

– Fachbeitrag A13-2020 –

04.06.2020

Kostenerstattung nach Genehmigungsfiktion gemäß § 18 Abs. 4 SGB IX¹

Von Prof. Dr. Torsten Schaumberg, Hochschule Nordhausen

I. Einleitung

Im Beitrag „Leistungskoordination gemäß § 15 SGB IX bei Trägermehrheit“² wurde die Leistungskoordination gemäß § 15 SGB IX bei der Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger am Verfahren beleuchtet. Inhalt waren Voraussetzungen und Rechtsfolgen des Antragsplittings nach § 15 Abs. 1 SGB IX und der Beteiligung mehrerer Träger nach § 15 Abs. 2 SGB IX. Weiterhin wurden die Voraussetzungen einer getrennten Leistungsbewilligung nach § 15 Abs. 3 SGB IX und Fristverlängerungen bei der Beteiligung mehrerer Träger nach § 15 Abs. 4 SGB IX thematisiert.

Im vorliegenden Beitrag wird die durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) neu geschaffene Möglichkeit der Kostenerstattung nach Genehmigungsfiktion gemäß § 18 Abs. 4 SGB IX beschrieben. Dabei werden zunächst die Voraussetzungen und Rechtsfolgen der Genehmigungsfiktion nach § 18 Abs. 3 SGB IX dargestellt und im Anschluss die Ausschlussregelung in § 18 Abs. 7 SGB IX erläutert.

II. Die Kostenerstattung gemäß § 18 Abs. 4 SGB IX

Der durch das BTHG neu gefasste § 18 SGB IX enthält drei voneinander unabhängige Tatbestände, die es Leistungsberechtigten ermöglichen, sich eine beantragte Teilhabeleistung selbst zu beschaffen und sich die Kosten vom zuständigen Rehabilitationsträger erstatten zu lassen.³

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag A13-2020 der Kategorie A: Sozialrecht veröffentlicht; Zitiervorschlag: Schaumberg: Kostenerstattung nach Genehmigungsfiktion gemäß § 18 Abs. 4 SGB IX; Beitrag A13-2020 unter www.reha-recht.de; 04.06.2020. Es handelt sich um eine aktualisierte und aufgeteilte Version des Beitrags „Leistungskoordination im SGB IX – Zuständigkeitsklärung, Genehmigungsfiktion und Teilhabeplanung“. Die Erstveröffentlichung erfolgte in zwei Teilen in der Zeitschrift „Die Sozialgerichtsbarkeit“ (SGB 2019, S. 142–149 und S. 206–213).

² Schaumberg: Leistungskoordination gemäß § 15 SGB IX bei Trägermehrheit, Beitrag A12-2020 unter www.reha-recht.de; 29.05.2020.

³ Ulrich in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 1.

Nach § 18 SGB IX ist in folgenden Fällen eine Kostenerstattung vorgesehen:

1. Kostenerstattung bei nicht fristgerechter Entscheidung (§ 18 Abs. 4 SGB IX),
2. Kostenerstattung bei Unaufschiebbarkeit der Leistung (§ 18 Abs. 6 Satz 1 Alt. 1 SGB IX) oder
3. Kostenerstattung bei rechtswidriger Leistungsablehnung (§ 18 Abs. 6 Satz 1 Alt. 2 SGB IX).

Während die Kostenerstattungsmöglichkeiten des § 8 Abs. 6 SGB IX weitestgehend denen des § 15 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB IX a. F. entsprechen, ist die Möglichkeit der Kostenerstattung bei nicht fristgerechter Entscheidung neu. Nur sie wird daher nachfolgend näher betrachtet.

III. Voraussetzungen einer Kostenerstattung nach § 18 Abs. 4 S. 1 SGB IX

Nach § 18 Abs. 4 S. 1 SGB IX ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der Aufwendungen für selbstbeschaffte Leistungen verpflichtet, sofern sich Leistungsberechtigte eine als genehmigt geltende Leistung selbst beschaffen. Voraussetzung für die Kostenerstattung nach § 18 Abs. 4 S. 1 SGB IX ist somit die Selbstbeschaffung einer als *genehmigt geltenden* Leistung.

IV. Die Genehmigungsfiktion nach § 18 Abs. 3 S. 1 SGB IX

Wann eine Leistung i. S. § 18 Abs. 4 S. 1 SGB IX als genehmigt gilt, ergibt sich grundsätzlich aus § 18 Abs. 3 S. 1 SGB IX. Danach gilt eine beantragte Leistung nach Ablauf der Fristen der Absätze 1 und 2 als genehmigt, sofern keine begründete Mitteilung erfolgt. Um diese Anordnung nachvollziehen zu können, ist ein Blick auf die Regelungen in § 18 Abs. 1 und 2 SGB IX erforderlich.

§ 18 Abs. 1 SGB IX verpflichtet den leistenden Rehabilitationsträger dazu, grundsätzlich innerhalb einer Frist von zwei Monaten ab Antragseingang über einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu entscheiden. Ist dem leistenden Rehabilitationsträger eine i. d. S. fristgerechte Entscheidung nicht möglich, dann verpflichtet ihn die Vorschrift dazu, dem Leistungsberechtigten vor Ablauf der Frist die Gründe für die Verzögerung schriftlich mitzuteilen. Diese schriftliche Mitteilung wird vom Gesetz als begründete Mitteilung bezeichnet. Welchen Inhalt die *begründete Mitteilung* haben kann und aus welchen Gründen bzw. in welchem Umfang eine Fristüberschreitung zulässig ist, wird in § 18 Abs. 2 SGB IX definiert.

1. Leistungen zur Teilhabe als Voraussetzung der Genehmigungsfiktion nach § 18 Abs. 3 S. 1 SGB IX

Aus § 18 Abs. 3 S. 1 i. V. m. § 18 Abs. 1 S. 1 SGB IX ergibt sich, dass die Genehmigungsfiktion nur dann eintreten kann, wenn *Leistungen zur Teilhabe* beantragt⁴ werden. Was unter Leistungen zur Teilhabe zu verstehen ist, wird in § 4 Abs. 1 SGB IX wie folgt definiert:

„Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

- 1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,*
- 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,*
- 3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder*
- 4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“*

Die Einordnung einer Leistung als eine Leistung zur Teilhabe ist insoweit wichtig, als sie ausschlaggebend für eine mögliche Genehmigungsfiktion nach § 18 Abs. 3 S. 1 SGB IX ist. Problematisch kann diese allerdings insbesondere im Bereich medizinischer Leistungen sein. Das SGB V kennt mit der Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V einen eigenständigen Fall der Genehmigungsfiktion, der nach § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V aber ausdrücklich nur für Krankenbehandlung, nicht aber für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gilt.⁵ Da aber etwa die ärztliche Behandlung einerseits nach § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB V eine Leistung der Krankenbehandlung sein kann, andererseits aber über § 42 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX i. V. m. § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V auch eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation, ist die Abgrenzung beider Leistungsarten wichtig.

⁴ Die Vorschrift ist trotz ihres Wortlautes auch anzuwenden, wenn Leistungen zur Teilhabe von Amts wegen zu erbringen sind; vgl. Ulrich in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 34.

⁵ Die Vorschrift erklärt für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation allein die §§ 14–24 SGB IX für anwendbar. Nach dem eher vereinzelt gebliebenen Urteil des SG Speyer v. 24.10.2016 – S 16 R 1005/14, steht bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Regelung des § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V der Anwendbarkeit des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V nicht entgegen.

Ohne an dieser Stelle auf die Einzelheiten dieser nicht unumstrittenen Abgrenzungsproblematik⁶ eingehen zu wollen, lässt sich zumindest grundsätzlich sagen, dass der akutmedizinische Ansatz primär auf die Behebung der gesundheitlichen Schädigung durch kurative Versorgung ausgerichtet ist, während in der Rehabilitation der Schwerpunkt auf der Verbesserung, Erhaltung und bestmöglichen Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit des ganzen Menschen liegt und darauf abzielt, Fähigkeitsstörungen und soziale Beeinträchtigungen abzuschwächen.⁷ Der Begriff der medizinischen Rehabilitation wird insoweit nicht durch den Leistungskatalog, sondern letztlich durch das Ziel der Rehabilitation bestimmt.⁸

Ist die Leistung zur Teilhabe nicht von Amts wegen zu erbringen, sondern von einem Antrag abhängig, so ist weitere Voraussetzung für den Eintritt der Genehmigungsfiktion, dass der Antrag so bestimmt gestellt worden ist, dass die fingierte Genehmigung ihrerseits hinreichend bestimmt ist.⁹

2. Die begründete Mitteilung nach § 18 Abs. 1 und Abs. 2 SGB IX

Nach § 18 Abs. 1 S. 1 SGB IX ist der leistende Rehabilitationsträger verpflichtet, innerhalb einer Frist von zwei Monaten – gerechnet ab Antragseingang – über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu entscheiden.¹⁰ Kann er absehen, dass ihm dies nicht möglich ist, so hat er dem Leistungsberechtigten vor Ablauf der Zwei-Monats-Frist hierüber im Rahmen einer begründeten Mitteilung zu informieren. Ausschlaggebend für die fristgerechte begründete Mitteilung ist deren Bekanntgabe gegenüber dem Empfänger.¹¹

Inhalt und Form der begründeten Mitteilung ergeben sich aus dem Zusammenspiel von § 18 Abs. 1 und Abs. 2 SGB IX. So ordnet § 18 Abs. 1 SGB IX an, dass die begründete Mitteilung schriftlich zu erfolgen, also dem Schriftformerfordernis des § 126 BGB zu entsprechen hat. Weiterhin ist auf den Tag genau anzugeben, bis wann über den Antrag

⁶ Vgl. nur zur Problematik der Leistungsartenordnung von Hilfsmitteln BSG, Urt. v. 15.03.2018 – B 3 KR 4/16 R –, NZS 2018, 815 ff. einerseits (dazu Hamann: Keine Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V für Leistungen der medizinischen Rehabilitation – Anmerkung zu BSG, Urteil vom 15.03.2018 – B 3 KR 18/17 R; Beitrag A1-2019 unter reha-recht.de; 10.01.2019); BSG, Urt. v. 08.08.2019 – B 3 KR 21/18 R –, KrV 2020, 34. und Saarländisches SG, Urt. v. 22.06.2018 – S 23 KR 710/17, andererseits.

⁷ Oppermann in Hauck/Noftz, SGB IX (Stand: Dezember 2009), § 26 Rn. 15 (m. w. N.). Vgl. dazu Landessozialgericht für das Saarland, Urt. v. 25.09.2019 – L 2 KR 49/18 –, juris; BSG, Urt. v. 25.02.2015 – B 3 KR 13/13 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr. 44; BSG, Urt. v. 18.05.2011 – B 3 KR 7/10 R –, BSGE 108, 206–222, SozR 4-2500 § 33 Nr. 34.

⁸ BSG, Urt. v. 23.04.1992 – 13 RJ 27/91; BSG, Urt. v. 11.05.2017 – B 3 KR 30/15 R –, BSGE 123, 144–157, SozR 4-2500 § 13 Nr. 34; BSG, Urt. v. 17.02.2010 – B 1 KR 23/09 R –, BSGE 105, 271–279, SozR 4-2500 § 40 Nr. 5 (dazu Bunge: Zur Abgrenzung zwischen Heilmitteln der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation, Beitrag A14-2011 unter reha-recht.de); BSG, Urt. v. 10.04.2008 – B 3 KR 14/07 R –, SozR 4-2500 § 39 Nr. 14; BSG, Urt. v. 28.08.2018 – B 8 SO 5/17 R –, juris

⁹ Vgl. z. B. Kellner, NJW 2018, 3486 ff. (3487).

¹⁰ Hinsichtlich einer fristgerechten Entscheidung ist auf deren Bekanntgabe gegenüber dem Adressaten abzustellen, vgl. zur vergleichbaren Situation des § 13 Abs. 3a SGB V BSG, Urt. v. 11.07.2017 – B 1 KR 26/16 R.

¹¹ Ulrich in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 37.

entschieden werden wird. Zudem sind in der begründeten Mitteilung die Gründe für das Nichteinhalten der Zwei-Monats-Frist anzugeben. Anders als § 13 Abs. 3a SGB V benennt § 18 Abs. 2 S. 2 SGB IX abschließend die Gründe, die zur Überschreitung der Zwei-Monats-Frist des § 18 Abs. 1 SGB IX führen können und ordnet diesen Gründen Verlängerungsdauern zu. Danach kann der leistende Rehabilitationsträger die Frist nur aus folgenden Gründen und nur in folgendem Umfang verlängern:

1. um bis zu *zwei Wochen* zur Beauftragung eines Sachverständigen für die Begutachtung infolge einer *nachweislich beschränkten Verfügbarkeit* geeigneter Sachverständiger,
2. um bis zu *vier Wochen*, soweit von dem Sachverständigen die *Notwendigkeit* für einen solchen Zeitraum der Begutachtung *schriftlich bestätigt* wurde und
3. für die *Dauer einer fehlenden Mitwirkung der Leistungsberechtigten*, wenn und soweit den Leistungsberechtigten nach § 66 Abs. 3 SGB I schriftlich eine angemessene Frist zur Mitwirkung gesetzt wurde.

Dem Gesetzestext lässt sich nicht direkt entnehmen, ob durch wiederholte begründete Mitteilungen auch wiederholte Verlängerungen der Zwei-Monats-Frist des § 18 Abs. 1 SGB IX zulässig sind. Der Wortlaut des § 18 Abs. 3 S. 2 SGB IX deutet darauf hin. Er sieht vor, dass die beantragte Leistung auch dann als genehmigt gilt, wenn der in der Mitteilung bestimmte Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag *ohne weitere begründete Mitteilung* des Rehabilitationsträgers abgelaufen ist. Hieraus kann nur der Schluss gezogen werden, dass ein Herausschieben des Entscheidungstermins möglich ist. Dies gilt aber nur dann, wenn der leistende Rehabilitationsträger vor Ablauf des in der vorigen begründeten Mitteilung genannten Entscheidungstermins eine sachlich hinterlegte weitere begründete Mitteilung abgibt. Die eingeschränkten Verlängerungsgründe, deren Vorliegen nicht nur behauptet, sondern im Zweifel auch nachgewiesen werden müssen, verhindern ein nicht sachgerechtes Verzögern des Verfahrens durch den leistenden Rehabilitationsträger und sichern zudem, dass eine begründet notwendige gründliche Amtsermittlung Vorrang vor der Schnelligkeit des Verfahrens hat.¹²

Erfolgt keine fristgerechte begründete Mitteilung, ist diese inhaltlich falsch oder nicht oder nur unvollständig begründet, so gilt nach § 18 Abs. 3 SGB IX die beantragte Leistung als genehmigt.

3. Rechtsfolgen der Genehmigungsfiktion nach § 18 Abs. 3 SGB IX

Nach der Gesetzesbegründung wird durch die Genehmigungsfiktion keine behördliche Entscheidung ersetzt, sondern eine Rechtsposition *sui generis* geschaffen, die die Leistungsberechtigten in die Lage versetzt, gegenüber dem leistenden Rehabilitationsträger einen Kostenerstattungsanspruch nach Absatz 4 geltend zu machen.¹³ Dies mag auch der Grundgedanke des Gesetzgebers gewesen sein. Allerdings hat nach hier

¹² Kellner, NJW 2018, 3486 ff. (3488).

¹³ Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 238.

vertreter Auffassung dieser Grundgedanke aus dem Gesetzgebungsverfahren¹⁴ keinen Niederschlag im Gesetzestext gefunden.¹⁵ Vielmehr wird durch die Genehmigungsfiktion des § 18 Abs. 3 SGB IX ein Verwaltungsakt fingiert, der nicht aufgrund einer behördlichen Entscheidung, sondern kraft Gesetzes ergeht.¹⁶ Der Rechtscharakter der Genehmigungsfiktion des § 18 Abs. 3 SGB IX entspricht der des vergleichbaren § 13 Abs. 3a SGB V. Die Genehmigungsfiktion bewirkt ohne Bekanntgabe einen in jeder Hinsicht voll wirksamen Verwaltungsakt i. S. von § 31 S. 1 SGB X. Durch den Eintritt der Fiktion verwandelt sich der hinreichend inhaltlich bestimmte Antrag in den Verfügungssatz des fingierten Verwaltungsakts. Er hat zur Rechtsfolge, dass das in seinem Gegenstand durch den Antrag bestimmte Verwaltungsverfahren beendet ist und dem Leistungsberechtigten unmittelbar ein Anspruch auf die Leistung zusteht.¹⁷

4. Fehlendes Verschulden i. S. § 18 Abs. 5 SGB IX als negative Voraussetzung des Kostenerstattungsanspruchs nach § 18 Abs. 4 SGB IX

Nach § 18 Abs. 5 SGB IX besteht der Kostenerstattungsanspruch des § 18 Abs. 4 SGB IX nicht bei Kenntnis bzw. infolge grober Fahrlässigkeit bestehender Unkenntnis des Antragstellers darüber, dass die jeweiligen Leistungsvoraussetzungen des betroffenen Anspruchs nicht bestehen. Diese Kenntnis bzw. grob fahrlässige Unkenntnis bezieht sich darauf, ob der Antragsteller die Leistung subjektiv für nicht erforderlich halten durfte

¹⁴ Zur Bedeutung des Gesetzgebungsverfahrens im Rahmen der Auslegung einer Vorschrift, BGH, Urt. v. 08.02.2011, X ZB 4/10: „Für die Auslegung einer Gesetzesvorschrift ist der in dieser zum Ausdruck kommende objektivierte Wille des Gesetzgebers maßgeblich, so wie er sich aus dem Wortlaut der Gesetzesbestimmung und dem Sinnzusammenhang ergibt, in den diese hineingestellt ist. Nicht entscheidend ist demgegenüber die subjektive Vorstellung der am Gesetzgebungsverfahren beteiligten Organe oder einzelner ihrer Mitglieder über die Bedeutung der Bestimmung (...) Die vorrangig am objektiven Sinn und Zweck des Gesetzes zu orientierende Auslegung kann durch Motive, die im Gesetzgebungsverfahren dargelegt wurden, im Gesetzeswortlaut aber keinen Ausdruck gefunden haben, nicht gebunden werden (...)“

¹⁵ So auch Kemper in: Ehmman/Karmanski/Kuhn-Zuber, Gesamtkommentar SRB, 2. Aufl. 2018, § 18 SGB IX, Rn. 16. A. A. Knispel, Anm. 3, juris-PR SozR 3/2019, mit ausführlicher Begründung.

¹⁶ Vgl. zum ähnlich formulierten § 13 Abs. 3a SGB V nur Kingreen in: Bekker/Kingreen/Kingreen, 6. Aufl. 2018, SGB V, § 13 Rn. 31; Schifferdecker in KassKomm Sozialversicherungsrecht (Stand: 106. Erg.-Lfg. September 2019), § 13 SGB V, Rn. 134.

¹⁷ So zum ähnlich formulierten § 13 Abs. 3a SGB V BSG, Urt. v. 07.11.2017 – B 1 KR 2/17 R, BeckRS 2017, 138769. Der erste Senat des BSG hat am 26.05.2020 unter Aufgabe seiner bisherigen Rechtsprechung entschieden (Az. B 1 KR 9/18 R), dass eine fingierte Genehmigung nach dem Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V) keinen eigenständigen Sachleistungsanspruch begründet. Sie vermittele dem Versicherten (nur) eine vorläufige Rechtsposition, die es ihm erlaube, sich die Leistung selbst zu beschaffen und es der Krankenkasse nach erfolgter Selbstbeschaffung verbiete, eine beantragte Kostenerstattung mit der Begründung abzulehnen, nach allgemeinen Grundsätzen der GKV bestehe kein Rechtsanspruch auf die Leistung. Die nach Fristablauf fingierte Genehmigung eines Antrags auf Leistungen habe zudem nicht die Qualität eines Verwaltungsaktes. Siehe Terminbericht des BSG Nr. 19/20 zur gesetzlichen Krankenversicherung.

und diese offensichtlich außerhalb des rehabilitationsrechtlichen Leistungskatalogs liegt.¹⁸

V. Rechtsfolgen der Kostenerstattung nach § 18 Abs. 4 SGB IX

Nach § 18 Abs. 4 SGB IX ist der leistende Rehabilitationsträger zur Erstattung der Aufwendungen für selbstbeschaffte Leistungen verpflichtet, wenn sich Leistungsberechtigte eine nach § 18 Abs. 3 SGB IX genehmigt geltende Leistung selbst beschaffen. Auf die fehlende Rechtmäßigkeit (insbesondere Wirtschaftlichkeit und Erforderlichkeit) der Primärleistung kann sich der leistende Rehabilitationsträger nach der fingierten Genehmigung nicht berufen, zumal die in § 18 SGB IX geregelte Möglichkeit der Selbstbeschaffung gegenüber den säumigen Rehabilitationsträgern eine wirksame Sanktionswirkung entfalten soll. Damit begründet die fiktive Bewilligung der selbstbeschafften Teilhabeleistung auch Ansprüche auf Folgeleistungen, wie z. B. Übergangsgeld nach § 20 SGB VI.¹⁹

Der Kostenerstattungsanspruch aus § 18 Abs. 4 SGB IX ist entweder auf Entschädigung in Geld nach § 251 BGB²⁰ oder auf die Befreiung von einer Verbindlichkeit gegenüber einem Leistungserbringer entsprechend § 257 Abs. 1 BGB gerichtet.²¹

Zudem hat der Leistungsberechtigte nach einer i. S. § 18 Abs. 3 SGB IX als genehmigt geltenden Leistung neben der Möglichkeit der Selbstbeschaffung mit anschließender Kostenerstattung bzw. Freistellung von der Zahlungsverpflichtung auch die Option, den primären Sachleistungsanspruch geltend zu machen.²²

VI. Keine Kostenerstattung nach Genehmigungsfiktion gegenüber den Trägern der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge

Nach § 18 Abs. 7 SGB IX gelten die Absätze 1 bis 5 der Vorschrift nicht für die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge. Über die Gründe für die Herausnahme dieser Träger aus dem Anwendungsbereich des § 18 Abs. 1 bis 6 SGB IX kann nur spekuliert werden.²³ Bereits nach alter Rechtslage waren

¹⁸ So überzeugend LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 17.12.2018 – L 8 R 4195/18 ER-B.

¹⁹ LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 17.12.2018 – L 8 R 4195/18 ER-B.

²⁰ Einschließlich der Zahlung von Abschlägen im Umfang fälliger Zahlungsverpflichtungen nach § 18 Abs. 4 S. 2 SGB IX.

²¹ Ulrich in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 69 f. (m. w. N.).

²² Ulrich in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 69 f. (m. w. N.); Kemper in: Ehmann/Karmanski/Kuhn-Zuber, Gesamtkommentar SRB, 2. Auflage 2018, § 18 SGB IX Rn. 16; NPGWJ/Jabben, 14. Aufl. 2020, SGB IX § 18 Rn. 8; a.A. wohl LPK-SGB IX/Jacob Jousen, 5. Aufl. 2019, SGB IX § 18 Rn. 5 f.

²³ Kellner, NJW 2018, 3486 ff. (3488); Ulrich in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 16.

diese Träger über § 15 Abs. 5 S. 6 SGB IX a. F. von der Kostenerstattung nach Fristsetzung ausgenommen. Eine Begründung für diese Herausnahme findet sich in der Gesetzesbegründung nicht.²⁴

Fraglich ist in diesem Zusammenhang aber, ob der Leistungsausschluss des § 18 Abs. 7 SGB IX schon dann gilt, wenn der leistende Rehabilitationsträger auf der Grundlage des jeweiligen Leistungsgesetzes eines der ausgeschlossenen Rehabilitationsträger entscheidet oder erst dann, wenn es sich bei dem leistenden Rehabilitationsträger um einen der ausgeschlossenen Träger handelt. Diese Frage ist noch nicht geklärt. Soweit ersichtlich hat sich bislang nur das SG Reutlingen mit dieser Problematik beschäftigt.²⁵ Nach dieser Entscheidung wird der leistende Rehabilitationsträger, der auf der Grundlage des SGB XII, des SGB VIII oder des BVG über einen Teilhabeleistungsantrag entscheidet zum Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe oder der Kriegsopferversorge.²⁶

Die Entscheidung des SG Reutlingen übersieht jedoch, dass der Begriff eines Trägers der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe oder der Kriegsopferversorge gesetzlich definiert ist. So umfasste die Sozialhilfe bis zum 01.01.2020 nach § 8 Nr. 4 SGB XII auch Eingliederungshilfen für behinderte Menschen. Träger der Sozialhilfe – und damit auch der Eingliederungshilfe – waren nach § 97 Abs. 1 SGB XII aber grundsätzlich die örtlichen – ausnahmsweise die überörtlichen – Träger der Sozialhilfe.²⁷ Ähnlich ist es für die Träger der öffentlichen Jugendhilfe bzw. der Kriegsopferversorge. Allein die Tatsache, dass ein anderer Rehabilitationsträger Leistungen eines der ausgeschlossenen Rehabilitationsträger ausführt, führt nicht dazu, dass er zu diesem Träger wird. Sinn und Zweck des Zuständigkeitsklärungsverfahrens nach § 14 SGB IX über die „vorläufige“ Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers, der einen Antrag nicht fristgerecht weitergeleitet hat bzw. an den ein solcher Antrag rechtzeitig weitergeleitet worden ist, ist es lediglich, eine möglichst schnelle Leistungserbringung zu gewährleisten. Dieser Zielsetzung wird bereits durch die Leistungsbewilligung selbst Rechnung getragen, so dass keine Notwendigkeit besteht, den Leistenden auch als Träger der Leistung anzuerkennen.²⁸

Auch der Gesetzeswortlaut des § 18 Abs. 7 SGB IX ist insoweit eindeutig. Er spricht davon, dass lediglich die *Träger* der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferversorge aus dem Anwendungsbereich des § 18 Abs. 1–5 SGB IX herausgenommen sind und nicht etwa bereits deren *Leistungen*. Zwar spricht die Gesetzesbegründung zu § 15 SGB IX a. F., auf den sich die Gesetzesbegründung zu § 18 SGB IX

²⁴ Vgl. Bundestags-Drucksache 14/5074, S. 103 (zu § 15).

²⁵ SG Reutlingen, Beschl. v. 08.11.2018 – S 1 KR 2376/18 ER.

²⁶ SG Reutlingen, Beschl. v. 08.11.2018 – S 1 KR 2376/18 ER.

²⁷ Die aktuelle Rechtslage im SGB IX Teil II sieht eine Bestimmung der Träger der Eingliederungshilfe durch die Länder vor (§ 94 Abs. 1 SGB IX). Eine Darstellung der landesrechtlich bestimmten Träger findet sich in Beyerlein: Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in den Bundesländern – Teil I: Die Reform der Eingliederungshilfe und die landesrechtliche Umsetzung; Beitrag A4-2020 unter reha-recht.de; 01.04.2020.

²⁸ BSG, Urt. v. 23.08.2013 – B 8 SO 17/12 R, NVwZ-RR 2015, 344 ff.

letztlich beruft, von der Herausnahme der „... Leistungen der Jugend- und der Sozialhilfe.“²⁹
Aber auch hier hat dieser Gedanke keinen Niederschlag im Gesetzestext gefunden.

Sind also Rehabilitationsträger, die nicht nach § 18 Abs. 7 SGB IX ausgenommen sind, leistende Rehabilitationsträger, dann gelten für sie die Regelungen der § 18 Abs. 1 bis 5 SGB IX auch dann, wenn sie die Leistungen auf der Grundlage der Leistungsgesetze der ausgenommenen Rehabilitationsträger bewilligen.

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

²⁹ Bundestags-Drucksache 14/5074, S. 103 (zu § 15).