



Verwaltungsverfahren

Recht II

Für Beratende der Mitgliedsvereine im DBSV ist dieses Dokument Teil der Wissensdatenbank, Onlinekurs und Skript zum Präsenzseminar für die Beraterqualifizierung nach Blickpunkt Auge Standard.

Inhaltsverzeichnis

1. Systematik des Sozialrechts	2
1.1 Allgemeines – Systematik	2
1.2 Das SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe.....	3
2. Ablauf eines Verfahrens im Sozialrecht.....	4
2.1 Grundsätzlicher Ablauf eines Verwaltungsverfahrens.....	4
2.1.1 Antrag	4
2.1.2 Bescheid	5
2.1.3 Widerspruch	6
2.1.4 Klageverfahren	9
2.1.5 Berufung und Revision	10
2.1.6 Einstweiliger Rechtsschutz	10
2.2 Besonderheiten der Zuständigkeitsklärung nach den Vorschriften des SGB IX	11
2.3 Ablauf, Zeiten und Fristen in der Antragstellung.....	13
3. Weiterführende Links.....	14
4. Impressum	14

1. Systematik des Sozialrechts

1.1 Allgemeines – Systematik

Das deutsche Sozialrecht ist im Rahmen eines gegliederten Systems organisiert. Es gibt damit nicht lediglich einen Kostenträger, der für die Erbringung aller behinderungsspezifischen oder den sonstigen Leistungen zuständig ist. Vielmehr ist es so, dass es für die jeweiligen Unterstützungsbedarfe unterschiedliche Kostenträger gibt.

Die gesetzlichen Grundlagen finden sich überwiegend im Sozialgesetzbuch (SGB). Das Sozialgesetzbuch besteht aus 12 Teilen (SGB I bis SGB XII).

- SGB I: Allgemeiner Teil (Es gilt übergreifend für alle Sozialleistungs- und Sozialversicherungsträgern einschließlich eines Überblicks über einzelne Sozialleistungen, die zuständigen Träger und zu beachtende Grundsätze)
- SGB II: Grundsicherung für Arbeitssuchende (Dieser Teil ist auch unter dem Stichwort „Harz IV“ bekannt und schließt die Grundsicherung für Arbeitssuchende sowie die Förderinstrumente bei Langzeitarbeitslosigkeit ein)
- SGB III: Arbeitsförderung (Dieser Teil enthält die wesentlichen Rechtsgrundlagen für Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, etwa zum Arbeitslosengeld aber auch zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung)
- SGB IV: Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
- SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung
- SGB VI: Gesetzliche Rentenversicherung
- SGB VII: Gesetzliche Unfallversicherung
- SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe
- SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe
- SGB X: Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
- SGB XI: Soziale Pflegeversicherung
- SGB XII: Sozialhilfe (Geregelt ist hier u. a. die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen sowie die Blindenhilfe gem. § 72 SGB XII aber auch die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie die Hilfe zum Lebensunterhalt)

Die Zuständigkeit des jeweiligen Sozialleistungs- bzw. Sozialversicherungsträgers und damit auch die Anwendbarkeit des für diesen Träger geltenden Teils des Sozialgesetzbuchs richten sich grundsätzlich nach der Ursache des Anspruchs.

Beispiel: Die Erstattung von Heilbehandlungskosten nach einem Arbeitsunfall richtet sich nach den Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) und nicht nach den Vorschriften für die gesetzlichen Krankenkassen (SGB V), da Ursache des Anspruches ein Arbeitsunfall war.

1.2 Das SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe

Von der unter 1.1 beschriebenen Systematik bildet das SGB IX eine Ausnahme. Hier entscheidet nicht die Zuständigkeit eines speziellen Sozialträgers über die Anwendbarkeit, vielmehr ist die Anwendbarkeit des SGB IX immer dann begründet, wenn es um spezielle Rehabilitationsleistungen für Menschen mit Behinderungen geht. Das SGB IX vereinheitlicht insoweit die Regeln, die für den jeweils zuständigen Träger gelten sollen.

Das Ziel des SGB IX wird in § 1 S. 1 wie folgt beschrieben:

„Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“

Das SGB IX ist in zwei Teile gegliedert.

Die §§ 1 bis 67 bilden den ersten Teil (Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen). In diesem Teil werden hauptsächlich Grundsätze definiert und Ziele formuliert die die jeweils zuständigen Rehabilitationsträger bei der Einleitung und Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen zu berücksichtigen haben, u. a.

- allgemeine Vorschriften (Behinderungsbegriff, Wunsch- und Wahlrecht, besondere Regelungen zum Verfahrensrecht, Regelungen zur Zusammenarbeit verschiedener Träger
- Regelungen zur Ausführung von Leistungen (z. B. persönliches Budget)
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 26 ff.)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 ff.)
- Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen (§§ 44 ff.)
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55 ff.)

Im ersten Teil des SGB IX werden zwar übergreifende Zielsetzungen definiert, die Regelungen sind aber vorbehaltlich des Spezialrechts der jeweils zuständigen Träger anzuwenden. Das bedeutet, dass auch für Menschen mit

Behinderungen die Vorschriften der einzelnen Teile des Sozialgesetzbuchs anzuwenden sind (z. B. § 33 SGB V für die Hilfsmittelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung). Zusätzlich gelten dann aber noch die Vorschriften des SGB IX (etwa zum Wunsch- und Wahlrecht oder bezüglich des Verfahrensablaufs). Aus dem ersten Teil des SGB IX kann man hingegen keine unmittelbar geltenden Anspruchsgrundlagen ableiten.

Beispiel: Gemäß § 26 Abs. 3 Nr. 6 SGB IX gehören lebenspraktische Fähigkeiten zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden vorrangig durch die Krankenkassen erbracht. Im SGB V, also dem Teil des Sozialgesetzbuches, der für die gesetzlichen Krankenkassen vorrangig gilt, gibt es aber keine Vorschrift, die es ermöglicht, Schulungen in lebenspraktischen Fähigkeiten finanziert zu bekommen. Wegen des Vorrangs der Vorschriften im SGB V kann ein Versicherter keine LPF-Schulung durch seine Krankenkasse finanziert bekommen, auch wenn die Schulung entsprechend des SGB IX eine Leistung der medizinischen Rehabilitation ist.

Der zweite Teil des SGB IX mit den §§ 68 bis 160 beinhaltet das Schwerbehindertenrecht. Hier geht es um die Beschäftigungsquoten schwerbehinderter Menschen in Betrieben einschließlich Regelungen zu den Zahlungen der Schwerbehindertenausgleichsabgabe bei Nichterfüllung, Einsatz dieses Geldes durch die Integrationsämter (u. a. begleitende Hilfen im Arbeitsleben, Kostenübernahme einer Arbeitsassistenz), weitere Pflichten von Arbeitgebern für schwerbehinderte Menschen, den Kündigungsschutz, die Schwerbehindertenvertretung etc. aber auch Regelungen zum Schwerbehindertenausweis etc.

2. Ablauf eines Verfahrens im Sozialrecht

2.1 Grundsätzlicher Ablauf eines Verwaltungsverfahrens

2.1.1 Antrag

Das Verwaltungsverfahren beginnt immer mit einem Antrag. Nur so erhält der zuständige Träger Kenntnis von einem Bedarf. Jede Maßnahme, egal ob es um die Hilfsmittelversorgung, Rehabilitationsmaßnahmen, Assistenz, Blindengeld oder was auch immer geht, ist also in aller Regel vorab beim zuständigen Träger zu beantragen. Man kann also nicht einfach eine Leistung in Anspruch nehmen und hinterher etwa Kostenerstattung verlangen.

Beispiel: Wegen des sog. Sachleistungsprinzips im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) ist es zwingend notwendig, ein benötigtes Hilfsmittel vorab bei der Krankenkasse zu beantragen und deren Entscheidung abzuwarten. Denn die Krankenkassen beschaffen die benötigten Leistungen oder Hilfsmittel selbst und stellen den Versicherten zur Verfügung. Keinesfalls darf man etwa das Hilfsmittel erst kaufen und dann bei seiner gesetzlichen Krankenkasse um Kostenerstattung nachsuchen. Dieser Antrag würde schon deshalb scheitern, weil der sog. „Beschaffungsweg“ nicht eingehalten wurde.

Wie stellt man einen Antrag?

Zumeist gibt es keine vorgeschriebene Form, in der ein Antrag gestellt werden muss. Damit ist es auch möglich, Anträge mündlich zu stellen. In der Regel stellt man aber einen schriftlichen Antrag und zwar schon deshalb, damit man einen Nachweis für die Antragstellung hat. Teilweise sind für bestimmte Leistungen auch Antragsvordrucke vorgesehen (z. B. Anträge auf Landesblindengeld, Antrag auf Leistungen der Eingliederungshilfe etc.). Diese Vordrucke erhält man auch auf telefonische Nachfrage bei der jeweils zuständigen Behörde bzw. im Internet.

Im Antrag sollte man möglichst anschauliche darstellen, warum die beantragte Leistung notwendig ist, und dem Bearbeiter auf Kostenträgerseite die Frage beantworten: „Wofür braucht der Antragsteller das Hilfsmittel oder etwa ein Mobilitätstraining und wie wird ihm mit einer Bewilligung rein praktisch geholfen?“. Wünschenswerte Leistungen werden nach den Vorschriften des Sozialrechts nicht erbracht, sondern nur Notwendiges und Erforderliches. Das sollte man bei der Formulierung von Anträgen oder sonstigen Schreiben stets berücksichtigen.

2.1.2 Bescheid

Über jeden Antrag ist zu entscheiden. Die Entscheidung nennt man auch Verwaltungsakt oder Bescheid. Ein Verwaltungsakt wird in § 31 S. 1 SGB X wie folgt definiert:

„Verwaltungsakt ist jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist.“

Ein bloßes Mitteilungsschreiben oder die Aufforderung, noch Unterlagen beizubringen bzw. weitere Angaben zu machen, ist nicht unbedingt ein Verwaltungsakt bzw. ein Bescheid.

Signale für einen Bescheid sind u. a.:

- dass das Schreiben mit „Bescheid“ gekennzeichnet ist oder
- dass es eine Rechtsbehelfsbelehrung beinhaltet. (Eine Rechtsbehelfsbelehrung erkennt man etwa an folgender Formulierung: „Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats Widerspruch einlegen.“)

Die beschriebenen Signale müssen aber nicht zwangsläufig vorliegen. Auch ein Schreiben ohne Rechtsbehelfsbelehrung kann ein Bescheid sein.

Jeden Bescheid sollte man aufmerksam durchlesen. Es gibt drei Möglichkeiten der Entscheidung:

- Der Antrag wird vollständig bewilligt (Sie dürfen sich freuen)
- Der Antrag wird abgelehnt (Sein Sie nicht traurig – Der Weg geht weiter – s. 2.1.3)
- Dem Antrag wird nur teilweise stattgegeben (auch hier steht der weitere Rechtsweg offen)

Ein Antragsverfahren kann nur durch einen Bescheid abgeschlossen werden oder durch die ausdrückliche Erklärung des Antragstellers, den Antrag zurückzuziehen. Daher braucht man sich nicht auf die folgenden Dinge einzulassen: Die Sachbearbeiterin ruft an und sagt: "Ihren Antrag bearbeiten wir nicht weiter, weil er keine Chance hat." In einem Schreiben steht: "Wenn wir innerhalb zwei Wochen nichts von ihnen hören, gehen wir davon aus, dass sie den Antrag zurückziehen."

2.1.3 Widerspruch

Gegen ablehnende Bescheide kann man Rechtsmittel einlegen. In aller Regel ist das Rechtsmittel gegen einen ablehnenden Bescheid ein Widerspruch.

Ausnahme: In manchen Bundesländern bzw. für manche Fallgestaltungen ist das Widerspruchsverfahren mittlerweile abgeschafft und man muss dann direkt den Klageweg beschreiten. Ein wichtiges Beispiel sind Streitigkeiten nach dem Gesetz über Leistungen an Blinde und Gehörlose in Nordrhein-Westfalen. Wird also in Nordrhein-Westfalen ein Antrag auf Blindengeld abgelehnt, dann muss man gegen diesen Bescheid direkt Klage erheben. Ein Widerspruch wäre als unzulässig zurückzuweisen.

Im Folgenden wird nur vom Widerspruch gesprochen, da das Durchlaufen des Widerspruchsverfahrens die Regel darstellt.

Tipp: Es ist wichtig, immer die Rechtsbehelfsbelehrung zu lesen, die am Ende des Bescheides abgedruckt ist. Diese gibt Auskunft darüber:

- Welches Rechtsmittel eingelegt werden kann (Widerspruch oder Klage),
- Wo das Rechtsmittel einzulegen ist (Anschrift der zuständigen Stelle) und
- Binnen welcher Frist das Rechtsmittel einzulegen ist.

Achtung! Es sind dringend die einzuhaltenden Fristen für die Erhebung des Widerspruchs (oder ausnahmsweise der Klage) einzuhalten. Das bedeutet, wird der Widerspruch zu spät erhoben, dann ist es unerheblich, ob das Anliegen nun gerechtfertigt ist oder nicht. Der Bescheid erlangt Bestandskraft und die Rechtsdurchsetzung scheitert hier allein aus formellen Gründen.

Die Frist zur Erhebung eines Widerspruchs (oder ausnahmsweise der Klage) beträgt in aller Regel einen Monat nach Zugang und damit Bekanntgabe des Bescheides.

- Zugang des Bescheides heißt: Einwurf in den Briefkasten oder förmliche Zustellung – etwa per Einschreiben). Unerheblich ist indes, wann der Brief aus dem Briefkasten genommen und gelesen wird.
- Wenn man sich nicht mehr sicher ist, wann der Brief tatsächlich zugegangen ist, dann gilt eine Fiktion, wonach das Schreiben drei Tage nach Aufgabe zur Post als zugegangen gilt.
- die Frist von einem Monat bedeutet, dass tatsächlich der ganze Monat gemeint ist und nicht lediglich vier Wochen! Beispiel für die Fristberechnung: Der Bescheid datiert auf den 13.02.2015 und wird am 14.02.2015 zur Post gegeben. Er geht am Dienstag, den 16.02.2015 bei Ihnen ein, dann endet die Frist am 16.03.2015. Spätestens an diesem Tag muss der Widerspruch bei der zuständigen Stelle eingegangen sein – also dort vorliegen. Fällt der Tag des Fristablaufs auf einen Sonn- oder Feiertag, dann ist Fristablauf der nächste Werktag.
- Indizien für das Datum der Zustellung sind das Datum auf dem Bescheid oder das Datum des Poststempels auf dem Umschlag.
- Es kann aber sein, dass ein Bescheid mit Datum 15.6. erst am 16.7. im Briefkasten des Antragstellers eingeworfen wird. Man könnte in so einem Fall auf dem Umschlag ein Eingangsdatum vermerken. Im

Streitfall hat die Behörde die Beweispflicht, dass ein Bescheid zugestellt wurde.

- **Wichtig:** Am Tag des Fristablaufs muss der Widerspruch bei der zuständigen Behörde vorliegen und nicht etwa erst zur Post gegeben werden.
- Enthält der Bescheid keine oder eine fehlerhafte Rechtsbehelfsbelehrung, dann beträgt die Frist zur Erhebung eines Widerspruchs ein Jahr.
- Viele AOKs verzichten aus Imagegründen auf die Rechtsbehelfsbelehrung. In diesen Fällen gilt dort eine Frist für den Widerspruch von einem Jahr.
- Wie kann man einen Widerspruch erheben?
- Der Widerspruch kann entweder
- schriftlich (per Brief und Fax, nicht per Mail) oder
- zur Niederschrift bei der jeweils zuständigen Behörde
- aufgegeben werden.

Zur Fristwahrung reicht ein formloser Widerspruch aus. Man kann also schreiben: „Gegen Ihren Bescheid vom ... erhebe ich hiermit Widerspruch.“

Eine Begründung des Widerspruchs kann zeitlich später abgegeben werden. Man ist aber nicht verpflichtet, den Widerspruch zu begründen, auch wenn eine Begründung dem Widerspruchsführer natürlich anzuraten ist. Zur Begründung des Widerspruchs empfiehlt es sich, den Antrag zu bekräftigen und evtl. Missverständnisse richtig zu stellen, wenn die Behörde Vorlesegerät und Bildschirmlesegerät verwechselt. Man kann auch eine vorsichtige Eigeninterpretation des Gesetzes wagen oder Überzeugungsarbeit leisten.

Der Widerspruch wird nun bearbeitet, d. h., die Ausgangsentscheidung wird vom Sachbearbeiter noch einmal überprüft und evtl. geändert. Hält er oder sie an der Entscheidung fest, ist die Sache an eine übergeordnete Instanz zu übergeben, z. B. an einen Widerspruchsausschuss. Zumeist erhält der Widerspruchsführer im Laufe des Verfahrens eine Zwischennachricht, in der nochmals die Entscheidungsgründe dargelegt werden und ggf. gefragt wird, ob man dennoch am Widerspruch festhalten wolle. Ein solches Schreiben ist kein „erneuter Ablehnungsbescheid“, sondern in der Regel nur eine Zwischennachricht.

Das Widerspruchsverfahren endet entweder mit

- einem Abhilfebescheid, d. h., dem Antrag wird nachträglich stattgegeben,
- mit einem förmlichen Widerspruchsbescheid oder
- durch Rücknahme des Widerspruchs durch den Widerspruchsführer.

Mit der Ablehnung des Widerspruchs kann die Behörde eine Gebühr verlangen. Dies ist im Sozialrecht aber unüblich.

2.1.4 Klageverfahren

Sollte der Widerspruch zurückgewiesen werden, so steht dem Betroffenen der Klageweg (in der Regel) zum Sozialgericht offen. Auch hier sind wieder unbedingt die Fristen zur Klageerhebung zu beachten. Hier gilt das gleiche wie im Falle des Widerspruchsverfahrens (s. o. unter 2.1.3): bei entsprechender Rechtsbehelfsbelehrung ein Monat.

Auch der Widerspruchsbescheid enthält eine Rechtsbehelfsbelehrung, die Hinweise zur Frist und zum zuständigen Gericht gibt.

Eine Klage beim Sozialgericht kann schriftlich eingelegt werden oder zur Niederschrift aufgegeben werden.

Die Klage soll den Kläger, den Beklagten und den Klagegegenstand bezeichnen – es empfiehlt sich, den ablehnenden Bescheid und den Widerspruchsbescheid in Kopie mitzusenden.

Das Klageverfahren endet durch

- Klagerücknahme,
- Vergleich mit der Gegenseite,
- Anerkenntnis durch die Gegenseite oder einen ggf. beizuladenden Dritten oder
- Urteil/Gerichtsbescheid.

Das Widerspruchs- wie auch das Klageverfahren sind zumindest im Sozialrecht kostenfrei, soweit durch die Vertretung z. B. durch eine Anwältin keine „eigenen“ Kosten entstehen.

Im Verfahren vor dem Sozialgericht ist eine anwaltliche Vertretung nicht zwingend vorgesehen. Dennoch empfiehlt es sich, spätestens in diesem Verfahrensstadium rechtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, z. B. durch die RBM.

2.1.5 Berufung und Revision

Sollte auch die Klage abgelehnt werden, so steht den Beteiligten ab einem gewissen Streitwert oder wenn das Sozialgericht dies ausdrücklich zulässt, die Berufung zum Landessozialgericht zu.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann das Verfahren bis zum Bundessozialgericht – der höchsten Instanz – fortgesetzt werden.

2.1.6 Einstweiliger Rechtsschutz

Das Verwaltungs- und insbesondere ein Klageverfahren vor Sozialgerichten sind langwierig und können im ungünstigsten Fall mehrere Jahre in Anspruch nehmen, die der Betroffene nicht hat. Der Betroffene kann in diesen Fällen eine einstweilige Anordnung beim Sozial- oder Verwaltungsgericht beantragen. Für ein solches Verfahren wird insbesondere ein Anordnungsgrund benötigt, d. h., eine zwingende Begründung, warum ein weiteres Zuwarten nicht mehr möglich ist. Solche dringenden Gründe können sein:

- Die nötige Unterstützung für den Schulbesuch muss zum Schuljahresbeginn zur Verfügung stehen.
- Ein Arbeitgeber droht, eine Mitarbeiterin zu entlassen, wenn nicht innerhalb zwei Wochen die Arbeitsplatzausstattung bereitsteht.
- Nicht als dringender Grund anerkannt wird normalerweise: Die Führhundschiule hat jetzt einen ausgebildeten Führhund für einen Antragsteller. Wenn dieser nicht jetzt genommen wird, bekommt ihn jemand anders.

Des Weiteren ist natürlich auch ein eindeutiger Anspruch des Betroffenen notwendig. Der Antrag mit seiner Begründung auf Erlass einer einstweiligen Anordnung muss glaubhaft gemacht werden, d. h., der Betroffene muss in aller Regel eine eidesstattliche Erklärung über die Notwendigkeit seines Anspruchs abgeben. Ein Antrag auf eine einstweilige Anordnung kann zu jedem Zeitpunkt des Verfahrens gestellt werden (wenn es entsprechend dringend ist) – also im Antrags-, Widerspruchs- oder Klageverfahren. Für dieses Verfahren sollte jedoch aufgrund seiner speziellen Regeln immer ein Rechtsanwalt oder rechtlicher Beistand der Selbsthilfe eingeschaltet werden.

Die Entscheidung im einstweiligen Rechtsschutz ist vorläufig und kann durch das eigentliche Verfahren annulliert werden. Beispiel: Im einstweiligen Rechtsschutz bekommt eine Schülerin Schulassistenz zugesprochen; im Hauptverfahren wird diese Entscheidung bestätigt; es handelt sich ja um

dasselbe Gericht, das entscheidet; das Sozialamt geht in Berufung und das Landessozialgericht entscheidet, dass die Schulassistenz nicht bezahlt werden muss. Dann muss die Schülerin alles wieder zurückzahlen.

2.2 Besonderheiten der Zuständigkeitsklärung nach den Vorschriften des SGB IX

Wie oben beschrieben, ist das deutsche Sozialrecht im Rahmen eines gegliederten Systems organisiert. Aufgrund dieses gegliederten Systems ist für Antragsteller mit Behinderungen, die oftmals auf sehr viele unterschiedliche Sozialleistungen angewiesen sind, häufig kaum zu entscheiden, bei welchem Träger Anträge zu stellen sind. Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt und wollte zum Schutz vor „Hin-und-Her-Schiebereien“ eine klare Zuständigkeitsregelung treffen. Man sollte hier die Spielregeln des § 14 SGB IX kennen.

In § 14 SGB IX ist geregelt, dass der Rehabilitationsträger, bei dem ein Antrag auf Teilhabeleistungen gestellt wird, binnen zwei Wochen prüfen muss, ob er für die begehrte Leistung zuständig ist oder nicht. (Wichtig: Diese Prüfung bedeutet noch keine Pflicht, über den Antrag im konkreten Einzelfall zu entscheiden.) Ist dieser Träger der Auffassung, er ist für die beantragte Leistung nicht zuständig, so leitet er den Antrag unverzüglich – spätestens aber binnen zwei Wochen nach Antragstellung – an den nach seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiter und unterrichtet den Antragsteller hierrüber. Diese Weiterleitung des Antrages ist kein Bescheid. Es ist daher nicht möglich, gegen die Weiterleitung des Antrages einen Widerspruch einzulegen. Die Weiterleitung des Antrages bindet vielmehr alle beteiligten. Der zweitangegangene Träger, an den der Antrag weitergeleitet wurde, kann den Antrag damit nicht wieder zurückgeben oder etwa ein zweites Mal weiterleiten. Er hat jetzt quasi den "schwarzen Peter" und ist für die Bearbeitung der Angelegenheit aus rein formalen Gründen zuständig geworden. Dieser Träger ist damit der verbindliche Ansprechpartner für den behinderten Menschen geworden.

Die Weiterleitung des Antrages bedeutet aber nicht, dass man seine Rechte verliert. Der zweitangegangene Träger muss den Antrag vielmehr nach allen in Betracht kommenden Anspruchsgrundlagen prüfen und über den Antrag entscheiden und er darf also nicht nur den für ihn üblicherweise geltenden Teil des Sozialgesetzbuchs für die Entscheidung heranziehen, sondern er muss sich auch die Vorschriften der anderen Rehabilitationsträger

vornehmen. Anschließend kann er beim „eigentlich“ zuständigen Träger Kostenerstattung geltend machen.

Beispiel: Bei der gesetzlichen Krankenkasse wird die Kostenübernahme für einen Daisy-Player beantragt. Die Krankenkasse leitet den Antrag an das Sozialamt weiter, da sie der Auffassung ist, Daisy-Player gehörten nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Weiterleitung ist rechtlich bindend, auch wenn sie – wie hier – auf einer unzutreffenden rechtlichen Bewertung seitens der Krankenkasse beruht. Der Sozialhilfeträger muss den Antrag nun aber nicht nur nach dem für ihn geltenden Sozialgesetzbuch XII, sondern auch nach dem Recht der gesetzlichen Krankenkasse (SGB V) prüfen und eine Leistungsentscheidung treffen. Es wäre also falsch, wenn der Sozialhilfeträger hier den Antrag ablehnen würde mit der Begründung, der Antragsteller sei wegen seiner finanziellen Situation nicht sozialhilfebedürftig, denn für das Krankenkassenrecht, das hier eigentlich anzuwenden ist, spielt die wirtschaftliche Lage der Betroffenen keine Rolle. Im Innenausgleich kann sich der Sozialhilfeträger „hinterher“ von der Krankenkasse das Geld für den Daisy-Player erstatten lassen.

Wird der Antrag nicht nach spätestens zwei Wochen an einen anderen Rehabilitationsträger weitergeleitet, so wird der erstangegangene Träger formell für die Leistungsgewährung zuständig und hat den Antrag selbst unter allen in Betracht kommenden Anspruchsgrundlagen zu prüfen (Gleiches Prinzip wie im obigen Beispiel).

Wichtig: Die formelle Zuständigkeitszuweisung auf Grundlage von § 14 SGB IX heißt noch nicht, dass dem gestellten Antrag auch stattzugeben ist, sondern nur, dass ein verbindlicher Ansprechpartner für den Betroffenen bestimmt wird.

Leider funktioniert § 14 SGB IX in der Praxis noch immer nicht so, wie dies wünschenswert wäre und so muss man manchmal stark darauf drängen, dass § 14 SGB IX richtig umgesetzt wird. Insbesondere Sozialhilfeträger müssen häufig überzeugt werden, dass sie nicht immer und automatisch erst einmal das Einkommen und Vermögen der Betroffenen überprüfen dürfen, sondern über bestimmte Anträge nach dem Recht der gesetzlichen Krankenkassen – dem SGB V – entscheiden müssen. Hier gilt es für Sie als Berater, die zumeist völlig verängstigten Ratsuchenden, die sich plötzlich dem Sozialamt gegenübersehen, wo sie doch gar keine Sozialhilfeleistungen wollten, zu beruhigen und zu bestärken ihre Ansprüche durchzusetzen.

2.3 Ablauf, Zeiten und Fristen in der Antragstellung

- Erst Antrag, dann Bewilligung, dann Anschaffung bzw. Versorgung mit der Leistung!
- Der Adressat des Antrags muss innerhalb von zwei Wochen entscheiden, ob er zuständig ist oder den Antrag weiterleitet. Es ist nur eine Weiterleitung möglich.
- Nach Klärung der (formellen) Zuständigkeit für die Angelegenheit hat der jeweilige Träger nun drei Wochen Zeit, den Antrag sachlich zu bearbeiten und eine Entscheidung zu treffen, was in der Praxis allerdings nur selten erfolgt.
- Damit kann der Antragsteller nach fünf Wochen ab Antragstellung eine zeitnahe Bearbeitung anmahnen und eine Frist (von mindestens 10 Tagen) für eine Entscheidung setzen. Dabei kann sie/er ankündigen, ggf. in Vorleistung zu treten – also sich zum Beispiel ein Hilfsmittel selbst zu beschaffen. Damit geht man aber das Risiko ein, dass das Hilfsmittel letztlich doch abgelehnt wird und man keine Kostenerstattung erhält.
- Die Frist von drei Wochen zur inhaltlichen Prüfung eines Antrags verlängert sich, wenn für die Prüfung weitere Informationen eingeholt werden oder Gutachten erstellt werden müssen. Dazu hat der Antragsteller eine Mitwirkungspflicht und kann das Verfahren damit auch selbst in die Länge ziehen, wenn er nötige Informationen und Unterlagen nicht schnell liefert.
- Wenn der Adressat des Antrages sechs Monate nichts tut, ist eine Untätigkeitsklage möglich. Im Erfolgsfall, stellt das Gericht dann fest, dass die Behörde die Frist von sechs Monaten überschritten hat. Das hat also keine direkten Auswirkungen. Das Verfahren kostet aber Geld und macht Ärger und führt dadurch evtl. zu einer schnelleren Bearbeitung.
- Nach Erhalt eines Bescheides hat man einen Monat Zeit, um einen Widerspruch einzulegen (siehe oben 2.1.3). Die Behörde hat drei Monate Zeit, um über den Widerspruch zu entscheiden.
- Nach der Ablehnung des Widerspruchs hat man einen Monat Zeit, Klage zu erheben (siehe oben 2.14). Wenn eine Rechtsbehelfsbelehrung fehlt, hat man für die Klage ein Jahr Zeit. Es gibt keine festgelegten Fristen, wann ein Gericht zu entscheiden hat. Der Europäische Gerichtshof sieht aber Verfahrensdauern von über vier Jahren als rechtswidrig an.

Exkurs Genehmigungsfiktion § 13 Abs. 3A SGB V: Beantragt man eine Leistung bei der gesetzlichen Krankenkasse (und nur bei dieser, nicht bei

anderen Kostenträgern) und bekommt drei Wochen lang überhaupt keine Antwort, dann gilt die Leistung als bewilligt. Man braucht darüber aber trotzdem ein schriftliches Dokument und muss sich evtl. mit der Krankenkasse auch vor Gericht darüber streiten, ob die Genehmigungsfiktion tatsächlich gilt.

3. Weiterführende Links

Die aktuelle Fassung der gesetzlichen Normen – u. a. auch die Vorschriften des SGB V – finden Sie unter www.gesetze-im-internet.de

Weiterhin werden folgende Aufsätze empfohlen:

Prüfsteine für einen erfolgreichen Antrag

www.rbm-rechtsberatung.de/wp-content/uploads/2011/07/Pruefsteine_fuer_einen_erfolgreichen_Antrag.html

Das Schwarze-Peter-Prinzip

www.rbm-rechtsberatung.de/wp-content/uploads/2010/09/Schw.-Peter-Prinzip.html

4. Impressum

Für Beratende der Mitgliedsvereine im DBSV ist dieses Dokument Teil der Wissensdatenbank, Onlinekurs und Skript zum Präsenzseminar für die Beraterqualifizierung nach Blickpunkt Auge Standard.

Dieses und alle anderen Online-Kurs-Skripte finden Sie unter <https://www.dbsv.org/Onlinekurse.html>

- Word-Dokument
- PDF-Datei
- DAISY-Hörbuch als ZIP-Datei
- Brailledatei zum Ausdrucken (28 Zeichen pro Zeile und 28 Zeilen pro Seite)

Zudem finden Sie dort jeweils ein Word-Dokument mit den Aufgaben, die zum Online-Kurs gehören.

Herausgeber: Blickpunkt Auge des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes e.V. (DBSV), www.blickpunkt-auge.de und www.lernen.dbsv.org

Autor: Christiane Möller

Stand: März 2018