

Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

AOK NORDWEST • Rehabilitation, Thema 3.2, Nr. 8



Rehabilitation

**Leistungen zur medizinischen
Rehabilitation**

**Leistungen zur Teilhabe am
Arbeitsleben**

**zur Teilhabe am Leben in der
Gemeinschaft**

Unterhaltssichernde Leistungen

Andere ergänzende Leistungen



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Ziele der Rehabilitation -

§ 1 SGB IX: Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Rechtsstand ab 01.01.2018)

Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder sowie Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen.



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Begriff der Behinderung -

§ 2 Absatz 1 SGB IX: Begriffsbestimmungen (Rechtsstand ab 01.01.2018)

Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Begriff der Behinderung -

§ 2 Absatz 2 SGB IX: Begriffsbestimmungen (Rechtsstand ab 01.01.2018)

Menschen sind im Sinne des Teils 3 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Begriff der Behinderung -

§ 2 Absatz 3 SGB IX: Begriffsbestimmungen (Rechtsstand ab 01.01.2018)

Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen Menschen mit Behinderungen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Prävention -

§ 3 SGB IX: Vorrang von Prävention (Rechtsstand ab 01.01.2018)

Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter wirken bei der Aufklärung, Beratung, Auskunft und Ausführung von Leistungen im Sinne des Ersten Buches sowie im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern nach § 167 darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird. Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummern 1 bis 4 und 6 und ihre Verbände wirken bei der Entwicklung und Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie nach den Bestimmungen der §§ 20d bis 20g des Fünften Buches mit.



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Prävention -

Zu § 3 SGB IX: Begriff der Krankheit

„Krankheit ist ein regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, der Arbeitsunfähigkeit oder Behandlung oder beides nötig macht.“

(Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 16.05.1972, 9RV 556/71)



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Ziele der Leistungen zur Teilhabe -

§ 4 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe (keine Änderungen)

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,



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Ziele der Leistungen zur Teilhabe -

§ 4 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe (keine Änderungen)

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

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,



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Ziele der Leistungen zur Teilhabe -

§ 4 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe (keine Änderungen)

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

3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Ziele der Leistungen zur Teilhabe -

§ 4 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe (keine Änderungen)

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

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.



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Ziele der Leistungen zur Teilhabe -

§ 4 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe (Rechtsstand ab 01.01.2018)

Angefügt wird der Absatz 4

Leistungen für Mütter und Väter mit Behinderungen werden gewährt, um diese bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder zu unterstützen.



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Arten der Rehabilitationsleistungen -

§ 5 SGB IX: Leistungsgruppen (Rechtsstand ab 01.01.2018)

Zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden erbracht

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 26 ff. neu: §§ 42 ff. SGB IX),
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 ff. neu: §§ 49 ff. SGB IX),
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§§ 44 ff. neu: §§ 64 ff. SGB IX),
4. Leistungen zur Teilhabe an Bildung kommunikative, technische oder andere Hilfsmittel (§ 75 neu: § 112 SGB IX - Leistungen zur Teilhabe an Bildung),
5. Leistungen zur sozialen Teilhabe (§§ 55 ff. neu: § 113 ff. SGB IX).



BTHG

- § 75 SGB IX Leistungen zur Teilhabe an Bildung -

Abs. 1

Zur Teilhabe an Bildung werden unterstützende Leistungen erbracht, die erforderlich sind, damit Menschen mit Behinderungen Bildungsangebote gleichberechtigt wahrnehmen können.



BTHG

- § 75 SGB IX Leistungen zur Teilhabe an Bildung -

Abs. 2

Die Leistungen umfassen insbesondere

- Hilfen zur Schulbildung - auch Ganztagschule - , insbesondere im **Rahmen der Schulpflicht einschließlich der Vorbereitung** hierzu,
- Hilfen zur **schulischen Berufsausbildung**,
- Hilfen zur **Hochschulbildung** und
- Hilfen zur **schulischen und hochschulischen beruflichen Weiterbildung**;
z. B. Masterstudiengang.

Es erfolgt keine Einkommensprüfung nach § 138 Abs. 1 SGB IX bzw. nach § 92 SGB XII bis 31.12.2019 .



BTHG

- § 75 SGB IX Leistungen zur Teilhabe an Bildung -

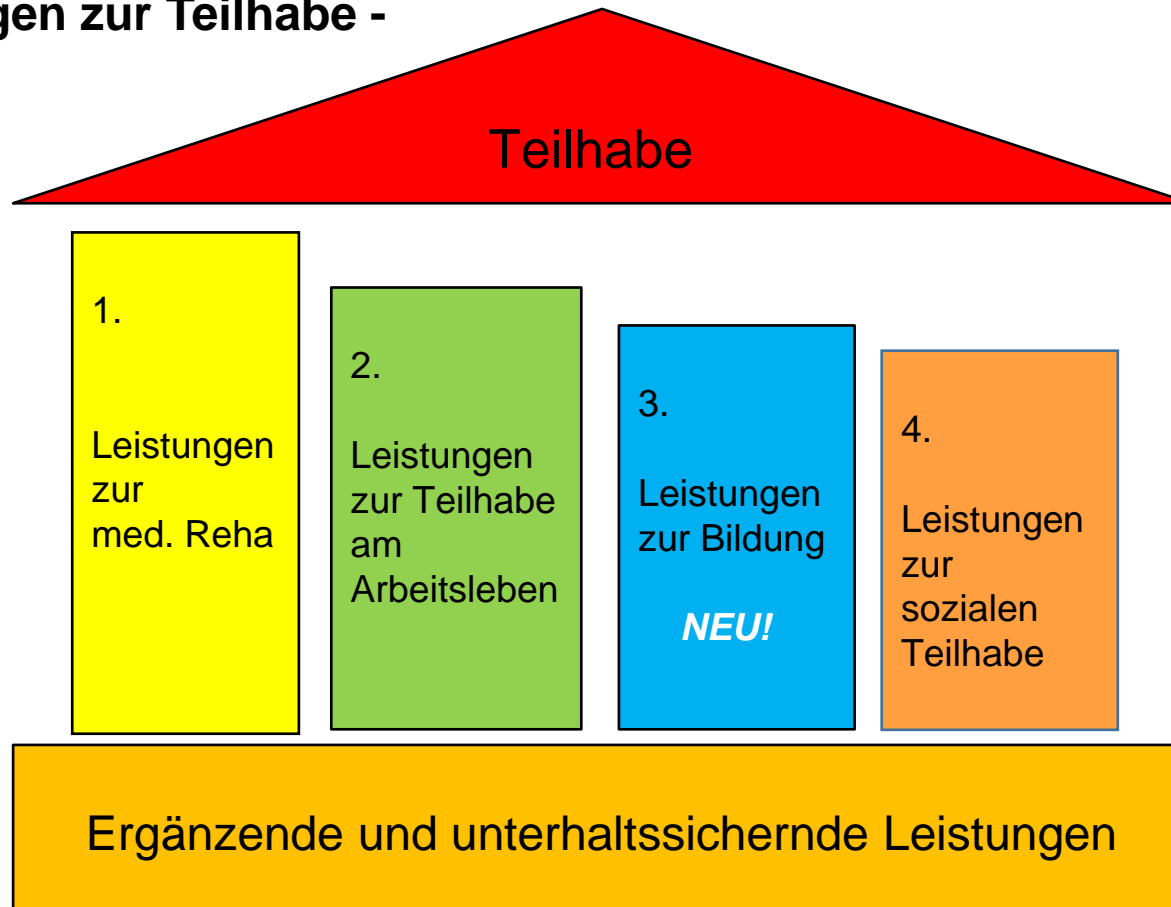
Folge

- **Die GKV ist kein Träger für die Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 5 Nr. 4 i. V. § 6 Abs. 1 Nr. 1), aber medizinischen Rehabilitationsleistungen gehen den Leistungen zur Teilhabe an Bildung vor.**



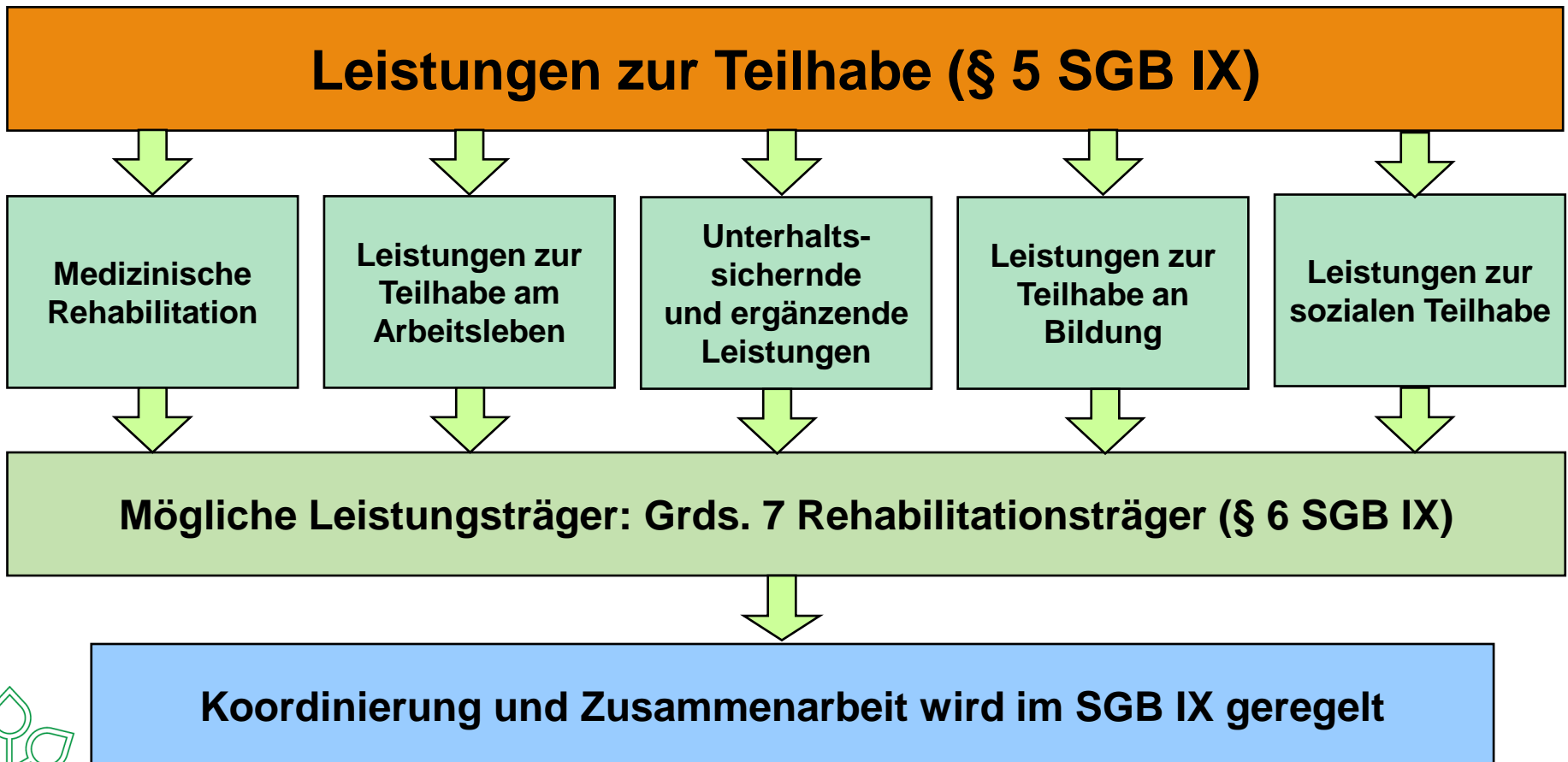
BTHG

- Leistungen zur Teilhabe -



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Arten der Rehabilitationsleistungen -



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Rehabilitationsträger-

§ 6 SGB IX: Rehabilitationsträger (Rechtsstand ab 01.01.2018)

- die gesetzlichen Krankenkassen
- die Bundesagentur für Arbeit
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
- die Träger der Kriegsopferversorgung
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- die Träger der Eingliederungshilfe



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungen der gesetzlichen KV -

§ 6 Abs. 1 Nr. 1 in Verb. mit § 5 Abs. 1 Nrn. 1 und 3 SGB IX

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungen der gesetzlichen KV -

§ 7 SGB IX: Vorbehalt abweichender Regelungen (Rechtsstand ab 01.01.2018)

Die Vorschriften im Teil 1 gelten für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungen der gesetzlichen KV -

§ 7 SGB IX: Vorbehalt abweichender Regelungen (Rechtsstand ab 01.01.2018)

Grundsatz:

Bei Teilhabeleistungen gilt das SGB IX; die leistungsrechtlichen Bestimmungen der jeweiligen Leistungsgesetze (z. B. Anspruchsvoraussetzungen, Leistungsspektrum) bleiben unberührt.

Für die Krankenversicherung gilt somit das SGB IX, wenn das SGB V keine anders lautende Aussage enthält



BTHG

- § 7 SGB IX Vorbehalt abweichender Regelungen -

Abs. 2

Abweichend von Absatz 1 gehen die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vor.

- **Kapitel 2 - Einleitung der Rehabilitation von Amts wegen**
 - § 9 Vorrangige Prüfung von Leistungen zur Teilhabe
 - § 10 Sicherung der Erwerbsfähigkeit
 - § 11 Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation
- **Kapitel 3 - Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs**
 - § 12 Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung
 - § 13 Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs



Kapitel 4 (nächste Seite)

BTHG

- § 7 SGB IX Vorbehalt abweichender Regelungen -

Kapitel 4 Koordinierung der Leistungen

- § 14 Leistender Rehabilitationsträger
- § 15 Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern
- § 16 Erstattungsansprüche zwischen Rehabilitationsträgern
- § 17 Begutachtung
- § 18 Erstattung selbstbeschaffter Leistungen
- § 19 Teilhabeplan
- § 20 Teilhabeplankonferenz
- § 21 Besondere Anforderungen an das Teilhabeplanverfahren
- § 22 Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen
- § 23 Verantwortliche Stelle für den Sozialdatenschutz
- § 24 Vorläufige Leistungen



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsgrundlage -

§ 14 SGB IX – Zuständigkeitsklärung (Rechtsstand ab 01.01.2018)

(1) Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz für die Leistung zuständig ist; bei den Krankenkassen umfasst die Prüfung auch die Leistungspflicht nach § 40 Absatz 4 des Fünften Buches . Stellt er bei der Prüfung fest, dass er für die Leistung insgesamt nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu und unterrichtet hierüber den Antragsteller. Muss für eine solche Feststellung die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung in der Frist nach Satz 1 nicht möglich, soll der Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zugeleitet werden, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung erbringt. Wird der Antrag bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt, werden bei der Prüfung nach den Sätzen 1 und 2 keine Feststellungen nach § 11 Absatz 2a Nummer 1 des Sechsten Buches und § 22 Absatz 2 des Dritten Buches getroffen.



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsgrundlage -

§ 14 SGB IX – Zuständigkeitsklärung (Rechtsstand ab 01.01.2018)

(2) Wird der Antrag nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf anhand der Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 13 unverzüglich und umfassend fest und erbringt die Leistungen (leistender Rehabilitationsträger). Muss für diese Feststellung kein Gutachten eingeholt werden, entscheidet der leistende Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragsingang. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen. Wird der Antrag weitergeleitet, gelten die Sätze 1 bis 3 für den Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet worden ist, entsprechend; die Frist beginnt mit dem Antragsingang bei diesem Rehabilitationsträger. In den Fällen der Anforderung einer gutachterlichen Stellungnahme bei der Bundesagentur für Arbeit nach § 54 gilt Satz 3 entsprechend.



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsgrundlage -

§ 14 SGB IX – Zuständigkeitsklärung (Rechtsstand ab 01.01.2018)

Die „Altregelung“ des § 14 SGB IX wird in ihrer Substanz auch im Jahr 2018 übernommen.

Neu eingeführt wird der Begriff „Leistender Träger“. Hiermit wird ab 2018 der Träger an den weitergeleitet wird, oder der erstangegangene Träger bei Nicht-Weiterleitung bezeichnet.



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsgrundlage -

RdSchr. 01g vom 18.06.2001 zu § 14 SGB IX Tit. 2.4:

Der zuständige Rehabilitationsträger hat den Rehabilitationsbedarf nach § 14 Abs. 2 SGB IX unverzüglich festzustellen. Ist hierzu eine gutachtliche Stellungnahme nicht erforderlich, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von 3 Wochen nach Eingang des Antrags bei ihm. Ist jedoch eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen und kann dadurch die 3-Wochen-Frist für eine Sachentscheidung nicht eingehalten werden, ist die Entscheidung innerhalb von 2 Wochen nach Vorliegen der gutachtlichen Stellungnahme zu treffen.



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsgrundlage -

§ 15 SGB IX – Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

(1) Stellt der leistende Rehabilitationsträger fest, dass der Antrag neben den nach seinem Leistungsgesetz zu erbringenden Leistungen weitere Leistungen zur Teilhabe umfasst, für die er nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 sein kann, leitet er den Antrag insoweit unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu. Dieser entscheidet über die weiteren Leistungen nach den für ihn geltenden Leistungsgesetzen in eigener Zuständigkeit und unterrichtet hierüber den Antragsteller.



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsgrundlage -

§ 15 SGB IX – Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

(2) Hält der leistende Rehabilitationsträger für die umfassende Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nach § 14 Absatz 2 die Feststellungen weiterer Rehabilitationsträger für erforderlich und liegt kein Fall nach Absatz 1 vor, **fordert er von diesen Rehabilitationsträgern** die für den Teilhabeplan nach § 19 **erforderlichen Feststellungen** unverzüglich an und berät diese nach § 19 trägerübergreifend. Die **Feststellungen binden den leistenden Rehabilitationsträger** bei seiner Entscheidung über den Antrag, wenn sie innerhalb von zwei Wochen nach Anforderung oder im Fall der Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens beim leistenden Rehabilitationsträger eingegangen sind. Anderenfalls stellt der leistende Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen **umfassend fest.**



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsgrundlage -

§ 16 SGB IX – Erstattungsansprüche zwischen Rehabilitationsträgern / NEU (Rechtsstand ab 01.01.2018)

- (1) Hat ein leistender Rehabilitationsträger nach § 14 Absatz 2 Satz 4 Leistungen erbracht, für die ein anderer Rehabilitationsträger insgesamt zuständig ist, erstattet der zuständige Rehabilitationsträger die Aufwendungen des leistenden Rehabilitationsträgers nach den für den leistenden Rehabilitationsträger geltenden Rechtsvorschriften.



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsgrundlage -

§ 16 SGB IX – Erstattungsansprüche zwischen Rehabilitationsträgern / NEU (Rechtsstand ab 01.01.2018)

(2) Hat ein leistender Rehabilitationsträger nach § 15 Absatz 3 Satz 2 Leistungen im eigenen Namen erbracht, für die ein beteiligter Rehabilitationsträger zuständig ist, erstattet der beteiligte Rehabilitationsträger die Aufwendungen des leistenden Rehabilitationsträgers nach den Rechtsvorschriften, die den nach § 15 Absatz 2 (trägerübergreifende Leistungserbringung) eingeholten Feststellungen zugrunde liegen. => Leistungssätze des erstattenden Trägers

Hat ein beteiligter Rehabilitationsträger die angeforderten Feststellungen nicht oder nicht rechtzeitig nach § 15 Absatz 2 (Teilhabeplan) beigebracht, erstattet der beteiligte Rehabilitationsträger die Aufwendungen des leistenden Rehabilitationsträgers nach den Rechtsvorschriften, die der Leistungsbewilligung zugrunde liegen. => Leistungssätze des vorleistenden Trägers



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Leistungsgrundlage -

§ 16 SGB IX – Erstattungsansprüche zwischen Rehabilitationsträgern / NEU (Rechtsstand ab 01.01.2018)

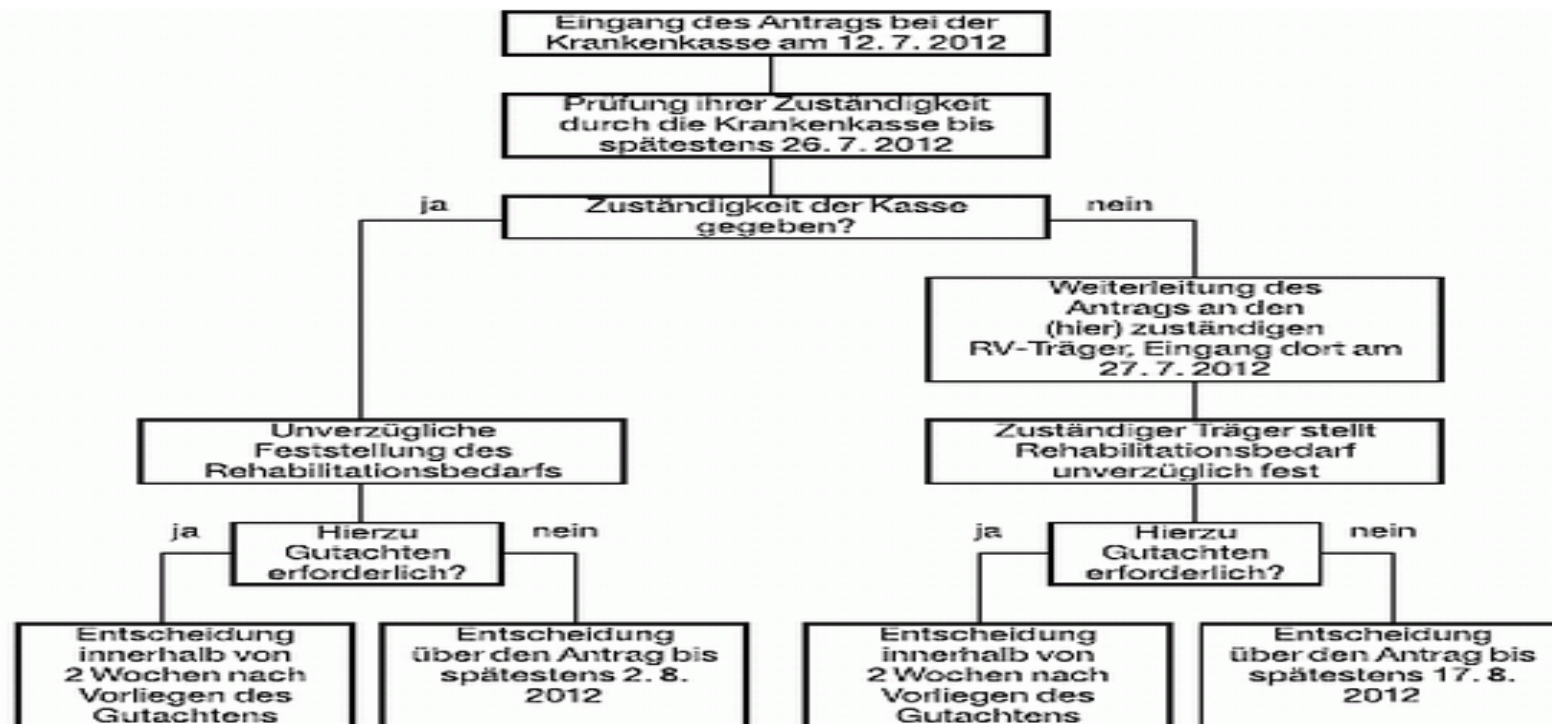
- (4) Für unzuständige Rehabilitationsträger ist § 105 des Zehnten Buches nicht anzuwenden, wenn sie eine Leistung erbracht haben,
1. ohne den Antrag an den zuständigen Rehabilitationsträger nach § 14 Absatz 1 Satz 2 weiterzuleiten oder
 2. ohne einen weiteren zuständigen Rehabilitationsträger nach § 15 zu beteiligen, es sei denn, die Rehabilitationsträger vereinbaren Abweichendes. Hat ein Rehabilitationsträger von der Weiterleitung des Antrages abgesehen, weil zum Zeitpunkt der Prüfung nach § 14 Absatz 1 Satz 3 Anhaltspunkte für eine Zuständigkeit auf Grund der Ursache der Behinderung bestanden haben, bleibt § 105 des Zehnten Buches unberührt.



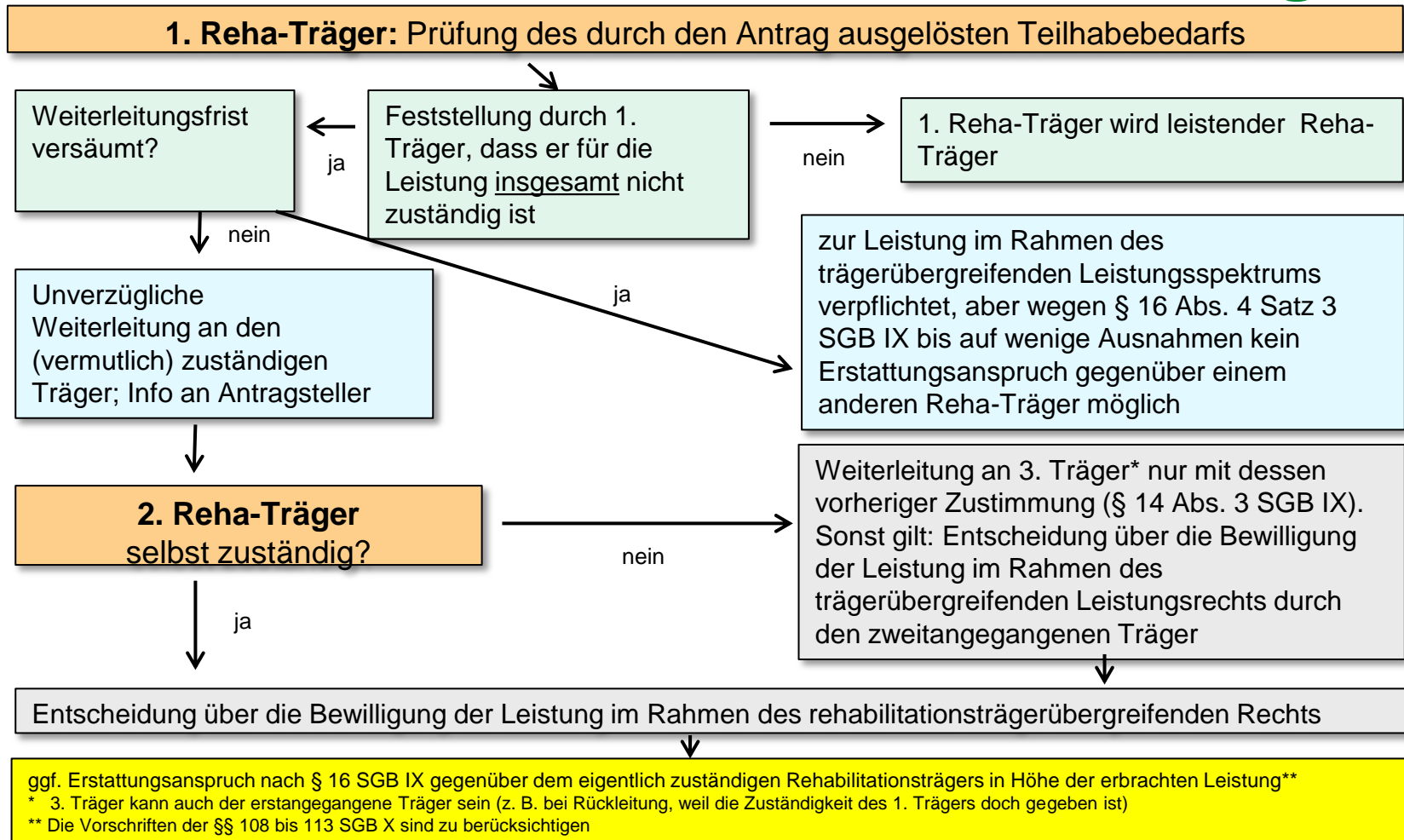
SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Zuständigkeitsklärung-

Die Altregelung der Zuständigkeitsklärung nach § 14 Abs. 1 und 2 SGB IX wird im Rundschreiben am folgenden Beispiel dargestellt



§ 14 SGB IX Leistender Rehabilitationsträger



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Zuständigkeitsklärung (Altregelung) -

**Ich halte mich
für zuständig**

**Ich halte mich
nicht für zuständig**

**Entscheidung über
Leistung nach SGB IX
-
auch bei Unzuständigkeit
keine Erstattung**

**Abgabe an vermeintlich
zuständigen Träger**

**Entscheidung über
Leistung nach SGB IX
-
bei Unzuständigkeit
Erstattung**

**Entscheidung innerhalb
von 3 Wochen nach
Antragseingang**

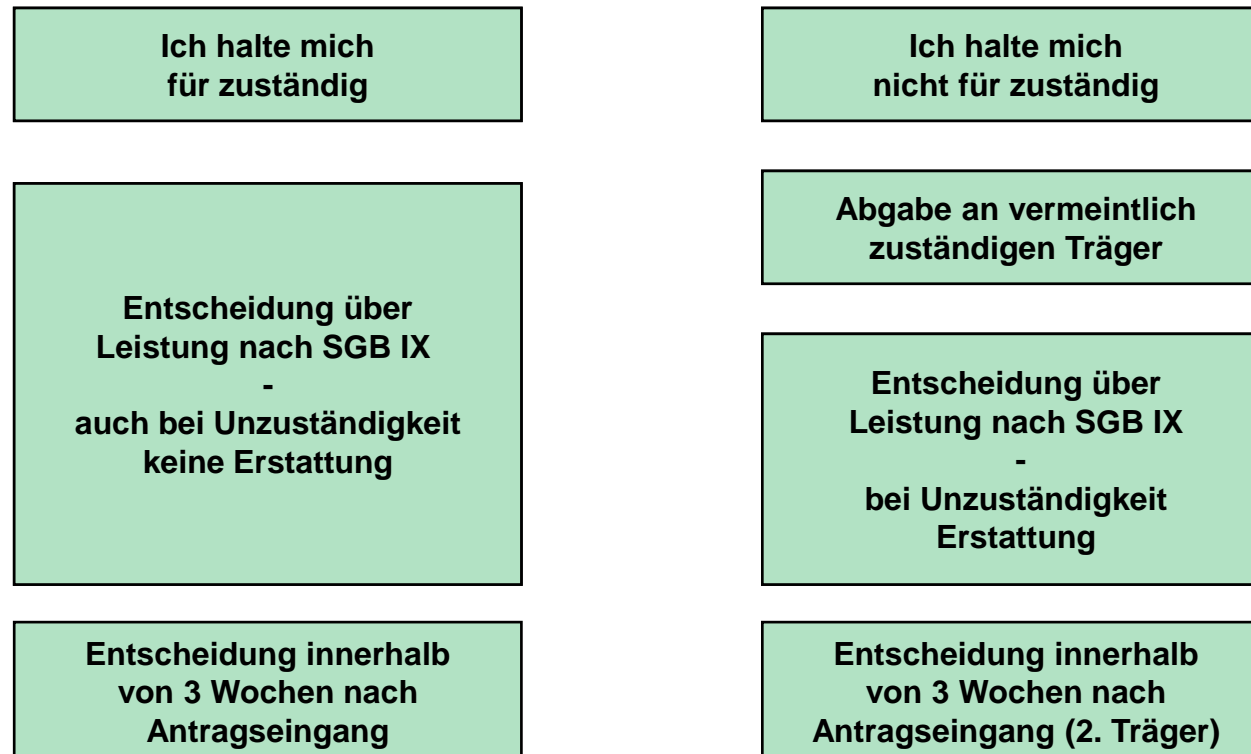
**Entscheidung innerhalb
von 3 Wochen nach
Antragseingang (2. Träger)**



SGB IX - Allgemeine Vorschriften

- Zuständigkeitsklärung (Altregelung) -

Grundsatz: Zuständigkeitsklärung innerhalb von 2 Wochen (vgl. § 14 Abs. 1 SGB IX)



§ 14 SGB IX Leistender Rehabilitationsträger

Eingang des Antrags

Prüfung der Zuständigkeit innerhalb von 14 Tagen nach Antragseingang

a)

Zumindest für einen Teil
des Antrags zuständig

Keine Weiterleitung
§ 14 Abs. 2

ggf. Anwendung § 15 SGB
IX

b)

Insgesamt nicht zuständig

Weiterleitung nach
§ 14 Abs. 1 Satz 2;

Nochmalige Weiterleitung nach
§ 14 Abs. 3 mit Einwilligung
des „3“. Trägers möglich
TURBOKLÄRUNG



§ 14 SGB IX Leistender Rehabilitationsträger

Fall a): Keine Weiterleitung erforderlich, da erstangegangener Reha-Träger zumindest für einen Teil des Antrag leistungspflichtig



Frist bis zur Leistungsentscheidung

3 Wochen nach Eingang Antrag beim **entscheidenden** Träger oder bei Überschreitung 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens.

Aber: § 18 - Entscheidung spätestens nach 2 Monaten ab Eingang beim leistenden Träger, sonst gilt der Antrag wie beantragt genehmigt. Der Leistungsberechtigte hat die Möglichkeit, sich die Leistung selbst zu beschaffen (Kostenerstattung durch leistenden Rehabilitationsträger).



§ 14 SGB IX

Leistender Rehabilitationsträger

Der erstangegangene Träger erhält einen Antrag auf eine Reha- oder sonstige Teilhabeleistung.

Verpflichtung: Prüfung Teilhabebedarf und darauf aufbauend Zuständigkeitsprüfung innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Antrags (Eingangsstempel)

Erstangegangener Träger ist zumindest für einen Teil der beantragten Leistungen zuständig

Entscheidung über den Teilhabeantrag innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang.
Bei Einholung eines Gutachtens muss innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Gutachtens über den Leistungsantrag entscheiden (§ 14 Abs. 2 S. 1 bis 3 SGB IX).

Anmerkung: Gegenüber einem anderen Reha-Träger kann wegen der erbrachten Leistungen nur noch dann ein Erstattungsanspruch nach § 102 ff. SGB X gestellt werden, wenn nach der Bescheiderteilung Ereignisse eintreten, die die Vorrangigkeit eines anderen Leistungsträgers begründen (z. B. Erklärungen bzw. Rücknahme von Erklärungen oder Feststellung, dass der Versicherte bei seinem Antrag irrtümlich falsche Angaben gemacht hat).

Erstangegangener Träger ist für keine der Leistungen zuständig

Antragsweiterleitung an den vermeintlich zuständigen Reha-Träger und Unterrichtung des Antragstellers.

Anmerkung: Dieses muss spätestens am nächsten Werktag nach Ablauf der 14-Tage-Frist erfolgen. Ansonsten ist er auch außerhalb seines Leistungsspektrums zur rehasträgerübergreifenden Leistung verpflichtet, ohne später einen Erstattungsanspruch gegen den eigentlich zuständigen Reha-Träger stellen zu können (§ 14 Abs. 2 und 4 Satz 3 SGB IX).

Erstangegangener Träger ist zumindest für einen Teil der beantragten Leistungen zuständig und es verbleibt ein nicht gedeckter Teilhabebedarf (z. B. Übernahme von Mehrkosten für ein höherwertiges Hörgerät aus beruflichen Gründen).

Beteiligung des anderen Reha-Trägers nach § 15 Abs. 1 SGB IX und Erstangegangener Reha-Träger erhält Rolle des „leistenden“ Rehabilitationsträger i. S. des § 14 SGB IX. Er ist für die Koordination der Leistungen und für die Rechtzeitigkeit seiner Leistungen verantwortlich. In den Fällen des § 18 SGB IX (Kostenerstattung von selbstbeschafften Leistungen) bleibt er für die Durchführung der Kostenerstattung zuständig und hat einen Erstattungsanspruch gegenüber dem anderen Rehabilitationsträger.

§ 14 SGB IX Leistender Rehabilitationsträger

Fall b): komplette Weiterleitung des Antrags (§ 14 Abs. 1 S. 2)

1/2



- Keine trägerübergreifende Bedarfsermittlung durch erstangegangenen Träger
- Keine Erstellung eines Teilhabeplans durch erstangegangenen Träger
- Weiterleitung des Teilhabeantrags inkl. Benachrichtigung des Antragstellers
- Pflichten des **zweitangegangenen** Rehabilitationsträgers:
Frist bis zur Entscheidung
 - 3 Wo nach Eingang Antrag beim entscheidenden Träger oder
 - 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens



§ 14 SGB IX Leistender Rehabilitationsträger

Fall b): komplette Weiterleitung des Antrags (§ 14 Abs. 1 S. 2)

2/2



- **Aber: Einschränkung der Entscheidungsfrist beim zweitangegangenen Rehabilitationsträger**
 - § 18: Entscheidung spätestens nach 2 Monaten ab Eingang des Antrags beim **erstangegangenen** Rehabilitationsträger, sonst hat der Leistungsberechtigte die Möglichkeit, sich die Leistung zulasten des Rehabilitationsträgers selbst zu besorgen (Kostenerstattung).
- **Zweitangegangener Rehabilitationsträger übernimmt die trägerübergreifende Prüfung des Teilhabebedarfs und alle Koordinierungsaufgaben**



§ 14 SGB IX Leistender Rehabilitationsträger

Erneute Weiterleitung des Reha-Antrags durch zweitangegangenen Reha-Träger (§ 14 Abs. 3 SGB IX) 1/2



- Nur nach vorheriger Zustimmung des „drittangegangenen“ Reha-Trägers
- Teilhabebedarfsprüfung und Entscheidung durch „3.“ Träger
- Frist bis zur Entscheidung über den nicht weitergeleiteten Antragsteil:
 - 3 Wo nach Eingang des Antrags beim *zweitangegangenen* Träger (**Turboklärung**) oder
 - 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens.

Aber: § 18: Entscheidung spätestens nach 2 Monaten ab Eingang beim *zweitangegangenen* Träger, sonst hat der Leistungsberechtigte die Möglichkeit, sich die Leistung zulasten des Rehabilitationsträgers selbst zu beschaffen.

§ 14 SGB IX Leistender Rehabilitationsträger

Erneute Weiterleitung des Reha-Antrags durch zweitangegangenen Reha-Träger (§ 14 Abs. 3 SGB IX) 2/2



- Drittangegangener Rehabilitationsträger übernimmt die trägerübergreifende Prüfung des Teilhabebedarfs und alle Koordinierungsaufgaben
- Eigentlich darf der drittangegangene Reha-Träger nach dem Gesetzestext des § 16 Abs. 1 keinen EA geltend machen (nur der zweitangegangene Rehabilitationsträger wird genannt), aber:
 - Verwaltungsabsprachen sind erlaubt (§ 16 Abs. 4 S. 1)
 - In der „GE Rehaprozess und Zuständigkeit“ vereinbaren die Rehaträger, dass auch der drittangegangene Reha-Träger („Turboklärungs“-Träger) wie der zweitangegangene Reha-Träger einen EA hat!

§ 14 SGB IX

Aufgaben des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers

Weiterleitung nach § 14 SGB IX durch anderen Rehabilitationsträger

Prüfung, ob die Fristen des § 14 SGB IX eingehalten wurden
(Aufgabe zur Post entscheidend) und ob grundsätzliche Zuständigkeit für die Leistung besteht.

Weiterleitungsfrist wurde eingehalten und grundsätzliche Leistungszuständigkeit besteht.

Verpflichtung, innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang – bei Einholung eines Gutachtens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Gutachtens – den Reha-Bedarf zu ermitteln und über den Leistungsanspruch zu entscheiden (vgl. § 14 Abs. 2 SGB IX).

Weiterleitungsfrist wurde nicht eingehalten.

Rücksendung des Antrags an den vorherigen Reha-Träger mit dem Hinweis, dass dessen rehabilitationsträger-übergreifende Leistungsverpflichtung gegeben ist, **ohne** dass dieser einen Erstattungsanspruch geltend machen kann (§ 14 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 16 Abs. 4 SGB IX). **!!NEU!!**

Feststellung, dass die beantragte Leistung nicht vom eigenen Leistungsspektrum erfasst wird oder dass letztendlich ein anderer Reha-Träger zuständig ist.

Unverzögliche Klärung mit dem vermeintlich zuständigen Reha-Träger, von wem und in welcher Weise über den Antrag entschieden wird. Ggf. Weiterleitung oder Rücksendung des Antrags mit dessen Zustimmung (§ 14 Abs. 3 SGB IX, TURBOKLÄRUNG, **NEU**).

Hinweis:

Hätte die Teilhabeleistung von einem anderen Reha-Träger erbracht werden müssen, hat der zweitangegangene Reha-Träger gegenüber dem letztendlich zuständigen Träger einen Erstattungsanspruch in Höhe seiner erbrachten Leistungen (§ 14 Abs. 4 SGB IX). Voraussetzung ist die Anmeldung des Erstattungsanspruchs innerhalb der Fristen des § 111 SGB X.



Systematik §§ 14 und 15 SGB IX

Phase 1: Feststellung des leistenden Rehabilitationsträgers nach § 14 SGB IX

Klärung
Zuständigkeit:

Erstangegangener
Rehabilitationsträger

Zweitangegangener
Rehabilitationsträger

Drittangegangener
Rehabilitationsträger

Phase 2: Der leistende Träger muss einen anderen Rehabilitationsträger beteiligen

§ 15 Abs. 1 SGB IX:

Der leistende Träger stellt fest, dass er mit seinen eigenen Leistungen nicht den gesamten Teilhabebedarf befriedigen kann und dass deshalb ggf. ein anderer Rehabilitationsträger für den „Mehrbedarf“ zuständig ist.

§ 15 Abs. 2 SGB IX:

Um als leistender Rehabilitationsträger über den Leistungsantrag (Art, Umfang der Leistungen etc.) zu entscheiden, bedarf es noch einer Abklärung/Feststellung eines anderen Leistungsträgers. Auch möglich bei Fristversäumnis nach § 14 oder 15 Abs. 1 SGB IX.

!! Unbedingt zu beachtende Fristen wenn die AOK NW solche Fälle erhält !!



§ 15 SGB IX

Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

Weiterleitung des **Teilantrags** (§ 15 Abs. 1)

1/3

Stellt der leistende Rehabilitationsträger fest, dass der Antrag neben den nach seinem Leistungsgesetz zu erbringenden Leistungen weitere Leistungen zur Teilhabe umfasst, für die er nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 sein kann, leitet er den Antrag insoweit unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu.

- Trägerübergreifende Bedarfsermittlung und Erstellung eines Teilhabeplans (sofern mit dem beteiligten Rehabilitationsträger nicht etwas Anderes vereinbart wurde)
- Weiterleitung des Teilantrags (zusammen mit dem Teilhabeplan, inkl. Benachrichtigung des Antragstellers)
- Frist bis zur Entscheidung über den nicht weitergeleiteten Antragsteil:
 - 6 Wo nach Eingang Antrag beim entscheidenden Träger (§ 15 Abs. 4)
 - Wenn zusätzlich Teilhabekonferenz eingeleitet: zwei Monate ab Eingang

Noch offen ist, ob es ein grundsätzlicher oder tatsächlicher Anspruch sein muss.

Bsp.: Hilfsmittel in Kombination mit Reha KV/RV

Klärung erfolgt auf Bundesebene



§ 15 SGB IX

Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

Weiterleitung des **Teilantrags** (§ 15 Abs. 1)

2/3



Anmerkung zu den Fristen:

Aber: - § 18 - Entscheidung spätestens nach 2 Monaten ab Eingang beim leistenden Rehabilitationsträger i.S. des § 14, sonst gilt der Antrag fiktiv als genehmigt. Der Leistungsberechtigte hat dann die Möglichkeit, sich die Leistung zulasten des Rehabilitationsträgers selbst zu besorgen.

Der Berechtigte kann die privat beschaffte Leistung im Rahmen der Kostenerstattung von dem nach § 14 leistenden (= „splittenden“) Rehabilitationsträger verlangen. Dieser hat gegenüber dem „untätigen“ Rehabilitationsträger (Splitting-Adressat) die Möglichkeit eines EA nach § 16 Abs. 5 SGB IX (Verschuldensfrage für die Untätigkeit muss vorher geklärt werden.)



§ 15 SGB IX

Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

Weiterleitung des **Teilantrags** (§ 15 Abs. 1)

3/3



Beispiel:

- Kosten des Hörgerätes: Privatkauf 4000,00 EUR
- Anteil der KK: 1.000,00 EUR (Festbetrag)
- Anteil der RV: 1.500,00 EUR

RV-Träger „verschuldet“ die 2-Monats-Frist des § 18 SGB IX; Krankenkasse als „leistender“ Träger muss die Kosten i. H. v. 4.000,00 EUR übernehmen.

Folge:

Die Krankenkasse hat einen Anspruch auf Erstattung der entstandenen Mehrkosten gegenüber RV-Träger in Höhe von (4.000,00 EUR ./. Leistung der Krankenkasse von 1000,00 EUR =) 3.000,00 EUR.



§ 15 SGB IX

Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

Einbindung anderer Rehabilitationsträger (§ 15 Abs. 2)

1/3



BEISPIELE:

- Verordnung eines E-Rollstuhls: Versicherter wohnt im ersten Stock ohne Aufzug; wohnumfeldverändernde Maßnahmen des Trägers der Eingliederungshilfe sind abzuklären.
- Verordnung einer Reha nach § 40 SGB V, für die der RV-Träger zuständig ist. Es wird zusätzlich ein Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl oder Beinprothese) verordnet.



§ 15 SGB IX

Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

Einbindung anderer Rehabilitationsträger (§ 15 Abs. 2)

2/3

... fordert er (= der leistende Rehabilitationsträger) von dem anderen Rehabilitationsträger die für den Teilhabeplan nach § 19 erforderlichen Feststellungen unverzüglich an und berät diese nach § 19 trägerübergreifend....

Anmerkung:

- Der „leistende“ Rehabilitationsträger bleibt der für den Antrag verantwortliche Reha-Träger.
- Er muss dem anderen Reha-Träger in Form eines Teilhabeplanes alle wichtigen Informationen mitteilen und um Feststellung bitten, wie der andere Rehabilitationsträger seine Leistungsverpflichtung bzw. Zuständigkeit etc. sieht.

§ 15 SGB IX

Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

Einbindung anderer Rehabilitationsträger (§ 15 Abs. 2)

3/3

- ... Die Feststellungen binden den leistenden Rehabilitationsträger bei seiner Entscheidung über den Antrag, wenn sie **innerhalb von zwei Wochen nach Anforderung** oder im Fall der Begutachtung **innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens** beim leistenden Rehabilitationsträger eingegangen sind. Anderenfalls stellt der leistende Rehabilitationsträger den **Rehabilitationsbedarf** nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen umfassend fest.
 - Keine Verlängerung der Zwei-Wochen-Frist durch Postlaufzeiten
 - Die Feststellung des angefragten Reha-Trägers ist selbst kein Verwaltungsakt und somit nicht widerspruchsfähig
 - Fallmanagement wegen der kurzen Fristen notwendig
 - Bei Fristversäumnis entscheidet der anfragende Reha-Träger als im jeweiligen Recht des anderen Reha-Trägers nicht Geschulter!

§ 15 SGB IX

Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

Fristversäumnis des beteiligten Trägers (§ 15 Abs. 3)

1/3



- § 15 Abs. 3 Nr. 1 i. V. m. Abs. 3 S. 2 SGB IX: Wurden die notwendigen Feststellungen über den Antrag nicht innerhalb der maßgebenden Frist getroffen, entscheidet der leistende Reha-Träger (Träger der Eingliederungshilfe) und erbringt die Leistungen im eigenen Namen.
 - Keine Verlängerung der Zwei-Wochen-Frist durch Postlaufzeiten
 - Verlängerung der Zwei-Wochen-Frist nur bei Einschaltung des MDK möglich (Info an leistenden Träger notwendig?)
 - Nach Ablauf der maßgebenden Frist kann der leistende (= beteiligende) Träger für den beteiligten Träger leisten. Die Leistungen sind vom anderen Träger zu erstatten.



§ 15 SGB IX

Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

Fristversäumnis des beteiligten Trägers (§ 15 Abs. 3)

2/3

Beispiel:

Der ehemals abhängigkeitskranke Versicherte beantragt „betreutes Wohnen“ zulasten des Trägers der Eingliederungshilfe. Der Träger meint, der Versicherte könne nach einer erfolgreichen Reha in die ambulante Betreuung überführt werden. Ein entsprechendes Gutachten des Amtsarztes liegt vor. Der Träger der Eingliederungshilfe erstellt einen (trägerübergreifenden) Teilhabeplan und bittet die Krankenkasse unter Beifügung aller Unterlagen um Feststellung, ob ein Rehabilitationsbedarf und eine Leistungszuständigkeit i. S. der KV besteht.

Die Krankenkasse antwortet nicht innerhalb von 14 Tagen (Postlaufzeiten eingeschlossen; Verlängerung nur möglich, wenn innerhalb von 14 Tagen Anzeige, dass Gutachter notwendig). Somit hat der Träger der Eingliederungshilfe keine Feststellung der Krankenkasse, die ihn bindet.

→ Lösung: nächste Folie

§ 15 SGB IX

Leistungsverantwortung bei Mehrheit von Rehabilitationsträgern

Fristversäumnis des beteiligten Trägers (§ 15 Abs. 3)

3/3



Lösung:

- Nach § 15 Abs. 2 letzter Satz und Abs. 3 S. 2 SGB IX kann der Träger der Eingliederungshilfe aufgrund eigener Feststellungen leisten (Gutachten des Amtsarztes).
- Durch die bis 26-wöchige Reha-Leistung spart der Träger der Eingliederungshilfe die Kosten des betreuten Wohnens.
- Die AOK NW hätte die Kosten der Reha nach § 16 SGB IX in vollem Umfang (+ 5 % Verwaltungskosten) zu erstatten. Einwände sind nur bei Nachweis von grober Fahrlässigkeit möglich (vgl. § 16 Abs. 2 SGB IX).



§ 15 SGB IX

Wer leistet in den Fällen des § 15 SGB IX?

Konsensfall

(= Sicherstellung der Leistungserbringung durch Teilhabeplan; Rückmeldung innerhalb der Frist; § 15 Abs. 3 Satz 1):

Leistender und beteiligter Reha-Träger leisten im eigenen Namen und zwar nur nach dessen Vorgaben (ggf. kann die Vorgabe auch die Verneinung des Anspruchs sein).

Konfliktfall (§ 15 Abs. 3 Satz 2):

Leistender Träger i.S. des § 14 SGB V

- entscheidet allein über den trägerübergreifenden Reha-Bedarf und
- erbringt die aus seiner Sicht notwendigen trägerübergreifenden Leistungen im eigenen Namen und
- stellt EA nach § 16 Abs. 2 und 3 SGB V (= + 5%)

Leistungsberechtigte können einer nach Zuständigkeiten getrennten Leistungsbewilligung und Leistungserbringung aus wichtigem Grund widersprechen



§ 16 Abs. 1 bis 3 SGB IX

Erstattungsansprüche des zweitangegangenen Trägers

Wie bisher, aber:

- EA erhöht sich in den Fällen des § 14 und 15 Abs. 3 SGB IX (nicht § 18 SGB IX) immer um eine Verwaltungskostenpauschale von 5% (= 105% der erstattungsfähigen Leistungen)
- Hinweis: § 108 bis 113 SGB IX finden weiterhin Anwendung („GE Reha-Prozess und Zuständigkeit“)

Noch offen ist, ob es Regelungen zur Erfassung und Buchung von Verwaltungskosten und Fremdleistungen geben wird.

Klärung erfolgt auf Bundesebene



§ 16 Abs. 6 SGB IX

Erstattungsansprüche des zweitangegangenen Trägers

Wie bisher, kann der Träger der Eingliederungshilfe (Sozialamt), der Jugendhilfe oder der Kriegsopferfürsorge entsprechend § 108 SGB X Zinsen für seine Leistungen verlangen, wenn zwischen der Stellung des EA und der Begleichung mehr als sechs Monate liegen (z. B. bei Klagefällen).



§ 16 SGB IX

Erstattungsansprüche zwischen Rehabilitationsträgern

Erstattungsanspruch des erstangegangenen Trägers:

- § 16 gilt nur für den zweit- und drittangegangenen Träger
- Die Erstattungsansprüche nach § 103 und § 104 SGB X bleiben für den erstangegangenen Rehabilitationsträger unberührt (falsche Angaben des Versicherten, rückwirkende Wirkung eines Ausschlussstatbestandes)
- Besonderheit: § 16 Abs. 4 SGB IX:
 - Wie bisher, Möglichkeit nach Absprache z. B. bei ungeklärter Zuständigkeit wegen noch offener Ursache der Behinderung den Fall nicht weiterzuleiten. Dann aber EA nur nach § 105 SGB X.



§ 18 SGB IX

Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

1/5

Zweimonatige „Untätigkeit“
des Reha-Trägers



§ 18 Abs. 1 bis 5



neu



unaufschiebbare Leistung



§ 18 Abs. 6



ehemaliger § 15 Abs. 1 S. 4

- Wenn die Bearbeitung von Reha-Anträgen länger als zwei Monate dauert, muss der Reha-Träger den Antragssteller über die Gründe für die Verzögerung informieren. Tut er das nicht, gilt der Antrag wegen der Untätigkeit als genehmigt.
- Begrenzt in der Summe alle Bearbeitungs- und Verlängerungsfristen.
- Frist beginnt immer mit dem Eingang des Antrags beim leistenden Reha-Träger (erst- oder zweitangegangener Reha-Träger i.S. des § 14 SGB IX: falls ein drittangegangener Träger zuständig geworden ist, „schlüpft“ er in die für den zweitangegangenen Träger geltenden Fristen).



§ 18 SGB IX

Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

2/5

- Neu für den Bereich der Reha-/Teilhabe-Leistungen (bisher nur in ähnlicher Form in § 13 Abs. 3a SGB V)
- Gesetzestext:
 - Abs. 1: Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten ab Antragsingang bei dem leistenden Rehabilitationsträger entschieden werden, teilt er den Leistungsberechtigten vor Ablauf der Frist die Gründe hierfür schriftlich mit (begründete Mitteilung).
 - Abs. 2: In der begründeten Mitteilung ist auf den Tag genau zu bestimmen, bis wann über den Antrag entschieden wird.
 - Abs. 3: Erfolgt keine begründete Mitteilung, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Die beantragte Leistung gilt auch dann als genehmigt, wenn der in der Mitteilung bestimmte Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag ohne weitere begründete Mitteilung des Rehabilitationsträgers abgelaufen ist.



§ 18 SGB IX

Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

3/5

Folgen:

- Genehmigungsfiktion mit allen Folgen, wenn zwei Monate abgelaufen sind und der Versicherte von der Krankenkasse keine Mitteilung erhalten hat, bis wann (genauer Tag anzugeben) spätestens entschieden wird.
 - Diese „fiktive“ Genehmigung entfaltet dieselbe Wirkung wie ein „echter“ Bewilligungsbescheid

Beispiel:

Antragseingang bei der Krankenkasse als leistender Rehabilitationsträger am 09.01.2018. Der Versicherte beantragt die Durchführung einer fünfwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer Nichtvertragseinrichtung, z. B. einem „privaten Sanatorium“, die einen außergewöhnlich hohen Vergütungssatz fordert. Zwei-Monats-Frist nach Abs. 1 verläuft vom 10.01.2018 bis zum 09.03.2018. Die Krankenkasse versäumt die Entscheidungsfrist nach § 18 Abs. 1. Die beantragte Leistung gilt mit Ablauf des 09.03.2018 als genehmigt, auch wenn sie sonst nicht genehmigt worden wäre.

Folge:

Voller Kostenerstattungsanspruch des Versicherten; Wirtschaftlichkeit und Rechtmäßigkeit, also insbesondere die Erforderlichkeit und Zweckmäßigkeit der Leistung darf nicht geprüft werden; gesetzliche Zuzahlung allerdings abziehbar.



§ 18 SGB IX

Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

4/5

- Eine Verlängerung der Frist von zwei Monaten ist nur bei den in § 18 Abs. 2 definierten Fällen möglich. Das bedeutet: Nur Verlängerung
 - um bis zu zwei Wochen zur Beauftragung eines Sachverständigen für die Begutachtung bei nachweisbar beschränkter Verfügbarkeit geeigneter Sachverständiger,
 - um bis zu vier Wochen für die Begutachtung, sofern die Notwendigkeit für einen solchen Zeitraum durch den Sachverständigen schriftlich bestätigt wurde und
 - für die Dauer einer fehlenden Mitwirkung des Leistungsberechtigten, soweit eine angemessene Frist zur Mitwirkung gesetzt wurde.Voraussetzung aber ist, dass der zutreffende Verlängerungszeitraum dem Versicherten konkret innerhalb der Zwei-Monats-Frist mitgeteilt wurde. Dieses erfordert also ein aktives Tun der Krankenkasse.
- Maschinelle Warnmeldung an Sachbearbeiter sechs Wochen nach Eingang des Antrages auf Teilhabe wird in oscar® durch AOK-BV konzipiert.



§ 18 SGB IX

Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

5/5

(Abs. 6 Unaufschiebbare Leistung)

- § 18 Abs. 6 Satz 1: Konnte der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Leistungsberechtigten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese vom Rehabilitationsträger in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.
 - Die Beurteilung, ob eine selbstbeschaffte Leistung "unaufschiebbar" war, ist - bei Beteiligung einer Krankenkasse als Rehabilitationsträger - ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten vorzunehmen.
 - Eine Ablehnung der Leistung muss sich im Nachhinein als unrechtmäßig herausstellen.
- Höhe der Kostenerstattung: Wie in den sonstigen Fällen des § 18 SGB IX - aber nur, wenn die Leistung notwendig war.



SGB IX - Erstattungsansprüche

- Fazit -

§ 16 Abs. 4 SGB IX :

Für unzuständige Rehabilitationsträger ist § 105 des Zehnten Buches nicht anzuwenden, wenn sie eine Leistung erbracht haben,

1. ohne den Antrag an den zuständigen Rehabilitationsträger nach § 14 Absatz 1 Satz 2 weiterzuleiten oder
2. ohne einen weiteren zuständigen Rehabilitationsträger nach § 15 zu beteiligen



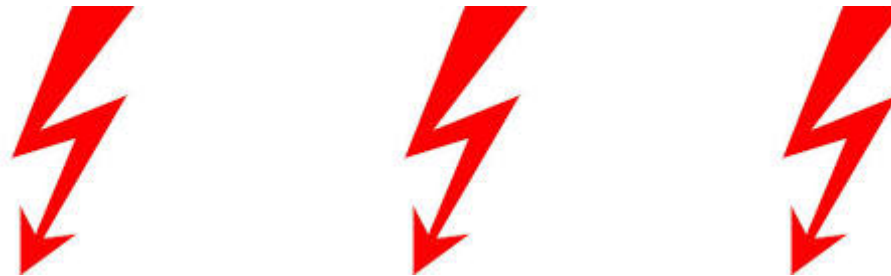
SGB IX - Erstattungsansprüche

- Fazit -

§ 16 Abs. 4 SGB IX :

Für unzuständige Rehabilitationsträger ist § 105 des Zehnten Buches nicht anzuwenden, wenn sie eine Leistung erbracht haben,

1. ohne den Antrag an den zuständigen Rehabilitationsträger nach § 14 Absatz 1 Satz 2 weiterzuleiten oder
2. ohne einen weiteren zuständigen Rehabilitationsträger nach § 15 zu beteiligen



SGB IX - Erstattungsansprüche

- Fazit -

§ 16 Abs. 4 SGB IX:

Erbringt der erstangegangene Träger Leistungen, für die ein anderer Rehabilitationsträger zuständig gewesen wäre, können die Kosten nur eingeschränkt nach den Regelungen der §§ 103 und 104 SGB X beim zuständigen Träger geltend gemacht werden. Ein Erstattungsanspruch besteht jedoch nicht, wenn der erstangegangene Träger in Kenntnis der eigenen Unzuständigkeit Leistungen erbringt (vgl. dazu BSG Urteil; B 1 KR 34/06 R; RZ 24 – 29).

- § 103 SGB X – Anspruch des Leistungsträgers, dessen Leistungsverpflichtung nachträglich entfallen ist
- § 104 SGB X – Anspruch des nachrangig verpflichteten Leistungsträgers

