

## L 5 R 1023/16

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Rentenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 12 R 3607/14  
Datum  
17.02.2016  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 R 1023/16  
Datum  
19.04.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-  
Kategorie  
Beschluss  
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 17.02.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt die Erstattung der Kosten für eine selbstbeschaffte Rehabilitationsmaßnahme am T. M. ... Die im Jahr 1957 geborene Klägerin beantragte am 27.03.2014 bei der D., der späteren Beigeladenen, bei der sie krankenversichert und beschäftigt ist, wegen einer bei ihr bestehenden Psoriasis-Erkrankung die Gewährung einer Rehabilitationsmaßnahme am T. M. ... Die letzten von der Beklagten gewährten Rehabilitationsmaßnahmen in den Jahren 2009 und 2012 hätten, so die Klägerin begründend, keinen (dauerhaften) Erfolg gezeitigt. Sie sei dort jeweils mit Cortison behandelt worden, sodass die Erkrankung bereits 1- 2 Wochen nach Beendigung der Maßnahme wieder aufgeflammt sei. Wegen des dortigen Klimas sei hingegen eine Behandlung am T. M. hilfreich. Die Klägerin führte ferner aus, dass bei der Terminierung (der Rehabilitationsmaßnahme) aufgrund der betrieblichen Urlaubsabstimmung als Abreise der 24.05.2014 angedacht sei. Mit ihrem Antrag legte die Klägerin u. a. ein Gutachten des Orthopäden Dr. P. vom 05.11.2013 vor, das in einem Verfahren vor dem Sozialgericht Mannheim (SG; - S 11 SB 1045/13 -) um die Höhe des bei der Klägerin festzustellenden Grades der Behinderung erstellt worden ist, sowie die von der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. R. unter dem 22.03.2014 ausgestellte Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation/ alternativer Angebote vor, in der mitgeteilt wurde, dass bereits eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gegeben sei und eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliege bzw. zu befürchten stehe. Seitens der Beigeladenen wurde hierzu unter dem 28.03.2014 festgestellt, dass Leistungen der Krankenkasse nicht in Betracht kämen, da die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung vorlägen. Sie, die Beigeladene, leitete den Antrag daraufhin unter dem 01.04.2014 an die Beklagte weiter, die der Klägerin Antragsunterlagen übersandte und (zunächst) mitteilte, dass die Einsendung eines ärztlichen Befundberichtes nicht mehr erforderlich sei. Unter dem 16.04.2014 reichte die Klägerin die Antragsunterlagen zurück und gab hierbei an, an massiven Anschwellungen beider Kniegelenke bei psoriasis arthropatica sowie an nervöser Erschöpfung zu leiden. Mit Schreiben vom 13.06.2014 forderte die Beklagte bei der Klägerin einen ärztlichen Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation an. Am 04.07.2014 beantragte die Klägerin sodann bei der Beklagten die Erstattung eines Betrages von 2.571,47 EUR. Sie legte hierzu die Rechnung der F. R. GmbH, M., vom 10.02.2014 (Rechnungsbetrag: 2.118,- EUR), in der die Buchung einer Gruppenreise vom 24.05. - 21.06.2014 zur Klima-Heilbehandlung in der S. L. V. Kuranlage am T. M., J., bestätigt wurde und auf der handschriftlich vermerkt ist, dass die geforderte Anzahlung i.H.v. 300,- EUR am 17.02.2014 bezahlt worden sei, sowie eine Rechnung des D. S. S. Hotels (Rechnungsbetrag: 526,57 Jordan-Dinar) vor. Die Klägerin machte gegenüber der Beklagten ferner Fahrtkosten von ihrem Wohnort zum Flughafen i.H.v. 52,80 EUR geltend. Mit Bescheid vom 16.07.2014 lehnte die Beklagte den Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ab. Die Klägerin habe eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen, ohne vorher einen Antrag gestellt bzw. nach der Antragstellung die Entscheidung der Beklagten abgewartet zu haben. Eine nachträgliche Kostenübernahme für eine selbst begonnene und durchgeführte Rehabilitationsleistung sei nicht möglich, da für die Beklagte keine Möglichkeit bestanden habe, eine (Sach-)Entscheidung zu treffen. Zur Begründung ihres hiergegen am 14.08.2014 eingelegten Widerspruchs brachte die Klägerin vor, die Antragsunterlagen bereits am 10.04.2014 ausgefüllt an die Beklagte zurückgefaxt zu haben. Die Beklagte habe dann erst mit Schreiben vom 13.06.2014 einen ärztlichen Befundbericht angefordert, obwohl sie, die Klägerin, die Maßnahme - wie der Beklagten bekannt - bereits angetreten gehabt habe. Durch die von der Beklagten verursachte Verzögerung habe sie sich veranlasst gesehen, die Maßnahme eigenfinanziert abzuwickeln. Als "zweitangegangener" Träger habe die Beklagte die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache zu erbringen. Nachdem die Beklagte die ausreichende Möglichkeit zur Entscheidungsfindung gehabt habe, habe sie nun gemäß § 14 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) die

Kosten zu erstatten. Mit Widerspruchsbescheid vom 03.11.2014 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Eine nachträgliche Kostenübernahme sei nicht möglich. Sie, die Beklagte, habe keine Möglichkeit gehabt, eine Ermessensentscheidung betr. die Durchführung der Leistung zur Rehabilitation zu treffen. Im Übrigen sei mit der S. L. V. Kuranlage kein Vertrag nach [§ 15 Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch \(SGB VI\)](#) geschlossen worden. Hiergegen erhob die Klägerin am 24.11.2014 Klage zum SG. Die Beklagte habe eine Prüfung nach [§ 14 SGB IX](#) unterlassen. Sei die Beklagte nicht zuständig gewesen, so sei zu prüfen gewesen, welche Maßnahmen die Krankenkasse zu übernehmen habe. Dies habe die Beklagte unterlassen. Sie legte hierzu eine Mehrfertigung ihres an die Beigeladene gerichteten Schreibens vom 31.03.2014 vor, in dem sie auf deren Abgabennachricht vom 28.03.2014 Bezug nehmend, um ein Vorgehen nach [§ 14 SGB IX](#) gebeten hatte. Sie sei davon ausgegangen, dass die Beklagte, als zweitangegangener Rehabilitationsträger, die Kosten an sie zu erstatten habe. Sie brachte ferner vor, die Beklagte habe von der Möglichkeit, mit Einrichtungen am T. M. Vereinbarungen zu schließen keinen Gebrauch gemacht, weswegen es keine Möglichkeit gebe, im Wege des Sachleistungsprinzips Rehabilitationsleistungen am T. M. zu erhalten. Die Beklagte trat der Klage entgegen. Für sie habe zu keinem Zeitpunkt die Möglichkeit bestanden, zu prüfen, ob und ggf. in welcher Form eine Rehabilitationsmaßnahme zu bewilligen gewesen sei; die Erstattung der geltend gemachten Kosten sei bereits deswegen nicht möglich, da die Voraussetzungen des [§ 15 SGB IX](#) nicht vorlägen. Im Übrigen lasse [§ 18 Satz 1 SGB IX](#) zwar Ausnahmen vom Grundsatz zu, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Inland zu erbringen seien, die Einhaltung der erforderlichen Qualitätsmerkmale einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme sei jedoch betr. Einrichtungen am T. M. noch nicht gewährleistet. Schließlich sei der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger nach Einholung fachdermatologischer Gutachten zu der Einschätzung gelangt, dass eine signifikante Überlegenheit der Einrichtungen am T. M. gegenüber inländischen Einrichtungen, bspw. an der N. oder gegenüber den von den Rentenversicherungsträgern in D. belegten Einrichtungen nicht bestehe. Mit Urteil vom 17.02.2016 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung seiner Entscheidung führte es aus, Leistungen der medizinischen Rehabilitation würden grundsätzlich nach dem Sachleistungsprinzip erbracht. Die Erstattung von Kosten für selbst beschaffte Rehabilitationsleistungen unterliege den Voraussetzungen des [§ 15 SGB IX](#). Hiernach sei dem Rehabilitationsträger u.a. eine angemessene Frist zu setzen nach deren Ablauf die erforderliche Maßnahme selbst beschafft werde. Die Klägerin habe lediglich mitgeteilt, dass auf Grund der betrieblichen Urlaubsabstimmung als Abreise der 24.05.2014 angedacht sei. Dies stelle keine Fristsetzung i.d.S. dar. Die durchlaufene Rehabilitationsmaßnahme am T. M. sei zwar zur Behandlung der Psoriasis-Erkrankung förderlich und hilfreich gewesen, es habe jedoch keine Situation vorgelegen, in der eine außergewöhnlicher Eilbedürftigkeit bestanden habe, sodass die Leistung nicht unaufschiebbar gewesen sei. Schließlich habe die Beklagte die Rehabilitationsmaßnahme auch noch nicht abgelehnt, weswegen nicht von einer unrechtmäßigen Leistungsablehnung auszugehen sei. Eine Ablehnung sei insbesondere nicht im Schreiben der Beigeladenen vom 28.03.2014 zu erblicken, da dort nur auf die Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung verwiesen worden sei. Die Klägerin habe die Rehabilitationsmaßnahme vielmehr angetreten, ohne eine Entscheidung der Beklagten abzuwarten, sodass auch insoweit ein Anspruch auf Kostenerstattung ausscheide. Eine Kostenerstattung wegen einer Verletzung von Beratungspflichten der Beklagten bestehe gleichfalls nicht. Ob ein Sachleistungsanspruch auf Bewilligung der Rehabilitationsmaßnahme bestanden habe, sei nicht entscheidungserheblich. Gegen das am 27.02.2016 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 15.03.2016 Berufung eingelegt. Die Beklagte habe die ihr obliegenden Beratungs- und Hinweispflichten verletzt, da sie ihr, der Klägerin, nicht unverzüglich nach der Antragsweiterleitung am 01.04.2014 mitgeteilt habe, dass es sich bei der S. L. V. Kuranlage nicht um eine Einrichtung i.S.d. [§ 15 Abs. 2 SGB IX](#) handle. Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 17.02.2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 16.07.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.11.2014 zu verurteilen, ihr die Kosten für die selbstbeschaffte medizinische Rehabilitationsmaßnahme am T. M. i.H.v. 2.571,47 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung ihres Antrages verweist die Beklagte auf die aus ihrer Sicht zutreffenden Ausführungen des SG im angefochtenen Urteil sowie ihren erstinstanzlichen Vortrag.

Mit Beschluss vom 28.03.2017 hat der Senat die D. zu Verfahren beigeladen. Mit gerichtlichen Schreiben vom 07.02.2017 und vom 28.03.2017 sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass die Berufung keine Aussicht auf Erfolg verspricht. Ferner wurde mitgeteilt, dass der Senat erwäge, über die Berufung im Beschlusswege nach [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zu entscheiden. Den Beteiligten ist Gelegenheit eingeräumt worden, sich hierzu zu äußern. Die Klägerin hat hiervon unter dem 18.04.2017 der Gestalt Gebrauch gemacht, als sie betont, von der Beklagten und der Beigeladenen falsch beraten worden zu sein. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Beklagten geführte Leistungsakte, die Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden sind, verwiesen.

II.

Die Berufung der Klägerin ist gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig. Streitgegenstand des Klage- und des Berufungsverfahrens ist die Erstattung der Aufwendungen, die der Klägerin durch die in der Zeit vom 24.05. - 21.06.2014 in der S. L. V. Kuranlage in J. durchgeführte Klima-Heilbehandlung entstanden sind. Diese belaufen sich auf insg. auf 2.571,47 EUR, sodass der nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) erforderliche Wert des Beschwerdegegenstandes von 750,- EUR überschritten ist. Da die Berufung auch form- und fristgerecht eingelegt worden ist (vgl. [§ 151 SGG](#)), ist die Berufung zulässig. Der Senat entscheidet gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) nach Anhörung der Beteiligten über die Berufung durch Beschluss, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Gründe für die Durchführung einer mündlichen Verhandlung wurden nicht vorgetragen und sind dem Senat auch anderweitig nicht ersichtlich. Die Berufung führt für die Klägerin inhaltlich nicht zum Erfolg. Das SG hat die Klage in nicht zu beanstandender Weise abgewiesen. Der Klägerin steht ein Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen für die in dem Zeitraum vom 24.05. - 21.06.2014 durchgeführte Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach Maßgabe des [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#), der einzig in Betracht kommenden Anspruchsgrundlage, nicht zu. Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach [§ 40 Abs. 4 des Fünften Buches \(§ 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX\)](#). Stellt der Rehabilitationsträger bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag nach [§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Dies hat die für die Klägerin zuständige Krankenkasse unternommen und den Antrag vom 27.03.2014 unter dem 01.04.2014 an die Beklagte, dem aus ihrer, der Beigeladenen, Sicht zuständigen Rehabilitationsträger (vgl. [§ 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX](#); [§ 23 Abs. 2 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch \(SGB I\)](#)) weitergeleitet. In diesem Fall

gelten nach [§ 14 Abs. 2 Satz 3 SGB IX](#) die Regelungen der Sätze 1 und 2 (des [§ 14 Abs. 2 SGB IX](#)), wonach der Rehabilitationsbedarf unverzüglich festzustellen ist, und dies, wenn hierfür kein Gutachten erforderlich ist, innerhalb von drei Wochen ab Weiterleitung des Antrages (vgl. [§ 14 Abs. 2 Satz 3](#) 2. Halbsatz SGB IX) zu erfolgen hat. Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb dieser Fristen entschieden werden, hat der Rehabilitationsträger dies den Leistungsberechtigten nach [§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitzuteilen. Eine derartige Mitteilung der Beklagten gegenüber der Klägerin ist vorliegend zwar nicht getätigt worden, dies führt jedoch nicht dazu, dass eine Kostenerstattungsverpflichtung der Beklagten besteht. Vielmehr bestimmt [§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) hierzu ferner, dass, wenn die Mitteilung nicht erfolgt oder ein zureichender Grund nicht vorliegt, Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären können, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen. Erst wenn sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen, ist der zuständige Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet ([§ 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#)). Die Klägerin hat dies, die Fristsetzung mit der Ankündigung sich die Leistung nach deren Ablauf selbst zu beschaffen, jedoch unterlassen, weswegen eine Kostenerstattung nach [§ 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#) nicht in Betracht kommt. Ein Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen folgt auch nicht aus [§ 15 Abs. 1 Satz 4](#) 1. Alt. SGB IX. Hiernach besteht eine Erstattungspflicht, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann. Unaufschiebbarkeit in diesem Sinne liegt vor, wenn die Leistung sofort, d.h. ohne nennenswerten zeitlichen Aufschub erbracht werden muss und das Abwarten einer Entscheidung des Versicherungsträgers nicht zumutbar ist (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 14.11.2006, - [B 1 KR 8/06 R](#) - in juris; Luik in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 2. Aufl., 2015, [§ 15 SGB IX](#), Rn. 44 m.w.N.). Aus dem Sinn und Zweck der Rehabilitationsleistungen folgt, dass die Hinnahme eines zeitlichen Aufschubs unzumutbar ist, wenn dadurch die Zwecke der medizinischen Rehabilitation erschwert oder gar vereitelt werden (vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 26.11.2003 - [L 16 RJ 263/03](#) - in juris). Anhaltspunkt hierfür ergeben sich für den Senat weder aus dem klägerischen Vorbringen noch sind sie anderweitig ersichtlich. Schließlich folgt ein Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen auch nicht aus [§ 15 Abs. 1 Satz 4](#) 2. Alt. SGB IX. Diese Fallgruppe des [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) entspricht jener des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Der Erstattungsstatbestand der rechtswidrigen Leistungsablehnung setzt die rechtswidrige Ablehnung der Leistung und ferner einen Ursachenzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Leistungsablehnung und der dem Versicherten durch die Selbstbeschaffung der Leistung entstandenen Kostenlast voraus. Dieser Ursachenzusammenhang fehlt, wenn der Leistungs- bzw. Rehabilitationsträger vor der Inanspruchnahme bzw. der Beschaffung der Leistung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (BSG, Urteil vom 30.06.2009, - [B 1 KR 5/09 R](#) -, in juris; vgl. zur Anwendbarkeit im Rahmen des [§ 15 SGB IX](#): Luik, a.a.O., Rn. 47) oder wenn der Versicherte sich unabhängig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfällt, von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung durch einen bestimmten Leistungserbringer festgelegt hat und fest entschlossen ist, sich die Leistung selbst dann zu beschaffen, wenn der Antrag abgelehnt werden sollte. Das mit einer Entscheidung des Leistungs- bzw. Rehabilitationsträgers abzuschließende Verwaltungsverfahren stellt weder einen "Formalismus" in dem Sinne dar, dass es ganz entbehrlich ist, noch in dem Sinne, dass es zwar durchlaufen werden muss, aber der Versicherte nicht gehalten ist, die Entscheidung hierüber in seine eigene Entscheidung inhaltlich einzubeziehen, sondern den Abschluss des Verwaltungsverfahrens nur "formal" abwarten muss, jedoch schon vorbereitende Schritte einleiten darf, die Ausdruck seiner Entschlossenheit sind, sich die Leistung in jedem Fall endgültig zu verschaffen. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V will dem Versicherten bzw. dem Rehabilitanden einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten bzw. des Rehabilitanden, sondern des Leistungs- bzw. Rehabilitationsträgers. Nur er hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den zu beanspruchenden Leistungen gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung durch die Krankenkasse bzw. den Rehabilitationsträger, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten bzw. des Rehabilitanden, ist sachgerecht; sie liegt gerade auch in dessen eigenem Interesse, weil sie ihn von dem Risiko entlastet, die Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt (BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) - m.w.N., in juris). Diesen Beschaffungsweg hat die Klägerin vorliegend nicht eingehalten. Die Klägerin hatte sich bereits vor der (ersten) Kontaktaufnahme mit der Beigeladenen, die am 27.03.2014 erfolgt ist, darauf festgelegt, die Maßnahme - ungeachtet einer etwaigen Kostenzusage - zu absolvieren. Dies folgt für den Senat aus der aktenkundigen Rechnung der F. R. GmbH über die "Klima-Heilbehandlung" im D. S. S. Hotel am T. M. ... Dort wird unter dem 10.02.2014 die Buchung der Klägerin bestätigt und gleichzeitig ein Betrag von 2.118,- EUR in Rechnung gestellt. Handschriftlich wurde auf der Rechnung vermerkt, dass die von der F. R. GmbH geforderte Anzahlung von 300,- EUR am 17.02.2014 bezahlt worden sei. Hieraus folgt für den Senat, dass sich die Klägerin spätestens mit der Begleichung der Anzahlung festgelegt hat, die Behandlung durchführen zu lassen. Da zu diesem Zeitpunkt weder die Beigeladene noch die Beklagte mit dem Anliegen der Klägerin befasst war, kommt auch eine Kostenerstattung nach [§ 15 Abs. 1 Satz 4](#) 2. Alt. SGB IX nicht in Betracht. Soweit zur Begründung der Berufung vorgebracht wird, die Beklagte habe die ihr obliegenden Beratungs- und Hinweispflichten verletzt, die Klägerin mithin - sinngemäß - einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch geltend macht, vermag dies der Berufung gleichfalls nicht zum Erfolg zu gereichen, da neben [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) als gesetzlicher Ausprägung des Herstellungsgedankens kein Raum für den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch verbleibt (BSG, Urteil vom 02.11.2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) - in juris). Mithin hat die Klägerin keinen Anspruch auf Erstattung der von ihr für die durchgeführte medizinische Rehabilitationsmaßnahme am T. M. verauslagten Kosten i.H.v. 2.571,47 EUR. Der Bescheid der Beklagten vom 16.07.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.11.2014 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten; die Berufung gegen das Urteil des SG vom 17.02.2016 ist zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-04-24