

## Rehabilitation > Zuständigkeit

### Inhaltsverzeichnis [\[Verbergen\]](#)

#### 1. Das Wichtigste in Kürze

#### 2. Kostenträger

#### 3. Antragstellung

#### 4. Zuständigkeitsklärung

##### 4.1. Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag

#### 5. Wer hilft weiter?

#### 6. Verwandte Links

### 1. Das Wichtigste in Kürze

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung übernehmen Rehamaßnahmen. Zuständigkeitsklärungen verhindern, dass die Kostenträger die Anträge endlos hin und her schieben und der Antragsteller das Nachsehen hat. Zudem sind die Servicestellen Ansprechpartner, die unabhängig vom Träger bei Fragen zur Reha und zur Antragstellung weiterhelfen.

### 2. Kostenträger

#### • Krankenkassen

sind zuständig bei Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation, so weit es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und **wenn nicht** andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.

#### • Rentenversicherungsträger

erbringen Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben,

- wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Rehamaßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann
- und

- wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben erfüllt sind. Details siehe dort.

#### • Berufsgenossenschaften

sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.

#### • Agenturen für Arbeit

übernehmen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.

#### • Sozialämter

treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben ein, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.

- **Jugendämter**

erbringen Leistungen zur Teilhabe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren, **wenn** kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist.

### **3. Antragstellung**

---

Dem Reha- Antrag müssen Bescheinigungen des behandelnden Arztes über die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit der Reha beigefügt werden. Ärztliche Bescheinigungen und Begründungen sollten so detailliert und ausführlich wie möglich sein und nicht nur Diagnose und Therapie umfassen, sondern auch die Einschränkungen des Patienten im Alltag im Vergleich zu gleichaltrigen Personen beschreiben. Das erspart Nachfragen und erhöht die Chance auf Genehmigung der Leistungen.

### **4. Zuständigkeitsklärung**

---

(§ 14 SGB IX)

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag auf Reha- Leistungen bei einem Reha- Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist. Die "Zuständigkeitsklärung" soll verhindern, dass ein Antrag zwischen verschiedenen Trägern hin- und hergeschoben wird.

Nach einer weiteren Woche wird über die beantragte Leistung entschieden, **außer** der Antrag wurde - bei Erklärung der Unzuständigkeit - an einen weiteren Reha- Träger weitergeleitet. Die Weiterleitung erfolgt (automatisch) durch den Träger, der zunächst den Antrag erhielt. Dieser "weitere" (zweite) Träger entscheidet innerhalb von 3 Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist.

Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nicht, auch wenn sich später herausstellen sollte, dass der "weitere" (= zweite) Träger nicht zuständig ist. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten.

Sofern ein **Gutachten** zur Ermittlung des Reha- Bedarfs nötig ist, muss das Gutachten 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen und die Entscheidung über den Antrag 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein.

#### **4.1. Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag**

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag:

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha- Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn an den zweiten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn der erste Träger ein Gutachten benötigt.
- Maximal 7 Wochen, wenn der zweite Träger ein Gutachten benötigt.

Kann über den Antrag nicht innerhalb der genannten Fristen entschieden werden, muss der Reha- Träger dies dem Antragsteller unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mitteilen.

Erfolgt keine solche Mitteilung oder liegt kein zureichender Grund vor, kann der Antragsteller dem Reha- Träger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass er sich nach Ablauf der Frist die Leistung selbst beschafft. Im Fall einer Selbstbeschaffung von Leistungen ist der zuständige Träger **unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit** zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet (§ 15 SGB IX).

## **5. Wer hilft weiter?**

---

Wenn eine Rehabilitation empfohlen, aber noch nicht beantragt wurde, weil erst geklärt werden muss, wer als Kostenträger zuständig ist, sind die **Servicestellen** die richtigen Ansprechpartner.

## **6. Verwandte Links**

---

**Rehabilitation**

**Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen**

**Servicestellen**

**Letzte Aktualisierung am 18.06.2009**

**Redakteur/ in: Sandra Kolb**

---

© 2009 [beta Institut](#) gemeinnützige GmbH | [Kontakt](#) | [Impressum](#)