

L 7 R 602/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
7
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 10 R 3062/12
Datum
28.11.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 7 R 602/14
Datum
18.01.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung umfasst auch Leistungen zur Kinderrehabilitation.
 2. [§ 15 Abs. 1 Satz 4](#) Var. 2 SGB IX a.F. ist nicht anwendbar, wenn der Rehabilitationsträger vor Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme mit dem Leistungsbegehren nicht befasst war.
- Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. November 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten für eine in der Zeit vom 6. Juni bis 31. Juli 2011 in der Einrichtung Gutenhalde des sozialtherapeutischen Jugendarbeit e.V. in F. (i.F.: Einrichtung G.) durchgeführte Maßnahme.

Die 1993 geborene Klägerin, jüngstes von drei Geschwistern (Bruder geb. 1990, Schwester geb. 1991), ist die Tochter des bei der Beklagten auf Grund rentenversicherungspflichtiger Beschäftigung seit Mai 1989 durchgehend versicherten G.H. ... G.H., von Beruf Mathematiker und Informatiker, war - ebenso wie die Klägerin - in der streitbefangenen Zeit bei der P.-Krankenversicherung privat krankenversichert.

Die Klägerin litt etwa seit ihrem 13. Lebensjahr an psychischen Beeinträchtigungen, die sich schließlich in Zwangsstörungen, selbstverletzenden Verhaltensweisen, Essstörungen und Depressionen äußerten. Von Dezember 2008 bis Juli 2009 fanden kinder- und jugendpsychiatrische, von April bis Juli 2009 auch psychotherapeutische Behandlungen statt. Danach hielt sich die Klägerin, die in der vorgenannten Zeit ein Mädchengymnasium in K. besucht hatte, für ein Jahr in den USA bei Verwandten auf. Nach ihrer Rückkehr (Juli 2010) erfolgte durch eine Kinder- und Jugendpsychiaterin im folgenden Monat eine Akuteinweisung in die L.-Klinik, wo die Klägerin - bei den Diagnosen einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (F32.2), einer Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen (F42.1), einer atypischen Bulimia nervosa (F50.3) sowie selbstverletzendem Verhalten (X78) - in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychotherapie zunächst vom 23. August bis 23. Dezember 2010 stationär behandelt wurde. Einer währenddessen in der Zeit vom 19. bis 27. November 2010 zu Hause durchgeführten Belastungserprobung mit Besuch der 12. Klasse des Gymnasiums hielt die Klägerin nicht stand; nach ihrer Entlassung aus stationärer Behandlung nahm sie den Schulbesuch nicht wieder auf. Das von den Eltern der Klägerin organisierte Praktikum auf einem Pferdehof konnte sie ebenfalls nicht durchstehen. Am 20. Januar 2011 erfolgte zur Krisenintervention eine Akutaufnahme bis 21. Januar 2011 in der L.-Klinik. Ab dem 10. Februar 2011 kam es dort zu einer weiteren mehrmonatigen stationären Behandlung, für die die P.-Krankenversicherung bis zum 5. Mai 2011 eine Kostenzusage erteilte.

Bereits Anfang März 2011 wandte sich G.H. an die P.-Krankenversicherung wegen der Übernahme der Kosten eines auf Anregung des Leitenden Arztes der L.-Klinik Dr. E. geplanten Aufenthalts der Klägerin in der Einrichtung G. Dies lehnte das Krankenversicherungsunternehmen mit Schreiben vom 9. März 2011 ab, weil der Tarif der Klägerin für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, aber auch für Rehabilitationsmaßnahmen keine Leistungen vorsehe; angeraten wurde eine Kontaktaufnahme mit dem Rentenversicherungsträger. Da seitens der L.-Klinik ein Hilfefall nach [§ 35a](#) des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) gesehen und insoweit eine vollstationäre Jugendhilfemaßnahme für indiziert sowie vorgeschaltet eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme empfohlen wurde, nahm die Mutter der Klägerin am 16. März 2011 telefonisch Kontakt mit dem Jugendamt auf, um sich danach zu erkundigen, wo der Antrag auf eine medizinische Rehabilitationsleistung gestellt werden könne (vgl. Schriftsatz vom 29. Januar 2016). Am 21. März 2011 erhielt die Mutter vom Jugendamt ebenfalls den Hinweis auf eine mögliche Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers für die medizinische Rehabilitation.

Das Jugendamt klärte in der Folgezeit den Bedarf für Jugendhilfemaßnahmen ab. Am 9. Mai 2011 besichtigten die Klägerin und ihre Mutter auf Vorschlag des Jugendamts das H. und K-Haus der Diakonie, einer therapeutischen Wohneinrichtung der stationären Jugendhilfe für junge Menschen mit psychischer Erkrankung, wo eine Aufnahme etwa im Juli/August 2011 für realistisch gehalten wurde. Einen Aufenthalt in dieser Einrichtung lehnte die Klägerin am 11. Mai 2011 jedoch ab, weil sie eine intensivere therapeutische Anbindung für nötig hielt. Das Jugendamt benannte daraufhin drei weitere Einrichtungen (in B., W. und L.), welche die Klägerin (vgl. E-Mail vom 20. Mai 2011 an das Jugendamt) jedoch aus verschiedenen Gründen nicht besichtigen wollte; sie entschied sich für die Einrichtung G., deren anthroposophisches Konzept sie ansprach, und kündigte am 20. Mai 2011 an, sich am 6. Juni 2011 dorthin begeben zu wollen. Nach einer kurzen Urlaubsreise mit ihren Eltern durchlief die Klägerin in der Einrichtung G. in der Zeit vom 6. Juni bis 31. Juli 2011 eine im Entlassungsbericht vom 16. August 2011 so genannte "medizinische Rehabilitationsbehandlung", wobei im Zeitraum vom 6. bis 30. Juni 2011 ein "Probewohnen" (anfänglich vorgesehen für zwei Wochen, danach verlängert bis 30. Juni 2011) sowie ab 1. Juli 2011 die endgültige Aufnahme erfolgte. Daran anschließend wurde in der Einrichtung G. vom 1. August 2011 bis 31. Juli 2012 eine vollstationäre sozialtherapeutische Maßnahme durchgeführt, für die das Jugendamt die Kosten übernahm (vgl. u.a. Bescheid vom 17. August 2011). Die Klägerin nahm während dieser letztgenannten Zeit am Schulunterricht an der auf dem Gelände der Einrichtung befindlichen Waldorfschule teil und konnte dort im Juli 2012 einen Realschulabschluss erreichen; anschließend absolvierte sie ein Berufspraktikum. Ab 14. Oktober 2012 befand sich die Klägerin für eine gewisse Zeit wieder in der L.-Klinik.

Die Einrichtung G., die als Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung Versorgungsverträge mit Krankenkassen und deren Verbänden abschlossen hatte, hatte G.H. (als Selbstzahler) bereits unter dem 5. Mai 2011 für eine "Maßnahme der stationären Rehabilitation" im Zeitraum vom 6. bis 30. Juni 2011 insgesamt 2.853,25 Euro (25 Tage zu 114,13 Euro) sowie unter dem 9. Juni 2011 für den Zeitraum vom 1. bis 31. Juli 2011 insgesamt 3.538,03 Euro (31 Tage zu 114,13 Euro) in Rechnung gestellt; die erstgenannte Rechnung wurde am 29. Mai 2011, die weitere Rechnung am 23. Juni 2011 beglichen.

In der Folge des Gesprächs mit dem Jugendamt am 21. März 2011 stellte G.H. unter Verwendung eines Antragsformulars der beklagten Deutschen Rentenversicherung Bund für die (damals noch minderjährige) Klägerin einen Antrag auf Kinderrehabilitation ([§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4](#) des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) (damaliger Fassung)); dieser von G.H. am 22. März 2011 unterzeichnete Antrag ging am 29. März 2011 bei der Beklagten ein. In der Anlage zum Antrag gab G.H. unter dem 14. April 2011 ärztliche Behandlungen der Klägerin wegen Depressionen an. Auf Aufforderung der Beklagten (Schreiben vom 5. April 2011) zur Vorlage eines Befundberichts des behandelnden Kinderarztes mit Erinnerung (Schreiben vom 3. Mai 2011) ging schließlich am 10. Mai 2011 der Befundbericht des Dr. E. nebst seiner fachärztlicher Stellungnahme vom 2. Mai 2011 (mitunterzeichnet von der Diplom-Psychologin H.) ein. Darin heißt es, dass bei der Klägerin auf Grund der Schwere und Länge der Symptomatik (Diagnosen: schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen, atypische Bulimia nervosa, selbstverletzendes Verhalten, emotional instabile Persönlichkeitsakzentuierung) nicht davon ausgegangen werden könne, dass sie mittelfristig eine Alltagsbewältigung im häuslichen Umfeld erreichen könne. Die Klägerin gehöre dem Personenkreis des [§ 35a SGB VIII](#) an; insoweit stehe eine vollstationäre Anschlussbehandlung an. Sinnvoll wäre eine Kombination aus einer medizinischen Rehabilitationsphase mit anschließendem Übergang in eine vollstationäre therapeutische Jugendhilfemaßnahme. Erwähnt wurde in diesem Zusammenhang die Einrichtung G. Der von der Beklagten eingeschaltete Prüfarzt Dr. K. erachtete in seiner medizinischen Stellungnahme vom 20. Juni 2011 auf Grund der Schwere der Störung eine Belastbarkeit für ein Kinderheilverfahren für nicht gegeben, vielmehr eine weitere akutstationäre Behandlung für notwendig. Durch Bescheid vom 20. Juni 2011 lehnte die Beklagte darauf den Antrag ab.

Hiergegen legten G.H. und die Klägerin am 17. Juli 2011 Widersprüche ein, die nach Akteneinsicht schließlich mit Schriftsatz der Klägerbevollmächtigten vom 1. September 2011 (per Fax eingegangen noch am selben Tage) begründet wurden. Darin wurde unter Bezugnahme auf die fachärztliche Stellungnahme vom 2. Mai 2011 ausgeführt, dass die psychische Gesundheit der Klägerin stark beeinträchtigt sei; sowohl Dr. E. als auch die Diplom-Psychologin H. hätten eine vollstationäre Anschlussbehandlung in Form einer medizinischen Rehabilitationsphase mit anschließendem Übergang in eine vollstationäre therapeutische Jugendhilfemaßnahme empfohlen. Eine Anstrengungsbereitschaft und Therapiewilligkeit sei bei der Klägerin gegeben. In der Widerspruchsbegründung war erstmals zum Ausdruck gebracht, dass die Klägerin sich auf Grund der Empfehlung der L.-Klinik, dass die Einrichtung G. sehr gut geeignet sei, dort mittlerweile in stationärer Behandlung befinde. Beantragt wurde deshalb, den Bescheid vom 20. Juni 2011 aufzuheben und der Klägerin "die beantragte Leistung zu gewähren bzw. die Kosten zu erstatten". Die Beklagte beauftragte darauf einen in B. ansässigen Facharzt für Psychiatrie mit der Begutachtung der Klägerin; der Auftrag an diesen Arzt wurde am 15. November 2011 storniert, nachdem die Klägerin am 8. November 2011 per E-Mail mitgeteilt hatte, wegen der Entfernung den Termin nicht wahrnehmen zu können, weil sie derzeit in der Einrichtung G. wohne. Die Beklagte erhob danach den Befundbericht des Kinder- und Jugendpsychiaters Dr. R., Verantwortlicher Arzt der Einrichtung G., vom 21. November 2011, der dort eine nach der Entlassung aus akutstationärer jugendpsychiatrischer Behandlung (5. Mai 2011) in der Zeit vom 6. Juni bis 31. Juli 2011 durchgeführte medizinische Rehabilitation mit anschließendem Übergang in eine stationäre Jugendhilfemaßnahme anführte und aus dem betreuten Wohnen heraus eine Belastbarkeit für ein offenes psychosomatisch-psychiatrisches Setting unter gleichzeitiger jugendpsychiatrischer Behandlung und Medikation (eine Lithium-Prophylaxe sei gerade eingeführt worden) für gegeben erachtete.

Nach erneuter Einschaltung des Prüfarztes Dr. K bewilligte die Beklagte der Klägerin mit Bescheid vom 6. Dezember 2012 eine sechswöchige stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation in der C. Klinik. Der dortige Chefarzt Dr. B. gab die Unterlagen allerdings mit Schreiben vom 21. Dezember 2011 zurück, weil das komplexe Bild (bestehend aus fortgesetzten Selbstverletzungen, Essstörung, selbstschädigende Rituale) eine Betreuungsintensität erwarten lasse, die die Möglichkeiten der Klinik übersteige, und auch keine spezifischen Therapieangebote bei Essstörungen vorhanden seien. Die Beklagte bewilligte daraufhin durch Bescheid vom 9. Januar 2012 eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation für die Dauer von sechs Wochen in der M. Klinik, welche am 20. Januar 2012 indes mitteilte, die Klägerin habe den zum 28. Februar 2012 vorgesehenen Aufnahmetermin storniert, weil sie mittlerweile auf eigene Kosten in einer anderen Rehabilitationsklinik gewesen sei. Mit Blick auf die Verlautbarung im Bescheid vom 6. Dezember 2012, dass dem Widerspruch der Klägerin abgeholfen sei und die Kosten des Widerspruchsverfahrens erstattet würden, reichte die Klägerbevollmächtigte am 25. Januar 2012 ihre Kostenrechnung ein.

Am folgenden Tag (26. Januar 2012) legitimierte sich die Klägerbevollmächtigte erneut für G.H. und die Klägerin und beantragte in deren Namen die Erstattung der im Zeitraum vom 6. Juni bis 31. Juli 2011 entstandenen Kosten in Höhe von insgesamt 6.391,28 Euro mit der Begründung, die Beklagte habe die beantragte Leistung im Bescheid vom 20. Juni 2011 zu Unrecht abgelehnt; die Reha-Maßnahme sei auch

unaufschiebbar gewesen. Mit einem an G.H. adressierten Bescheid vom 31. Januar 2012 lehnte die Beklagte die nachträgliche Kostenübernahme ab, weil die Entscheidung über den Antrag nicht abgewartet habe und die Leistungen bereits privat durchgeführt worden seien. Hiergegen wurde von der Klägerbevollmächtigten unter Vorlage einer fachärztlichen Stellungnahme des Dr. R. vom 24. Januar 2012 sowie einer Bescheinigung des Dr. E. vom 30. Januar 2012 Widerspruch eingelegt mit der Begründung, die beantragte, aber mit Bescheid vom 20. Juni 2011 zu Unrecht verweigerte Leistung sei unaufschiebbar gewesen, da eine Verzögerung den Rehabilitationserfolg gefährdet und eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Klägerin gedroht hätte; ohne Einleitung der Reha-Maßnahme wäre mit dem Auftreten von zeitnahen schweren depressiven Krisen sowie einer Chronifizierung der psychischen Probleme zu rechnen gewesen. Auf Anforderung der Beklagten reichte die Klägerbevollmächtigte mit Schriftsatz vom 30. April 2012 den Entlassungsbericht des Dr. R. vom 16. August 2011 mit dem Bemerkten ein, das Tatbestandsmerkmal der "Unaufschiebbarkeit" im Sinne des [§ 15 Abs. 1 Satz 4](#) des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX (damaliger Fassung)) erfordere eine "ex-ante-Betrachtung" vor Beginn der Maßnahme; hierfür sei der Entlassungsbericht nicht geeignet. Mit dem an die Klägerin adressierten Widerspruchsbescheid vom 23. Juli 2012 wurde der Widerspruch zurückgewiesen.

Deswegen haben G.H. (seinerzeit Kläger zu 1) und die Klägerin (seinerzeit Klägerin zu 2) am 23. August 2012 Klagen zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Zur Begründung haben sie vorgebracht, die Beklagte hätte spätestens zwei Wochen nach Eingang der Stellungnahme des Dr. E. vom 2. Mai 2011, also am 24. Mai 2011 über den Rehabilitationsbedarf entscheiden können und müssen. Stattdessen habe die Beklagte mit dem Bescheid vom 9. Januar 2012 erst über zehn Monate später über eine Bewilligung entschieden, was zeige, dass diese nicht in der Lage gewesen wäre, in der gebotenen Eile zu entscheiden. An der Rehabilitationsfähigkeit der Klägerin habe kein Zweifel bestanden. Die beantragte Leistung sei unaufschiebbar gewesen. Die Beklagte ist den Klagen entgegengetreten; die Klägerin sei zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akuten psychiatrischen Behandlung in der L.-Klinik nicht rehabilitationsfähig und für das offene Setting einer Kinderrehabilitation nicht geeignet gewesen. Der stationäre Aufenthalt in der Einrichtung G., der im Anschluss an den akutstationären Aufenthalt stattgefunden habe, habe eine Fortsetzung der akutmedizinischen Behandlung zur Stabilisierung und Vorbereitung auf die sozialtherapeutische Jugendhilfemaßnahme dargestellt. Erst unter Einführung einer Lithium-Dauerprophylaxe und intensivster Psychotherapie unter ständiger therapeutischer Kontrolle im Setting des betreuten Wohnens sei nunmehr von einer (jedoch weiter grenzwertigen) Rehabilitationsfähigkeit auszugehen gewesen, wobei die Klägerin ein entsprechendes Angebot in einer Vertragsklinik jedoch abgelehnt habe.

Mit Urteil vom 28. November 2013 hat das SG "die Klage" abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es im Wesentlichen ausgeführt, der Anspruch scheitere bereits an der fehlenden Rehabilitationsfähigkeit der Klägerin; von einer Erforderlichkeit der Maßnahme könne damit ebenfalls nicht ausgegangen werden. Dem Entlassungsbericht vom 16. August 2011 sei zu entnehmen, dass Anlass für die Aufnahme unter anderem die Abklärung der Rehabilitationsfähigkeit gewesen sei; aus dem Bericht ergebe sich auch, dass es dort sogar zu einer Verstärkung der Zwangssymptomatik und der Selbstverletzungstendenzen gekommen sei und sich auch die Essstörung, Übergriffigkeit und ein problematisches Sozialverhalten verstärkt hätten. Darüber hinaus könne bereits von einer Unaufschiebbarkeit im Sinne eines Notfalls nicht ausgegangen werden. Der Anspruch scheitere letztlich auch daran, dass das Auswahlermessen der Beklagten nicht auf eine allein richtige Ermessensentscheidung im Sinne der Bewilligung der Behandlung in der Einrichtung G. verengt gewesen sei.

Gegen dieses der Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 9. Januar 2014 zugestellte Urteil haben sowohl die Klägerin als auch G.H. am 7. Februar 2014 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. G.H. hat seine Berufung am 25. August 2014 zurückgenommen (Schriftsatz der Klägerbevollmächtigten vom 22. August 2014). Zur Begründung ihrer Berufung hat die Klägerin vorgebracht, eine Rehabilitationsfähigkeit habe bestanden. In dem am 10. Mai 2011 bei der Beklagten eingegangenen Befundbericht habe Dr. E. die betreffende Frage mit "ja" beantwortet; ihre Rehabilitationsfähigkeit habe sich ferner aus der fachärztlichen Stellungnahme des Dr. E. vom 2. Mai 2011 ergeben. Weiter spreche für ihre Rehabilitationsfähigkeit auch, dass sie die Rehabilitationsmaßnahme bis zum Ende durchgeführt habe. Die Leistung sei ferner unaufschiebbar gewesen. Dies ergebe sich eindeutig aus der Bescheinigung des Dr. E. vom 30. Januar 2012 sowie aus der fachärztlichen Stellungnahme des Dr. R. vom 24. Januar 2012. Auch aus der Tatsache, dass die Aufnahme in die Einrichtung G. erst einen Monat nach der Entlassung aus der L.-Klinik erfolgt sei, lasse sich nichts anderes schließen; eine frühere Aufnahme sei lediglich aus Kapazitätsgründen nicht möglich gewesen. Jedenfalls sei es ihr nicht zumutbar gewesen, auf den Beginn der Rehabilitationsmaßnahme bis zur 6. Kalenderwoche 2012 nach der geänderten positiven Entscheidung der Beklagten vom 9. Januar 2012 zu warten und eine mindestens erhebliche Verschlechterung ihres Zustandes in Kauf zu nehmen. Die Frage des Ermessens bei der Auswahl der Einrichtung sei im Fall eines Kostenerstattungsanspruchs nach [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) bei der vorliegenden Konstellation eines Systemversagens nicht durchgreifend. Darüber hinaus sei die Einrichtung G. jedenfalls zum Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitationsmaßnahme im Juni 2011 die einzige Einrichtung gewesen, die sowohl Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation als auch Jugendhilfemaßnahmen und Unterstützung im Rahmen einer ambulanten Nachsorge unter einem Dach angeboten habe. Das Ermessen habe sich demnach auf diese Einrichtung verengt gehabt. Die Höhe der G.H. in Rechnung gestellten Kosten entspreche den Kosten, die auch die Krankenkassen als Rehabilitationsträger an die Einrichtung G. zu zahlen hätten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. November 2013 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 31. Januar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. Juli 2012 zu verurteilen, die Kosten für die in der Zeit vom 6. Juni bis 31. Juli 2011 in der Einrichtung Gutenhalde durchlaufene Maßnahme in Höhe von 6.391,28 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil und die streitbefangenen Bescheide für zutreffend. Zu keinem Zeitpunkt habe eine Rehabilitationsfähigkeit vorgelegen. Ziel der vollstationären therapeutischen Jugendhilfemaßnahme habe u.a. die Stabilisierung des klinischen Heilerfolgs sein sollen. Auch die Tatsache, dass die Klägerin am 6. Juni 2011 zum zweiwöchigen "Probewohnen" aufgenommen worden sei, bestätige die mangelnde Rehabilitationsfähigkeit. Zwanghafte und bulimische Verhaltensweisen hätten sich in dieser Situation erneut verstärkt. Das Konzept der in der Zeit vom 6. Juni bis 31. Juli 2011 durchgeführten Maßnahme entspreche nicht den Anforderungen an eine Kinderrehabilitation, sondern sei als Fortsetzung der akutmedizinischen Behandlung einzustufen gewesen. Probewohnen in einer Einrichtung

der Jugendhilfe sei keine Leistung des Rentenversicherungsträgers.

Der Senat hat vom Jugendamt Auszüge aus den dort über die Klägerin geführten Akten beigezogen.

Zur weiteren Darstellung wird auf die beigezogenen Akten, die Verwaltungsakten der Beklagten, die Klageakte des SG und die Berufungsakte des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg.

Die Berufung der Klägerin ist zulässig. Sie ist gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegt worden sowie statthaft ([§ 143 SGG](#)), weil die Berufungsausschlussgründe des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Anbetracht des Wertes des Beschwerdegegenstandes (6.391,28 Euro) nicht entgegenstehen. Die Berufung ist jedoch nicht begründet.

1. Gemäß [§ 123 SGG](#) zu befinden ist allein noch über den von der Klägerin gegenüber der Beklagten erhobenen Kostenerstattungsanspruch, nachdem G.H. seine Berufung am 25. August 2014 zurückgenommen hat. Gegenstand des Verfahrens ([§ 95 SGG](#)) ist der Bescheid der Beklagten vom 31. Januar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. Juli 2012, mit dem diese den Antrag auf nachträgliche Übernahme der Kosten für die von der Klägerin in der Zeit vom 6. Juni bis 31. Juli 2011 durchgeführte Maßnahme in der Einrichtung G. abgelehnt hat. Zwar hatte sich das Widerspruchsverfahren gegen den Bescheid vom 20. Juni 2011, währenddessen die Klägerin mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 1. September 2011 bereits - freilich ohne Bezifferung und ohne nähere Einzelheiten zu nennen - (auch) verlangt hatte, ihr "die Kosten zu erstatten", mit dem Erlass des Bescheids vom 6. Dezember 2011 erledigt; dieser war, wie sich auch aus dem Verlangen auf Erstattung von Vorverfahrenskosten im Schriftsatz der Klägerbevollmächtigten vom 25. Januar 2012 ergibt, als Abhilfeentscheidung ([§ 85 Abs. 1 SGG](#)) zu werten. Die Beklagte hat indessen mit dem Bescheid vom 31. Januar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. Juli 2012, und zwar ohne Bezugnahme auf früher ergangene Verwaltungsakte, über das an sie am 26. Januar 2012 herangetragene Kostenerstattungsbegehren (erneut) entschieden und damit den Rechtsweg neu eröffnet.

a) Die Klägerin ist klagebefugt und durch die angefochtenen Verwaltungsakte beschwert ([§ 54 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 1 SGG](#)). Zwar ist in dem Bescheid vom 31. Januar 2012, der auf den von ihrer Prozessbevollmächtigten am 26. Januar 2012 auch in ihrem Namen gestellten Kostenübernahmeantrag ergangen ist, im Adressfeld lediglich G.H. genannt. Trotz dieser Empfänger- und Adressenangabe war jedoch spätestens aus dem (an die Klägerin adressierten) Widerspruchsbescheid vom 23. Juli 2012, was ausreicht (vgl. Bundessozialgericht (BSG) [BSGE 97, 279 = SozR 4-2700 § 136 Nr. 2](#) (juris Rdnr. 13); Steinwedel in Kasseler Kommentar, [§ 39 SGB X](#) Rdnr. 13 (Stand: März 2016)), zu ersehen, dass sich die ablehnende Entscheidung inhaltlich gegen die Klägerin richtete und für sie bestimmt war (vgl. [§ 12 Abs. 1 Nr. 2, § 37 Abs. 1 Satz 1](#) des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch). Damit trug die Beklagte dem Umstand Rechnung, dass die Klägerin hinsichtlich der von ihr beanspruchten Kinderrehabilitation nach [§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI](#) (in der hier anwendbaren Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen vom 21. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2008, 2940); i.F.: [§ 31 SGB VI a.F.](#)) die materiell Betroffene war, denn nicht G.H., sondern allein sie war, obgleich seinerzeit nicht sie selbst, sondern nur ihr Vater in der gesetzlichen Rentenversicherung (auf Grund abhängiger Beschäftigung, [§ 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI](#)) versichert war, nach der genannten Bestimmung anspruchsberechtigt (vgl. Lilge, SGB VI, [§ 31 Anm. 6](#) (Stand: Dezember 1999) und jetzt ausdrücklich [Bundestags-Drucksache 18/9787 S. 34](#) ([§ 15a SGB VI](#) in der ab dem 14. Dezember 2016 geltenden Fassung durch Gesetz vom 8. Dezember 2016, [BGBl. I S. 2838](#), verwendet in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 hinsichtlich des anspruchsberechtigten Personenkreises die gleiche Formulierung wie in [§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI a.F.](#)); ferner - wenngleich dort nicht problematisiert - LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 5. August 2003 - [L 13 RA 4868/02](#) - (juris); LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 28. August 2014 - [L 9 SO 286/12](#) - (juris Rdnr. 92 ff.); Sächsisches LSG, Urteil vom 20. Juni 2017 - [L 5 R 942/15](#) - (juris); Haack in jurisPK-SGB VI, 2. Auflage 2013, [§ 31 Rdnr. 30.1](#) (Stand: 08.02.2016); a.A., jedoch vereinzelt geblieben, LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18. August 2014 - [L 10 R 3220/14 ER-B](#) - (juris)). Unerheblich ist, dass die hier in Rede stehende Kostenforderung der Einrichtung G. nicht von der (damals noch minderjährigen) Klägerin selbst, sondern von ihren Eltern im Rahmen der Vermögenssorge ([§ 1626 Abs. 1 Satz 2](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs) ausgeglichen wurde (vgl. hierzu in anderem Zusammenhang [BSGE 110, 301 = SozR 4-3500 § 54 Nr. 8](#) (jeweils Rdnr. 27); [BSGE 112, 67 = SozR 4-3500 § 92 Nr. 1](#) (jeweils Rdnr. 25)).

b) Die Klage der Klägerin erachtet der Senat auch im Übrigen für zulässig. Zwar handelt es sich bei den Leistungen der Kinderrehabilitation nach [§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI](#) um Ermessensleistungen (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 5. August 2003 - [L 13 RA 4868/02](#) - (juris Rdnr. 11); Haack in jurisPK-SGB VI, a.a.O., Rdnr. 8; ferner Stähler in jurisPK-SGB VI, 2. Auflage 2013, [§ 15a Rdnr. 6](#) (Stand: 11.05.2017)). Die Klägerin macht indessen geltend, das Ermessen der Beklagten habe sich auf Null reduziert. Für diesen Fall ist die - von der Klägerin allein erhobene - kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1, Abs. 4, § 56 SGG](#)) die zulässige Klageart (ständige Rechtsprechung; vgl. etwa [BSGE 121, 32 = SozR 4-3250 § 17 Nr. 4](#) (jeweils Rdnr. 13); LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 5. August 2003 - [L 13 RA 4868/02](#) - (juris Rdnr. 11)).

2. Mit ihrem sachlichen Begehren vermag die Klägerin indessen nicht durchzudringen.

a) Die Klägerin beruft sich für ihr Kostenerstattungsbegehren auf [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) (in der bis 31. Dezember 2017 geltenden Fassung durch das SGB IX vom 19. Juni 2001 ([BGBl. I S. 1046](#)); i.F.: [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F.](#)). Diese Vorschrift ist nach ihrem Geltungszeitraum unter Berücksichtigung der Grundsätze des intertemporalen Rechts (vgl. hierzu etwa [BSGE 99, 95 = SozR 4-2500 § 44 Nr. 13](#) (jeweils Rdnr. 15); [BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33](#) (jeweils Rdnr. 9)) auf das Kostenerstattungsverlangen weiterhin anzuwenden (vgl. jetzt [§ 18 Abs. 6 SGB IX](#) (Fassung durch das Bundesteilhabegesetz vom 23. Dezember 2016, [BGBl. I S. 3234](#))); die Bestimmung normiert trägerübergreifend Kostenerstattungsansprüche für selbstbeschaffte Teilhabeleistungen (BSG [SozR 4-3250 § 14 Nr. 8](#) (Rdnr. 12); [BSGE 117, 192 = SozR 4-1500 § 163 Nr. 7](#) (jeweils Rdnr. 26)). Eine Fristsetzung nach [§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) (Fassung bis 31. Dezember 2017) ist seitens der Klägerin nicht erfolgt, sodass nur an die Bestimmung des [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F.](#) gedacht werden kann. Die Vorschrift ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) nachgebildet und greift den dort nach der Rechtsprechung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bestehenden Sekundäranspruch bei Systemversagen auf (vgl. BSG [SozR 4-3250 § 14 Nr. 8](#) (Rdnr. 22)). Gemäß [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F.](#) besteht für selbstbeschaffte Leistungen eine Erstattungspflicht, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann (1. Fallvariante) oder eine Leistung zu Unrecht

abgelehnt hat (2. Fallvariante). In [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) ist bestimmt, dass die Krankenkasse dem Versicherten die Kosten einer selbstbeschafften Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten hat, wenn die Leistung unaufschiebbar war und die Krankenkasse sie nicht rechtzeitig erbringen konnte oder wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hatte.

aa) Der Senat neigt zu der Auffassung, dass [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) a.F. auch mit Blick auf die vorliegend umstrittenen Leistungen zur Kinderrehabilitation unmittelbar Anwendung findet. Rehabilitationsträger im Sinne von [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) a.F. ist ausweislich des systematischen Zusammenhangs der Bestimmung mit Satz 3 der zuständige Rehabilitationsträger; zuständiger Rehabilitationsträger im Sinne des [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) (Fassung bis 31. Dezember 2017) ist der nach [§ 14 SGB IX](#) verantwortliche Rehabilitationsträger (BSG [SozR 4-3250 § 14 Nr. 8](#) (Rdnr. 14); [BSGE 117, 192](#) = SozR 4-1500 § 163 Nr. 7 (jeweils Rdnr. 28)). Zwar wird aus dem Wortlaut des [§ 14 SGB IX](#) und seinem systematischen Zusammenhang vereinzelt gefolgert, dass diese Bestimmung nur für Rehabilitationsträger im Sinne der [§§ 6, 6a SGB IX](#) (Fassung bis 31. Dezember 2017) gelte, was bei der Kinderrehabilitation nach [§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI](#) a.F. nicht der Fall sei, sodass einer Anwendung von [§ 14 SGB IX](#) dort von vornherein der Boden entzogen sei (so LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 28. August 2014 - [L 9 SO 286/12](#) - (juris Rdnr. 89 ff.); kritisch Haack in jurisPK-SGB VI, a.a.O., Rdnr. 6.1; Ulrich in jurisPK-SGB IX, 3. Auflage 2018, § 14 Rdnr. 42 (Stand: 15.01.2018)). Begründet wird dies damit (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 28. August 2014 [a.a.O.](#) (Rdnr. 90)), dass 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, in den [§§ 26 bis 31 SGB IX](#) geregelt seien und damit im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung [§ 15 SGB VI](#) korrespondiere, der nach seiner amtlichen Überschrift "Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" regele und auf die vorgenannten Bestimmungen verweise. Demgegenüber sei die Kinderrehabilitation in [§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI](#) a.F. unter der amtlichen Überschrift als "sonstige Leistung" ohne Bezugnahme auf die Vorschriften des SGB IX geregelt (gewesen), woraus klar erkennbar sei, dass der Gesetzgeber die Kinderrehabilitation nicht als medizinischen Rehabilitation angesehen habe. Auch in der Literatur wird darauf verwiesen, dass es sich bei der Kinderrehabilitation nach [§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI](#) a.F. um eine Leistung außerhalb der Vorgaben des SGB IX gehandelt habe (so Luth in jurisPK-SGB IX, 3. Auflage 2018, § 6 Rdnr. 25 (Stand: 15.01.2018)). Angeführt wurde ferner, dass sich der Leistungskatalog nach [§ 31 SGB VI](#) a.F. an den Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung orientiere, der an die Stelle der [§§ 5 Nr. 4, 55 bis 59 SGB IX](#) (Fassungen bis 31. Dezember 2017) trete (vgl. Kater in Kasseler Kommentar, SGB VI [§ 31](#) Rdnr. 3 (Stand: Dezember 2011)).

Selbst wenn der vorstehend dargestellten, die Anwendbarkeit des [§ 14 SGB IX](#) einschränkende Auffassung gefolgt werden könnte, was aber bedenklich erscheint, weil es sich auch bei der Kinderrehabilitation nach [§ 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI](#) a.F. nach der systematischen Stellung der Norm in den [§§ 9 bis 32 SGB VI](#) um Leistungen der Teilhabe handelt (darauf zu Recht hinweisend Ulrich in jurisPK-SGB IX, a.a.O.), darüber hinaus die Prüfungszuständigkeit nach [§ 14 SGB IX](#) umfassend ist (vgl. [BSGE 101, 207](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr. 7](#) (jeweils Rdnr. 30); BSG [SozR 4-3250 § 14 Nr. 8](#) (Rdnr. 16); dazu auch Haack in jurisPK-SGB IX, a.a.O.), kommt es auf eine abschließende Entscheidung insoweit nicht an. Denn dann wäre jedenfalls eine entsprechende Anwendung des [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) oder aber des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) zu bejahen, der jedoch in seinem Satz 2 (in der bis 31. Dezember 2017 geltenden Fassung) wiederum auf [§ 15 SGB IX](#) verwiesen hat (vgl. hierzu auch [BSGE 101, 207](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr. 7](#) (jeweils Rdnr. 22)).

bb) Die Beklagte war im vorgenannten Sinne der zuständige Träger, wobei die Zuständigkeit als Rehabilitationsträger auch Erstattungsansprüche nach [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) a.F. umfasst ([BSGE 117, 192](#) = SozR 4-1500 § 163 Nr. 7 (jeweils Rdnr. 29)). Bei der P.-Krankenversicherung, an welche die Eltern der Klägerin zunächst herangetreten waren, handelt es sich um ein privates Krankenversicherungsunternehmen, das den leistungsrechtlichen Bestimmungen der einzelnen Bücher des Sozialgesetzbuchs und hier insbesondere des SGB IX von vornherein nicht unterworfen ist. Die Beklagte war auch sonst der erstangegangene Rehabilitationsträger. Zwar hatte sich die Mutter der Klägerin bereits am 16. März 2011 an das Jugendamt gewandt; dies geschah aber allein zu dem Zweck, sich danach zu erkundigen, wo der Antrag auf eine medizinische Rehabilitationsleistung gestellt werden könne (vgl. Schriftsatz der Klägerbevollmächtigten vom 29. Januar 2016). Antrag im Sinne des [§ 14 SGB IX](#) ist jede an den Träger gerichtete Willenserklärung, aus der sich ein Leistungsverlangen ergibt ([BSGE 117, 192](#) = SozR 4-1500 § 163 Nr. 7 (jeweils Rdnr. 32)). Die Auslegung hat nach dem Grundsatz der Meistbegünstigung zu erfolgen; danach ist, sofern eine ausdrückliche Beschränkung auf eine bestimmte Leistung nicht vorliegt, davon auszugehen, dass der Antragsteller die nach der Lage des Falles ernsthaft in Betracht kommenden Leistungen begehrt, unabhängig davon, welchen Ausdruck er gewählt hat ([BSGE 117, 192](#) = SozR 4-1500 § 163 Nr. 7 (jeweils Rdnr. 32) (m.w.N.)). Die Klägerin hat indessen (vgl. nochmals Schriftsatz vom 29. Januar 2016) einen solch umfassenden Antrag beim Jugendamt nicht stellen möchten, sondern mit ihrem Leistungsbegehren auf eine Kinderrehabilitation, wie auch schon von der P.-Krankenversicherung angeraten, ausschließlich den zuständigen Rentenversicherungsträger, d.h. die Beklagte, befassen wollen. Etwas anderes lässt sich auch den Aktenvermerken des Jugendamts vom 21. März 2011 nicht entnehmen. Wäre im Übrigen, was hier aber nicht der Fall ist, das Jugendamt hinsichtlich der Kinderrehabilitation erstangegangener Träger im Sinne von [§ 14 Abs. 1](#) und 2 SGB IX gewesen, hätte ihm (als Rehabilitationsträger nach [§ 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX](#)) zwar die bedarfsfeststellende Prüfungskompetenz oblegen; seine Verurteilung wäre im sozialgerichtlichen Verfahren indessen nicht möglich (vgl. [§ 75 Abs. 5 SGG](#)).

b) Vorliegend kommen mit Bezug auf den von der Klägerin gegenüber der Beklagten geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch beide Fallvarianten des [§ 15 Abs. 1 Satz 4 Alt. 1 SGB IX](#) a.F. nicht in Betracht.

aa) Zu prüfen ist zunächst die 1. Fallvariante des [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) a.F. Danach müsste die mittels "Selbstbeschaffung" durch die Klägerin ab 6. Juni 2011 angetretene Maßnahme in der Einrichtung G. unaufschiebbar gewesen sein. Unaufschiebbarkeit bedeutet, dass die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so dringlich ist, dass keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht ([BSGE 98, 26](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#) (jeweils Rdnr. 23); BSG [SozR 4-2500 § 18 Nr. 7](#) (Rdnr. 18); BSG, Urteil vom 8. September 2015 - [B 1 KR 14/14 R](#) - (juris Rdnr. 15)). Die Alternative zur rechtswidrigen Ablehnung des Antrags (2. Fallvariante) besteht darin, Eilsituationen auf Grund der Unaufschiebbarkeit Rechnung zu tragen, bei denen die Entscheidung des Leistungsträgers nicht mehr abgewartet werden kann (BSG, Urteil vom 8. September 2015 - [B 1 KR 14/14 R](#) - (juris Rdnr. 15)). Unaufschiebbar kann danach auch eine zunächst nicht eilbedürftige Behandlungsmaßnahme werden, wenn der Versicherte mit der Ausführung so lange wartet, bis die Leistung zwingend erbracht werden muss, damit der angestrebte Erfolg noch erreicht werden kann (BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#) (juris Rdnr. 16)). Einen allgemeinen Erfahrungssatz des Inhalts, dass Rehabilitationsmaßnahmen regelmäßig keinen Aufschub zulassen, gibt es jedoch nicht (BSG [SozR 3-5765 § 10 Nr. 1](#) (juris Rdnr. 24)).

Unter Beachtung der vorstehenden beschriebenen Grundsätze war die hier umstrittene stationäre Betreuungsmaßnahme in der Einrichtung

G. nicht unaufschiebbar. Die Klägerin selbst hat eingeräumt (vgl. Schriftsatz vom 19. Mai 2014), dass die Einrichtung sie aus "Kapazitätsgründen" nicht habe früher aufnehmen können. Die Aufnahme erfolgte im Übrigen am 6. Juni 2011 zunächst nur zum "Probewohnen" (vgl. Entlassungsbericht des Dr. R. vom 16. August 2011 sowie die in den Akten des Jugendamts befindliche "Tischvorlage für das erste Hilfeplangespräch" der Bezugsbetreuerin vom 18. Juli 2011), wobei das ursprünglich auf zwei Wochen angelegte Probewohnen auf Grund der persönlichen (negativen) Einstellung der Klägerin gegenüber der Einrichtung, den Mitarbeitern und der jugendlichen Gruppe schließlich auf den gesamten Restmonat Juni 2011 verlängert wurde. Von einer schon vor der Entscheidung der Beklagten unaufschiebbar gewordenen Leistung kann bereits unter diesen Umständen nicht gesprochen werden. Hier kommt hinzu, dass die Klägerin auch nach ihrer Entlassung aus der stationären Behandlung in der L.-Klinik (5. Mai 2011) zumindest anfänglich selbst anderen Alternativen für ihre Therapie augenscheinlich noch offen gegenüberstand. So hatte sie zusammen mit ihrer Mutter und dem Jugendamt am 9. Mai 2011 das K.-Haus besichtigt und war auch danach noch damit einverstanden, dass ihr das Jugendamt weitere in Betracht kommende Einrichtungen benenne, was von dort schließlich am 17. Mai 2011 geschehen ist. Erst mit ihrer E-Mail vom 20. Mai 2011 - also mehr als zwei Wochen nach ihrer Krankenhausentlassung - hat die Klägerin dem Jugendamt gegenüber deutlich zum Ausdruck gebracht, dass sie der Einrichtung eine Zusage geben wolle, und zwar weil sie gerade die dortige anthroposophische Ausrichtung besonders angesprochen hatte. Diesem Wunsch der Klägerin wollten im Übrigen ihre Eltern nachkommen, weil sie (siehe den Aktenvermerk des Jugendamts vom 23. Mai 2011 über ein mit G.H. am selben Tage geführtes Ferngespräch) deren "Bauchgefühl" vertrauten. Deshalb waren sie entschlossen, die Maßnahme selbst zu finanzieren, falls der Rentenversicherungsträger dafür nicht aufkommen sollte (vgl. nochmals den vorstehenden Aktenvermerk). Das ist auch tatsächlich geschehen; bereits am 29. Mai 2011 wurde der von der Einrichtung G. mit Rechnung vom 5. Mai 2011 für die Zeit vom 6. bis 30. Juni 2011 geforderte Betrag (2.853,23 Euro) überwiesen.

Die Beklagte wurde im Übrigen über die vorbeschriebene Vorgehensweise der Klägerin und ihrer Eltern zunächst vollkommen im Unklaren gelassen. Zwar war schon in der am 10. Mai 2011 bei der Beklagten eingegangenen fachärztlichen Stellungnahme des Dr. E. vom 2. Mai die Einrichtung G. im Zusammenhang mit der ärztlicherseits für indiziert gehaltenen therapeutischen Jugendhilfemaßnahme in Kombination mit einer vorausgehenden "medizinischen Rehabilitationsphase" erwähnt. Diese "Rehabilitationsphase" wurde in der Stellungnahme vom 2. Mai 2011 aber lediglich für "sinnvoll" erachtet, sodass auch unter diesem Gesichtspunkt - gerade auch bei der von der Klägerin geforderten "ex-ante-Betrachtung" - eine Unaufschiebbarkeit nicht ersichtlich gewesen ist. Von einer "Dringlichkeit der Maßnahme", auf die sich Dr. R. in der fachärztlichen Stellungnahme vom 24. Januar 2012 nachträglich festlegen wollte, war seinerzeit in der Stellungnahme des Dr. E. vom 2. Mai 2011 nicht die Rede. Eine Eilbedürftigkeit im Sinne einer Unaufschiebbarkeit, ohne die Entscheidung der Beklagten abwarten zu können, ergibt sich so auch nicht aus der - im Übrigen erst nach Stellung des Kostenerstattungsantrags durch die Klägerin - gefertigten Bescheinigung des Dr. E. vom 30. Januar 2012. Erst recht konnte die Beklagte nach Eingang der Stellungnahme des Dr. E. vom 2. Mai 2011 eine Festlegung der Klägerin auf die Einrichtung G. überhaupt sowie eine Eilbedürftigkeit für eine dort avisierte medizinische Rehabilitationsbehandlung nicht erkennen. Tatsächlich ist die Klägerin, wie oben bereits dargestellt, in die Einrichtung G. erst am 6. Juni 2011, und zwar damals zum einstweiligen "Probewohnen" eingetreten. Bis zur Aufnahme in diese Einrichtung hätte sie nach ihrer Entlassung aus der L.-Klinik im Übrigen noch über einen Monat (nach ihrer endgültigen Entscheidung am 20. Mai 2011 immerhin noch mehr als 14 Tage) Zeit gehabt, die Beklagte über die von ihr geplanten Schritte zu informieren. Dass sich die Klägerin tatsächlich für eine solche Maßnahme entschieden hatte, ist der Beklagten jedoch erst mit dem Kostenerstattungsbegehren vom 26. Januar 2012 bekannt geworden, nachdem zuvor - im Übrigen erst im Widerspruchsverfahren gegen den Bescheid vom 20. Juni 2011 und zudem auch erst nach Abschluss der durch Dr. R. im Entlassungsbericht vom 16. August 2011 als "medizinische Rehabilitationsbehandlung" bezeichneten Maßnahme - im Schriftsatz der Klägerbevollmächtigten vom 1. September 2011 ganz unbestimmt davon die Rede gewesen war, dass die Klägerin sich dort mittlerweile in stationärer Behandlung befinde.

Bei dieser Sachlage wird nur der Vollständigkeit halber darauf hingewiesen, dass der Anspruch auf Kostenerstattung (§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F.) nicht weiterreichen darf als ein entsprechender Primärleistungsanspruch; er setzt voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung (z.B. eine medizinische Rehabilitation) - zu den Leistungen gehört, welche die Rehabilitationsträger allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung; vgl. z.B. BSG, Urteil vom 7. Mai 2013 - [B 1 KR 53/12 R](#) - (juris Rdnr. 9); BSG, Urteil vom 8. September 2015 - [B 12 KR 14/14 R](#) - (juris Rdnr. 17); ferner Ulrich in jurisPK-SGB IX, 13. Auflage 2018, § 18 Rdnr. 47 (Stand: 15.01.2018)). Vorliegend sprach allerdings zum Zeitpunkt des Antritts der Maßnahme nichts für eine bereits vorhandene Rehabilitationsfähigkeit der Klägerin (vgl. zu dieser Voraussetzung [BSGE 104, 294](#) = [SozR 4-3250 § 14 Nr. 9](#) (jeweils Rdnr. 31)). Zwar hatte dies Dr. E. in dem auf dem Vordruck der Beklagten befindlichen formularmäßigen Fragenkatalog mit "ja" beantwortet. Indessen ergibt sich aus dem bereits erwähnten Entlassungsbericht des Dr. R. vom 16. August 2011, der seinerzeit unbeeinflusst vom vorliegenden Verfahren erstellt worden war, dass die von ihm so genannte "medizinische Rehabilitationsbehandlung" auch der Abklärung der Rehabilitationsfähigkeit der Klägerin dienen sollte, bei der es im Übrigen ausweislich des Entlassungsberichts auf Grund der neuen und sie verunsichernden Behandlungssituation zunächst sogar zu einer Verstärkung der zwanghaften und bulimischen Symptome gekommen war.

bb) Auch die 2. Fallvariante des [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F.](#), also die Leistungsablehnung zu Unrecht, ist nicht erfüllt. Diese letztgenannte Tatbestandsvariante ist nicht heranziehbar, wenn der Rehabilitationsträger mit dem Leistungsbegehren vor Durchführung der Rehabilitationsleistung nicht befasst worden ist (vgl. Hess. LSG, Urteil vom 24. Juni 2015 - [L 5 R 418/14](#) - (juris Rdnr. 31); Ulrich in jurisPK-SGB IX, a.a.O., § 18 Rdnr. 48; zur früheren Rechtslage bereits [BSGE 57, 157, 159](#) = [SozR 2200 § 1236 Nr. 45](#); [BSGE 58, 263, 270 f.](#) = [SozR § 1237 Nr. 20](#); zur ständigen Rechtsprechung im Recht der Krankenversicherung ferner [BSGE 98, 26](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#) (jeweils Rdnr. 10); BSG, Urteil vom 8. September 2015 - [B 1 KR 14/14 R](#) - (juris Rdnr. 9)). Es fehlt dann insoweit an dem erforderlichen Ursachenzusammenhang zwischen der Ablehnung der Leistung und dem Nachteil (Kostenlast) des Leistungsberechtigten. An der erforderlichen Kausalität mangelt es aber auch, wenn der Leistungsberechtigte sich unabhängig davon, wie die Entscheidung des Leistungsträgers ausfällt, von vornherein auf eine bestimmte Maßnahme festgelegt hat und fest entschlossen ist, sich die Leistung selbst dann zu beschaffen, wenn der Antrag abgelehnt werden sollte (BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 20](#) (Rdnr. 29); BSG, Urteil vom 8. September 2015 [a.a.O.](#) (juris Rdnr. 9) (m.w.N.)). Die erneute Einholung einer Entscheidung des Leistungsträgers ist im Übrigen auch dann nicht entbehrlich, wenn die Ablehnung des Leistungsbegehrens - etwa wegen bereits in der Vergangenheit ablehnender Verwaltungsentscheidung oder auf Grund von Erfahrungen aus anderen Fällen - von vornherein feststeht ([BSGE 98, 26](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#) (jeweils Rdnr. 12); BSG, Beschluss vom 21. Februar 2008 - [B 1 KR 123/07 B](#) - (juris Rdnr. 5)).

Vorliegend sind die Voraussetzungen des [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX a.F.](#) in der 2. Fallvariante in jedem Fall nicht gegeben. Denn die Klägerin hatte sich spätestens am 20. Mai 2011 für die von ihr auch tatsächlich am 6. Juni 2011 angetretene Maßnahme in der Einrichtung G. entschieden. Ihre Eltern hatten darauf am 29. Mai 2011 die von dieser Einrichtung bereits am 5. Mai 2011 für die Zeit vom 6. bis 30. Juni

2011 ausgestellte Rechnung beglichen; am 9. Juni 2011 erfolgte anschließend eine weitere Rechnungsstellung für die Zeit vom 1. bis 31. Juli 2011, die gleichfalls (am 23. Juni 2011) bezahlt wurde.

Auf die weiteren Voraussetzungen des [§ 31 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI](#) a.F. kommt es unter diesen Umständen nicht mehr an. Die Berechtigung der Kostenforderung der Einrichtung G. der Höhe nach war deshalb ebenfalls nicht zu prüfen.

c) Aus dem Vorstehenden ergibt sich, dass die Beklagte - unter dem Aspekt der fehlenden Weiterleitung - auch über [§ 35a SGB VIII](#) i.V.m. [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGB XII](#) i.V.m. [§ 26 SGB IX](#) (Fassung bis 31. Dezember 2017), [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII](#) i.V.m. [§ 40 SGB V](#) nicht zu einer Kostenerstattung nach [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) a.F. verpflichtet werden kann.

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

4. Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.
Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2018-03-21