der Begleitperson aus [§ 11 Abs. 3 SGB V](#) (in der hier anzuwendenden und bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung).

Danach umfassen die Leistungen bei stationärer Behandlung auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten oder bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach [§ 107 Abs. 2 SGB V](#) die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach [§ 66 Abs. 4 Satz 2 SGB XII](#) (in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung) durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen. Diese Kostenübernahme ist eine Nebenleistung und stellt keine Erweiterung des Leistungskatalogs dar ([BT-Drs. 11/3480 S. 50](#)); sie gehört zu den im Einzelfall notwendigen Leistungen (Wagner, in: Krauskopf 104. EL 2019, SGB V [§ 11](#) Rn. 10). Mit der Ergänzung des [§ 11 Abs. 3 SGB V](#) zum 5. August 2009 (BT-Drs. 16/12 855 S. 7) wird nunmehr bei stationärer Behandlung die Mitaufnahme von Pflegekräften für Versicherte mit einem besonderen pflegerischen Bedarf, die sie durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen, ermöglicht, nachdem die notwendige pflegerische Versorgung, insbesondere von Pflegebedürftigen im Krankenhaus in häufigeren Konstellationen nicht Bestandteil der für die stationäre Behandlung einer Krankheit erforderlichen Krankenpflege ist (vgl. BR-Drs. 16/2855, 7; Jousen, in: BeckOK 2019, SGB V [§ 11](#) Rn. 14a).

Dieser Anspruch scheidet vorliegend aber bereits daran, dass keine Begleitung während eines stationären Aufenthaltes, sondern während einer ambulanten Behandlung erfolgt ist. Ein solcher Anspruch ergibt sich aufgrund des abschließenden Leistungskatalogs des SGB V auch nicht - wie bereits dargelegt (vgl. oben) unter dem Aspekt der sog. Stellvertreterleistung.

(3) Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf häusliche Krankenpflege in Form der Krankenhausvermeidungs- bzw. der Behandlungssicherungspflege nach [§ 37 Abs. 1 Satz 1](#) bzw. Abs. 2 Satz 1 SGB V, da es bereits an der entsprechenden Verordnung mangelt. Darüber hinaus ist vorliegend auch der Anwendungsbereich dieser Norm nicht eröffnet.

Nach [§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26. März 2007, [BGBl. I 378](#)) erhalten Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Nach [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) (ebenfalls in der Fassung des GKV-WSG vom 26. März 2007) erhalten Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Nach [§ 37 Abs. 6 SGB V](#) legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Abs. 1 und 2 des [§ 37 SGB V](#) auch außerhalb des Haushaltes und der Familie des Versicherten erbracht werden können (BSG, Urteil vom 22. April 2015 - [B 3 KR 16/14 R](#) - juris, Rn. 15). Eine Einrichtung der Eingliederungshilfe kann dabei grundsätzlich ein "geeigneter Ort" zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege durch die Krankenkasse sein, wenn die Einrichtung die Leistung nicht selbst schuldet (BSG, Urteil vom 25. Februar 2015 - [B 3 KR 11/14 R](#); BSG, Urteil vom 22. April 2015 - [B 3 KR 16/14 R](#)).

Ein etwaiger Anspruch nach [§ 37 SGB V](#) scheidet vorliegend aber bereits daran, dass es an der notwendigen Verordnung der häuslichen Krankenpflege fehlt (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB i.V.m. [§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 SGB V](#) i.V.m § 2 BMV-Ä). Nach [§ 15 Abs. 1 SGB V](#) wird die ärztliche Behandlung von Ärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden. Die Erforderlichkeit ärztlicher Verordnungen für die Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege ist durch [§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 SGB V](#) noch einmal ausdrücklich bestimmt worden. Erst durch die vertragsärztliche Verordnung wird das dem Versicherten durch [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB V](#) gewährte Rahmenrecht auf Leistungen häuslicher Krankenpflege zu einem Anspruch konkretisiert (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 3. März 2011 - [L 9 KR 284/10 B ER](#) - juris, Rn. 4). Der Leistungsanspruch setzt somit grundsätzlich eine ärztliche Verordnung und zudem die Genehmigung durch die Krankenkasse des

Versicherten vor Leistungsbeginn voraus (Nolte, in: Kassler Kommentar Sozialversicherungsrecht, 107. EL 2019, SGB V § 37 Rn. 5a). Dies ergibt sich auch aus der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege des G-BA in der Version vom 19. September 2013 (HKP-Richtlinie), wonach gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 dieser Richtlinie Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist, dass sich die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Kranken und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat oder dass ihr oder ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist. Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte können häusliche Krankenpflege im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus nach Maßgabe von § 7 Abs. 5 HKP-Richtlinie verordnen (§ 3 Abs. 1 Satz 2 HKP-Richtlinie). Die von der oder dem Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen bedürfen der Genehmigung durch die Krankenkasse (§ 6 Abs. 1 Satz 1 HKP-Richtlinie). Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132a Absatz 2 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (§ 6 Abs. 6 Satz 1 HKP-Richtlinie).

Der Senat kann nicht feststellen, dass eine Verordnung über häusliche Krankenpflege für den hier streitigen Zeitraum ausgestellt wurde. Eine entsprechende Verordnung ist weder in der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakte enthalten, noch wurde eine entsprechende Verordnung vom Kläger vorgelegt. Eine "Verordnung über die fachgerechte Begleitung" wurde vom Kläger in seinem Schreiben vom 10. November 2017 zwar behauptet, bislang jedoch weder der Beklagten noch dem Senat vorgelegt. Die im Klageverfahren vorgelegte Verordnung einer Krankenbeförderung der Internistin R. vom 3. Dezember 2013 stellt keine Verordnung häuslicher Krankenpflege dar. Die hierin angegebene Notwendigkeit medizinisch-fachlicher Betreuung durch einen Betreuer stellt keine Verordnung über häusliche Krankenpflege dar. Sie bezieht sich ausdrücklich allein auf die Begleitung zur Strahlentherapie durch seinen Betreuer, nicht auf Begleitung durch medizinisches Fachpersonal (etwa Notarzt oder Rettungsassistent), zumal auch kein besonderes (Kranken-)Transportmittel verordnet wurde (stattdessen: Taxi, Mietwagen). Die Beklagte hat insofern mit Bescheid vom 5. Dezember 2013 auch nur die Übernahme der Fahrkosten für die Fahrt des Klägers zur Strahlentherapie genehmigt. Dies entnimmt der Senat dem Schreiben der Beklagten vom 17. Dezember 2013 (Bl. 3 der VA).

Darüber hinaus ist auch schon der Anwendungsbereich der Regelungen über die häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V hier nicht betroffen. Es liegt kein Fall des § 37 Abs. 1 SGB V vor, weil die Begleitung und Betreuung zur Strahlentherapie nicht der Vermeidung ansonsten erforderlicher Krankenhausbehandlung dient, und auch kein Fall des § 37 Abs. 2 SGB V, weil dort nur die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung geregelt ist (so z.B. BSG, Urteil vom 10. Oktober 2000 - B 3 P 15/99 R - juris, Rn. 15, wonach die notwendige Begleitung eines gehbehinderten pflegebedürftigen Diabetikers bei ärztlich empfohlenen täglichen Spaziergängen Teil der Behandlungspflege sein kann). § 37 SGB V erfasst nicht die häusliche Pflege zum reinen Behinderungsausgleich (BSG, Urteil vom 12. August 2009 - B 3 KR 8/08 R - juris, Rn. 22). Sowohl die Krankenhausvermeidungspflege als auch die Behandlungssicherungspflege stellen akzessorische Leistungen dar, denn es ist nur insofern Krankenpflege zu leisten als auch eine entsprechende ärztliche Behandlung auf Kosten der Krankenkasse stattfindet, die unterstützt werden kann (Padé in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2019, § 37 SGB V, Rn. 47). Zur Behandlungspflege gehören alle Pflegemaßnahmen, die nur durch eine bestimmte Krankheit verursacht werden, speziell auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern (BSG, Urteil vom 10. November 2005 - B 3 KR 38/04 R - juris, Rn. 14). Die Behandlungspflege muss folglich an der zu behandelnden Erkrankung anknüpfen. Diese Voraussetzung ist hier aber gerade nicht gegeben. Die Begleitung und Betreuung des Klägers war nicht aufgrund seiner onkologischen Erkrankung, welche die Strahlentherapie erforderlich machte, sondern wegen seiner geistigen Behinderung und des hieraus resultierenden schwierigen Verhaltens des Klägers notwendig. Dies entnimmt der Senat u.a. dem Schreiben des Betreuers des Klägers vom 23. Januar 2014, in welchem dieser explizit darauf hinweist, dass der Kläger wegen seiner Behinderung und seines äußerst schwierigen Verhaltens ständiger Betreuung durch Fachkräfte bedarf, als auch dem Schreiben des Leiters des B.es, Herrn Wi., vom 12. Februar 2014, in welchem dieser ebenfalls auf die Notwendigkeit fachlicher Begleitung aufgrund der geistigen Behinderung und massiver Verhaltensauffälligkeiten sowie der Blindheit des Klägers hinweist. Dies wird bestätigt durch die Aussage der behandelnden Ärztin Dr. Schm., welche in ihrer Stellungnahme vom 21. Dezember 2018 ausführte, dass der Kläger aufgrund seiner Behinderung und seiner Persönlichkeitsstörung sowie der gezeigten Aggressivität nicht ohne bekannte Vertrauensperson führbar gewesen ist. Die Begleitung erfolgte somit nicht zur Sicherung des Behandlungserfolgs der Strahlentherapie, sondern zur besseren Betreuung des Behandelten aufgrund seiner geistigen und körperlichen Behinderungen und damit zum reinen Ausgleich dieser. Insofern fehlt es bereits an der notwendigen Kausalität.

(4) Ein Anspruch des Klägers ergibt sich auch nicht aus § 27 SGB V i.V.m. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Zur ärztlichen Behandlung gehört zwar auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist (§ 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Nichtmedizinische Tätigkeiten sind jedoch selbst dann keine ärztliche Behandlung, wenn die Tätigkeit im weiteren Sinne der ärztlichen Behandlung dient oder gar für die ärztliche Behandlung notwendig ist. Das gilt insbesondere für nichtmedizinische "akzessorische Nebenleistungen", die eine ärztliche Behandlung überhaupt erst ermöglichen, wie z.B. Fahrten zum Arzt oder Krankentransporte sowie Übersetzungen durch einen (Sprach- oder Gebärden-) Dolmetscher. Ein Anspruch auf solche Leistungen besteht nur, soweit es hierfür eine spezielle gesetzliche Grundlage gibt (Fahlbusch, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 28 SGB V, Rn. 31). Eine solche existiert aber, wie bereits dargelegt, nicht.

c) Entgegen der Auffassung des Klägers ergibt sich ein Anspruch auch nicht gemäß § 13 Abs. 3a SGB V aufgrund eingetretener Genehmigungsfiktion, da der Kläger die beantragte Leistung jedenfalls subjektiv nicht für erforderlich halten durfte. Darüber hinaus besteht auch kein rechtswirksamer Vergütungsanspruch des Beigeladenen zu 2 gegenüber dem Kläger.

Nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Krankenkasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V). Im Falle einer fingierten Genehmigung besteht ein Naturalleistungsanspruch als eigenständig durchsetzbarer Anspruch (BSG, Urteil vom 11. Juli 2017 - B 1 KR 26/16 R - juris, Rn. 12).

Zwar hat die Beklagte vorliegend erst mit Bescheid vom 17. April 2014 über den bei ihr am 9. Dezember 2013 eingegangenen, wohl auch

hinreichend bestimmten Antrag des Klägers auf Freistellung von den Kosten seiner Begleitung zur medizinisch notwendigen Strahlentherapie entschieden und somit sämtliche in Betracht kommenden Entscheidungsfristen des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) versäumt. Auch ist für den Eintritt der Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) nicht erforderlich, dass die Leistung objektiv medizinisch notwendig und vom Leistungsumfang der GKV umfasst ist. Voraussetzung ist jedoch, dass der Versicherte zumindest subjektiv von der Erforderlichkeit der Leistung ausgehen und auf das Ergehen einer Genehmigung vertrauen durfte (vgl. etwa BSG v. 11. Juli 2017 - [B 1 KR 16/16 R](#) - juris Rn 20; BSG, Urteil vom 8. März 2016 - [B 1 KR 25/15 R](#) - juris, Rn. 26 m.w.N.; BSG, Urteil vom 11. Mai 2017 - [B 3 KR 30/15 R](#) - juris, Rn. 39). Zwar soll die Regelung es dem Berechtigten einerseits erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen. Andererseits soll sie ihn nicht zu Rechtsmissbrauch einladen, indem sie Leistungsgrenzen des GKV-Leistungskatalogs überwindet, die jedem Versicherten klar sein müssen.

Vorliegend durfte der Kläger die begehrte Freistellung von den Kosten der Begleitung zur Strahlentherapie auf der Grundlage der bei Antragstellung gegebenen Umstände nicht für erforderlich halten. In subjektiver Hinsicht hält das BSG regelmäßig für ausreichend, dass der Versicherte sich mit einem befundgestützten Antrag an seine Krankenkasse wendet (BSG, Urteil vom 26. September 2017 - [B 1 KR 6/17 R](#) - juris, Rn. 20, 22; vom 11. September 2018 - [B 1 KR 1/18 R](#) - juris, Rn. 22). Unter dieser Voraussetzung darf er darauf vertrauen, dass sein Antrag genehmigt werden wird, so dass [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) Anwendung findet. Der Kläger hatte aber bei der Stellung des Antrags am 9. Dezember 2013 keine Verordnung für eine häusliche Krankenpflege oder medizinisch erforderliche notwendige Begleitung, kein Attest und keine sonstige medizinische Stellungnahme in der Hand und der Beklagten vorgelegt, aus der sich ergab, dass die begehrte Begleitung wegen der konkret zu behandelnden Erkrankung medizinisch indiziert gewesen wäre. Insbesondere ergibt sich eine derartige Empfehlung nicht aus der Verordnung der Krankenförderung vom 3. Dezember 2013 der Internistin R., da diese eine medizinisch notwendige Begleitung gerade nicht feststellte (vgl. oben). Ein berechtigtes Vertrauen darauf, dass die Beklagte die beantragte Leistung bewilligen wird, ist daher nicht anzuerkennen.

Darüber hinaus scheidet ein Kostenerstattungsanspruch aufgrund eingetretener Genehmigungsfiktion aber auch daran, dass der Versicherte nach Auffassung des Senats keinem rechtswirksamen Vergütungsanspruch des Leistungserbringers ausgesetzt ist (vgl. BSG, Urteil vom 15. April 1997 - [1 RK 4/96](#) - juris, Rn. 13; Kingreen, in: Becker/Kingreen, 6. Aufl. 2018, SGB V [§ 13](#) Rn. 22 m.w.N.).

Die Beigeladene zu 2 war aufgrund der mit dem Sozialhilfeträger, dem Beigeladenen zu 1, geschlossenen Leistungsvereinbarung gemäß [§ 75 SGB XII](#) für "vollstationäre Hilfen mit integriertem tagesstrukturierendem Angebot für Menschen mit einer geistigen und/oder mehrfachen Behinderung und zusätzlichen auf nicht absehbare Zeit bestehenden, massiven Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen eines längerfristig intensiven betreuten Wohnangebots" vom 30. Mai 2011, welcher im streitigen Zeitraum einen Betreuungsschlüssel von 1:1,00 und damit eine "Rund-um-die-Uhr-Betreuung" vorsah, verpflichtet, die fachgerechte Begleitung des Klägers zur ambulanten Strahlentherapie sicherzustellen. Nach dieser Vereinbarung schuldete die Beigeladene zu 2 individuelle Betreuung, Begleitung und Förderung im Alltag. Eine örtliche Beschränkung auf die Einrichtung selbst findet sich hierin nicht. In Anbetracht dieses Personalschlüssels ist das Vorbringen des Heimleiters, hieraus ergebe sich nur eine Betreuung des Klägers von 4,34 Stunden pro Person am Tag, unerheblich, da jedenfalls eine vertragliche Verpflichtung zur 24stündigen Versorgung bestand. Auch nach [§ 5 Abs. 5 Nr. 1](#) des Wohn- und Betreuungsvertrags vom 1. Dezember 2013 (Betreuungsleistungen, Mitwirkung des Bewohners; Bl. 188 der SG-Akte) schuldet die Beigeladene zu 2 im Rahmen der alltäglichen Lebensführung die Begleitung und Beratung in persönlichen Angelegenheiten. Zu den persönlichen Angelegenheiten zählen aber auch Arzt- bzw. Behandlungstermine. Schließlich wird dieser Leistungsumfang der Beigeladenen zu 2 nochmals in der (nach [§ 2 Abs. 2](#) des Wohn- und Betreuungsvertrags vom 1. Dezember 2013 zum Vertragsinhalt gewordenen) Information des St. J. Hauses bestätigt (Bl. 202 der SG-Akte). Danach beziehen sich die angebotenen Leistungen auch auf den Bereich der alltäglichen Lebensführung, und hierbei insbesondere auf die Begleitung und Beratung in persönlichen Angelegenheiten. Mehrkosten sind der Einrichtung nach eigenem Vortrag durch die Begleitung des Klägers zur Strahlentherapie im hier streitigen Zeitraum auch nicht entstanden. Der vorgetragene Mehraufwand konnte vielmehr durch "Schieben" von Personal realisiert werden. Dies entnimmt der Senat den Angaben des Leiters des B.es in der mündlichen Verhandlung vom 11. November 2015 vor dem SG Freiburg (Protokoll vom 11. November 2015).

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Rahmenvertrag zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach [§ 75 Abs. 3 SGB XII](#) für Baden-Württemberg für stationäre und teilstationäre Einrichtungen und Dienste vom 15. Dezember 1998 in der aktualisierten Fassung vom 22. November 2012, auf welchen in [§ 5](#) der o.g. Leistungsvereinbarung Bezug genommen wird. So ergibt sich aus den Leistungstypen I.2.1 (Stationäre Leistung (ohne tagesstrukturierende Leistung i.S. der Ziffer I.4) für Menschen mit geistiger und/oder Mehrfachbehinderung) und I.4.5a (Tagesstrukturierendes Angebot für geistig und körperlich behinderte Menschen Förder- und Betreuungsgruppe - FuB -), denen der Kläger im Rahmen der Eingliederungshilfe (Bescheid vom 11. August 2011) zugeordnet wurde (vgl. auch [§ 3 Abs. 2](#) des Wohn- und Betreuungsvertrages), eine Leistungserbringung nach individuellem Unterstützungsbedarf als auch Angebot von Förderung und Beschäftigung (Förderung kann unter Berücksichtigung des Nachrangs der Sozialhilfe auch therapeutische Leistungen umfassen), Anregung und Begleitung, hauswirtschaftliche Versorgung, Pflege bzw. die Erschließung dieser Angebote. Auch hierin findet sich kein Ausschluss der vorliegend streitigen Begleitung zu einer ambulanten ärztlichen Therapie.

Ob [§ 6](#) des Wohn- und Betreuungsvertrags vom 1. Dezember 2013, wonach die Einrichtung die Beförderung und Begleitung des Bewohners zum Krankenhaus oder Arzt bzw. zu anderen therapeutischen Stellen und Personen anbietet, Kosten hierfür jedoch vom Kläger selbst erstattet haben will, wenn sie weder von der Krankenkasse noch vom Sozialhilfeträger noch einem sonstigen Sozialleistungsträger übernommen werden, überhaupt im Hinblick auf [§ 32 SGB I](#), wonach privatrechtliche Vereinbarungen, die zum Nachteil des Sozialleistungsberechtigten von Vorschriften dieses Gesetzbuchs abweichen, nichtig sind, wirksam ist, kann vorliegend dahingestellt bleiben. Die Einrichtung hätte nämlich gemäß [§ 10](#) desselben Vertrages hierüber mit dem Kläger zuvor eine gesonderte schriftliche Vereinbarung schließen müssen. Eine solche wurde nach dem Vortrag der Beteiligten nicht geschlossen, so dass die Beigeladene zu 2 bereits aus diesem Grund keinen wirksamen Vergütungsanspruch gegen den Kläger hat.

d) Die Beklagte ist auch nicht aufgrund sozialhilferechtlicher Regelungen verpflichtet, den Kläger von den Kosten für die Begleitung zur ambulanten Strahlentherapie freizustellen.

Zwar kann auch eine Krankenkasse als für Sozialhilfeleistungen nicht zuständiger Träger ausnahmsweise gemäß [§ 14 SGB IX](#) verpflichtet sein, Leistungen nach dem SGB XII zu gewähren, wenn sie den Antrag - wie hier - nicht binnen zwei Wochen an den zuständigen Träger weitergeleitet hat. Anhaltspunkte dafür, dass der Beigeladene zu 1 erstangegangener Träger ist, liegen nicht vor, nachdem der Kläger erst

im November 2017 gegenüber dem Gericht angegeben hat, bei dem Beigeladenen zu 1 hilfsweise die Übernahme der Begleitkosten i.H.v. 2991,99 EUR beantragt zu haben. [§ 14 SGB IX](#) ist immer anzuwenden, wenn Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen ([§ 2 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 1 Satz 1 SGB IX](#)) gegenüber einem Reha-Träger ein Rehabilitationsbegehren zum Ausdruck bringen, wobei ihr Anliegen ggf. nach dem Meistbegünstigungsprinzip auszulegen ist. Nicht betroffen von [§ 14 SGB IX](#) sind hingegen Leistungen ärztlicher Akutbehandlung im Sinne von [§ 28 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), der Vorsorge oder der Pflege, für die es bei [§ 43 SGB I](#) verbleibt (Ulrich, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, [§ 14 SGB IX](#), Rn. 43, 47). [§ 14 SGB IX](#) ist aber auch in den Fällen anzuwenden, in denen die Zuständigkeit deshalb umstritten ist, weil unklar bleibt, ob Teilhabeleistungen oder Maßnahmen der Krankenbehandlung erforderlich sind (vgl. Ulrich, a.a.O., Rn. 54; Hessisches LSG, Beschluss vom 15. März 2017 - [L 4 SO 23/17 B ER](#)). Jedenfalls in Fällen wie dem vorliegenden, in denen eine Abgrenzung zwischen Krankenbehandlung und Eingliederungshilfeleistung im Einzelfall schwierig ist, kann von der Anwendbarkeit des [§ 14 SGB IX](#) ausgegangen werden.

Allerdings ergibt sich mangels wirksamer Vergütungsverpflichtung (vgl. oben) auch kein Anspruch auf Sicherung der Betreuung des Klägers (zum Ausschluss von Selbstgefährdung) aus [§ 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII](#) in der vom 1. Juli 2008 bis 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (a.F.).

Danach ist Hilfe zur Pflege auch Kranken und behinderten Menschen zu leisten, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Bedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 5 bedürfen; für Leistungen für eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung gilt dies nur, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere ambulante oder teilstationäre Leistungen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen (zum weiten Pflegebegriff des [§ 61 Abs. 1 SGB XII](#) a.F., der über die Öffnungsklausel in Satz 2 SGB XII auch "andere Verrichtungen", wie etwa Hilfen zur Wahrnehmung von Tätigkeiten, die der Sicherung sozialer Bereiche des Lebens dienen, erfasste: BSG, Urteil vom 12. Mai 2017 - [B 8 SO 14/16 R](#) - juris, Rn. 24; Meßling, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 3. Aufl., [§ 61 SGB XII](#), Rn. 36, zugleich auch zum deswegen "schwierigen" Verhältnis von Leistungen der Eingliederungshilfe zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege). Neben dem allgemeinen Nachranggrundsatz des [§ 2 Abs. 1 SGB XII](#) wiederholt auch [§ 13 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI](#), dass Leistungen der sozialen Pflegeversicherung den sozialhilferechtlichen Leistungen der Hilfe zur Pflege vorgehen. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sind nach Art und Umfang nicht am Bedarfsdeckungsprinzip orientiert, sondern als pauschalierte Geld- und Sachleistungen "gedeckt". Besteht ein darüberhinausgehender Bedarf, kommt die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII mit ergänzenden Leistungen in Betracht (BVerwG, Urteil vom 15. Juni 2000 - [5 C 34/99](#)). Der Nachrang der Hilfe zur Pflege gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung bedeutet im Einzelnen, dass lediglich die Kosten für den von der Pflegeversicherung nicht gedeckten Bedarf übernommen werden (Kaiser, in: BeckOK SozR, 43. Ed. 1. Dezember 2016, SGB XII [§ 61](#) Rn. 2, 3). Ein solcher ungedeckter Bedarf ist vorliegend jedoch nicht gegeben, da der Kläger keinem wirksamen Vergütungsanspruch des Beigeladenen zu 2 ausgesetzt ist (vgl. oben). Darüber hinaus besteht diesbezüglich auch keine Leistungs- und Vergütungsvereinbarung gemäß [§ 75 Abs. 3 SGB XII](#) (in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung) zwischen dem Beigeladenen zu 1 und dem Beigeladenen zu 2. Mangels wirksamer Kostentragungspflicht des Klägers scheidet im Übrigen auch eine Kostenübernahme nach [§ 54 Abs. 1 Satz Nr. 5 SGB XII](#) in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung (nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen).

e) Bei der erstmals in der Berufungsinstanz im Rahmen des Hilfsantrags erfolgten Erweiterung des Klagebegehrens auf hilfsweise Verurteilung des Beigeladenen zu 1 handelt es sich nicht um eine Klageänderung nach [§ 99 SGG](#). Bei einer - wie hier vorliegenden - notwendigen Beiladung nach [§ 75 Abs. 2 Alt. 2 SGG](#) kann der zum Verfahren beigeladene Versicherungsträger, ein Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende, ein Träger der Sozialhilfe oder in Angelegenheiten des sozialen Entschädigungsrechts ein Land auch dann verurteilt werden, wenn keine gegen ihn gerichtete Klage oder Klageänderung vorliegt. Denn durch [§ 75 Abs. 5 SGG](#) wird unterstellt, dass der Kläger zwar in erster Linie die Verurteilung des beklagten Versicherungsträgers, hilfsweise aber auch die jedes anderen beigeladenen Versicherungs- bzw. Sozialhilfeträgers begehrt, es sei denn, dass der Kläger der Verurteilung eines beigeladenen Versicherungsträgers ausdrücklich widerspricht (BSG, Urteil vom 30. Januar 1985 - [2 RU 69/83](#) - [SozR 2200 § 539 Nr. 108](#) = juris, Rn. 21).

Der Hilfsantrag des Klägers scheidet aber bereits daran, dass er - wie bereits dargelegt - keiner wirksamen Kostentragungspflicht im Hinblick auf die geltend gemachten Personalkosten für die Begleitung zur Strahlentherapie ausgesetzt und kein ungedeckter Bedarf feststellbar ist.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#).

4. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2020-05-04