
Datum: 28.08.2014
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 9. Senat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: L 9 SO 286/12
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2014:0828.L9SO286.12.00

Vorinstanz: Sozialgericht Münster, S 8 SO 250/10
Sachgebiet: Sozialhilfe
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 25.04.2012 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand: 1

Streitig sind Kosten der stationären Aufenthalte der Klägerin im Rahmen des Behandlungskonzepts "Auf die Beine". 2

Bei dem Behandlungskonzept "Auf die Beine" handelt es sich um ein interdisziplinäres Behandlungskonzept für Kinder und Jugendliche mit eingeschränkter Bewegungsfähigkeit, das von Ärzten, Physiotherapeuten und Sportwissenschaftlern sowie unter Beteiligung der Barmer GEK entwickelt wurde und von einer von der Uniklinik Köln (Anstalt des öffentlichen Rechts) als Alleingesellschafterin gegründeten GmbH (ursprünglich N GmbH; heute V GmbH) angeboten wird. Im Rahmen des 12 Monate dauernden Behandlungskonzeptes finden u.a. zwei stationäre Aufenthalte für die Dauer von 13 und 6 Tagen statt. Während der stationären Aufenthalte erfolgt ein intensives physiotherapeutisches Trainingsprogramm, das Vibrationstraining mit einem von der Uniklinik L entwickelten Geh- und Stehtrainer ("Galileo - Kölner Geh- und Stehtrainer"), medizinisches Gerätetraining und klassische Physiotherapie nach Bobath und Vojta kombiniert mit funktionellem Koordinations- und Gleichgewichtstraining auf dem Laufband, der Gangschule und Übungen im Bewegungsbad 3

umfasst. Zusätzlich werden Sozial-, Ernährungs- und Hilfsmittelberatung angeboten. Neben Eingangs- und Zwischenuntersuchungen umfasst das Konzept auch häusliche Trainingseinheiten mit einem ausgeliehenen Geh- und Stehtrainer.

Ein kassenübergreifender Versorgungsvertrag im Sinne von § 111 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) wurde weder mit der N GmbH noch mit der V GmbH abgeschlossen. Allerdings schloss die Barmer GEK bereits im Jahre 2004 mit der V Köln und der N GmbH einen Vertrag über die integrierte Versorgung im Sinne von §§ 140a, 140b SGB V (Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung) ab. Diesem Vertrag traten im Jahre 2006 die AOK Rheinland/Hamburg, die IKK classic, die KKH Kaufmännische Krankenkasse, die Techniker Krankenkasse, die DAK Gesundheit und die Knappschaft bzw. deren Rechtsvorgänger bei. 4

Die am 00.00.2005 geborene Klägerin lebt zusammen mit ihren Eltern in einem Haushalt. Sie leidet seit ihrer Geburt an einer spastischen Paraplegie der unteren Extremitäten unklarer Genese sowie an einer grobmotorischen Entwicklungsstörung und kann nicht selbstständig laufen. Bei ihr waren seit dem 30.05.2008 ein Grad der Behinderung von 80 sowie die Merkzeichen "G" und "aG" anerkannt. 5

Ebenso wie beide Eltern ist die Klägerin bei der DKV privat krankenversichert in Gestalt einer Vollversicherung, ausdrücklich ausgenommen von der Leistungsverpflichtung sind Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen. Der Vater der Klägerin ist freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Rentenversicherung bei Beitragsentrichtung zur Beigeladenen. 6

Die Klägerin ist wegen ihrer Gesundheitsstörungen laufend in ärztlicher Behandlung. U.a. fanden Untersuchungen im Zentrum Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Medizinischen Hochschule I (Befundbericht vom 09.05.2007), im Sozialpädiatrischem Ambulanz- und Therapiezentrum am Krankenhaus N in N (Befundbericht vom 14.02.2008), im Sozial Pädiatrischen Zentrum (SPZ) Westmünsterland in D (Befundberichte vom 25.11.2008, 21.09.2009 und 23.12.2009), im Clemenshospital in N (Befundberichte vom 14.10.2008 und 04.02.2009) und im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums F (Befundbericht vom 04.08.2008) statt. Wegen der Untersuchungsergebnisse im Einzelnen wird auf Bl. 8 bis 12, 16 bis 25, 58 bis 59 und 65 bis 68 der Verwaltungsakte des Beklagten Bezug genommen. 7

Seit 2008 erhielt die Klägerin zweimal wöchentlich ambulante Physiotherapie. In der ersten Jahreshälfte 2010 erhielt die Klägerin zumindest teilweise auf Kosten der DKV zweimal wöchentlich Krankengymnastik nach Bobath, zweimal wöchentlich Hippotherapie und einmal wöchentlich Logopädie. 8

Im September 2009 fassten die Eltern der Klägerin den Entschluss, die Klägerin an dem Behandlungskonzept "Auf die Beine" teilnehmen zu lassen. Im Rahmen der Eingangsuntersuchung kam die N GmbH im Dezember 2009 zu dem Ergebnis, dass die Klägerin für eine Teilnahme am Behandlungskonzept geeignet sei. 9

Auf Anfrage der Eltern der Klägerin teilte die DKV mit Schreiben vom 25.01.2010 mit, dass sie für das Behandlungskonzept "Auf die Beine" keine Leistungszusage erteilen könne, da es sich hierbei um eine Rehabilitationsleistung handle, die nach den Versicherungsbedingungen vom Versicherungsschutz ausgenommen sei. Die Klägerin solle sich an die gesetzlichen Rehabilitationsträger (Rentenversicherung, Sozialhilfeträger) wenden. 10

Noch am gleichen Tag stellten die Eltern für die Klägerin einen Antrag auf Leistungsgewährung aus den Mitteln der Sozialhilfe bei der Stadt N, die den Antrag ebenfalls noch am gleichen Tag an den Beklagten weiterleitete.

Der Beklagte wandte sich zunächst mit Schreiben vom 26.01.2010 an die DKV und vertrat die Auffassung, bei dem Behandlungskonzept "Auf die Beine" handele sich um eine Krankenbehandlung und nicht um eine Reha-Maßnahme. Dies vertrat auch das SPZ Westmünsterland in einer von der Klägerin zu den Akten gereichten Stellungnahme vom 29.01.2010. In dieser Bescheinigung hieß es außerdem, aus neuroorthopädischer und physiotherapeutischer Sicht bestehe die Notwendigkeit zur Teilnahme am Galileo-Programm der Uniklinik L. Mit Schreiben vom 28.01.2010 und 05.02.2010 hielt die DKV dennoch an ihrer Ablehnung mit der Begründung fest, auch aus den Informationsmaterialien der N GmbH gehe hervor, dass es sich um eine Rehabilitationsmaßnahme handele. 12

Mit Bescheid vom 10.03.2010 lehnte der Beklagte die Übernahme der Kosten für die Teilnahme am Behandlungskonzept "Auf die Beine" mit der Begründung ab, es handele sich bei der beantragten Hilfe um eine Hilfe bei Krankheit im Sinne von § 48 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII), für die vorrangige Ansprüche gegen die private Krankenkasse bestünden. 13

Die Eltern der Klägerin reichten zunächst ein Schreiben der N GmbH an die DKV vom 05.03.2010 bei dem Beklagten ein, in dem es hieß, bei dem Behandlungskonzept "Auf die Beine" handele es sich weder im Rahmen der Abrechnung noch inhaltlich um eine Rehabilitationsmaßnahme. Es bestünden weder Verträge mit den Rentenversicherungsträgern noch werde die Leistung als Rehabilitationsmaßnahme mit den Krankenkassen verrechnet. Es bestehe lediglich mit einigen Krankenkassen ein Vertrag im Rahmen der integrierten Versorgung. 14

Am 22.03.2010 legte die Klägerin gegen den Bescheid vom 10.02.2010 Widerspruch ein und vertrat die Auffassung, die Maßnahme "Auf die Beine" sei als Leistung der Eingliederungshilfe in Gestalt der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß §§ 53, 54 SGB XII i.V.m. § 26 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) förderungsfähig. Eine Anrechnung des Einkommens der Eltern sei gemäß § 92 Abs. 2 SGB XII auf Kosten für den Lebensunterhalt begrenzt. 15

Vom 18.04.2010 bis zum 01.05.2010 absolvierte die Klägerin den 13tätigen stationären Aufenthalt im Rahmen des Programms "Auf die Beine". Anfang August 2010 folgte der sechstätige stationäre Aufenthalt. Nach dem ersten stationären Aufenthalt erhielt sie zumindest teilweise auf Kosten der DKV viermal wöchentlich Krankengymnastik, zweimal wöchentlich Hippotherapie und einmal wöchentlich Logopädie. 16

Nachdem der Beklagte der Klägerin mitgeteilt hatte, dass gegen eine Vorfinanzierung der Maßnahme durch die Eltern keine Bedenken bestünden, wies er den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 27.08.2010 als unbegründet zurück. Die Klägerin gehöre zwar zum anspruchsberechtigten Personenkreis für die Eingliederungshilfe. Zuständiger Leistungsträger sei jedoch in ihrem Falle die Krankenkasse. Nach den von ihr eingereichten Unterlagen handele es sich nicht um eine Rehabilitationsleistung, sondern um eine intensive Therapie, die die regelmäßig durchgeführte physiotherapeutische Ganzbehandlung ergänze. 17

Die Klägerin hat am 22.09.2010 Klage beim Sozialgericht (SG) Münster erhoben. Sie hat ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt und ergänzend vorgetragen, die Behandlung sei auch als Maßnahme der sozialen Teilhabe in Gestalt der Hilfe für eine 18

angemessene Schulbildung förderungsfähig. Sie habe durch die Therapie an Selbstbewusstsein gewonnen. Die Verbesserung der Motorik fördere u.a. zugleich Leistungsbereitschaft, Kontaktfähigkeit und Sprachentwicklung.

Die Eltern der Klägerin haben im Erörterungstermin am 21.09.2011 vorgetragen, sie verfügten über Einkommen und Vermögen oberhalb der Schonvermögensbeträge des SGB XII. Dies gelte insbesondere für die Zeit zwischen Februar 2010 und Ende 2010. 19

Die Klägerin hat während des Klageverfahrens das Behandlungskonzept abgeschlossen. Die vorgesehenen Zwischenuntersuchungen haben am 11.11.2010 und am 05.05.2011 stattgefunden. Für die Behandlung hat die N GmbH der Klägerin bzw. ihren Eltern folgende Beträge in Rechnung gestellt: 20

229,48 Euro für die Eingangsuntersuchung 4.877,47 Euro für den 13tätigen stationären Aufenthalt 2.251,14 Euro für den sechstätigen stationären Aufenthalt 166,30 Euro für die Untersuchung vom 11.11.2010 166,30 Euro für die Untersuchung vom 05.05.2011 21

Die Eltern der Klägerin haben diese Rechnungen aus eigenen Mitteln beglichen. 22

Die Klägerin hat beantragt, 23

den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 10.03.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.08.2010 zu verurteilen, ihre Kosten für ihre Teilnahme an der Rehabilitationsmaßnahme bei der N GmbH im Jahr 2010 in Höhe von insgesamt 7128,91 Euro zu übernehmen. 24

Der Beklagte hat beantragt, 25

die Klage abzuweisen. 26

Er hat auf seine Ausführungen im Widerspruchsbescheid Bezug genommen. 27

Mit Urteil vom 25.04.2012 hat das SG die Klage abgewiesen. Auf die Begründung wird Bezug genommen. 28

Gegen dieses ihrem Prozessbevollmächtigten am 21.06.2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 18.07.2012 Berufung eingelegt. Sie wiederholt ihre bereits im Klageverfahren vertretene Auffassung, wonach es sich bei der Behandlungsmaßnahme auch um eine Leistung der sozialen Rehabilitation handele. Die Teilnahme an dem Behandlungskonzept habe sich auch insoweit positiv ausgewirkt, dass sie nunmehr eine Regelschule besuchen könne und eine erhöhte Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen erlangt habe. Daran zeige sich auch die Erforderlichkeit der Maßnahme. Es liege deshalb keine Überversorgung vor, wie das SG meine. 29

Die Klägerin beantragt, 30

das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 25.04.2012 abzuändern und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 10.03.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.08.2010 zu verurteilen, die ihr entstandenen Kosten für die stationären Aufenthalte vom 18.04.2010 bis zum 01.05.2010 und Anfang August 2010 im Rahmen des Behandlungskonzeptes "Auf die Beine" der N GmbH in Höhe von insgesamt 7128,91 Euro zu erstatten. 31

Der Beklagte beantragt,	
die Berufung zurückzuweisen.	33
Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend und meint, die Behandlungsmaßnahme sei sozialhilferechtlich nicht erforderlich gewesen. Außerdem ist er weiterhin der Auffassung, das Behandlungskonzept sei den Hilfen zur Gesundheit zuzuordnen.	34
Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.	35
Sie meint, das Programm "Auf die Beine" gehe über das Angebotsspektrum des SGB VI hinaus. Es handele sich nicht um eine Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers, sondern um ein Trainingsprogramm im Rahmen der Akutversorgung und deshalb um eine Krankenkassenleistung. Im Übrigen habe sie keinen Vertrag mit der V GmbH oder ihrer Rechtsvorgängerin geschlossen.	36
Die Klägerin hat hierauf vorgetragen, nach den Arbeitsanweisungen der Beigeladenen lägen die Voraussetzungen für eine Kinderrehabilitation vor. Es gebe keine vergleichbare Einrichtung wie die V GmbH in Deutschland. Bei ihr bedürfe es besonderer, auf den Einzelfall abgestimmter Rehabilitationsmaßnahmen. Das ihr zustehende Ermessen habe die Beigeladene nicht ausüben können, weil sie keine Kenntnis von der Einrichtung der V GmbH habe. Es handele sich nicht um eine Akutversorgung.	37
Der Senat hat zunächst mit Richterbrief vom 09.10.2012, auf dessen Inhalt (Bl. 74 der GA) Bezug genommen wird, die V GmbH als Rechtsnachfolgerin der N GmbH schriftlich befragt. Die V GmbH hat in ihrer schriftlichen Antwort vom 09.11.2012 Veröffentlichungen und Studien zur medizinischen Wirksamkeit des Behandlungskonzeptes "Auf die Beine" in Kopie übersandt und ausgeführt, bei dem Behandlungskonzept handele es sich um eine Rehabilitationsmaßnahme mit dem Schwerpunkt auf der Grobmotorik. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes würden Physiotherapie nach Bobath, Vojta und im Bewegungsbad angeboten. Zudem umfasse das Therapieangebot medizinisches Training an Geräten inkl. Motomed-, Lokomat- und Laufbandtraining. Es erfolge außerdem eine Anleitung der Eltern an das Vibrationsgerät "Galileo". Rehabilitationsmaßnahmen dienten der Minderung der Behinderung bzw. von deren funktionellen Auswirkungen. Auch eine Prophylaxe vor Verschlimmerung sei ein Ziel von physiotherapeutischen Maßnahmen. Das oberste Ziel dieser Interventionen sei die möglichst optimale Teilhabe am öffentlichen und kulturellen Leben. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf Bl. 78 bis 138 der Gerichtsakte Bezug genommen.	38
Mit Richterbrief vom 19.12.2012, auf dessen Inhalt (Bl. 147 der Gerichtsakte) Bezug genommen wird, hat der Senat darüber hinaus die Barmer GEK, die AOK Rheinland/Hamburg, die IKK classic, die KKH Kaufmännische Krankenkasse, die Techniker Krankenkasse, die DAK Gesundheit und die Knappschaft u.a. zur Einordnung als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation und zur therapeutischen Wirksamkeit schriftlich befragt. Wegen der einzelnen Antworten wird auf Bl. 150 bis 161 der Gerichtsakte Bezug genommen.	39
Der Senat hat die Eltern der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vom 10.10.2013 zu ihrem Einkommen und Vermögen im Zeitpunkt der Fälligkeit der streitgegenständlichen Kosten befragt. Die Eltern haben übereinstimmend erklärt, dass sie zu ihrem Einkommen und insbesondere zu ihrem Vermögen keinerlei Angaben machen und insofern jede Auskunftserteilung verweigern.	40

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Streit- sowie die beigezogene Verwaltungsakte des Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe: 42

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die zulässige Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen, weil sie unbegründet ist. 43

I. Die Klägerin begehrt im Sinne von § 123 Sozialgerichtsgesetz (SGG) nicht mehr die Übernahme der Kosten des Behandlungskonzeptes "Auf die Beine" in Gestalt eines Schuldbeitritts durch Verwaltungsakt mit Drittwirkung und damit eine Sachleistung im weiten Sinne, was ursprünglich ihr gegenüber dem Beklagten verfolgtes Anliegen war (vgl. zur Rechtsnatur des Anspruchs auf Übernahme von Kosten von Maßnahmen, die in Einrichtungen oder von Diensten im Sinne von § 75 Abs. 1 SGB XII erbracht werden, ausführlich BSG, Urt. v. 28.10.2008 - B 8 SO 22/07 R -, juris Rn. 15 ff.). Vielmehr begehrt sie die Erstattung der bereits durch ihre Eltern beglichenen Kosten als Geldleistung (vgl. insoweit auch BSG, Urt. v. 22.03.2012 - B 8 SO 30/10 R -, juris Rn. 16 a.E.). 44

Ihr geht es in der Sache allerdings nicht um die Erstattung der gesamten Kosten des Behandlungskonzeptes "Auf die Beine", sondern nur um die Erstattung der Kosten der stationären Aufenthalte, die vom 18.04.2010 bis zum 01.05.2010 und für die Dauer von sechs Tagen Anfang August 2010 stattgefunden haben. Dies ergibt sich aus dem Schriftsatz der Klägerin vom 10.11.2011, in dem sie den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch mit insgesamt 7.128,91 Euro beziffert und insoweit auf Rechnungen der N GmbH in Höhe von 4.877,47 Euro und 2.251,14 Euro Bezug genommen hat, sowie aus ihren Ausführungen in der mündlichen Verhandlung vom 10.10.2013. Ausweislich der schriftlichen Antwort der V GmbH vom 09.12.2012 entsprechen diese Rechnungsbeträge den der Klägerin in Rechnung gestellten Kosten für den 13tägigen und den sechstägigen stationären Aufenthalt. Die Kosten der Eingangsuntersuchung von Dezember 2009 und der Zwischenuntersuchungen vom 11.11.2010 und 05.05.2011 macht die Klägerin im Gerichtsverfahren nicht geltend. 45

Dementsprechend ist Gegenstand der von der Klägerin erhobenen kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage im Sinne von § 54 Abs. 1 Satz 1 1. Alt., Abs. 4 SGG der Bescheid des Beklagten vom 10.03.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.08.2010 (§ 95 SGG), soweit der Beklagte darin die Übernahme der Kosten für die stationären Aufenthalte der Klägerin im Rahmen des Behandlungskonzeptes "Auf die Beine" in Höhe von insgesamt 7.128,91 Euro abgelehnt hat. 46

II. Weitere notwendige Beiladungen im Sinne von § 75 Abs. 2 SGG waren im vorliegenden Fall nicht vorzunehmen. 47

1. Die Stadt Münster war nicht als erstangegangener und damit nach Maßgabe von § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX zuständig gewordener Träger beizuladen, weil sie den Antrag der Klägerin noch am 26.01.2010, d.h. am Tage seines Eingangs bei ihr, und damit unverzüglich im Sinne von § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX an den Beklagten weitergeleitet hat. 48

Die Stadt Münster war auch nicht als nach dem maßgeblichen Leistungsrecht "eigentlich zuständiger" Träger notwendig beizuladen. Vielmehr hat sie den Antrag der Klägerin zu Recht an den Beklagten weitergeleitet, soweit es um die hier allein streitgegenständlichen Kosten für die stationären Aufenthalte geht. Denn der Beklagte ist als überörtlicher Träger der Sozialhilfe gemäß § 97 Abs. 2 und 3 SGB XII i.V.m. § 1 Abs. 1 Landesausführungsgesetz 49

zum Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) - Sozialhilfe - für das Land Nordrhein-Westfalen (AG-SGB XII NRW) i.V.m. § 1 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a Ausführungsverordnung zum Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) - Sozialhilfe - für das Land Nordrhein-Westfalen (AV-SGB XII NRW) für die hier streitigen Leistungen in einer stationären Einrichtung zuständig. Die auf § 3 Abs. 1 AG-SGB XII NRW beruhende Satzung des Beklagten über die Heranziehung der Städte, Kreise und kreisangehörigen Gemeinden zur Durchführung der Aufgaben des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe (Heranziehungssatzung) sieht für den vorliegenden Fall keine abweichende Zuständigkeitsregelung vor (vgl. § 1 Nr. 1 Buchst. c), Nr. 2 Buchst. a) Satz 2 der Heranziehungssatzung).

Die Stadt Münster ist auch nicht als Träger der öffentlichen Jugendhilfe beizuladen, weil der Beklagte gemäß § 10 Abs. 4 Satz 2 Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII) für die Leistungen der Eingliederungshilfe für körperlich behinderte junge Menschen, zu denen die Klägerin gehört, vorrangig zuständig ist (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2012 - B 8 SO 30/10 R -, juris Rn. 15). 50

2. Die V GmbH als Rechtsnachfolgerin der N GmbH ist nicht als Leistungserbringer im Sinne des § 75 SGB XII notwendig beizuladen, weil die Klägerin nicht die Kostenübernahme durch Schuldbeitritt im Rahmen des sozialhilferechtlichen Dreiecksverhältnisses, sondern eine Geldleistung in Gestalt der Erstattung der von ihren Eltern verauslagten Kosten der stationären Aufenthalte begehrt (vgl. insoweit BSG, Urt. v. 22.03.2012 - B 8 SO 30/10 R -, juris Rn. 16 a.E.). Es kann deshalb an dieser Stelle dahinstehen, ob und ggf. in welcher Hinsicht die §§ 75 ff. SGB XII im Verhältnis zu den Anbietern des Behandlungskonzeptes "Auf die Beine" überhaupt Anwendung finden können (vgl. insoweit Jaritz/Eicher, in: jurisPK-SGB XII, § 75 Rn. 25). 51

III. Die zulässige Klage ist unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der von ihren Eltern vorauslagen Kosten für die stationären Aufenthalte im Rahmen des von ihr absolvierten Behandlungsprogramms "Auf die Beine". 52

1. Ein Anspruch ergibt sich zunächst nicht aus Sozialhilferecht gegen den nach den Ausführungen zu II. 1. nicht nur als zweitangegangenen Träger im Sinne von § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX, sondern auch "eigentlich" zuständigen Beklagten. Allein in Betracht kommende Anspruchsgrundlage ist insoweit § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 17). Danach sind selbstbeschaffte Leistungen zu erstatten, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Diese Voraussetzungen liegen nicht vor. 53

a) Der Kostenerstattungsanspruch der Klägerin scheitert allerdings nicht von vornherein daran, dass ihre Eltern die angefallenen Kosten bereits getragen haben. Sozialhilfeleistungen setzen zwar vom Grundgedanken her einen aktuellen Bedarf voraus; dies gilt allerdings aus Gründen des effektiven Rechtsschutzes (Art 19 Abs. 4 Grundgesetz (GG)) nicht bei einer rechtswidrigen Ablehnung der Hilfestellung und zwischenzeitlicher Bedarfsdeckung im Wege der Selbsthilfe oder Hilfe Dritter, wenn der Hilfesuchende innerhalb der gesetzlichen Fristen einen Rechtsbehelf eingelegt hat und im Rechtsbehelfsverfahren die Hilfestellung erst erstreiten muss. Nach mittlerweile gefestigter Rechtsprechung des BSG ist dabei in der hier vorliegenden Konstellation einer Einsatzgemeinschaft bestehend aus Eltern mit ihrem in einem Haushalt zusammenlebenden minderjährigen Kind unerheblich, ob das Kind im Falle des Klageerfolgs seinen Eltern die Auslagen erstatten müsste (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2012 - B 8 SO 30/10 R -, juris Rn. 26 f.; Urt. v. 20.09.2012 - B 8 SO 15/11 R -, juris Rn. 25). 54

- b) Ebenso ist für den Kostenerstattungsanspruch ohne Bedeutung, dass der Beklagte mit der N GmbH keine Vereinbarungen nach §§ 75 ff. SGB XII getroffen hat. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG kann sich die rechtliche Unsicherheit wegen einer fehlenden, nach § 75 Abs. 3 SGB XII aber an sich für eine Kostenübernahme notwendigen Vereinbarung zwischen dem Sozialhilfeträger und dem Leistungserbringer nicht zu Lasten der Leistungen begehrenden Person auswirken (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2008 - B 8/9b SO 10/07 R -, juris Rn. 12; Urt. v. 22.03.2012 - B 8 SO 30/10 R -, juris Rn. 24). Es kann deshalb auch hier dahinstehen, ob und ggf. in welcher Hinsicht die §§ 75 ff. SGB XII im Verhältnis zu den Anbietern des Behandlungskonzeptes "Auf die Beine" überhaupt Anwendung finden können.
- c) Es liegen jedoch die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX nicht vor. 56
- aa) Bei dem Behandlungskonzept "Auf die Beine" hat es sich ohne Zweifel nicht um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt. Dies zeigt sich schon daran, dass die Klägerin den ursprünglich anvisierten Termin für den ersten stationären Aufenthalt, den 31.01.2010 (vgl. Bl. 40 f. VA), hat verstreichen lassen. Im Übrigen ist nichts dafür ersichtlich, dass der spätere Beginn den Erfolg der Behandlung in irgendeiner Form beeinträchtigt hat (zu diesem Erfordernis vgl. Luik, in: jurisPK-SGB IX, § 15 Rn. 39). 57
- bb) Der Beklagte hat die Übernahme der Kosten für die stationären Aufenthalte im Rahmen des Behandlungskonzeptes "Auf die Beine" auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Die Klägerin hatte nach den allein als Anspruchsgrundlage in Betracht kommenden Vorschriften des § 19 Abs. 3 i.V.m. §§ 53, 54 SGB XII keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten des Behandlungskonzeptes "Auf die Beine". 58
- Hilfen nach § 19 Abs. 3 SGB XII werden unter den besonderen Voraussetzungen der Vorschriften des Fünften und Neunten Kapitels geleistet, soweit den Leistungsberechtigten, ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern und, wenn sie minderjährig und unverheiratet sind, auch ihren Eltern oder einem Elternteil die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels des SGB XII nicht zuzumuten ist. 59
- Diese Voraussetzungen lagen im maßgeblichen Zeitpunkt der Fälligkeit der Verbindlichkeiten der Klägerin bzw. ihrer Eltern gegenüber der N GmbH (vgl. BSG, Urt. v. 20.09.2012 - B 8 SO 20/11 R -, juris Rn. 17 m.N.) nicht vor, wobei dahinstehen kann, ob die Verbindlichkeiten gegenüber der N GmbH nach Beendigung der stationären Aufenthalte im Mai und August 2010 oder mit der Inrechnungstellung der geforderten Vergütung, die spätestens im November 2011 erfolgt ist (vgl. den Schriftsatz der Klägerin vom 10.11.2011), fällig geworden sind. 60
- (1) Die Klägerin hatte zu keinem Zeitpunkt einen Anspruch auf Übernahme der streitgegenständlichen Kosten für die stationären Aufenthalte unter dem Gesichtspunkt der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als Teil der Eingliederungshilfe nach dem Sechsten Kapitel des SGB XII gemäß § 19 Abs. 3 i.V.m. §§ 53 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3, 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 26 SGB IX. 61
- (a) Die Klägerin erfüllt allerdings die personenbezogenen Voraussetzungen des § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII für eine Pflichtleistung. Nach dieser Vorschrift werden Pflichtleistungen nur an Personen erbracht, die durch eine Behinderung i.S. des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, wenn und solange nach der Besonderheit des 62

Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 SGB IX sind erfüllt, wenn - soweit einschlägig - die körperliche Funktion mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Dies war und ist bei der Klägerin, die an einer spastischen Paraplegie der unteren Extremitäten leidet und nicht selbstständig laufen kann und konnte, der Fall. Diese Behinderung war auch wesentlich. Wann dies der Fall ist, ergibt sich aus § 1 Eingliederungshilfe-VO. Nach § 1 Nr. 1 Eingliederungshilfe-VO sind durch körperliche Gebrechen wesentlich in ihrer Teilhabefähigkeit eingeschränkt im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch u.a. Personen, deren Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems in erheblichem Umfang eingeschränkt ist. Diese Voraussetzungen lagen bei der Klägerin durchgehend seit ihrer Geburt vor.

(b) Entgegen der Auffassung des Beklagten stellen jedenfalls die allein streitgegenständlichen stationären Aufenthalte im Rahmen des Behandlungskonzeptes "Auf die Beine" auch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation im Sinne von § 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 26 SGB IX dar und sind nicht als Krankenbehandlung im Sinne von § 48 SGB XII, die gemäß § 19 Abs. 3 SGB XII uneingeschränkt vom Einkommen und Vermögen der Eltern abhängig wären, einzuordnen.

63

Hilfe bei Krankheit im Sinne von § 48 SGB XII und medizinische Rehabilitation sind zunächst in inhaltlicher Hinsicht nach Art und Charakteristik der jeweiligen Behandlung voneinander abzugrenzen. Insoweit gelten die gleichen Grundsätze wie im Krankenversicherungsrecht, in dem gemäß § 40 SGB V zwischen ambulanter Krankenbehandlung und Rehabilitationsleistungen unterschieden wird. Während bei der Krankenbehandlung der Schwerpunkt auf der einzelnen ärztlichen Behandlung durch Einwirkung auf die Ursachen der Funktionsstörung liegt, ist für die medizinische Rehabilitation ein Gesamtkomplex ineinandergreifender Leistungen durch Ärzte und andere Fachkräfte wie Physiotherapeuten charakteristisch, unter denen begleitende ärztliche Behandlung - anders als bei der Krankenbehandlung - keine hervorgehobene Rolle spielt und somit den übrigen Leistungen nebengeordnet ist (vgl. Bieritz-Harder, in: LPK-SGB XII, § 54 Rn. 7; Nellissen, in: jurisPK-SGB IX, § 26 Rn. 21; Waßer, in: jurisPK-SGB V, § 40 Rn. 29).

64

Darüber hinaus unterscheiden sich Krankenbehandlung und medizinische Rehabilitation von ihrer Zielrichtung her. Ist Ziel der Behandlung die Heilung, Beseitigung oder Vermeidung einer Verschlimmerung einer Erkrankung, handelt es sich um Krankenbehandlung. Geht es dagegen um das Beseitigen, Vorbeugen, Verbessern oder Abwenden von wesentlichen Verschlechterungen von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen als Folge von Krankheit, handelt es sich um medizinische Rehabilitation (Nellissen, in: jurisPK-SGB IX, § 26 Rn. 21). Zwar soll die gegenüber den Leistungen nach § 48 Satz 1 SGB XII vorrangige Krankenbehandlung im Sinne von § 264 SGB V (§ 48 Satz 2 SGB XII) auch die medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V umfassen. Die am Begriff der Krankheit ansetzende medizinische Rehabilitation in diesem Sinne ist jedoch von der insoweit nachrangigen (§ 2 Abs. 2 SGB XII), am Begriff der Behinderung ansetzenden Eingliederungshilfe (§ 54 Abs. 1 SGB XII) abzugrenzen (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.2008 - B 8 SO 23/07 R -, juris Rn. 35). Für die Gewährung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation verbleibt mithin jedenfalls dann ein eigener Anwendungsbereich, wenn eine an den Merkmalen des § 53 SGB XII zu messende, bestehende oder drohende Behinderung zu rehabilitieren ist (vgl. Werhahn, in: jurisPK-SGB XII, § 54 Rn. 14).

65

Nach diesen Grundsätzen handelt es sich bei stationären Leistungen im Rahmen des Behandlungskonzeptes "Auf die Beine" um Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation im Sinne des Rechts der Eingliederungshilfe. Wie die N GmbH im Verwaltungsverfahren selbst ausgeführt hat, stellt das Behandlungskonzept eine multimodale Komplextherapie dar. Nach einem vorgegebenen ärztlichen Plan greifen physiotherapeutische Maßnahmen, sportliches Training und weitergehende Beratung zu Hilfsmitteln und Ernährung ineinander. Dabei stehen die physiotherapeutischen Maßnahmen im Vordergrund. Das Behandlungskonzept bezweckt nach der vom Senat eingeholten Auskunft der V GmbH die Stärkung der Grobmotorik. Es knüpft deshalb an die Behinderung an und bezweckt die Minderung von deren Folgen. Demgegenüber steht die Bekämpfung der regelmäßig, wie im Falle der Klägerin auch, unbekannten Ursachen der Gesundheitsstörungen der behandelten Kinder und Jugendlichen nicht an erster Stelle. Es geht vielmehr vor allem darum, die Bewegungsfähigkeit der dauerhaft körperlich behinderten Kinder und Jugendlichen im Alltag zu verbessern.

(c) Entgegen der von dem Beklagten vertretenen Auffassung stand und steht auch der Nachranggrundsatz gemäß § 2 SGB XII im Hinblick auf etwaige Ansprüche der Klägerin gegen ihre private Krankenkasse, die DKV, einem Anspruch gegen den Beklagten aus § 19 Abs. 3 i.V.m. §§ 53 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3, 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 26 SGB IX nicht entgegen. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG, die vom Beklagten konsequent ignoriert wird, handelt es sich bei § 2 SGB XII nicht um eine isolierte Ausschlussnorm. Ein Leistungsausschluss ohne Rückgriff auf andere Normen des SGB XII ist danach allenfalls in extremen Ausnahmefällen denkbar, etwa wenn sich der Bedürftige generell eigenen Bemühungen verschließt und Ansprüche ohne weiteres realisierbar sind (vgl. BSG, Ur. v. 26.08.2008 - B 8/9b SO 16/07 R -, juris Rn. 15; Ur. v. 29.09.2009 - B 8 SO 23/08 R -, juris Rn. 20; Ur. v. 02.02.2010 - B 8 SO 21/08 R -, juris Rn. 13; Ur. v. 22.03.2012 - B 8 SO 30/10 R -, juris Rn. 25; ausführlich dazu auch Coseriu, in: jurisPK-SGB XII, § 2 Rn. 8 ff.). Diese Voraussetzungen liegen offensichtlich nicht vor. Die DKV hat die Gewährung von Krankenversicherungsschutz unter Berufung auf ihre Versicherungsbedingungen mit der Begründung abgelehnt, es handele sich bei dem Behandlungskonzept "Auf die Beine" um eine Rehabilitationsmaßnahme, für die nach dem Versicherungsvertrag der Klägerin kein Versicherungsschutz bestünde. Abgesehen davon, dass diese Auffassung nach den vorstehenden Ausführungen zutreffend sein dürfte, sind etwaige Ansprüche der Klägerin gegen die DKV daher nicht ohne weiteres realisierbar.

67

(d) Abweichend von der Grundregel des § 19 Abs. 3 SGB XII stand auch das Einkommen und Vermögen der Eltern der Klägerin dem Anspruch auf Übernahme der Kosten für die stationären Aufenthalte unter dem Gesichtspunkt der medizinischen Rehabilitation nicht entgegen. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, wie sie hier nach den Ausführungen zu (b) vorliegen, sind vielmehr nach § 92 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5, Satz 2 und 3 SGB XII dergestalt privilegiert, dass sie ohne Berücksichtigung von Vermögen zu erbringen sind und der Einkommenseinsatz auf die Kosten für den Lebensunterhalt begrenzt auf häusliche Ersparnis während der stationären Aufenthalte begrenzt ist.

68

(e) Der Anspruch der Klägerin aus §§ 53 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3, 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 26 SGB IX scheitert jedoch an den Schranken von § 52 Abs. 5 i.V.m. Abs. 2 SGB XII und § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII.

69

Nach § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII entsprechen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Wie bei der Hilfe zur Gesundheit gemäß § 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII werden danach Leistungen der

70

medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Eingliederungshilfe mit den Leistungen der Krankenversicherung so verknüpft, dass sie nach Art und Umfang nicht über die Leistungen nach dem SGB V, hier des § 40 SGB V, hinausgehen (vgl. BSG, Urt. v. 19.05.2009 - B 8 SO 32/07 R -, juris Rn. 21 m.N.; Urt. v. 17.12.2013 - B 1 KR 50/12 R -, juris Rn. 17 a.E.). Damit soll eine Besserstellung der Empfänger der Eingliederungshilfe und ergänzender Leistungen der Eingliederungshilfe gegenüber Berechtigten der Krankenversicherung vermieden werden (Wehrhan, in: jurisPK-SGB XII, § 54 Rn. 17 m.N.). § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII wird dabei ergänzt durch die gemäß § 52 Abs. 5 SGB XII auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII entsprechend anzuwendende Vorschrift des § 52 Abs. 2 Satz 1 SGB XII. Danach haben Leistungsberechtigte die freie Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten sowie den Krankenhäusern (nur) entsprechend den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies bedeutet, dass die Hilfeempfänger nur solche Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wählen dürfen, die von den gesetzlichen Krankenkassen zur Leistungserbringung nach den §§ 107 ff. SGB V zugelassen sind (vgl. LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 24.08.2011 - L 8 SO 15/08 -, juris Rn. 95; Bieritz-Harder/Birk, in: LPK-SGB XII, § 52 Rn. 3; Bieritz-Harder, in: LPK-SGB XII § 54 Rn. 13; Söhngen, in: jurisPK-SGB XII, § 52 Rn. 13; Wehrhan, in: jurisPK-SGB XII, § 54 Rn. 17).

Die stationären Aufenthalte im Rahmen des Behandlungskonzeptes "Auf die Beine" entsprechen weder in inhaltlicher noch in institutioneller Hinsicht, d.h. was den Leistungserbringer anbetrifft, den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in diesem Sinne. Die multimodale Komplextherapie im Rahmen des Behandlungskonzeptes geht über die Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Sinne von § 40 SGB V hinaus. Es umfasst zwar einen rehabilitativen Teil, enthält jedoch Angebote der Sozial- und Ernährungsberatung, die über die Versorgung nach § 40 SGB V hinausgehen (vgl. insoweit die Ausführungen der KKH Kaufmännische Krankenkasse vom 11.01.2013, Bl. 155 R GA). Soweit die vom Senat befragten gesetzlichen Krankenkassen das Behandlungskonzept als Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation eingeordnet haben, haben sie überwiegend ausdrücklich lediglich eine Analogie zu § 40 SGB V gezogen (vgl. die schriftlichen Antworten der Barmer GEK vom 27.12.2012 (Bl. 150 GA), der IKK classic vom 07.01.2013 (Bl. 153 GA) und der Techniker Krankenkasse vom 09.01.2013 (Bl. 159 GA)). Die Knappschaft hat in ihrer schriftlichen Antwort vom 04.01.2013 (Bl. 157 GA) zudem zu Recht darauf hingewiesen, dass eine Einordnung als Maßnahme der stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne von § 40 Abs. 2 SGB V voraussetzen würde, dass mit der N GmbH als Leistungserbringerin ein kassenübergreifender Versorgungsvertrag im Sinne von § 111 SGB V geschlossen worden wäre. Daran fehlt es hier aber, so dass die N GmbH auch nicht zur Leistungserbringung nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne von § 52 Abs. 2 Satz 1 SGB XII zugelassen war.

71

Dass die N GmbH mit der Barmer GEK, der AOK Rheinland/Hamburg, der IKK classic, der KKH Kaufmännische Krankenkasse, der Techniker Krankenkasse, der DAK Gesundheit und der Knappschaft einen Vertrag über die integrierte Versorgung im Sinne von § 140b SGB V geschlossen hat und für diese Krankenkassen Leistungen der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V erbringt, führt zu keiner anderen Bewertung. Mit "(Rehabilitations-)Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung" im Sinne von §§ 52 Abs. 1 Satz 1, 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII ist vielmehr nur die Regelversorgung, wie sie sich aus dem Dritten Kapitel des SGB V (§§ 11 ff. SGB V) ergibt, gemeint (vgl. insoweit auch Jaritz/Eicher, in: jurisPK-SGB XII, § 75 Rn. 25, die vom "Leistungskatalog" der gesetzlichen Krankenversicherung sprechen). Leistungserbringer entsprechend "den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung" im Sinne von § 52 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. Abs. 5 SGB XII sind deshalb auch nur die zur Regelversorgung zugelassenen Leistungserbringer. Leistungen der

72

integrierten Versorgung im Sinne von §§ 140a ff. SGB V, die gerade außerhalb der Regelversorgung erbracht werden und diese ersetzen sollen (vgl. BSG, Urt. v. 06.02.2008 - B 6 KA 27/07 R -, juris Rn. 14 ff.), sind deshalb nicht als Leistungen der medizinischen Rehabilitation §§ 53 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3, 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 26 SGB IX aus den Mitteln der Sozialhilfe zu gewähren.

Für dieses Ergebnis spricht bereits der Wortlaut der §§ 52 Abs. 1 Satz 1, 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII. Indem auf die Leistungen "der gesetzlichen Krankenversicherung" abgestellt wird, macht der Gesetzgeber deutlich, dass die von der gesetzlichen Krankenversicherung allgemein bereitgestellten und allen Versicherten gleichermaßen zustehenden Leistungen den inhaltlichen Rahmen der Sozialhilfeleistungen vorgeben. Leistungen der integrierten Versorgung nach den §§ 140a ff. SGB V werden aber in der Regel, wie auch hier, nur von einzelnen gesetzlichen Krankenkassen aufgrund besonderer vertraglicher Vereinbarungen angeboten und stehen daher nicht allen gesetzlich Krankenversicherten zur Verfügung. 73

Dass die Leistungen der medizinischen Rehabilitation aus den Mitteln der Sozialhilfe auf die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt sind, folgt vor allem aus systematischen Erwägungen: 74

Für Hilfen zur Gesundheit ordnet § 52 Abs. 1 Satz 2 SGB XII an, dass der Sozialhilfeträger, anders als im Rahmen der gebundenen Entscheidung nach § 48 Satz i.V.m. § 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII, über Umfang und Inhalt der Hilfen nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden hat, soweit Krankenkassen in ihrer Satzung Umfang und Inhalt der Leistungen bestimmen können. Im Umkehrschluss folgt daraus, dass mit "Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung" im Sinne von § 52 Abs. 1 Satz 1 SGB XII und damit auch im Sinne der im Wesentlichen gleichlautenden Vorschrift des § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XI nur die Leistungen der Regelversorgung ohne die durch Satzung der Krankenkassen zu regelnden besonderen Leistungen gemeint sein können. Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII i.V.m. § 26 SGB IX fehlt zudem eine § 52 Abs. 1 Satz 2 SGB XII entsprechende Regelung, so dass eine Beschränkung auf die Regelversorgung für Leistungen der medizinischen Rehabilitation noch näher liegt als im Bereich der allgemeinen Hilfen zur Gesundheit. § 52 Abs. 5 SGB XII verweist gerade nicht auf § 52 Abs. 1 SGB XII. Darüber hinaus werden die Leistungen der integrierten Versorgung auch nicht von § 52 Abs. 1 Satz 2 SGB XII erfasst, denn die integrierte Versorgung wird nach §§ 140a f. SGB V ausschließlich durch Verträge und nicht durch die Satzung der Krankenkasse geregelt. Für die Gewährung von Leistungen der integrierten Versorgung als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des Rechts der Eingliederungshilfe fehlt deshalb jegliche Rechtgrundlage. 75

Das in § 52 Abs. 3 SGB XII geregelte und für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 54 Abs. 1 SGB XII entsprechend geltende (§ 52 Abs. 5 SGB XII) Leistungserbringerrecht bestätigt dieses Ergebnis. Die Anwendung der §§ 140a ff. SGB V wird zwar durch § 52 Abs. 3 Satz 1 SGB XII nicht ausdrücklich ausgeschlossen. Die Regelung des § 52 Abs. 3 Satz 2 SGB XII, wonach Ärzte, Psychotherapeuten im Sinne des § 28 Abs. 3 Satz 1 SGB V und Zahnärzte für ihre Leistungen Anspruch auf die Vergütung haben, welche die Ortskrankenkasse, in deren Bereich der Arzt, Psychotherapeut oder der Zahnarzt niedergelassen ist, für ihre Mitglieder zahlt, zeigt jedoch, dass der Gesetzgeber nur die Regelversorgung und damit den für alle gesetzlich Krankenversicherten geltenden Leistungskatalog im Auge hatte. Denn nur hierfür existiert bei jeder Ortskrankenkasse eine Vergütungsregelung. § 52 Abs. 3 Satz 3 SGB XII bestätigt diesen Befund, denn auf die Vorschrift des § 295a SGB V, die gerade auch für die integrierte Versorgung nach § 140a 76

SGB V gilt, wird dort nicht verwiesen.

Schließlich entspricht es auch dem Sinn und Zweck des § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII, dass Leistungen der integrierten Versorgung nicht zu den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne dieser Vorschrift gehören. Andernfalls würden Privatversicherte, wie die Klägerin, von vertraglichen Regelungen profitieren, die einzelne gesetzliche Krankenkassen zugunsten ihrer Versicherten vereinbart haben. Damit würden sie nicht nur besser gestellt als diejenigen gesetzlich Versicherten, die bei anderen gesetzlichen Krankenkassen versichert sind. Sie erhielten vielmehr auch neben den Vorteilen einer privaten Krankenversicherung zugleich den besten Schutz, den die gesetzliche Krankenversicherung unter Berücksichtigung aller besonderen Leistungen aller gesetzlichen Krankenkassen zu bieten hat. Dies liefe dem Ziel des § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII, eine Besserstellung von Sozialhilfeempfängern gegenüber gesetzlich Krankenversicherten zu vermeiden, zuwider. Könnte die Klägerin über die Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Eingliederungshilfe auch Leistungen der integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V erhalten, könnte sie sich zwischen der privaten Krankenversicherung einerseits und der gesetzlichen Krankenversicherung andererseits "die Rosinen herauspicken". 77

(f) Sind damit die streitgegenständlichen stationären Aufenthalte im Rahmen des Behandlungskonzeptes "Auf die Beine" schon ihrer Art nach und, was den Leistungserbringer anbetrifft, nicht vom Umfang der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfasst, kommt es nicht mehr darauf an, ob die stationären Aufenthalte im Sinne von §§ 4 Abs. 1, 26 Abs. 3 SGB IX nach dem gebotenen individuellen Prüfungsmaßstab bei vorausschauender Betrachtung (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2012 - B 8 SO 30/10 R -, juris Rn. 23) erforderlich, d.h. zum Erreichen der Leistungsziele unentbehrlich (vgl. BSG, Urt. v. 20.09.2012 - B 8 SO 15/11 R -, juris Rn. 14), waren, was im Hinblick auf die zeitlich mit der Absolvierung des Behandlungskonzeptes erfolgte Intensivierung der ambulanten Physiotherapie und die eher bescheidenen Erfolge der Behandlung zweifelhaft sein könnte. 78

(2) Die Klägerin hatte auch keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten der stationären Aufenthalte im Rahmen des Behandlungskonzeptes "Auf die Beine" unter dem Gesichtspunkt der Leistungen zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben gemäß § 19 Abs. 3 i.V.m. §§ 53, 54 SGB XII i.V.m. § 55 SGB IX. 79

Ein Leistungsanspruch insoweit scheidet zwar nicht bereits deshalb aus, weil es sich bei dem Behandlungskonzept "Auf die Beine" um eine Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation handelt, die nicht im Sinne von § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Vielmehr kommt es darauf an, ob das Behandlungskonzept nach seiner Zielrichtung zumindest auch bezweckt, den Kontakt des behinderten Menschen mit seiner Umwelt und seine Teilnahme am öffentlichen und kulturellen Leben zu ermöglichen und hierdurch insgesamt die Begegnung und den Umgang mit nichtbehinderten Menschen zu fördern (vgl. BSG, Urt. v. 19.05.2009 - B 8 SO 32/07 R -, juris Rn. 17; Urt. v. 29.09.2009 - B 8 SO 19/08 R -, juris Rn. 18, 21 ff.). 80

Ob dies indes entsprechend den Ausführungen der V GmbH im Schreiben vom 09.11.2012 der Fall ist oder ob ein Anspruch auf Leistungen unter dem Aspekt der Teilhabe am Gemeinschaftsleben hier deshalb von vornherein ausscheidet, weil, was der Senat in tatsächlicher Hinsicht ausdrücklich feststellt, die Maßnahme eindeutig an die Krankheit selbst anknüpft (vgl. zu diesem Abgrenzungskriterium BVerwG, Urt. v. 18.10.2012 - 5 C 15/11 -, juris Rn. 19) und deshalb der medizinische Leistungszweck eindeutig im Vordergrund steht (vgl. insoweit LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.08.2012 - L 20 SO 25/09 -, juris Rn. 62 ff.; 81

Schleswig-Holsteinisches LSG, Urt. v. 27.02.2013 - L 9 SO 17/11 -, juris Rn. 36), kann in rechtlicher Hinsicht dahinstehen. In jedem Fall liegen die Voraussetzungen des § 19 Abs. 3 SGB XII in Bezug auf die Leistungen zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben nicht vor. Unter dem Gesichtspunkt der Teilhabe am Gemeinschaftsleben gemäß §§ 53, 54 SGB XII i.V.m. § 55 SGB IX bestand ein Anspruch der Klägerin auf Übernahme der Kosten der stationären Aufenthalte vom 18.04.2010 bis zum 01.05.2010 und Anfang August 2010 nur unter Berücksichtigung des Einkommens- und Vermögens ihrer Eltern. Ihren Eltern war jedoch zu den genannten Zeitpunkten bzw. Zeiträumen und auch noch bis November 2011 der Einsatz ihres Vermögens zur Deckung der Kosten der Maßnahme im Sinne von § 19 Abs. 3 i.V.m. § 90 SGB XII zumutbar.

(a) Bei dem Behandlungskonzept "Auf die Beine" handelt es sich unter dem Aspekt der Leistungen zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben nicht um eine privilegierte Maßnahme im Sinne von § 92 Abs. 2 Satz 1 SGB XII, die nach § 92 Abs. 2 Satz 2 SGB XII ohne Berücksichtigung von vorhandenem Vermögen zu erbringen wäre. 82

(aa) Das Behandlungskonzept "Auf die Beine" stellt offensichtlich keine heilpädagogische Maßnahme im Sinne von § 92 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB XII dar. Es ist bereits nicht ersichtlich, dass im Rahmen des Behandlungskonzeptes heilpädagogische Maßnahmen in nennenswertem Umfang angeboten würden. Selbst wenn man die optional angebotene Sozial- und Ernährungsberatung als heilpädagogische Leistung einstufen würde, tritt diese, sowohl was den Leistungsumfang als auch die Bedeutung der Leistung betrifft, eindeutig und offensichtlich hinter die medizinischen Leistungen, insbesondere die physiotherapeutischen Maßnahmen zurück. 83

(bb) Entgegen der von der Klägerin und wohl auch vom SG vertretenen Auffassung ist das Behandlungskonzept "Auf die Beine" auch keine Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung im Sinne von §§ 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 92 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XII. 84

Allen Privilegierungsfällen des § 92 Abs. 2 Satz 1 SGB XII, gerade auch den Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung gemäß § 92 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XII, ist gemeinsam, dass sie einen spezifischen Förderbedarf und eine entsprechende Förderung voraussetzen, zu dem die vermögens- und einkommensprivilegierte Hilfe einen (objektiv) finalen Bezug dergestalt aufweisen muss, dass der Schwerpunkt der zu erbringenden Leistung nicht allein oder vorrangig bei der allgemeinen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, sondern zumindest gleichwertig bei den von ihnen verfolgten beruflichen, schulischen, ausbildungsbezogenen und medizinischen Zielen liegt (BSG, Urt. v. 20.09.2012 - B 8 SO 15/11 R -, juris Rn. 18). Die bloß mittelbare Förderung der Schulausbildung genügt nicht (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 19). Vielmehr muss die Leistung unmittelbar mit einer konkreten (Bildungs-)Maßnahme bzw. dem Schulbesuch verknüpft sein und allein dieser spezifischen Fördermaßnahme dienen (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 21 m.w.N. zur Rechtsprechung des BVerwG). 85

Nach diesen Grundsätzen kommt es nicht darauf an, ob die Behandlung bei der N GmbH auch dazu beigetragen hat, dass die Klägerin nunmehr eine Regelschule besucht. Selbst wenn dies der Fall wäre, worüber nach Auffassung des Senats nur spekuliert werden kann, wäre die Behandlung nur dann gemäß § 92 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB XII einkommens- und vermögensprivilegiert, wenn sie spezifisch auf die Ermöglichung der Regelschulbesuchs ausgerichtet gewesen wäre. Dies ist und war nicht der Fall. Nach den Angaben der V GmbH gegenüber dem Senat bezweckte die Maßnahme "Auf die Beine" eine Verbesserung der Grobmotorik. Sie zielte damit allgemein auf eine Verbesserung der Alltagsbewältigung bzw. der persönlichen Lebensführung. Einen spezifischen Bildungsbezug, insbesondere in Bezug 86

auf die Ermöglichung des Regelschulbesuchs, wies die Maßnahme dagegen erkennbar nicht auf. Abgesehen davon, dass der Behandlungsplan keinerlei Bildungsmaßnahmen enthielt, spielten noch nicht einmal die besonderen motorischen Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Besuch einer Regelschule eine Rolle. Vielmehr ging es allein um die Förderung der Beweglichkeit im Allgemeinen. Es kann dahinstehen, ob, wie die Klägerin behauptet, durch eine Verbesserung der Motorik zugleich Konzentrationsfähigkeit und Leistungsbereitschaft gefördert werden. Selbst wenn dies der Fall sein sollte, würde es sich nur um faktische Nebeneffekte der eindeutig auf andere Zwecke hin ausgerichteten Behandlung handeln. Gleiches gilt für die von der Klägerin behauptete, angeblich durch die verbesserte Motorik bewirkte Steigerung ihres Selbstbewusstseins. Selbst wenn die Steigerung des Selbstbewusstseins durch die Maßnahme bezweckt gewesen sein sollte, geht es auch insoweit allgemein um die Verbesserung der persönlichen Lebensführung ohne spezifischen Schulbezug.

(cc) Entsprechend den vorstehenden Ausführungen ist und war die Maßnahme auch nicht nach § 92 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB XII ("Hilfe, die dem behinderten noch nicht eingeschulten Menschen die für ihn erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen soll"), einkommens- und vermögensprivilegiert. Nach der Rechtsprechung des BSG, der der Senat folgt, kann § 92 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB XII nicht als allgemeine Auffangnorm für alle denkbaren gesellschaftsbezogenen Bedarfe zugunsten nicht eingeschulter behinderter Menschen verstanden werden; § 92 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB XII hätte dann keine eigenständige Bedeutung mehr. Deshalb verlangt § 92 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB XII aus systematischen und teleologischen Gründen eine einschränkende Auslegung dahin, dass die Regelung spezifische, an der Person des behinderten Menschen ansetzende Maßnahmen voraussetzt, auf die die Hilfen ausgerichtet sein müssen. Dies macht nicht zuletzt die Formulierung "noch nicht eingeschulte Menschen" deutlich. Es sollen also Personen erfasst werden, die (noch) nicht unter Nr. 2 fallen, denen aber Maßnahmen angeboten werden können, die ihrem Bildungsstand entsprechen. Darüber hinaus muss der Schwerpunkt der Hilfen bei spezifischen Bildungszielen liegen (BSG, Urt. v. 20.09.2012 - B 8 SO 15/11 R -, juris Rn. 20). Einen solchen spezifischen Bildungsbezug weist das Behandlungskonzept "Auf die Beine" nicht auf. Es dient allein dem allgemeinen, "basalen" (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 21) Teilhabezweck, dass die Klägerin sich besser bewegen kann. 87

(b) Der Einsatz ihres nach den vorstehenden Ausführungen voll zu berücksichtigenden Einkommens und Vermögens ist den Eltern der Klägerin gemäß § 19 Abs. 3 i.V.m. §§ 82 ff., 90 SGB XII auch im Zeitpunkt der Fälligkeit der Verbindlichkeiten gegenüber der N GmbH zuzumuten gewesen. Die genauen Einkommens- und Vermögensverhältnisse zum maßgeblichen Zeitpunkt der Fälligkeit der Verbindlichkeiten der Klägerin gegenüber der N GmbH (Mai und August 2010 bzw. November 2011, siehe oben c) bb)) stehen zwar nicht fest. Dies liegt jedoch allein daran, dass die Eltern, die allein insoweit zu Angaben in der Lage wären, auf ausdrückliche Nachfrage des Senats jegliche Auskunft verweigert haben. Dies macht weitere Ermittlungen von Amts wegen unmöglich. Der Senat hat deshalb nach Ausschöpfung der ihm möglichen Amtsermittlungsmaßnahmen eine Beweislastentscheidung zu treffen. Diese geht zu Lasten der Klägerin, die die materielle Beweislast (Feststellungslast) für die für sie günstigen Voraussetzungen des § 19 Abs. 3 SGB XII zu tragen hat. Es ist deshalb für die Entscheidung des vorliegenden Rechtsstreits davon auszugehen, dass die Eltern zu den genannten Zeitpunkten zumindest über im Sinne von § 90 Abs. 1 SGB XII verwertbares und nach Maßgabe von § 90 Abs. 2 und 3 SGB XII auch einzusetzendes Vermögen, das die Kosten der stationären Aufenthalte überstieg, verfügten. 88

2. Der geltend gemachte Anspruch ergibt sich gegen den Beklagten auch nicht gemäß § 14 SGB IX aus dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung. Zwar ist die Existenz eines Kostenerstattungsanspruch in entsprechender Anwendung von § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX oder von § 13 Abs. 3 SGB V bei der hier vorliegenden selbstbeschafften Teilhabeleistung auch im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung anerkannt (vgl. insoweit BSG, Ur. v. 21.08.2008 - B 13 R 33/07 R -, juris Rn. 21 f. m.w.N.). Die nach den Ausführungen zu 1. c) aa) allein in Betracht kommende Alternative der zu Unrecht erfolgten Ablehnung (§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V, § 15 Abs. 1 Satz 4 2. Alt SGB IX) ist jedoch im Verhältnis zum Beklagten auch unter Berücksichtigung des Rentenversicherungsrechts aus mehreren Gründen nicht gegeben.

a) Ein Anspruch gegen den Beklagten nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung kommt von vornherein nur nach § 14 SGB IX in Betracht, weil der Beklagte entweder wegen der Weiterleitung des Antrags der Klägerin durch die Stadt Münster insgesamt im Außenverhältnis allzuständiger zweitangegangener Rehabilitationsträger geworden ist oder wegen der fehlenden Weiterleitung des Antrags an die Beigeladenen als - vermeintlich - "eigentlich zuständigen" Rehabilitationsträger über den Rehabilitationsbedarfs auch unter Berücksichtigung der Vorschriften des Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) zu entscheiden hatte. § 14 SGB IX kann jedoch keinen Anspruch der Klägerin gegen den Beklagten begründen. 90

Die Klägerin, die unstreitig nicht selbst nach §§ 1 bis 4 SGB VI Versicherte in der gesetzlichen Rentenversicherung ist, erfüllt offensichtlich die persönlichen Voraussetzungen des § 10 SGB VI für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI i.V.m. §§ 26 bis 31 SGB IX, für die allein die Beigeladene hier als Rehabilitationsträger gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 5 Nr. 1 SGB IX in Betracht kommt, nicht. Für sie käme allenfalls eine stationäre Heilbehandlung für Kinder von Versicherten gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI (sog. Kinderrehabilitation) in Betracht, weil ihr Vater in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert ist. Für die Kinderrehabilitation im Sinne von § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI gilt jedoch § 14 SGB IX nicht, d.h. für die Kinderrehabilitation kann nicht über § 14 SGB IX die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers als des zuständigen Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung, d.h. eines Rehabilitationsträgers im Sinne von §§ 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 5 bis 7, 6a SGB IX, im Außenverhältnis zum Antragsteller begründet werden. Dies ergibt sich zwingend aus der Systematik des SGB VI und des SGB IX. 91

§ 14 SGB IX gilt nach seinem Wortlaut und seinem systematischen Zusammenhang nur für Rehabilitationsträger im Sinne von §§ 6, 6a SGB IX. Die Eigenschaft eines Rehabilitationsträgers kann einem Sozialleistungsträger nach §§ 6, 6a SGB IX nur in Bezug auf die in § 5 SGB IX abschließend ausgeführten Leistungsgruppen zukommen. Die in § 5 Nr. 1 SGB IX genannten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, für die u.a. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX Rehabilitationsträger sind, regelt das SGB IX in den §§ 26 bis 31 SGB IX. Damit korrespondiert im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung § 15 SGB VI, der nach seiner amtlichen Überschrift "Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" regelt und auf §§ 26 bis 31 SGB IX verweist. Die Kinderrehabilitation wird demgegenüber in § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI unter der eindeutigen amtlichen Überschrift als "sonstige Leistung" ohne Bezugnahme auf die Vorschriften des SGB IX geregelt. Der Gesetzgeber gibt damit klar zu erkennen, dass er die Kinderrehabilitation nicht als medizinischen Rehabilitation ansieht, weder im Sinne des SGB VI noch im Sinne des SGB IX. In jedem Fall handelt es sich um eine Leistung außerhalb der Vorgaben des SGB IX (vgl. Luthé, in: jurisPK-SGB IX, § 6 Rn. 25). Dies entzieht einer Anwendung von § 14 SGB IX von vornherein den Boden. 92

Aus dem Sinn und Zweck des § 14 SGB IX, eine möglichst rasche und umfassende Entscheidung über den Rehabilitationsbedarfs des behinderten Menschen herbeizuführen, folgt nichts anderes. § 14 SGB IX ist im Zusammenhang mit den §§ 10 ff. SGB IX zu sehen, in denen die Kooperation und Koordination der Rehabilitationsträger als eines der wichtigsten Strukturprinzipien des SGB IX geregelt ist (vgl. Luik, in: jurisPK-SGB IX, § 14 Rn. 30 f.). Soweit ein Leistungsträger besondere, außerhalb der Rehabilitationsleistungen des SGB IX stehende Leistungen erbringt, wie der Rentenversicherungsträger im Falle der Kinderrehabilitation, ist eine Zuständigkeitskonkurrenz oder eine Kooperation zwischen verschiedenen Rehabilitationsträgern nicht denkbar, so dass es auch keiner umfassenden Zuständigkeit im Außenverhältnis nach § 14 SGB IX bedarf.

93

b) Selbst wenn § 14 SGB IX auf die Kinderrehabilitation anwendbar wäre, kommt ein Kostenerstattungsanspruch gegen den Beklagten nicht in Betracht, denn der Beklagte hat auch dann, wenn er die Gewährung einer Kinderrehabilitation nach § 14 SGB IX i.V.m. § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI zu prüfen gehabt hätte, die begehrte Leistung nicht zu Unrecht im Sinne von § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V analog bzw. § 15 Abs. 1 Satz 4 2. Alt. SGB IX analog abgelehnt.

94

Die Gewährung einer Kinderrehabilitation steht sowohl hinsichtlich des "Ob" als auch hinsichtlich des "Wie" der Gewährung nach den allgemeinen, auch die sonstigen Leistungen nach § 31 SGB VI erfassenden Vorschriften der §§ 9 Abs. 2, 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI im Ermessen des Rentenversicherungsträgers (vgl. auch Haack, in: jurisPK-SGB VI, § 31 Rn. 8 m.w.N.). Es kann dahinstehen, ob ein Kostenerstattungsanspruch in dem hier einschlägigen Falle einer selbstbeschafften Kinderrehabilitation nur dann bestehen kann, wenn sich das dem Rentenversicherungsträger zustehende und vom Beklagten als - hier hilfsweise unterstellt - nach § 14 SGB IX zuständigem Träger auszuübende Auswahlermessen auf die Bewilligung der selbstbeschafften Leistung (hier: der stationären Aufenthalte bei der N GmbH im Rahmen des Programms "Auf die Beine") auf Null reduziert hätte (so LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 05.08.2003 - L 13 RA 4868/02 -, juris Rn. 13; ebenso für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation im Sinne von § 15 SGB VI LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 21.08.2012 - L 11 R 5319/11 -, juris Rn. 23), oder ob bei ermessensfehlerhafter Ablehnung ein Kostenerstattungsanspruch grundsätzlich zu bejahen ist (in diesem Sinne Luik, in: jurisPK-SGB IX, § 15 Rn. 35) bzw. ein Anspruch auf erneute ermessensfehlerfreie Entscheidung besteht. In jedem Fall war die ablehnende Entscheidung des Beklagten nicht ermessensfehlerhaft. Der Beklagte hat zwar in den angefochtenen Bescheiden erkennbar kein Ermessen ausgeübt, weil er sich - rechtsfehlerhaft (siehe dazu oben 1.) - nicht für zuständig gehalten hat. Darin liegt jedoch kein Ermessensfehler im Sinne von § 54 Abs. 2 Satz 2 SGG in Gestalt des Ermessensnichtgebrauchs, weil sich das (rentenversicherungsrechtliche) Ermessen des Beklagten hinsichtlich der Ablehnung der begehrten Förderung der stationären Aufenthalte der Klägerin im Rahmen des Programms "Auf die Beine" auf Null reduziert hatte. Die Beigeladene wäre als der - hier abweichend von den Ausführungen zu a) unterstellt - eigentlich zuständige Rehabilitationsträger nicht zur Gewährung der begehrten Leistungen berechtigt gewesen. Entsprechendes muss für den Beklagten im Rahmen von § 14 SGB IX gelten.

95

aa) Die streitgegenständlichen stationären Aufenthalte im Rahmen des Programms "Auf die Beine" entsprechen schon ihrer Art nach nicht den Kinderrehabilitationsleistungen im Sinne des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI. Nach § 5 Abs. 3 der Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI für Kinderheilbehandlungen (Kinderreha-Richtlinien), die gemäß § 31 Abs. 2 Satz 2 SGB VI für die Erbringung von Kinderrehabilitationen zu Lasten des Rentenversicherungsträgers

96

maßgeblich sind, werden Kinderrehabilitationen stets für die Dauer von vier Wochen erbracht und können ggf. verlängert werden. Eine Maßnahme wie das Programm "Auf die Beine" mit zwei getrennten, jeweils deutlich kürzeren stationären Aufenthalten stellt demgegenüber ein aliud dar und ist mit den stationären Leistungen im Rahmen der Kinderrehabilitation des Rentenversicherungsträgers auch nicht vergleichbar. Eine solche Maßnahme ist vom Leistungsspektrum des Rentenversicherungsträgers von vornherein nicht umfasst.

bb) Zudem erfüllt die N GmbH bzw. ihre Rechtsnachfolgerin die institutionellen Voraussetzungen für Leistungen der Kinderrehabilitation im Sinne von § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI nicht. 97

Nach § 15 Abs. 2 Satz 1 SGB VI werden die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder von dem Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag nach § 21 SGB IX besteht. 98

Diese Vorschrift bewirkt, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Einrichtungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, grundsätzlich abzulehnen sind. Ein Wahlrecht des Versicherten und damit auch ein Auswahlermessen des Rentenversicherungsträgers besteht von vornherein grundsätzlich nur zwischen Einrichtungen, mit denen der Rentenversicherungsträger einen Vertrag abgeschlossen hat (so auch LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 12.01.2004 - L 2 RJ 160/03 -, juris Rn. 25; Bayerisches LSG, Urt. v. 22.07.2010 - L 14 R 382/09 -, juris Rn. 24; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 21.08.2012 - L 11 R 5319/11 -, juris Rn. 23). Eine von diesem Grundsatz abweichende Ermessensentscheidung ist vom Rentenversicherungsträger nur dann zu treffen, wenn ein atypischer Fall vorliegt. Dies ist etwa dann gegeben, wenn der Rentenversicherungsträger nicht in der Lage ist, von ihm belegte Einrichtungen zum Beispiel bei besonderen Erkrankungen anzubieten und die vom Versicherten gewünschte Einrichtung die vorgeschriebenen Anforderungen erfüllt (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, a.a.O., Rn. 27; Bayerisches LSG, a.a.O., Rn. 25). 99

Diese Grundsätze müssen nicht zuletzt wegen der § 15 Abs. 2 Satz 1 SGB VI entsprechenden Vorschrift des § 6 Satz 2 der Kinderreha-Richtlinien bei einer Kinderrehabilitation, vor allem wenn man sie dem Reglement des § 14 SGB IX unterwirft und damit wie eine Leistung der medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers behandelt, entsprechend gelten (so auch LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 05.08.2003 - L 13 RA 4868/02 -, juris Rn. 16 f.). 100

Nach diesen Grundsätzen war für die Gewährung der begehrten Leistungen als Kinderrehabilitation nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI kein Raum. Die Beigeladene als zuständiger Rentenversicherungsträger hat weder mit der N GmbH noch mit ihrer Rechtsnachfolgerin einen Vertrag geschlossen. 101

Es liegt auch kein atypischer Fall vor. Dass der Rehabilitationsbedarf der Klägerin, sofern die übrigen Voraussetzungen für eine Kinderrehabilitation nach § 31 Abs. 2 Satz 2 SGB VI i.V.m. Kinderreha-Richtlinien vorliegen oder im Zeitpunkt der stationären Aufenthalte der Klägerin im Rahmen des Programms "Auf die Beine" vorlagen, nicht durch Einrichtungen gedeckt werden könnte bzw. hätte gedeckt werden können, die die Beigeladene selbst betreibt oder mit denen sie einen Vertrag geschlossen hat, ist nicht ersichtlich. Zwar mag es, wie die Klägerin vorträgt, bundesweit kein vergleichbares Programm geben. Die nach der vom Senat eingeholte Auskunft der V GmbH wesentlichen Leistungen des Programms (Physiotherapie 102

nach Bobath, Vojta und im Bewegungsbad, medizinisches Training an Geräten inkl. Motomed-, Lokomat- und Laufbandtraining) sind jedoch Bestandteil zahlreicher anderer stationärer Maßnahmen. Zudem haben sich die grobmotorischen Fähigkeiten der Klägerin ausweislich des im Abschlussbericht der V GmbH vom 18.10.2012 bezogen auf den 05.05.2011 festgehaltenen physiotherapeutischen Befundes teils gar nicht und teils nur minimal verbessert. Ob die motorischen Verbesserungen (zunehmend selbstständiges Fortbewegen im Rollstuhl, besserer Transfer in den Rollstuhl und aus dem Rollstuhl, verbesserte Statik) tatsächlich auf das Programm oder sogar die allein streitige stationären Aufenthalte zurückzuführen sind oder auf andere Maßnahmen, insbesondere die intensivierte Krankengymnastik, kann nicht beurteilt werden und geht auch aus den Berichten der V GmbH nicht hervor. Vor diesem Hintergrund, insbesondere aufgrund der sehr bescheidenen Erfolge des Programms bei der Klägerin, ist der Senat davon überzeugt, dass es im Zuständigkeitsbereich der Beigeladenen andere, gleichwertige Maßnahmen gegeben hätte, die die Klägerin bei Vorliegen der Voraussetzungen für eine Kinderrehabilitation hätte erhalten können, wenn sich ihre Eltern um solche Maßnahmen beim Rentenversicherungsträger bemüht hätten.

Zudem wäre der Abschluss eines Vertrages mit der N GmbH für die Beigeladene nach den Ausführungen zu aa) auch nicht möglich gewesen. 103

3. Entsprechend den vorstehenden Ausführungen scheidet auch ein unmittelbarer Anspruch gegen die Beigeladene und deren Verurteilung nach § 75 Abs. 5 SGG aus. Dies ergibt sich auch daraus, dass die Klägerin vor der Durchführung des Programms "Auf die Beine" keinen Kontakt zur Beigeladenen aufgenommen hat und es deshalb an der nach § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V analog bzw. § 15 Abs. 1 Satz 4 2. Alt. SGB IX erforderlichen Kausalität zwischen den entstandenen Kosten und der Ablehnung der Leistung fehlt (vgl. insoweit BSG, Urt. v. 21.08.2008 - B 13 R 33/07 R -, juris Rn. 23). 104

IV. Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 183, 193 SGG. 105

V. Gründe, die Revision zuzulassen (§ 160 Abs. 2 SGG), liegen nicht vor. Die wesentlichen Rechtsfragen sind entweder höchstrichterlich geklärt oder lassen sich ohne weiteres durch Auslegung dem Gesetz entnehmen. Es handelt sich zudem um einen besonderen Einzelfall, dem keinerlei Breitenwirkung zukommt. 106

. 107