

– Fachbeitrag A23-2018 –

25.10.2019

Nahtlosigkeitsideal oder Schnittstellenrealität im gegliederten Leistungssystem

**51. Kontaktseminar des Deutschen Sozialrechtsverbandes e. V.
am 18. und 19. Februar 2019¹**

Von Prof. Dr. K.-J. Bieback, Prof. a. D., Universität Hamburg

I. Grundsätze und die Probleme aus Sicht der Praxis

Die Tagung behandelte ein Problem des nach Risikobereichen und Leistungsarten stark gegliederten deutschen Sozialleistungssystems, die Nahtlosigkeit zwischen den Leistungen unterschiedlicher Sozialleistungssysteme. Die ist spätestens mit dem Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1973 durchgängig Gegenstand umfangreicher gesetzlicher Regelungen, die – so das Ergebnis dieser Tagung – weiterhin nicht zufriedenstellend gelöst sind. Es ging um die Bestandsaufnahme der Nahtlosigkeit bestehender Lösungen und Lücken und nicht um eine sozial- und rechtspolitische Einschätzung oder weiterführende Lösungen. Referiert werden hier nur jene Beiträge, die sich zumindest annäherungsweise mit den Materien des SGB IX, BTHG und dem Reha-Prozess befassen.

Impliziter Ausgangspunkt vieler Beiträge² ist die normative Vorgabe, die Weselski (S. 43) ihren Ausführungen explizit voranstellt: Nahtlosigkeit und Schnittstellenprobleme sind immer vor dem Gebot zu diskutieren, dass die sozialen Rechte der Bürgerinnen und Bürger (§§ 1–10 SGB I) effektiv realisiert werden. Alle, aber wirklich alle, organisations- und verfahrensmäßigen Probleme sind vorrangig auf dieses Ziel hin zu analysieren und zu lösen.

Während Giesen (Univ. München) in seinem Überblick (S. 3–9) allgemeine Strukturen aufzeigt, erweckten die Beiträge zur Praxis der Nahtlosigkeit aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung (DRV), Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Bundesagentur für Arbeit (BA) den Eindruck, alles sei zum Besten bestellt (Matlok, DRV Bund,

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag A23-2019 in der Kategorie A: Sozialrecht veröffentlicht; Zitiervorschlag: Bieback: Nahtlosigkeitsideal oder Schnittstellenrealität im gegliederten Leistungssystem – 51. Kontaktseminar des Deutschen Sozialrechtsverbandes e. V. am 18. und 19. Februar 2019; Beitrag A23-2018 unter www.reha-recht.de; 25.10.2019.

² Die Beiträge zum 51. Kontaktseminar sind im Sonderheft 2019 von Sozialrecht aktuell abgedruckt. Die Seitenzahlen hinter dem Namen der Autorinnen und Autoren beziehen sich auf diese Publikation.

S. 12-13; Kücking, GKV-Spitzenverband, S. 13–15 und Kukielka, Bundesagentur für Arbeit, S. 15–17). Die Vertreterinnen aus der Praxis wiesen auf zahlreiche Vereinbarungen zwischen den Sozialleistungsträgern hin, die eine Zusammenarbeit zwischen ihnen bei der Begutachtung und Leistungsbereitstellung sichern sollen.³ Diese sind aber alle nicht bindend. Untersuchungen der Praxis zeigen,⁴ dass die Zusammenarbeit zwischen den Trägern wie auch die Bearbeitungen innerhalb der einzelnen Träger nicht so reibungslos erfolgt, wie es die Regelungen eigentlich sicherstellen sollten. Kukielka (S. 16) und die Rechtsanwältin Freudenberg (Rechtsanwältin, S. 11) zeigten einige Lücken im Übergang Erwerbsgeminderter von Arbeitslosengeld zur Erwerbsminderungsrente auf (dazu sogleich unten III). Freudenberg (S. 10–11) prangerte zudem eine „Kultur der Nichterreichbarkeit“ an und stellt viele Probleme dar, die in dem Zusammenwirken von arbeitsrechtlicher Kündigungspraxis und SGB III bestehen. Hier wies auch Giesen auf einige Unstimmigkeiten zwischen arbeitsrechtlichen Regelungen (Lohnfortzahlung) und Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes hin.

II. Schnittstellen und Probleme von Rehabilitation und Prävention

Kuhn-Zuber (Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, S. 22–25) analysiert einmal die unscharfe **Trennung zwischen Prävention** (vor allem der tertiären Prävention, die eine Wiedererkrankung verhindern soll) und **Rehabilitation** und schildert dann die in letzter Zeit vor allem für die GKV und die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) ausgebaute⁵ Verpflichtung zur Prävention wie die Aufgaben der Unfallversicherung (UV) in diesem Gebiet. Dabei verfolge die GRV einen stark auf das Verhalten des Individuums bezogenen Ansatz, während GKV und UV die Prävention auch an die „Lebenswelt“, das soziale Setting, anknüpften.

Leider ist der Vortrag von Katja Nebe (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) zur **Stufenweisen Wiedereingliederung** nicht im Sonderheft mit abgedruckt.⁶ Dieses Instrument stellt hohe Anforderungen in der Verzahnung von Arbeits- und Sozialrecht wie

³ Z. B. Verwaltungsvereinbarung zwischen BA und DRV zur Vermeidung von unterschiedlichen Beurteilungen der Leistungsfähigkeit eines Versicherten durch den RV-Träger und durch das Arbeitsamt sowie zur Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen v. Dezember 2001; Vereinbarung zur stufenweise Wiedereingliederung; Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2014 sowie zahlreiche Arbeitshilfen der BAR.

⁴ Aurich-Beerheide/Brussig/Schwarzkopf, Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten, 2018; Mittag, „Reha vor Rente“ in der Domäne der Rentenversicherung, SozRaktuell Sonderheft 2018, S. 20 ff.

⁵ § 14 SGB VI. Dazu: Nathalie Glaser-Möller, Präventionsangebot der Rentenversicherung, ASUMed 2019, 442; Minou Banafsche, Prävention, Rehabilitation und Rente in der gesetzlichen Rentenversicherung. Harmonischer Dreiklang oder Dissonanz? SGB 2018, 385–395.

⁶ Zum Thema: Nebe, Die Stufenweise Wiedereingliederung. Sicherung der Erwerbsteilhabe durch komplementäres Arbeits- und Sozialrecht, SGB 2015, 125 und Nebe, in: Fel-des/Kohte/Stevens-Bartol (Hrsg.), SGB IX, § 44. Ansonsten: Großkurth, Die Beschäftigungsverantwortung des Arbeitgebers gegenüber leistungsgeminderten Arbeitnehmern, 2019.

an die Kooperation zwischen Arbeitgeber und Arzt/Krankenversicherung wie auch zwischen Krankenversicherung und eventuell Renten-/Unfallversicherung. Rechtlich ist das Instrument gut geregelt; die Probleme liegen in der angemessenen ärztlichen Bedarfsfeststellung, die z. B. hinreichend genau sein muss, um den Arbeitgeber zu binden,⁷ und in der betrieblichen Umsetzung und zeitgerechten Leistungsbewilligung und -erbringung.

III. Traditionelle Schnittstellen: Hinzuverdienst bei Rentenbezug, Erkrankung/Arbeitslosigkeit und Erwerbsminderungsrente

Das Flexirentengesetz 2016⁸ hat eine **stufenlose Anrechnung von Erwerbseinkommen neben dem Bezug einer vorzeitigen Altersrente und der vollen EM-Rente** auf der Basis des Jahreseinkommens, mit einer individuellen, dynamische Höchstgrenze eingeführt, die sich an dem höchsten Verdienst der letzten 15 Jahre orientiert (§§ 34 Abs. 3a SGB, § 96a Abs. 1b SGB VI). Wird die Anrechnungsschwelle von 6.300 Euro/Jahr (12x450 Euro) überschritten, wird das überschießende Erwerbseinkommen zu 40% rentenmindernd angerechnet. Nach Bergner (BSG, S. 26–30) ist diese Regelung besser an individuelle Interessen angepasst; sie kann auf die zunehmende Zahl von Rentnern verweisen, die neben ihrer Rente noch arbeiten. Da die Einkünfte aus der Nebentätigkeit für den jährlichen Rentenbescheid vorausgeschätzt und dann nach Ablauf des Jahres mit dem tatsächlichen Jahreseinkommen abgerechnet werden, ist das Verfahren für die GRV sehr aufwändig.

Die beiden folgenden Beiträge beschäftigten sich bei Personen mit langfristiger Arbeitsunfähigkeit mit der Nahtlosigkeit von Krankengeld und Leistungen der GRV, Reha oder Erwerbsminderungsrente, gem. § 51 SGB V (Bieback, Universität Hamburg, S. 30–34) bzw. langfristiger Erwerbsminderung und der Gefahr, dass die BA Arbeitslosengeld verweigert, weil die Person nicht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stünde gem. § 145 SGB III (Behrend, BSG, S. 35–38).

Bieback konstatierte für das **Verhältnis SGB V zu SGB VI (EM-Rente)**, es gäbe Indizien,⁹ dass während des oft langen Prozesses der Krankheit und Behinderung, der einer EM-Rente vorausgehe, die zuständigen Sozialleistungsträger nicht hinreichend Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation durchgeführt hätten. Das wichtigste Instrument ist hier gem. § 51 SGB V die Aufforderung der Krankenkasse an die Versicherten, mit einer Frist von 10 Wochen einen Antrag auf Reha-Leistung bei der GRV zu stellen; wird der Antrag nicht gestellt, kann die Leistung von Krankengeld eingestellt werden. Da die Fälle des § 51 SGB V in der Regel auch die Voraussetzungen von § 2 SGB IX (körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen, die in Wechselwirkung mit

⁷ Vgl. z.B. zu den Anforderungen an die Bescheinigung des Arztes, um Verpflichtungen des Arbeitgebers auszulösen: BAG 16.5.2019 – 8 AZR 530/17, juris

⁸ BGBl. 2016 I, 2838

⁹ Oben Fn. 5 und Martin/Zollmann/Buschmann-Steinhage, Projektbericht II zur Studie „Sozio-ökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung“, DRV-Schriftenreihe Nr. 105, 2014, S. 48 ff.

einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können) erfassen würden – Rechtsprechung und Literatur zu § 51 SGB V verlangten eine erhebliche Beeinträchtigung von voraussichtlich mehr als 6 Monaten¹⁰ – und die Norm auch der Klärung der Zuständigkeit im Reha-Prozess diene, seien auf den Aufforderungs-/Verweisungs-Verwaltungsakt des § 51 SGB V die §§ 9–24 SGB IX anzuwenden. Das Gutachten, das die Krankenkasse vorher erstellen muss, müsse den Anforderungen des § 17 SGB IX genügen, die Versicherten wie die GRV seien einzubeziehen. Die Beschleunigungsanforderungen an den Erlass des Verweisungsbeschlusses aus § 14 Abs. 4 SGB IX seien (zumindest analog) anzuwenden. Zudem hat das BSG¹¹ hohe Anforderungen an die Aufklärung über den Aufforderungs-/Verweisungs-Verwaltungsakt gelegt; die Versicherten müssten darüber aufgeklärt werden, dass ein Antrag auf Reha-Maßnahmen auch als Antrag auf eine EM-Rente gelte.

Eine Verweisung wie § 51 SGB V kennt § 156 Abs. 1 SGB III: Eine Person, die eine Rente wegen teilweiser EM bezieht und die ihr Restleistungsvermögen nicht mehr verwerten kann, kann von der BA aufgefordert werden, unverzüglich einen Antrag auf volle EM-Rente zu stellen. Behrend (BSG, S. 35–38) stellte daneben den Hauptfall der Nahtlosigkeit (**§ 145 SGB III**) vor: Die BA kann die Zahlung von Arbeitslosengeld nicht mit dem Argument verweigern, eine Person könne nach ihren medizinischen Gutachten weniger als 15 Std./Woche arbeiten (sei also voll erwerbsgemindert i. S. des SGB VI) und deshalb fehle es an der Voraussetzung objektiver Verfügbarkeit auf dem Arbeitsmarkt und der Pflicht, Arbeitslosengeld zu leisten. Vielmehr muss diese Leistungsminderung positiv von der GRV festgestellt werden; dann wird in der Regel statt Arbeitslosengeld eine (volle) Erwerbsminderungsrente zu leisten sein.

Damit ist eine Lückenlosigkeit aber nicht gesichert. Verneint die GRV eine Leistungsminderung von 15 Std./Woche, kann der Ärztliche Dienst der BA die objektive Verfügbarkeit trotzdem verneinen, so dass die BA nicht leistet. Ähnlich leistet die BA nicht, wenn der Ärztliche Dienst der BA zwar eine entsprechende Leistungsminderung bejaht, aber davon ausgeht, dass sie vorübergehend ist, weniger als sechs Monate dauern wird. Dann ist die GRV nicht zuständig, die BA leistet Arbeitslosengeld bei Krankheit gem. § 146 SGB III nur, wenn sie vor der Erkrankung schon Arbeitslosengeld leisten musste (Behrend, S. 36; ebenfalls Kukielka, S. 16). Behrend wies auch auf die unterschiedlichen Standards in der sozialmedizinischen Begutachtung hin, die offensichtlich trotz Absprachen¹² zwischen der BA und der GRV beständen. Auch sei es schwierig Beschäftigungslosigkeit zu bejahen, wenn die leistungsgeminderten Versicherten sich noch in einem

¹⁰ BSG SozR 4-2600 § 10 Nr. 2; BSGE 108, 158 Rn. 46. Kater, in: KassKomm März 2017, § 10 SGB VI, Rn. 13 f.; Brinkhoff, in: jurisPK-SGB V 3. Aufl. 2016, § 51 Rn. 13 ff.; Noftz, in: Hauck/Noftz, SGB, 11/14, § 51 SGB V, Rn. 12; Knittel, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, EL 98 März 2018, § 51, Rn. 5.

¹¹ BSG 07.12.2004 – B 1 KR 6/03 R, BSGE 94, 26. juris Rn. 28 f.

¹² Verwaltungsvereinbarung v. 14.12.2001.

(weiter) bestehendem Arbeitsverhältnis befänden und der Arbeitgeber sie nicht vollständig aufgegeben/freigestellt habe.¹³ Häufig schränkten Arbeitslose ihre subjektive Verfügbarkeit auch deshalb ein, weil sie sich z. B. durch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bestärkt fühlten, Tätigkeiten aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben zu wollen. Hier ist eine sehr genaue Prüfung geboten, um festzustellen, ob tatsächlich eine grundsätzliche Verweigerung an sich zumutbarer Arbeit vorliegt.

IV. Nahtlosigkeit und Leistungsübergänge

Geiger (SG Berlin, 39–43) zählt für die Grundsicherung des **SGB II** eine große Anzahl von Lücken und fehlenden Abstimmungen mit anderen Leistungssystemen auf. Da in der Grundsicherung eine angemessene Gesundheitsversorgung gewährleistet sein muss, entstehen Probleme dort, wo die Leistungen der GKV zur Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten zurückgenommen worden sind (z. B. Zahnersatz, Brillenversorgung, nicht verschreibungspflichtige Medikamente). § 24 Abs. 3 Nr. 3 SGB II sieht Leistungen nur bei wenigen Sonderbedarfen vor (Hilfsmittel). Geht man nicht den Weg, einen unabweisbaren Mehrbedarf (§ 21 Abs. 6 SGB II) anzuerkennen, sei im „Überforderungsfall“ zumindest ein Darlehen zu gewähren (§ 24 Abs. 1 SGB II).

Da das **SGB XII** alle Bedarfe „erwerbsunfähiger“ Personen abdecken soll und insoweit umfassender als das SGB II ist, muss Weselski (LSG Schleswig, S. 43-47) in ihrem Beitrag Schnittstellen des SGB XII zu allen anderen Leistungssystemen erörtern. Ausgangspunkt ist dabei zwar durchgängig das Prinzip des Nachrangs der Sozialhilfe (§ 2 Abs. 1 SGB XII), das aber immer wieder durchbrochen wird, entweder, weil die speziellen Leistungssysteme weniger umfassend sind oder gar ein Vorrang des SGB XII (meist der Eingliederungshilfe) normiert wurde oder die Leistungen nicht kongruent sind, d. h. die SGB XII-Leistungen umfassender sind.

Die Abgrenzung SGB XII – SGB II erfolgt über die Erwerbsfähigkeit (SGB II) /-unfähigkeit (SGB XII). Hier sieht § 44a SGB II wohl eine vorbildliche Lösung vor: Kann der Grundsicherungsträger sich mit dem Sozialhilfeträger nicht über die Erwerbsunfähigkeit einigen, muss er vorläufig leisten, bis ein ihn (und alle anderen Sozialleistungsträger) bindendes Gutachten der GRV vorliegt, anhand dessen er dann über seine Zuständigkeit entscheiden muss.¹⁴

¹³ Mit Urteil vom 12.09.2019 (B 11 AL 20/18 R) hat das BSG entschieden, dass Beschäftigungslosigkeit nicht schon zwingend von vornherein ausscheidet, wenn ein Arbeitgeber einen Arbeitnehmer nur widerruflich von seiner Arbeit freistellt. Zu beachten seien die nach der Lage des Falls relevanten tatsächlichen Umstände (u.a. mögliche Genesung, jederzeit mögliche und tatsächliche Wiederaufnahme der Beschäftigung), vgl. Terminbericht des BSG unter https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Verhandlungen/DE/2019/2019_09_12_B_11_AL_20_18_R.html (zuletzt abgerufen am 24.09.2019)

¹⁴ Ein guter Überblick über die Entscheidungssituationen bei: Blüggel, jurisPR-SozR 15/2019 Anm. 1. Ansonsten: Chojetzki, Grundsicherung für Arbeitsuchende: Neuerungen beim Verfahren zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit, NZS 2010, 662.

In der Abgrenzung zum SGB V ist die Sozialhilfe/Eingliederungshilfe – auch nach dem BTHG – für die soziale Rehabilitation zuständig, während die GKV nur zur medizinischen Rehabilitation leistet. Weselski (S. 44–46) erörtert dies ausführlich am Beispiel der Leistung von Hilfsmitteln. Hier ist die GKV nach der Rechtsprechung des BSG¹⁵ zur Leistung von Hilfsmitteln, die den mittelbaren Behinderungsausgleich, d. h. den Ausgleich der direkten und indirekten Behinderungsfolgen, bezwecken, nur verpflichtet, wenn es um den Ausgleich von Auswirkungen auf das *gesamte* Alltagsleben, um die Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse geht. Hier hätte man sich mehr Kritik gewünscht.¹⁶

Im Verhältnis zum SGB XII sieht das SGB VIII nur Leistungen für Kinder mit einer seelischen Behinderung vor (§ 35a SGB VIII). Probleme treten einmal auf bei Mehrfachbehinderungen, bei denen nicht der überwiegende Schwerpunkt der Leistungen entscheidend sein soll,¹⁷ sondern schon bei „jeder Überschneidung der Leistungsbereiche“¹⁸ nach dem SGB XII zu leisten ist (§ 10 Abs. 4 SGB VIII). Bei der Abgrenzung von seelischer zu geistiger Behinderung bediene man sich des ICD-Schlüssels.

Im Verhältnis zur Pflegeversicherung regelt § 13 Abs. 3 S. 1 SGB XI einen Vorrang des SGB XI soweit dieselben Leistungen erbracht werden (Kongruenz); wegen des begrenzten Leistungsrahmens des SGB XI (Deckelung der Leistungen) muss aber (zunehmend) das SGB XII aufstockend/ergänzend einspringen. Eingliederungshilfe nach dem SGB XII ist mit Leistungen nach dem SGB XI gleichrangig (§ 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI). Allerdings schränkt § 71 Abs. 4 SGB XI dies wieder ein, als die meisten stationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen keine Leistungen i. S. d. SGB XI erbringen; hier leistet die Pflegeversicherung nur einen pauschalen Zuschuss von 10% der Kosten, maximal 266 €/Monat. Ab 2020 wird dies auch auf die ambulante Pflege übertragen.

Der Nachrang der Pflegeversicherung gilt zudem nicht bei Leistungen, die mit der stationären Unterbringung nicht im Zusammenhang stehen, wie dies bei der Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 54 Abs. 1 SGB XII) der Fall ist. Hier hat das BSG¹⁹ bei Maßnahme der Wohnumfeldverbesserung (§ 40 Abs. 4 SGB XI, Treppenlift) § 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI einschränkend dahin ausgelegt, dass der in der Höhe begrenzte Zuschuss nach dem SGB XI vorrangig von der Pflegekasse verlangt werden kann, nur der nicht gedeckte Bedarf als Eingliederungshilfe zu leisten sei (§ 55 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX).

¹⁵ Zuletzt BSG, Beschluss 23.7.2019 – B 3 KR 70/18 B, juris: Keine wasserfeste Unterschenkelprothese anstelle einer normalen Prothese.

¹⁶ Uyanik, Ist das deutsche Hilfsmittelrecht in Bezug auf den Behinderungsausgleich noch zeitgemäß und berücksichtigt es den Gleichheitsgrundsatz? - Ein Denkanstoß, SGB 2019, 8.

¹⁷ Zu Recht wird auf BVerwG 23.9.1999 – 5C26/98, juris und BSG 25.9.2014 – B 8 SO 7/13 R, juris verwiesen wird. Ebenso BVerwG 9.2.2012 – 5 C 3/11, BVerwGE 142, 18, juris.

¹⁸ BSG 25.9.2014 – B 8 SO 7/13 R, juris, Rn. 26.

¹⁹ BSG 25.1.2017 – B 3 P 2/15 R, juris.

V. **Verwaltungsverfahren – Koordinierung nach dem SGB IX und Teilhabeplan**

Von Boetticher (Ernst-Abbe-Hochschule Jena, S. 48–53) analysiert die z. T. durch das BTHG erweiterten **Koordinierungs- und Kooperationsregelungen in §§ 14 bis 18 SGB IX** bei der Erbringung von Leistungen der Rehabilitation. Unproblematisch ist die Zuständigkeitsklärung durch die zahlreichen verbindlichen Fristen von 2, manchmal 3 Wochen, bis zu denen über die Zuständigkeit entschieden wird. Auch ist der Träger, an den der Leistungsantrag weitergegeben wird, an diese Zuständigkeitsentscheidung gebunden. Dennoch ist z. B. unklar, wie weit die Bindung des neuen Trägers geht, ob sie z. B. das Ausmaß der Bindung nach § 13 Abs. 3a SGB V erreicht,²⁰ wenn nicht rechtzeitig binnen 6 Wochen nach Klärung der Zuständigkeit über den Antrag entschieden wird (15 Abs. 4 SGB IX). Zudem seien die Fristenregelungen unrealistisch, wenn eine umfangreichere Begutachtung zwingend sei. Unklar sei auch, wann die Genehmigungsfiktion nach Fristablauf eintrete, insbesondere wenn der Reha-Träger das Recht zur Selbstbeschaffung über eine begründete Mitteilung verhindern kann.

Sind unterschiedliche Leistungsträger nur für Teile einer komplexen Reha-Leistung zuständig, garantiert nur das Verfahren nach § 15 Abs. 2 SGB IX die „Leistung aus einer Hand“, wenn der (teil-)leistende Reha-Träger den anderen Reha-Träger zur Feststellung der anderen Teilleistung auffordert, aber für den gesamten Reha-Prozess zuständig wird. Ansonsten kann über § 15 Abs. 1 SGB IX der zuerst angegangene Träger den Antrag aufsplitten und einen Teil an einen anderen Träger verweisen oder gem. § 15 Absatz 3 SGB IX können sich alle beteiligten Träger darauf einigen ihre Leistungen getrennt zu erbringen, allerdings im Rahmen des Leistungsplans.

Busse (Frankfurt University of Applied Sciences, S. 53–57) analysiert eingangs einmal, ob der in § 19 SGB IX geregelte **Teilhabeplan** und evtl. die Einberufung einer Teilhabeplankonferenz überhaupt Gegenstand eines Anspruchs seien. Das bejaht sie anhand einer systematischen und entstehungsgeschichtlichen Auslegung. Beide Instrumente seien mehr als nur „unselbständige“ Verfahrenshandlungen (§44a VwGO/56a SGG). Fehlt der Teilhabeplan, ist der ohne ihn erlassene Leistungs-Verwaltungsakt formell rechtswidrig, was aber gem. 42 SGB X unbeachtlich sein kann, wenn der Leistungs-Verwaltungsakt trotz dieses Mangels rechtmäßig ist. Bindungswirkung entfaltet der Teilhabeplan nicht, vielmehr kann er jederzeit geändert werden. Letztlich sichert das Teilhabeplanverfahren nur die Transparenz der Bedarfsermittlung und Entscheidung sowie die Partizipation der Menschen mit Behinderungen. Busse erläutert detailliert, wie die speziellen Plänen im SGB XII (Gesamtplan der Eingliederungshilfe §§ 141–145 SGB XII/ab 01.01.2020 § §117–121 SGB IX) und SGB VIII (Hilfepplan gem. § 36) auf dem Teilhabeplan des § 19 SGB IX gem. § 21 SGB IX aufbauen und ihn ergänzen.

²⁰ Nach BSG (zuletzt BSG 26.2.2019 – B 1 KR 18/18 R): Bindung soweit die Leistung nicht „offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV“ liegt.

VI. Erstattungsansprüche

Becker (BSG, S. 57–61) macht deutlich, dass allen Erstattungsansprüchen (wie schon vorher den Regelungen von Vorrang- und Nachrang der Leistungsansprüche) zu Grunde liegt, dass die Leistungen in personeller, zeitlicher und sachlicher Hinsicht kongruent sind. Der Erstattungsanspruch ist zwar rechtlich eigenständig, hängt aber vom Anspruch des Leistungsempfängers gegen den erstattungspflichtigen Leistungsträger ab. Ansonsten bietet Becker einen guten Überblick über diese Materie, insbesondere auch das Verhältnis von § 103 (Rechtsgrund der Leistung entfallen) zu § 104 SGB X (Leistungsgrund besteht, Leistung ist aber subsidiär).

VII. Fazit

Auch wenn es viele Verbesserungen gegeben hat, bestehen weiterhin große Lücken beim nahtlosen Übergang von einer Leistung zur anderen und einer reibungslosen Kooperation zwischen den Leistungsträgern. Während die Referate zur Koordinierung nach dem SGB IX und zum Teilhabeplan intensiv auf die Reformen des BTHG und ihr Verhältnis zu den traditionellen Regelungen der einzelnen Bücher des SGB eingingen, hätte man sich auch bei einigen der anderen Referate eine Erörterung gewünscht, was eigentlich das BTHG und seine Stärkung der Position der Leistungsberechtigten und der Kooperationspflichten der Träger für die Thematiken der speziellen Leistungsbereiche gebracht hat. Auch hier zeigt sich wieder, wie stark der Eigensinn der einzelnen Leistungssysteme dominiert.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.
