

Beck'sche Gesetzestexte Kommentar

## SGB IX Teil 1

Kommentar

von

Prof. Dr. Peter Mrozynski, Jürgen Jabben

2. Auflage

[SGB IX Teil 1 – Mrozynski / Jabben](#)

schnell und portofrei erhältlich bei [beck-shop.de](http://beck-shop.de) DIE FACHBUCHHANDLUNG

Thematische Gliederung:

[SGB IX - Rehabilitation](#)



Verlag C.H. Beck München 2011

Verlag C.H. Beck im Internet:

[www.beck.de](http://www.beck.de)

ISBN 978 3 406 61071 4

**gratiansamt** beantragt, so findet § 102 Abs. 6 Satz 1 Anwendung, der auf § 14 verweist. Dasselbe gilt, wenn ein Antrag zunächst bei einem Rehabilitationsträger gestellt wurde, und dieser wegen des engen Anwendungsbereichs des § 14 den Antrag nach § 16 Abs. 2 SGB I an das Integrationsamt weitergeleitet hat (§ 102 Abs. 6 Satz 2). Das Integrationsamt selbst ist kein Rehabilitationsträger (§ 6 Abs. 1).

Da die Zuständigkeitsprüfung selbst spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung abgeschlossen sein muss, kann es danach nur noch um den Postauslauf gehen. Deswegen wird man als unverzüglich allenfalls das Verstreichen von einem oder zwei Arbeitstagen ansehen müssen.

Die Weiterleitung muss an den Rehabilitationsträger erfolgen, dessen Zuständigkeit anzunehmen ist. Dieses kann auch durch die **Weiterleitung innerhalb der Rentenversicherung** an den örtlich zuständigen Rentenversicherungsträger erfolgen (LSG Berlin-Brandenburg vom 7.11.2008, L 1 KR 11/07; BSG vom 8.9.2009, B 1 KR 9/09 R; BSG vom 20.4.2010, B 1 KR 124/09; B 1/3 KR 6/09 R, BeckRS 2010 70187). Zur Begründung wird hierbei darauf verwiesen, dass der Wortlaut des § 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX auf eine Mehrheit von Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung verweist („die“), während § 14 auf den einzelnen Rehabilitationsträger abstellt. Darüber hinaus würde eine Auslegung, die Träger eines Sozialversicherungszweiges als einen einheitlichen Träger behandelt, dem Regelungszweck des § 14 (schnelle Zuständigkeitsklärung) widersprechen. 22

Einen zusätzlichen Akzent bekommt die Weiterleitung in den Fällen, in denen auch in der ansonsten finalen Rehabilitation das **Kausalprinzip** eine Rolle spielt. Das ist in der Unfallversicherung und in der sozialen Entschädigung der Fall. Könnte der Rehabilitationsträger, der sich nicht für zuständig hält, die Ursache einer Behinderung nur unter größerem Zeitaufwand feststellen, dann leitet er den Antrag ohne Prüfung der Ursache weiter. Geht also ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei einer Krankenkasse ein, dann prüft diese unter Berücksichtigung des § 40 Abs. 4 SGB V ihre Zuständigkeit. Klärt sich dabei, dass Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit in Betracht kommen und sind auch alle versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, dann ist für die Krankenkasse zunächst einmal klar, dass sie nicht zuständig ist. Ist es nun denkbar, dass die gesundheitliche Schädigung mit ihren Folgen für die Erwerbsfähigkeit auf einem Unfall bzw. einer Berufskrankheit beruhen könnte, dann käme eine Zuständigkeit des Trägers der Unfallversicherung in Betracht (§§ 26 ff. SGB VII). Wenn nun die Klärung dieser Ursache nicht innerhalb der Frist des Abs. 1 Satz 1 erfolgen kann, dann leitet die Krankenkasse nicht an den Träger der Unfall-, sondern an den der Rentenversicherung weiter, denn dieser wäre ohne Berücksichtigung der Ursache zuständig. Damit gewährleistet die Vorschrift für diese Fälle, trotz Un- 23

klarheit über eine Leistungsvoraussetzung, ein zügiges Rehabilitationsverfahren.

- 24 Dasselbe gilt für die Sonderregelung bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die das Verhältnis der **Bundesagentur für Arbeit** zur Rentenversicherung betreffen. Gemäß § 11 Abs. 2 a Nr. 1 SGB VI erbringt der Träger der Rentenversicherung in zwei Fällen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, obwohl die sonst nach § 11 Abs. 1 SGB VI erforderlichen Versicherungszeiten nicht erfüllt sind. Dieser in Abs. 1 Satz 4 geregelte Fall betrifft den Grundsatz **Leistungen zur Teilhabe vor Rente**. Wäre ohne die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu gewähren, so werden diese Leistungen erbracht, ohne dass die Voraussetzungen des § 11 Abs. 1 SGB VI erfüllt sind. Da nun die Bundesagentur für Arbeit die relativ komplizierte rentenrechtliche Frage nicht, zumal nicht in der Frist des Abs. 1 Satz 1, entscheiden kann, unterlässt sie bei der Feststellung der Zuständigkeit diese Prüfung. Damit wird dann auch ein vorrangig verpflichteter Rehabilitationsträger (§ 22 Abs. 2 SGB III) nicht festgestellt. Im Ergebnis heißt das, dass eine Weiterleitung durch die Bundesagentur für Arbeit nur in den Fällen erfolgt, in denen die Voraussetzungen des § 11 Abs. 1 SGB VI erfüllt sind. Die Fälle des § 11 Abs. 2 a Nr. 2 SGB VI haben in diesem Zusammenhang durchaus auch eine praktische Bedeutung erlangt, da die Bundesagentur für Arbeit bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch prüft, ob zuvor nicht eine medizinische Leistung notwendig ist.
- 25 Für den Fall, dass eine Weiterleitung des Antrags nicht erfolgt, regelt Abs. 2 Satz 1, dass der **Rehabilitationsbedarf unverzüglich festgestellt** wird. Der Rehabilitationsträger, der nicht weitergeleitet hat, kann natürlich auch eine ablehnende Entscheidung treffen. Hierbei hat der Rehabilitationsträger jedoch seine Prüfung auf alle Rechtsgrundlagen auszurichten, die überhaupt in dieser Bedarfssituation für behinderte Menschen vorgesehen sind (BSG vom 25. 6. 2008, B 11b AS 19/07 R., BeckRS 2008 56182; Gagel: „Zur umfassenden Prüfungs- und Bearbeitungspflicht“ in Gagel/Schian Diskussionsforum A, SGB IX, 2/2009 auf [www.ipqr.de](http://www.ipqr.de)).
- Eine für alle Fälle eindeutige Frist zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen. Ist allerdings für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein **Gutachten** nicht erforderlich, so ist innerhalb von drei Wochen **nach Antragsingang** zu entscheiden (Abs. 2 Satz 2). Im Gesamtzusammenhang der Fristen regelt also Abs. 1 Satz 2 die Feststellung der Zuständigkeit und Abs. 2 Satz 2 die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs.
- 26 Wird der Antrag weitergeleitet, so gilt die in Abs. 2 Satz 2 genannte Frist für den Rehabilitationsträger, an den weitergeleitet worden ist. Ergänzend hierzu regelt Abs. 2 Satz 3 HS 2, dass diese Frist erst mit Eingang des Antrags bei ihm beginnt. Wurde der Antrag in einer

Servicestelle aufgenommen, so beginnt die Frist am Folgetag der Antragsaufnahme bzw. des Antragseinganges mit Wirkung für den Rehabilitationsträger, dem die gemeinsame Servicestelle organisatorisch angehört (§ 1 Nr. 3 der Gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung).

Der Weiterleitung kann bereits die Zwei-Wochen-Frist für die Prüfung der Zuständigkeit nach Abs. 1 Satz 1 vorausgegangen sein. Daran schließt sich dann die Frist des Abs. 2 Satz 2 an. Damit kann es bei einer Weiterleitung insgesamt zu einem Zeitablauf von fünf statt drei Wochen kommen, ehe über den Rehabilitationsbedarf entschieden wird, wenn ein Gutachten nicht erforderlich ist. Ist es dagegen erforderlich, so gilt Abs. 2 Satz 4 auch für den Rehabilitationsträger, an den weitergeleitet worden ist.

Insoweit wird für alle Fälle ergänzend in Abs. 2 Satz 4 für den Fall der **Notwendigkeit eines Gutachtens** geregelt, dass eine Entscheidung über den Rehabilitationsbedarf innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Gutachtens („Vorliegen“) zu treffen ist. Eine Zeitangabe für die Erstellung des Gutachtens macht das Gesetz in Abs. 5 Satz 5, wonach der Gutachter das Gutachten innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung erstellt. Damit kann man zwar sagen, dass der Gesetzgeber für eine Beschleunigung des Verfahrens gesorgt hat, indem feste Zeiträume geregelt werden. Auf die Arbeit der Gutachter hat das aber wenig Einfluss. 27

Als einzige Alternative zur Weiterleitung regelt Abs. 2 Satz 1 die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, die allerdings auch in negativen Feststellung und damit einer Ablehnung des Antrags auf Leistungen bestehen kann. Für den Fall der Weiterleitung trifft Abs. 2 Satz 3 die Regelung, dass auf den nunmehr angegangenen Rehabilitationsträger „Satz 1 und 2“ Anwendung finden. In den Materialien wird davon ausgegangen, dass der Rehabilitationsträger, an den weitergeleitet wurde, an die im Zuständigkeitsklärungsverfahren getroffene Entscheidung **zunächst gebunden ist** (BT-Drs. 14/5074 S. 102). 28

Eine solche Bindung des Rehabilitationsträgers ist praktisch sinnvoll. Fälle einer offensichtlich **ungerechtfertigten Weiterleitung** lassen sich jedoch nicht ausschließen. Die damit verbundenen Nachteile sind aber wegen der Erstattungsregelung des Abs. 4 hinzunehmen. In Abs. 2 Satz 1 wird eine Bindung des anderen Rehabilitationsträgers nicht ausdrücklich ausgeschlossen. Damit ergibt eine an der Absicht des Gesetzgebers orientierte Auslegung des Gesetzestextes, dass eine Bindung des zweiten Rehabilitationsträgers im Zuständigkeitsklärungsverfahren bestehen soll. Diese Bindung erstreckt sich aber nur auf die Frage der Zuständigkeit. Sie besteht nicht, was die **Leistungsvoraussetzungen** angeht. Insoweit heißt es auch in den Materialien, dass nur der „zur Leistung verpflichtete Rehabilitationsträger“ gebunden ist (BT-Drs. 14/5074 S. 102). Das bedeutet, der Rehabilitationsträger, an 29

den weitergeleitet worden ist, prüft die materiellen Leistungsvoraussetzungen selbst. Erbringen kann er die Leistung zunächst, wenn er nach seinem eigenen Leistungsrecht dazu berechtigt ist. Kann er dies in einem konkreten Fall nicht, so sind darüber hinaus alle Rechtsgrundlagen, die in dieser Bedarfssituation für behinderte Menschen vorgesehen sind, im Hinblick auf einen Rehabilitationsbedarf zu prüfen (BSG vom 25. 6. 2008, B 11b AS 19/07 R).

- 30 In Abs. 2 heißt es ohne jede Modifikation „der Rehabilitationsträger“. Schon der Wortlaut differenziert also nicht nach einer Weiterleitung im gesamten Sozialrecht bzw. innerhalb eines Subsystems, also etwa der Unfallversicherung. Dabei käme es auch zu erheblichen Zeitverzögerungen. Das gilt insbesondere in der Jugend- und Sozialhilfe, deren Zuständigkeiten örtlich bestimmt sind. Zustimmung müssen wird man aber der Auffassung, dass nicht an einen Rehabilitationsträger weitergeleitet werden kann, der seine Leistungen in Abhängigkeit von der Ursache der Behinderung erbringt (§ 6 Abs. 1 Nr. 3, 5). Eine solche Weiterleitung würde im Widerspruch zu Abs. 1 Satz 3 erfolgen (Benz, SGB 2001 S. 615).
- 31 Legt man nach allem Abs. 2 in der Weise aus, dass eine nochmalige Weiterleitung nicht möglich ist, dann ist eigentlich eine Konsequenz unvermeidlich: Der Rehabilitationsträger, der weiterleitet, **regelt verbindlich** die Leistung eines anderen Trägers. Kann der Träger, an den weitergeleitet wurde, nicht Rehabilitationsträger der Leistung sein, klärt er dieses mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Träger (Abs. 2 Satz 5). Nur mit dessen Einverständnis kann sich eine „Dritt-Weiterleitung“ ergeben (KSW/Kreikebohm SGB IX § 14 Rn 14), damit der zuständige und sachnähere Rehabilitationsträger die Leistung erbringt.
- 32 **8. Verhältnis zu § 43 SGB I.** Damit stellt sich die Frage, wie das Verhältnis von § 43 SGB I zu § 14 SGB IX rechtlich zu bewerten ist und ob § 43 SGB I neben der Zuständigkeitsklärung Anwendung findet. In der Voraufgabe war von einer Anwendbarkeit der Rechtsvorschriften nebeneinander ausgegangen worden, da von einer vorläufigen Zuständigkeit nach § 14 SGB IX ausgegangen wurde und § 14 SGB IX keine inhaltlichen Ansprüche des Antragstellers begründen würde. Das BSG hat in seinem Urteil vom 14. 12. 2006 (B 4 R 19/06 R.) dargelegt, dass § 14 Abs 2 Satz 3 SGB IX eine Sonderregelung zu § 43 SGB I trifft, da der zweitangegangene Rehabilitationsträger nicht nur zur „vorläufigen“ Leistungserbringung verpflichtet wird, sondern auch dann verpflichtet bleibt, wenn er nach dem für ihn maßgebenden Recht „eigentlich“ nicht verpflichtet ist (so auch Götze in: Hauck/Noftz SGB IX § 14 Rn 21; Ernst in: Ernst/Adlhoch/Seel SGB IX § 14 Rn 4; Gagel „Anwendbarkeit von § 43 SGB I im Wirkungsbereich des § 14 Abs 1, 2 SGB IX“ in Gagel/Schian Diskussionsforum A, SGB IX, 5/2005 auf [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de); LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl v 30. 4. 2009, L 8 SO

99/09 ER). Eine „Vorläufigkeit“ bestehe ausschließlich im Innenverhältnis zum anderen Rehabilitationsträger (BSG vom 14.12.2006, BeckRS 200744146).

Es verbleibt ein Problem, das weder durch die Zuständigkeitsklärung, noch durch eine Vorleistung gelöst worden ist. Im Verfahren der Zuständigkeitsklärung wie auch im normalen Antragsverfahren beim zuständigen Träger kann es sich ergeben, dass sich ein Rehabilitationsträger nicht vom Bestehen eines Rehabilitationsbedarfs überzeugen kann. Hier ist zwar grundsätzlich eine Selbstbeschaffung unter den Voraussetzungen des § 15 möglich, aber sie ist mit Risiken für den Leistungsberechtigten und mit praktischen Schwierigkeiten belastet. In solchen Fällen bleibt es bei der schon bisher bestehenden Leistungsverpflichtung der Träger der Sozialhilfe, die immer eingreift, wenn ein Leistungsberechtigter nicht über bereite Mittel zur zeitnahen Deckung seines Bedarfs verfügt (§ 2 Abs. 1 SGB XII). Bei bestehendem Bedarf und Leistungsverweigerung der vorrangigen Trägers leistet zunächst der an sich nachrangige Träger der Sozialhilfe. In diesem Falle ist ein Erstattungsverfahren nach § 104 SGB X durchzuführen.

**9. Erstattung.** Vor dem Hintergrund des bisherigen Erstattungsrechts hatte es eine Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten unter den Leistungsträgern gegeben, da die Erstattungsansprüche der §§ 102–105 SGB X an unterschiedliche Voraussetzungen anknüpfen. Nunmehr tritt mit Abs. 4 Satz 1 ein weiterer Erstattungsanspruch hinzu.

Das Verhältnis der einzelnen Erstattungsansprüche zueinander war jedoch nicht eindeutig.

In Abs. 4 Satz 1 ist als Voraussetzung des Erstattungsanspruchs bei der Zuständigkeitsklärung geregelt, dass **nach Bewilligung der Leistung** festgestellt werden muss, dass ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Nach dem Wortlaut der Norm wurde angenommen, dass selbst bei einer fahrlässigen, aber objektiv falschen Annahme der eigenen Zuständigkeit und einer darauf beruhenden Leistung der eigentlich unzuständige Rehabilitationsträger keinen Erstattungsanspruch hat, weil die Anwendung des § 105 SGB X ausgeschlossen ist (Abs. 4 Satz 3). Hintergrund der Regelung war die Tatsache, dass es vorgekommen war, dass Rehabilitationsträger auch ihre (vorläufige) Zuständigkeit angenommen haben, um eigene Einrichtungen zu belegen und eventuell Erstattung verlangen zu können.

Dieser ursprünglichen, streng am Wortlaut der Norm orientierten Auslegung ist das BSG mit seinem Urteil vom 26.6.2007 (B1 KR 34/06, BeckRS 2007,46159; NZS 2008, 436–440) entgegengetreten. Das BSG hat hierin festgestellt, dass die Regelung des **§ 14 Abs. 4 SGB IX die Erstattungsregelungen der §§ 102 ff SGB X grundsätzlich unberührt lässt**, sie aber teilweise verdrängt und im Zusammenspiel mit § 14 Abs. 1, 2 SGB IX eine nachrangige Zuständigkeit begründet. Hierbei muss der Primärzweck des § 14 SGB IX, die schnelle und dau-

erhafte Klärung der Zuständigkeit, berücksichtigt werden. Diese „Zuständigkeit“ erstreckt sich jedoch nur auf das Außenverhältnis zum Rehabilitanden. Blicke es im Innenverhältnis der Rehabilitationsträger untereinander ebenso, würden die außerhalb des SGB IX geregelten Zuständigkeitsnormen überflüssig werden und die geänderte Lastenverteilung ohne einen Ausgleich würde die Grundlage des gegliederten Sozialsystems in Frage stellen.

Damit das System der Erstattungsansprüche dem Primärzweck des § 14 SGB IX dient, darf es keine Anreize schaffen, Rehabilitationsanträge weiterzuleiten – mit der Folge einer vermeidbaren Verzögerung – um mögliche Erstattungsansprüche zu wahren, die bei einer fehlerhaft angenommenen eigenen Zuständigkeit ausgeschlossen wären. Deshalb soll nicht jeder Irrtum zu einem konsequenten Ausschluss von Erstattungsansprüchen führen.

Die Regelung des Abs. 4 Satz 1, 2 trägt der Sondersituation des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers Rechnung, denn dieser ist nicht nur vorläufig, sondern endgültig zuständig. Hieraus leitet sich auch der Vorrang dieses Erstattungsanspruches gegenüber den Regelungen der §§ 102 ff SGB X ab. Umgekehrt kann ein erstangegangener Rehabilitationsträger keinen Erstattungsanspruch aus Abs. 4 herleiten, weil hier keine „aufgedrängte“ Zuständigkeit vorliegt.

36 Für das Erstattungsverfahren sieht das Gesetz verschiedene Fälle vor. Abs. 1 Satz 2 betrifft den Fall, dass der Rehabilitationsträger seine Zuständigkeit nicht feststellt und den Antrag weiterleitet. Dies kann hier auch ein fahrlässiges Nichterkennen der eigenen Zuständigkeit sein, da der Erstattungsanspruch des anderen Rehabilitationsträgers ja durch Weiterleitung an ihn begründet wird. Im Falle des Satzes 3 ist eine (Un)zuständigkeit als möglich erkannt worden, soll aber wegen der unklaren Ursache der Behinderung vorerst ungeklärt geblieben. In Satz 4 schreibt der Gesetzgeber ausdrücklich vor, dass eine Klärung zunächst nicht erfolgen soll. In allen Fällen kann also die Weiterleitung auf der Basis einer unklaren bzw. ungeklärten Ausgangslage erfolgen.

37 Ein Rehabilitationsträger, der seine Zuständigkeit geprüft und bejaht hat und bei dem aufgrund eines neuen Sachverhaltes bis zum Ende der Rehabilitationsleistung ein **Ausschlussgrund** nach seinem Leistungsrecht auftritt, soll einen Erstattungsanspruch nach §§ 103, 104 SGB X haben, der bei der Höhe des Erstattungsanspruches auf die Regelungen des eigentlich zuständigen Rehabilitationsträgers abstellt. Eine Erstattung nach § 102 SGB X soll nach dem BSG nicht eingreifen, weil hier keine „aufgedrängte“ Zuständigkeit vorliegt. Auf alle Erstattungsansprüche, auch auf den nach Abs. 4 Satz 1, finden die §§ 107–110 SGB X Anwendung.

37a Eine Anwendung des § 102 SGB X hat das BSG im Urteil vom 20.10.2009 (B 5 R 44/08 R, BeckRS 2010 65786) angenommen, weil die Krankenkassen wegen der unterschiedlichen Auslegungen zum

Recht der stufenweisen Wiedereingliederung und der damit nicht kurzfristig aufzuklärenden Zuständigkeit faktisch gezwungen gewesen seien, die Maßnahme zu erbringen. Aufgrund des Kompetenzkonfliktes habe aber nur eine „lediglich zunächst“ bestehende Leistungsverpflichtung bestanden.

Ist eine der Voraussetzungen des Abs. 1 Satz 2–4 gegeben, so erstattet der Rehabilitationsträger, dessen Zuständigkeit später festgestellt wird, dem leistenden Rehabilitationsträger die **Aufwendungen**. Der Begriff der „Aufwendungen“ ist hierbei hinsichtlich der nach gesetzlichen Regelungen als gezahlt geltenden Pflichtversicherungsbeiträgen noch umstritten. Das LSG Bayern (Urteil vom 15. 1. 2009, L 4 KR 89/07) nimmt für die Regelung des § 176 Abs. 3 SGB VI eine Sondernorm an, die ausschließlich innerhalb der Rentenversicherung gilt und daher keinen Einfluss auf Erstattungsansprüche mit anderen Rehabilitationsträgern hat, so dass eine Krankenkasse im Rahmen der Aufwendungen auch die nur fiktiv geleisteten Beiträge zur Rentenversicherung zu erstatten habe (so auch LSG Berlin-Brandenburg vom 10. 7. 2009, L 1 KR 20/09). Das BSG hat das Urteil des LSG Bayern mit seiner Entscheidung vom 8. 9. 2009 (B1 KR 9/09 R) bestätigt und hierbei in Anlehnung an die rechtsähnlichen Regelungen zum Aufwendungsersatz angenommen, dass zu den erstattungsfähigen Aufwendungen nicht nur tatsächliche Zahlungen, sondern auch eingegangene Verbindlichkeiten gehören (§ 257 BGB). Der Umfang des Erstattungsanspruches richtet sich hierbei nach dem Recht des zunächst leistenden Rehabilitationsträgers (vgl. dagegen § 105 Abs. 2 SGB X). 38

Abs. 4 Satz 3 modifiziert das Erstattungsrecht um eine weitere Regelung. Sie betrifft nur den Fall einer Leistung nach Abs. 2 Satz 1 und 2. Es handelt sich also um den Fall, in dem ein Rehabilitationsträger seine Unzuständigkeit erkannt, den Antrag nicht weitergeleitet und den Rehabilitationsbedarf festgestellt hat. Hierfür wird die Anwendung des § 105 SGB X ausgeschlossen (kritisch dazu Benz, SGB 2001 S. 616). Die Ergänzung des Wortlautes durch den zweiten Halbsatz ergibt nach dem BSG (NZS 2008, 436–440) keine Möglichkeit von dem gesetzlichen Ausschluss generell abzuweichen, sondern höchstens die Möglichkeit, abweichende Ausgleichsregelungen im Sinne von besonderen **Teilungsabkommen** zu schließen. Hieran wird nochmals erkennbar, dass der Gesetzgeber in § 14 **kein allgemeines Eintrittsrecht** eines Rehabilitationsträgers für einen anderen schaffen wollte. Einen Erstattungsanspruch soll es nur in besonders geregelten Fällen geben. Das heißt für Abs. 4 Satz 3, dass ein Rehabilitationsträger, der seine Unzuständigkeit positiv kennt, dennoch leistet und damit in die Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers eingreift, keinen Erstattungsanspruch hat. 39

In Abs. 4 Satz 2 wird die Durchführung des Erstattungsverfahrens durch die **Bundesagentur für Arbeit** eingeschränkt. Dies betrifft die 40



Fallkonstellation des Abs.1 Satz 4, also den Grundsatz „Leistungen zur Teilhabe vor Rente“, der eine besondere Leistungspflicht des Trägers der Rentenversicherung in der Rehabilitation begründet. Eine Klärung der Frage, ob ein Erstattungsanspruch besteht, wird nur herbeigeführt, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine Rente wegen **verminderter Erwerbsfähigkeit** unter den Voraussetzungen des § 43 SGB VI unabhängig von der Lage auf dem Arbeitsmarkt zu leisten ist. Nach dem Recht ab 1. 1. 2001 wird eine solche Rente nur gezahlt, wenn der Versicherte weniger als sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann. Bei der Frage der Verwertbarkeit dieses, ihm noch verbliebenen Leistungsvermögens hat die Lage auf dem Arbeitsmarkt, anders als nach früherem Recht, keinen Einfluss auf die Feststellung der teilweisen Minderung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 43 Abs.1 SGB VI. In die Beurteilung dürfen nach § 43 Abs.3 SGB VI nur die gesundheitlichen Aspekte einbezogen werden. Bei der teilweisen Erwerbsminderung könnte also ein Rentenanspruch nur unabhängig von der **Lage auf dem Arbeitsmarkt** gegeben sein.

- 41 **10. Begutachtung.** Da erfahrungsgemäß die Feststellung der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe mit einer Begutachtung verbunden ist, musste sich der Gesetzgeber dieses Themas auf mehreren Ebenen annehmen. Mit der Frage der Zuständigkeitsklärung hat die Begutachtung nur zum geringeren Teil etwas zu tun. Wie sich bereits aus Abs. 2 Satz 2 und 4 ersehen lässt, steht die Begutachtung häufiger im Zusammenhang mit der Beschleunigung des Verfahrens. Da die Frage der **Verfahrensbeschleunigung** aber mehrere Aspekte hat, hätte man sie auch in einer gesonderten Vorschrift regeln können.
- 42 In Abs. 2 Satz 4 wird geregelt, dass im Falle der Einholung eines Gutachtens die Entscheidung über den Rehabilitationsbedarf innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen wird. In Abs. 5 Satz 2 wird dem Rehabilitationsträger auferlegt, unverzüglich einen geeigneten Sachverständigen zu beauftragen. Die Frist wird hier, anders als in Abs. 2 Satz 2, nicht näher auf einen **bestimmten Zeitraum** hin konkretisiert. Für den weiteren Verfahrensablauf regelt nun Abs. 5 Satz 5, dass der Gutachter eine umfassende Begutachtung vornimmt und das Gutachten innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung erstellt.
- 43 Mit diesen Regelungen bleiben wunde Punkte des Gutachterverfahrens erhalten. Der **Begriff** des „Gutachtens“ wird nicht näher erläutert (KSW/Kreikebohm SGB IX § 14 Rn 18), so dass es den Rehabilitationsträgern als Auftraggeber obliegt, dem Gutachter formelle Vorgaben (keinesfalls materielle Vorgaben!) für die Erstellung der Gutachten vorzugeben. Um hierfür jedoch einheitliche Grundsätze einzuführen, wurde die Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ vom 22. 3. 2004 beschlossen ([www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)).