

Ergänzung: Leistungsentscheidung

Leistungsentscheidung: **Wer entscheidet?**

- § Leistungsentscheidung bei **alleiniger Zuständigkeit = Leistender Reha-Träger (LRT)**
- § Leistungsentscheidung bei **Antragssplitting** (§ 15 Abs. 1 SGB IX)
 - Der **Splittingadressat** entscheidet über den gesplitteten Antragsteil.
 - Der **LRT** entscheidet über den nicht gesplitteten Antragsteil.
- § Leistungsentscheidung bei **Beteiligung** weiterer Träger (§ 15 Abs. 2 und 3 SGB IX)
 - Entscheidung **LRT und Beteiligter im jeweils eigenen Namen**, wenn im **Teilhabeplan dokumentiert** wurde, dass...
 1. die erforderlichen Feststellungen nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen von den zuständigen Reha-Trägern getroffen wurden,
 2. auf Grundlage des Teilhabeplans eine Leistungserbringung durch die nach den jeweiligen Leistungsgesetzen zuständigen Reha-Trägern sichergestellt ist,
 3. die Leistungsberechtigten einer nach Zuständigkeiten getrennten Leistungsbewilligung und Leistungserbringer nicht aus wichtigem Grund widersprechen.→ Sogenannte **„Konsensfälle“** (vgl. BT-Drs. 18/9522, S. 235)
 - Liegen die genannten Voraussetzungen nicht vor = Entscheidung durch den **LRT über den gesamten Antrag**
→ Sogenannte **„Konfliktfälle“** (vgl. BT-Drs. 18/9522, S. 235)

Leistungsentscheidung: Bis wann wird entschieden?

§ Bei **alleiniger Zuständigkeit** des LRT für den gesamten Antrag (§ 14 Abs. 2 Satz 2 u 3 SGB IX)

- Entscheidung innerhalb von **drei Wochen** nach Antragseingang
- Bei Einholung eines **Gutachtens** (vgl. § 17 SGB IX i. V. m. GE Begutachtung)
 - zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens
 - i. d. R. zwei Wochen für die Gutachtenserstellung (§ 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX)
 - insgesamt grds. maximal sieben Wochen (3 + ca. 2 + ca. 2)

§ Bei **Beteiligung** anderer Reha-Träger nach § 15 SGB IX (§ 15 Abs. 4 SGB IX)

- Spätestens **6 Wochen** nach Antragseingang beim LRT (außer Turbo-Klärung -> Eingang beim 2. Träger)
- Bei Durchführung einer **Teilhabeplankonferenz** (vgl. § 20 SGB IX) = **zwei Monate** nach Antragseingang






! → Die Einholung eines **Gutachtens** hat bei Mehrträgerkonstellationen keine Auswirkungen auf die Frist!

Praxistipp - Sechs Perspektiven auf den Reha-Prozess zur Fristenberechnung



Berechnung relevanter Fristen im Reha-Prozess

Bitte wählen Sie Ihren Einstieg. Ich bin ...

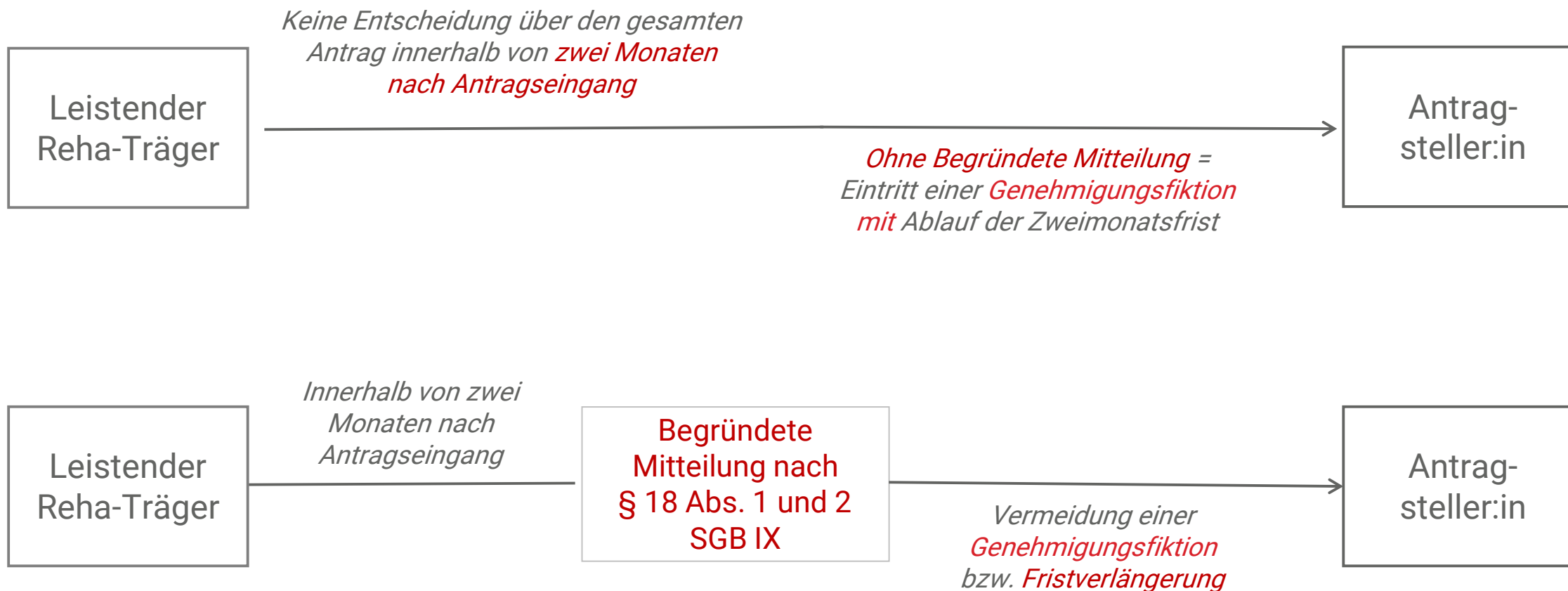
 Antragstellerin / Antragsteller	 Erstangegangener Rehabilitationsträger	 Zweitangegangener Rehabilitationsträger
 Splitting-Adressat	 Nach § 15 Abs. 2 SGB IX beteiligter Rehabilitationsträger	 Adressat der Turboklärung nach § 14 Abs. 3 SGB IX



Berechnen Sie jetzt relevante Fristen
im Reha-Prozess

mit unserem
www.reha-fristenrechner.de

Was passiert, wenn nichts passiert?



Leistungsentscheidung: **Genehmigungsfiktion § 18 SGB IX**

Bedeutung/Folgen einer Genehmigungsfiktion (§ 18 Abs. 3 und 4 SGB IX)

- Grundsatz: die beantragte Leistung **gilt als genehmigt**
- **Beschafft** sich eine antragstellende Person die Leistung anschließend selbst, besteht eine **Erstattungspflicht des LRT** für die Aufwendungen der selbstbeschafften Leistung
- Keine Erstattungspflicht des LRT, wenn kein Anspruch bestand **und** die/der Antragsteller:in dies **wusste oder grob fahrlässig nicht wusste** (Gutgläubigkeit)
- Der leistende Reha-Träger hat **im Innenverhältnis ggf. einen Erstattungsanspruch** gegen Reha-Träger, die nach § 15 SGB IX beteiligt wurden (vgl. § 16 Abs. 5 SGB IX)

 Diese Vorschriften **gelten nicht** für die **Eingliederungshilfe, Jugendhilfe und Kriegsopferfürsorge** (§ 18 Abs. 7 SGB IX).

Hinweis: „Neue“ Rechtsprechung des BSG vom 26.5.2020, B 1 KR 9/18 R



- Betrifft Genehmigungsfiktion na. § 13 Abs. 3a SGB V
- Genehmigungsfiktion begründet danach **keinen** Naturalleistungsanspruch
 - Recht auf Selbstbeschaffung und Kostenerstattung nur bei „Gutgläubigkeit“.
 - Versicherte müssen zunächst in Vorleistung gehen.
- Genehmigungsfiktion fingiert danach **keinen Verwaltungsakt**
 - Beendet nicht das in Gang gesetzte Verfahren bei der Krankenkasse
 - Krankenkasse hat grds. das Recht / die Pflicht noch in der Sache über den Antrag zu entscheiden.
- Entscheidung betrifft grundsätzlich nur § 13 Abs. 3a SGB V → gilt nicht für med. Rehabilitationsleistungen (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V)
- Aber: BSG begründet seine „neue“ Rspr. zu § 13 Abs. 3a SGB V auch unter Bezugnahme auf § 18 SGB IX

Leistungsentscheidung: **Genehmigungsfiktion § 18 SGB IX**

Begründete Mitteilung nach § 18 Abs. 2 SGB IX (Fristverlängerung durch LRT)

1. Zeitpunkt und Form


- vor Ablauf der Zwei-Monatsfrist
- **Schriftform**

2. Begründung und Verlängerungsdauer

- Benennung und Nachweisbarkeit eines in § 18 Abs. 2 Satz 2 SGB IX geregelten Grundes
- **Drei Begründungen**, die eine Fristverlängerung bewirken können, sind gesetzlich abschließend geregelt
- zudem die jeweils **max. Dauer** der Fristverlängerung

3. Auf den **Tag genaue Bestimmung, bis wann über den Antrag entschieden wird**

- Dieser Tag muss innerhalb des gesetzlich vorgesehenen Verlängerungszeitraums liegen.

 Eintritt der Genehmigungsfiktion auch dann, wenn der benannte Entscheidungszeitpunkt ohne weitere begründete Mitteilung überschritten wird (§ 18 Abs. 3 Satz 2 SGB IX)

Begründete Mitteilung nach § 18 Abs. 2 SGB IX (Fristverlängerung durch LRT)

Trägerübergreifendes Musterformular zur Begründeten Mitteilung

www.bar-frankfurt.de>Themen>Reha-Prozess>Musterformulare



Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation e. V. (BAR)
Solmsstraße 18
60486 Frankfurt am Main

www.bar-frankfurt.de