

Gelbe Erläuterungsbücher

Sozialgesetzbuch Allgemeiner Teil: SGB I

Kommentar

von

Prof. Dr. Peter Mrozynski

5. Auflage

Sozialgesetzbuch Allgemeiner Teil: SGB I – Mrozynski

schnell und portofrei erhältlich bei beck-shop.de DIE FACHBUCHHANDLUNG

Thematische Gliederung:

SGB I - Allgemeiner Teil, SGB IV - Gemeinsame Vorschriften



Verlag C.H. Beck München 2014

Verlag C.H. Beck im Internet:

www.beck.de

ISBN 978 3 406 66035 1

(§ 12) oft auf die Vergütung der Leistung beschränkt. Er ist nicht lediglich Kostenträger sondern das verantwortliche Rechtssubjekt für die Leistungserbringung (BSG SozR 3-5765 § 10 KfzHV Nr. 1). Er trägt immer die Gesamtverantwortung. Dieser Auffassung dürfte auch das BVerwG sein. Es bezeichnet zwar die Bezahlung von Heimkosten als Geldleistung, rechtfertigt die Abtretung des hierauf gerichteten Anspruchs aber mit § 53 Abs. 1. Einer Berufung auf diese Vorschrift hätte es bei einer reinen Geldleistung jedoch nicht bedurft. Die Abtretung des „materiellen Surrogats“ der Sach- bzw. Dienstleistung wird vom Gericht als zulässig angesehen, weil dadurch der „Kläger seine Aufwendungen ersetzt erhält, die im Vorgriff auf Jugendhilfeleistungen gemacht worden sind“ (BVerwG 94 S. 211). Eine Kombination von Geld- und Sachleistung kennt auch die Pflegeversicherung in § 38 SGB XI. Dabei handelt es sich aber nur um die Verrechnung rechtlich selbständiger Leistungen.

In wenigen Fällen kann der Sozialleistungsberechtigte auch zwischen einer Geldleistung und einer Dienstleistung wählen. So besteht nach den §§ 36, 37 SGB XI die Möglichkeit, Pflegeleistungen entweder in Form eines Geldbetrages (§ 37 SGB XI) oder in Form einer Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) in Anspruch zu nehmen. Hier entscheidet die Wahl des Sozialleistungsberechtigten, ob es sich um eine Geld- oder Sachleistung handelt. In aller Regel ist im Gesetz aber eindeutig festgelegt, in welcher Form eine Sozialleistung zu erbringen ist. Im Fürsorgesystem erfolgt zum Teil die Wahl zwischen Sach- und Geldleistung als Ermessensentscheidung (oben Rn. 19). Dabei wird grundsätzlich der Geldleistung ein Vorrang vor der Sachleistung eingeräumt (vgl. § 10 Abs. 3 Satz 1 SGB XII). Das hat zwar im Hinblick auf die Autonomie des Hilfeempfängers einiges für sich. Ergänzend wird man sagen müssen, dass die Wahrung der Autonomie des Hilfeempfängers bzw. eines jeden Leistungsberechtigten ein Gesichtspunkt bei der Ausübung des Ermessens ist (§ 39). Dabei kann es sich ergeben, dass die Entscheidung häufig zugunsten einer Geldleistung zu fallen hat (VGH München FEVS 45 S. 196). Derselbe Gesichtspunkt kann aber auch zu einer anderen Entscheidung führen. Beispielsweise gehört gemäß § 27a Abs. 1 SGB XII zum notwendigen Lebensunterhalt auch die Unterkunft. In besonders gelagerten Fällen verfehlt die gegenwärtige Praxis, nur die Geldleistung einer Übernahme der Mietkosten zu erbringen, aber eine wesentliche Aufgabe, die dem Träger der Sozialhilfe durch § 27 Abs. 1 SGB XII gestellt ist. Die nach § 10 Abs. 3 Satz 1 SGB XII zu treffende Ermessensentscheidung kann dazu führen, dass die Sachleistung der Zurverfügungstellung einer Unterkunft zu erbringen ist (vgl. § 7 Rn. 8, 9). Weiterentwicklungen von kombinierten Leistungsformen stellen die §§ 39a SGB V und 43a SGB IX dar. Sie erfolgen in der Weise, dass ein Leistungsträger Zuschüsse zu den Leistungen eines anderen erbringt.

Zum Teil werden Sozialleistungen auch in integrierter Form in der Weise erbracht, dass ihre Bestandteile nicht mehr isolierbar sind. Dieser, bei komplexen Bedarfen notwendigen Erbringungsform, sind aber durch § 30 SGB IV gewisse Grenzen gesetzt. Die Leistungsträger dürfen ihre Mittel nur für gesetzlich vorgeschriebene oder zugelassene Aufgaben einsetzen. Das bedeutet, dass eine Leistungsintegration im Prinzip nur dann möglich ist, wenn die Leistungsbestandteile den jeweiligen Leistungsträgern zugeordnet werden können. Ausgeschlossen ist nicht, dass Leistungen in einem lediglich organisatorischen Rahmen verbunden werden. Es gibt aber auch vereinzelte, weitergehende gesetzliche Regelungen. Eine sozialpolitisch wichtige Weiterentwicklung der Kombination von Leistungen hat § 30 Abs. 3 SGB IX gebracht. Bei komplexen Bedarfslagen, wie sie häufige bei behinderten Menschen gegeben sind, ist es sachlich geboten, zum Teil sehr

§ 11

Einweisungsvorschriften

unterschiedliche Leistungen zu einer Einheit zusammenzufassen. Das ist dann rechtlich kaum möglich, wenn Leistungen zu einem Komplex verbunden werden sollen, die an sich von verschiedenen Leistungsträgern zu erbringen sind. Die sachliche Zuständigkeit kann i. d. R. nicht verwischt werden. Erstmals ermöglicht jetzt § 30 Abs. 1 Satz 2 Leistungen der Frühförderung mit heilpädagogischen Leistungen zu einer Einheit zu verbinden. Die beteiligten Rehabilitationsträger, die Krankenkassen und die Träger der Jugend- bzw. Sozialhilfe, müssen sich auf eine anteilige Kostenübernahme verständigen (§ 30 Abs. 3 SGB IX).

35 Sozialpolitisch nicht weniger bedeutsam ist eine neuere Entwicklung, die durch das SGB IX eingeleitet worden ist. Behinderte Menschen können unter den Voraussetzungen des § 9 Abs. 2 SGB IX beantragen, statt einer Sach- eine Geldleistung zu erhalten. In § 17 Abs. 2 SGB IX wird dies noch zu einem **persönlichen Budget** ausgestaltet. Dahinter verbirgt sich der Gedanke, dass es die Autonomie des behinderten Menschen fördern würde, wenn man ihm zu seiner eigenverantwortlichen Bedarfsdeckung einen Geldbetrag überlässt. So wie das persönliche Budget in der Neufassung des § 17 Abs. 2 SGB IX ausgestaltet ist, muss man es als reine Geldleistung ansehen. Insbesondere ist hier die Verantwortung des Rehabilitationsträgers für die durchzuführende Maßnahme nicht mehr gegeben. Das ergibt sich daraus, dass die in § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB IX geregelte Verantwortung des Rehabilitationsträgers nicht auf das persönliche Budget (§ 17 Abs. 2 SGB IX) erstreckt wird. Das bedeutet, dass der behinderte Mensch über sein persönliches Budget, seine Rehabilitation und Teilhabe selbst verantworten kann und muss (vgl. Becker u. a. VSSR 2012 S. 7 ff.). Der geradezu ideologische Hintergrund des persönlichen Budgets, nämlich das Anliegen der Förderung der individuellen Autonomie, wird in der Frage deutlich, warum nicht allen, also auch nicht behinderten, Leistungsberechtigten ein persönliches Budget zugestanden wird.

36 Vor allem vor dem Hintergrund des nicht anwendbaren § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB IX und der relativen Kostendeckung nach § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX ist mit dem persönlichen Budget eine Reihe von rechtlichen und wirtschaftlichen Zweifelsfragen verbunden. Wenn etwa im Zusammenhang mit dem persönlichen Budget vom „kritischen Verbraucher“ die Rede ist (Baur, ZfS 1999 S. 323), dann ist dies an Voraussetzungen zu knüpfen, die schon allgemein im Sozialrecht, zumindest aber im Gesundheitssektor, schwer zu erfüllen sind. Das beginnt bereits mit der Tatsache, dass die erforderlichen Dienstleistungen zu einem bestimmten Zeitpunkt und an einem bestimmten Ort, sowie häufig mit unterschiedlicher Intensität benötigt werden. Diese Faktoren lassen sich zumeist nicht im Voraus kalkulieren. Zwar stellen weiterhin die Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf fest (§ 17 Abs. 4 SGB IX). Der Leistungsberechtigte ist dennoch nur bedingt in der Lage, im Prozess der Leistungserbringung seinen konkreten Bedarf genau zu bestimmen und vor allem die Leistungen, die er zur **Bedarfsdeckung** benötigt, so zu definieren, dass er als informierter oder kritischer Verbraucher am Markt auftreten und Leistung und Gegenleistung bewerten kann. Wesentliche Aufgaben müssen andere für ihn übernehmen. Insoweit wird es für erforderlich gehalten, ein „Netzwerk der Unterstützung“ schaffen. Damit verlangt aber die Sicherstellung aller sozialpolitischen Ziele des persönlichen Budgets „in einem Wettbewerbssystem einen enormen Regulierungsapparat zu Standardisierung der Produkte, Qualitätstransparenz und -sicherung, Informationsbeschaffung und -verteilung, Preiskontrolle, Marktaufsicht usw. der aufgrund der Komplexität und Lebenswichtigkeit umfassender und kostspieliger wäre als auf anderen Märkten“ (Kühn, SF 1998 S. 132). Das alles fehlt beim persönlichen Budget. In der alltägli-

chen Praxis wird sich der behinderte Mensch häufig nur darauf verlassen können, dass sich ein Vertrauen zu einem Anbieter von Dienstleistungen entwickelt hat. Dieses Vertrauen wird häufig auf Erfahrung beruhen, kann sich aber auch scheinbar rational aus einer Zertifizierung ergeben. Ein Ausweg aus diesem Dilemma wird in dem Arbeitgebermodell gesehen, in dem die Prinzipal-Agent-Beziehung dazu führt, dass der Auftragnehmer auf die Interessen des Auftraggebers verpflichtet wird (Hajen, NDV 2001 S. 70). Das bedeutet aber, dass der behinderte Mensch fachlich kompetent Bedarf und Leistungen in Beziehung setzen können muss. Seine Interessen können nicht an die Stelle einer **Qualitätskontrolle** treten. Deswegen muss eine Beratung und Assistenz des behinderten Menschen bei der Inanspruchnahme der Leistung erfolgen. Schließlich kann auch auf eine Kontrolle der Qualität nicht verzichtet werden. Damit entstehen aber Zusatzkosten, die als sog. **Transaktionskosten** in die Wirtschaftlichkeitsberechnung eingehen müssen. Über ihre Höhe bestehen keine genauen Vorstellungen (Wüstenbecker, SF 1999 S. 299; Hajen, NDV 2001 S. 69).

Vor dem Hintergrund längerer Auseinandersetzungen um die Abgrenzung des Pflegehilfsmittels (§ 40 SGB XI) vom Hilfsmittel im Sinne der Krankenbehandlung (§ 33 SGB V) hat der Gesetzgeber jetzt in § 40 Abs. 5 SGB XI eine Regelung getroffen, nach der der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, prüft, ob ein Anspruch gegenüber der Kranken- oder der Pflegekasse besteht. Er entscheidet über die Leistung. Darüber hinaus wird in Richtlinien geregelt, in welchem Verhältnis die Ausgaben für Hilfs- und Pflegehilfsmittel aufzuteilen sind. Darüber hinaus werden Einzelheiten zur Umsetzung einer Pauschalierung festgelegt. Damit ist die bisher deutlichste Abweichung von § 30 SGB IV geregelt worden (§§ 21a Rn. 37a; 43 Rn. 4–6).

§ 12 Leistungsträger

¹Zuständig für Sozialleistungen sind die in den §§ 18 bis 29 genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden (Leistungsträger). ²Die Abgrenzung ihrer Zuständigkeit ergibt sich aus den besonderen Teilen dieses Gesetzbuchs.

Die Vorschrift ist von geringem praktischen Wert, da sie bei der Definition der Leistungsträger und bei der Begründung ihrer Zuständigkeit auf außerhalb der Rechtsnorm liegende Grundsätze und Regelungen verweist. Aus § 12 lässt sich also nicht ablesen, wer Leistungsträger ist, wie er rechtlich verfasst ist und wie seine Zuständigkeit abzugrenzen ist. Klargestellt wird im Grunde nur, dass Leistungsträger Körperschaften, Anstalten und Behörden sein können. Damit kommen jedenfalls Verbände, Stiftungen oder private Vereine nicht als Leistungsträger in Betracht. Die **Verbände** der Leistungsträger und sonstige öffentlich-rechtliche Vereinigungen können allerdings zur Aufklärung gemäß § 13 verpflichtet sein. Dadurch werden die Verbände jedoch nicht zu Leistungsträgern. Gleichfalls keine Leistungsträger sind die Versicherungsämter (§§ 91 ff. SGB IV), die gemäß § 93 Abs. 1 SGB IV eine wichtige Funktion bei der Erteilung von Auskünften in allen Angelegenheiten der Sozialversicherung haben. Dasselbe gilt auch für die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die nach § 15 Abs. 1 zur Auskunft über alle sozialen Angelegenheiten verpflichtet sind. Nicht Leistungsträger, sondern Beauftragte von Leistungsträgern sind die freien Träger der Jugendhilfe, denen gemäß § 76 Abs. 1 SGB VIII „Aufgaben zur Ausführung“ übertragen wer-

§ 12

Einweisungsvorschriften

den. Keine Leistungsträger sind des Weiteren die privaten Pflegeversicherungsunternehmen, obwohl in § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB XI eine Gleichwertigkeit mit den Leistungen der §§ 28 ff. SGB XI vorgesehen ist (BSG SozR 3-3300 § 43a Nr. 3). Die wichtigste praktische Konsequenz aus der Tatsache, dass eine Organisation kein Leistungsträger ist, besteht darin, dass das Erstattungsrecht der §§ 102 ff. SGB X im Verhältnis zu ihr nicht gilt. Ein Träger der Jugend- oder Sozialhilfe müsste hier einen etwaigen Anspruch überleiten (§§ 95 SGB VIII, 93 SGB XII). Hat ein Jobcenter geleistet, so geht der Anspruch von Gesetzes wegen über (§ 33 Abs. 1 SGB II). In allen drei Fällen wird vorausgesetzt, dass der Anspruchsgegner nicht Leistungsträger im Sinne des § 12 ist.

- 2 Der Klarstellung im Verhältnis zu den Leistungserbringern, insbesondere zur freien Wohlfahrtspflege, dient eine zu einem Randgebiet ergangene Entscheidung des BSG. Darin wird ausgeführt, dass der Leistungsträger kein bloßer Kostenträger, sondern das verantwortliche Rechtssubjekt ist, das die Leistungen entweder mit eigenen Mitteln oder durch Vertragseinrichtungen erbringt (BSG SozR 3-5765 § 10 KfzHV Nr. 1). Die Tatsache, dass man heute die Leistungserbringer immer häufiger als Unternehmen betrachtet, die auf eigenes wirtschaftliches Risiko hin handeln (§ 1 Rn. 18 ff.), ändert an der Verantwortung des Leistungsträgers nichts. Das Verhältnis der Leistungsträger zu den Leistungserbringern, wird sich in Zukunft aber insoweit ändern, als dem öffentlich-rechtlich organisierten Leistungsträger privatrechtlich organisierte Auftragnehmer gegenüber stehen. Damit finden grundsätzlich die Bestimmungen des Vergaberechts der §§ 97 ff. GWB oder vergleichbarer Regelungen Anwendung (EuGH NJW 2009 S. 2427 – Oymanns; dazu Kingreen, NJW 2009 S. 2417; Roth, SGB 2009 S. 639).
- 3 Demgegenüber führt das **persönliche Budget**, das gemäß § 17 Abs. II SGB IX heute behinderten Menschen zur eigenverantwortlichen Bedarfsdeckung zur Verfügung stehen kann, nicht zu einer Modifikation der bisherigen Rechtslage (§ 11 Rn. 34, 35). Zwar ergibt sich nach der Neufassung für das persönliche Budget aus § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB IX, dass der Rehabilitationsträger für die Ausführung der Leistungen nicht mehr verantwortlich ist. Dies hat aber nur Einfluss, auf die Frage, ob das persönliche Budget eine Geldleistung ist und sich damit die Verantwortung des Leistungsträgers auf die Auszahlung begrenzt. Nach dem Wortlaut des § 17 SGB IX ist das persönliche Budget also eine Form der Ausführung von Leistungen. Die Träger, die das persönliche Budget „trägerübergreifend“ gewähren (§ 17 Abs. 2 Satz 3 SGB IX), bleiben selbständige Leistungsträger (§ 6 Abs. 2 SGB IX). Auch die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Träger, die im Jobcenter zusammengefasst sind, bleiben selbständige Leistungsträger. Das ergibt sich bereits aus dem Wortlaut des § 6 Abs. 1 SGB II.
- 4 **Körperschaften** bilden die sog. mittelbare Staatsverwaltung. Ihre Aufgaben werden ihnen durch Gesetz übertragen. Sie unterstehen der Staatsaufsicht. Körperschaften sind mitgliederschaflich organisierte, rechtsfähige juristische Personen des öffentlichen Rechts. Sie sind nicht grundrechtsfähig (BVerfG NZS 2005 S. 139). Diese Verfassung gilt für alle Träger der Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung. Insoweit regelt § 29 Abs. 1 SGB IV, die Träger der Sozialversicherung sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Hierzu ist einiges klarzustellen. Die Regelung erstreckt sich nicht unmittelbar und vollständig auf die Arbeitsförderung. Hier trifft § 1 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB IV eine Sonderregelung. Teile des SGB IV, dazu gehört aber nicht § 29 SGB IV, gelten auch für die Arbeitsförderung. Soweit das SGB IV anwendbar ist, gilt die Bundesagentur für Arbeit als Versicherungsträger. Die früher für die

Rentenversicherung missverständlichen Bezeichnungen „Landesversicherungsanstalt bzw. Bundesversicherungsanstalt“ sind durch die Begriffe Regionalträger und Rentenversicherung Bund ersetzt worden. In allen Fällen handelt es sich um Körperschaften. Allerdings ist zu sehen, dass die körperschaftliche Verfassung der Versicherungsträger insoweit eine unterschiedliche Ausprägung erfahren hat, als der bestimmende Einfluss der Mitglieder nicht überall gleich groß ist. Besonders gering ist er bei den Trägern der Rentenversicherung. Für die Berufsgenossenschaften ist zu betonen, dass dort Mitglieder nur die Unternehmer sind (§ 658 RVO a. F.). In den §§ 114 ff. SGB VII werden die Unternehmer zwar nicht mehr als Mitglieder besonders erwähnt. Aus der Tatsache der Versicherung der Arbeitnehmer ergibt sich aber weiterhin nicht, dass sie Mitglieder wären. Mitglied einer Krankenkasse ist ebenfalls nicht, wer nach § 10 SGB V lediglich familienversichert ist (§ 186 Abs. 1 SGB V). Entsprechendes gilt gemäß § 49 Abs. 1 SGB XI für die Pflegeversicherung.

Als Leistungsträger kommen auch die **Gebietskörperschaften** in Betracht. 5 Das gilt für die Kinder- und Jugendhilfe sowie die Sozialhilfe. Für die Erfüllung dieser Aufgaben sind die Kreise und kreisfreien Gemeinden zuständig (§§ 27 Abs. 2, 28 Abs. 2). In der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind die Gebietskörperschaften in den meisten Fällen Teil einer gemeinsamen Einrichtung, die das Gesetz als Jobcenter bezeichnet (§§ 6b, 44a SGB II). In relativ wenigen Fällen gibt es aber auch selbständige „zugelassene kommunale Träger“ (§ 6a SGB II). Nicht das Jobcenter, sondern die in ihm zusammengefassten Träger (§ 6 Abs. 1 SGB II) sind Leistungsträger im Sinne des § 12 (BT-Drs. 17/1555 S. 23). Für die Kinder- und Jugendhilfe ist es charakteristisch, dass aus historischen Gründen die Erfüllung der Aufgaben bei einer Behörde, dem Jugendamt, konzentriert ist. Die relativ eigenständige Existenz dieser Behörde ist, anders als die des Sozialamtes, im Gesetz zwingend vorgesehen (§ 69 Abs. 3 SGB VIII). Durch diese Garantie des **Jugendamtes**, die eine Fachlichkeit der Kinder- und Jugendhilfe gewährleisten soll, wird das Jugendamt selbst aber nicht zum Leistungsträger. Dieser ist vielmehr der Landkreis bzw. die kreisfreie Gemeinde (vgl. Mrozynski, SGB VIII § 69 Rn. 4). In der Sozialhilfe wird noch zwischen der Zuständigkeit des örtlichen (Landkreis oder kreisfreie Gemeinde) und des überörtlichen Trägers unterschieden (§§ 97 SGB XII). Letztere bestimmen sich nach Landesrecht. Es handelt sich zumeist um die Bezirke, Landschaftsverbände oder die Länder selbst. Neben den örtlichen und den überörtlichen Träger der Sozialhilfe stellt § 28 Abs. 2 für besondere Aufgaben noch die Gesundheitsämter, die je nach landesrechtlicher Ausgestaltung kommunale oder staatliche Behörden, aber jedenfalls keine Leistungsträger im Sinne des § 12 sind. Bei der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen obliegt ihnen die Erfüllung der jetzt eingeschränkten Aufgaben nach den §§ 60 ff. SGB IX.

Anstalten stellen eine organisatorische Zusammenfassung von personellen und 6 sächlichen Mitteln zur Erledigung einer speziellen Verwaltungsaufgabe in der Hand eines Trägers der öffentlichen Verwaltung dar. Kennzeichnend ist nicht ein Mitgliedschafts-, sondern ein Benutzungsverhältnis. Wenn auch Anstalten über eine gewisse Selbständigkeit verfügen, so können sie, müssen aber nicht rechtsfähig sein. Anstalten haben keine Mitglieder, sondern Nutzer. Nicht unumstritten ist die rechtliche Qualifizierung der **Bundesagentur für Arbeit**. Zwar regelt § 367 SGB III weitgehend wortgleich mit § 29 Abs. 1 SGB IV, dass die Bundesagentur für Arbeit eine bundesunmittelbare rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung ist. Ihr fehlt es jedoch an einer mitgliedschaftli-

§ 12

Einweisungsvorschriften

chen Verfassung. Die organisationsrechtliche Struktur hat sich mit der ersten Stufe der Organisationsreform der Bundesagentur für Arbeit nicht geändert. In den Verwaltungsablauf wurden lediglich Elemente des modernen Managements eingefügt. So steht an der Spitze der Bundesagentur für Arbeit jetzt nicht mehr ein Präsident, sondern ein Vorstand mit drei Mitgliedern, darunter einem Vorsitzenden. Kontrolliert wird der Vorstand von einem Verwaltungsrat (Marx/Schmachtenberg, BArbBl 2002/4 S. 5). In dieser Organisationsform sind körperschaftliche Elemente noch weniger erkennbar als bisher. Damit ist die Bundesagentur für Arbeit nicht als Körperschaft, sondern als rechtsfähige Anstalt anzusehen (vgl. Bley, NJW 1977 S. 363; Lilge, SGB I § 12 Rn. 19). Wohl überwiegend wird demgegenüber die Auffassung vertreten, es handelte sich bei der Bundesagentur für Arbeit um eine Mischform (vgl. Peters/Hommel, SGB I § 12 Rn. 5). Dem entspricht es, wenn die Bundesagentur für Arbeit als Anstalt mit beträchtlichen Mitwirkungsrechten der Nutzer bezeichnet wird (so Lilge, SGB I § 12 Rn. 20).

7 Obwohl die **Behörde** in der gesamten Verwaltungsorganisation eine zentrale Bedeutung hat, ist ihr Begriff im Einzelnen doch unklar (Rasch, VerwArch 1959 S. 1, 8; Schnapp, NZS 2010 S. 241). Die Behörde ist als Organ eines Verwaltungsträgers unabhängig vom Wechsel der Personen und vertritt ihn nach außen. Sie kann auch Organ mehrerer Verwaltungsträger sein (BVerfG SGB 2003 S. 458 Anm. Fahlbusch). Man unterscheidet Behörden im organisatorischen und funktionellen Sinne. Mit Ersteren meint man die Behörde als ein in die Verwaltungshierarchie eingeordnetes Organ. Behörde im funktionellen Sinne ist das Organ, wenn es zur Durchführung einer Verwaltungstätigkeit mit Außenwirkung berufen ist. In jedem Falle ist die Behörde durch eine organisatorische Verknüpfung personeller und sächlicher Mittel und durch eine gewisse Selbständigkeit bei der Erfüllung von hoheitlichen Aufgaben gekennzeichnet (BVerfG 10 S. 48; BVerwG 9 S. 179; BGHZ 40 S. 228). Nach der etwas farblosen Regelung des § 1 Abs. 2 SGB X ist Behörde jede Stelle, die Aufgaben der öffentlichen Verwaltung wahrnimmt. Innerhalb des Sozialrechts sind die wichtigsten Behörden die Arbeitsagenturen-, die Jugend- und Sozialämter sowie im SGB IX die Integrationsämter. Auch die **Schiedsstelle** nach § 80 SGB XII wird als Behörde angesehen (LSG München RdLH 2012 S. 26 Anm. Langer). Dasselbe wird man für § 114 SGB V und § 76 SGB XI annehmen müssen.

7a Ob eine Verwaltungseinheit Behörde ist, wird etwa bei der Anwendung des § 45 Abs. 4 Satz 2 SGB X relevant. Die eine Rücknahme des rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsaktes zeitlich einschränkende Kenntnis von Tatsachen muss bei der „Behörde“ gegeben sein. Die Frist beginnt nicht eher zu laufen, als die Tatsachen der „für die Entscheidung ... zuständigen Behörde“ bekannt sind (BSG 63 S. 224). Ob dies genügt, wird nicht einheitlich beantwortet. Jedenfalls können in tatsächlicher Hinsicht nur Menschen Kenntnis erlangen. Nicht erforderlich ist es, dass der zur Rücknahmeentscheidung befugte Bedienstete die Kenntnis hat. Kenntnis kann auch der mit der Vorbereitung betraute Sachbearbeiter haben. Auch dies ist dann eine Kenntnis der Behörde (BSG 77 S. 295). Weitergehend wird die Auffassung vertreten, es komme lediglich auf die Aktenkundigkeit der Tatsachen im Sinne einer hinreichend sicheren Informationsgrundlage an (v. Wulffen/Schütze, SGB X § 45 Rn. 83). Teilweise wird auch auf die Kenntnis des für die Rücknahme zuständigen Sachbearbeiters abgestellt (KassKommSteinwedel, § 45 SGB X Rn. 30).

8 Hinsichtlich der **Zuständigkeit** werden in § 12 eher irreführende Aussagen gemacht. Gemäß § 12 Satz 1 werden die in den §§ 18–29 genannten Leistungsträ-

Aufklärung

§ 13

ger für zuständig erklärt. Das ist in einer Reihe von Fällen zwar klar geregelt, geht über eine Aufzählung aller in Betracht kommenden Leistungsträger nicht hinaus (§§ 21 Abs. 2, 22 Abs. 2, 23 Abs. 2). In § 26 Abs. 2 unterbleibt aber die Regelung des zuständigen Trägers, da insoweit auf die Bestimmung durch das Landesrecht verwiesen wird. Noch undurchsichtiger ist die Begründung der Zuständigkeit beim Elterngeld. So wird in § 25 Abs. 3 geregelt, zuständig sind „die nach § 12 BEEG bestimmten Stellen. In § 12 Abs. 1 BEEG heißt es dann: „Die Landesregierungen oder die von ihnen bestimmten Stellen bestimmen die für die Ausführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden“. Damit fehlt es an jeder bundesgesetzlichen Regelung über die Zuständigkeit. Es wird aber der Eindruck erweckt, hier wäre etwas geregelt.

In allgemeiner Hinsicht ist zur Zuständigkeit festzustellen, dass alle Leistungsträger die Grenzen ihrer eigenen Zuständigkeit und damit vor allem die der anderen zu respektieren haben. Dieser allgemeine Grundsatz jeder staatlichen Tätigkeit wird aber im Sozialrecht modifiziert. Insbesondere stellt jede Vorleistung immer auch einen gewissen Übergriff in eine fremde Zuständigkeit dar (§ 43 Rn. 10 ff.). Während § 43 eine Vorleistung bei Zweifeln über die örtliche bzw. sachliche Zuständigkeit zulässt, gehen spezielle Regelungen noch weiter. Gemäß § 32 SGB XI kann die Pflegekasse sogar vorläufige Leistungen zur Rehabilitation erbringen. Das sind also Leistungen, die nicht in ihr originäres Leistungsspektrum gehören. Insoweit geht auch § 32 SGB XI über die allgemeine Regelung des § 43 hinaus. Des Weiteren regelt jetzt § 14 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB IX eine Zuständigkeitsklärung, die es teilweise ermöglicht, Leistungen unter Vernachlässigung einer Klärung von Zuständigkeiten zu erbringen (§ 16 Rn. 17 ff.).

Gemäß § 86d SGB VIII muss ein Jugendamt auch dann tätig werden, wenn der örtlich zuständige Träger *nicht tätig* wird. Für Beurkundungen nach § 59 SGB VIII ist jedes Jugendamt zuständig (§ 87e SGB VIII). Hinzuweisen ist schließlich auf § 2 Abs. 4 SGB X. Danach wird bei Gefahr im Verzuge für unaufschiebbare Maßnahmen die Zuständigkeit einer jeden Behörde begründet. Bei einem Konflikt über die *örtliche* Zuständigkeit entscheidet schließlich gemäß § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB X die gemeinsame Aufsichtsbehörde.

§ 13 Aufklärung

Die Leistungsträger, ihre Verbände und die sonstigen in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch aufzuklären.

Übersicht

	Rn.
1. Standort und Funktion der Aufklärung	1
2. Form, Inhalt und Umfang der Aufklärung	9
3. Unzureichende Aufklärung	15

1. Standort und Funktion der Aufklärung

Zur Terminologie vgl. § 14 Rn. 1. Die gesetzliche Begründung einer allgemeinen Aufklärungspflicht ist zwangsläufige Folge der Unübersichtlichkeit und der häufigen Änderungen des Sozialrechts. Vor diesem Hintergrund wäre die prakti-

§ 13

Einweisungsvorschriften

sche Wirkung der sozialen Rechte ohne eine entsprechende Information der Bevölkerung erheblich eingeschränkt. Der Zweck der Sozialleistungen, nämlich die Veränderung der Lebenssituation bei denjenigen, die dieser Leistungen bedürfen, kann nur erreicht werden, wenn die Behörde durch ihre Informations- und Beratungstätigkeit auf eine möglichst umfassende Information aller Beteiligten hinwirkt (BSG SozR 1200 § 14 Nr. 16 S. 34). So findet jede Information ihre allgemeine Grundlage in den §§ 2 Abs. 2, 17 Abs. 1. Danach gehört es u. a. zu den Aufgaben des Sozialgesetzbuches, den **Zugang zu Sozialleistungen** möglichst einfach zu gestalten. Dies setzt eine Information über die sozialen Rechte voraus. Insoweit erfolgt die Aufklärung nach § 13 auch im öffentlichen Interesse (BSG SGB 1992 S. 548 Anm. Bogs). Sie stellt eine dauerhafte Aufgabe der Sozialleistungsträger dar.

2 Eine Aufklärung allein genügt jedoch nicht, um den sozialen Rechten die ihnen gebührende Geltung zu verschaffen. Deswegen sind Auskunft (§ 15) und Beratung (§ 14) wichtige ergänzende Regelungen in dem Gesamtkomplex der Information (Krasney, BKK 1985 S. 337; v. Maydell, ZfSH/SGB 1986 S. 361). Dieser Komplex selbst ist aber nur eine von mehreren Konsequenzen aus der Unübersichtlichkeit des Sozialrechts. An der Schwelle des erleichterten Zuganges zu den Sozialleistungen stehen vor allem die Regelungen über die Antragstellung (§ 16) und die Vorleistung (§ 43). Als Vorschriften des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches sind sie unter dem Blickwinkel der Zuständigkeit nicht vollständig zu erklären. Sie sind gemeinsam mit den Vorschriften über die Information unmittelbar verbindliche Ausprägungen der §§ 2 Abs. 2, 17 Abs. 1 (BSG 50 S. 16).

3 Eine gewisse Erweiterung der Information haben die Vorschriften über die **Servicestellen** in den §§ 22 und 23 SGB IX gebracht. Ihre in § 22 SGB IX begründeten Aufgaben hatten zwar gewisse praktische Verbesserungen zur Folge, die nicht unterschätzt werden dürfen. Andererseits geht jedoch die „Beratung und Unterstützung“ durch die Servicestellen (§ 22 Abs. 1 Satz 2 SGB IX) nur geringfügig über § 13 SGB I hinaus und bleibt auf jeden Fall hinter dem klaren Rechtsanspruch des § 14 SGB I zurück. Im Wesentlichen beschränkt sich die Arbeit der Servicestellen auf wenig verbindliche Formen von Information, Hilfestellung und Weiterleitung (§ 22 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, 2, 3 SGB IX). Das alles ist präziser in den §§ 13–16 SGB I geregelt. Wenn in § 22 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB IX eine Koordinationsaufgabe der Servicestelle begründet wird, dann findet sie ihre Grenzen an § 6 Abs. 2 SGB IX. Danach nehmen die Rehabilitationsträger ihre Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich wahr. Eine ausdrückliche Kooperationspflicht ist nicht begründet worden (vgl. §§ 10–12 SGB IX). Auch insoweit ist mit den Neuerungen also nicht das erreicht worden, was in dem hochkomplexen Rechtsgebiete der Rehabilitation und Teilhabe auch über die §§ 13–15 SGB I hinaus notwendig ist. Eine wirksame Information des behinderten Menschen und ein effektiver Zugang zu den Leistungen zur Teilhabe ist nur durch eine Mischverwaltung aus den Rehabilitationsträgern zu erreichen. Diese aber war und ist politisch nicht gewollt (BT-Drs. 14/5074 S. 106). Verfassungsrechtlich wäre sie auch nur in einem engen Rahmen möglich (BVerfG 119 S. 331).

3a Demgegenüber sind die Aufgaben der Pflegekassen als „Aufklärung und Beratung“ nach den §§ 7–7c SGB XI relativ konkret geregelt. Im Hinblick auf die **Pflegeberatung** werden zudem klare Rechte für die Leistungsberechtigten und Pflichten der Pflegekassen begründet. Was die Intensität dieser Rechte und Pflichten angeht, gehört dieser Komplex nicht in den Bereich der Aufklärung, sondern in den der Beratung (§ 14 Rn. 10 ff.). Der auffallende Unterschied zwischen den