

Fristen Rehabilitationsantrag

1. Frage

Ein 47-jähriger Krankenpfleger hat zusammen mit seinem Arzt einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitation wegen massiver Rückenbeschwerden und Erschöpfungszustände bei der Krankenkasse gestellt.

Diese hat nach fünf Wochen noch nicht geantwortet. Krankenpfleger und Arzt sind nun unsicher, was sie weiter unternehmen können und ob sie beim zuständigen Rentenversicherungsträger einen zweiten Antrag stellen sollen.

2. Antwort

Der Rehaträger, bei dem ein Antrag auf [Rehabilitation](#) gestellt wurde, muss spätestens 2 Wochen nach Eingang des Antrags geklärt haben, ob er für diesen Antrag zuständig ist.

Dies geschieht auf der Grundlage der sogenannten "Zuständigkeitsklärung". Näheres unter [Rehabilitation > Zuständigkeit](#) .

Ziel ist, dass ein Antrag nicht mehr beliebig lange zwischen den Trägern hin- und hergeschoben wird.

Ist der Rehaträger zuständig, dann wird innerhalb einer weiteren Woche über die beantragte Leistung entschieden, so dass spätestens drei Wochen nach Antragstellung eine Entscheidung vorliegt. Ist er nicht zuständig, so hat er den Antrag an einen weiteren Rehaträger weiterzuleiten.

Da die Krankenkasse versäumt hat, eine diesbezügliche Mitteilung an den Krankenpfleger zu senden, kann dieser telefonisch oder persönlich eine entsprechende Antwort erfragen.

Effektiver ist in der Regel jedoch, dem Rehaträger schriftlich eine Frist zu setzen, bis wann die Entscheidung der Zuständigkeit erwartet wird.

Mit diesem Schreiben kann er außerdem erklären, dass er die Rehamassnahme zu einem bestimmten Termin antritt, falls er keine Nachricht von der Krankenkasse oder dem sonst zuständigen Träger erhalten hat. Die ihm durch die Reha entstehenden Kosten kann er dann dem zuständigen Träger in Rechnung stellen. Auch diesen Umstand sollte er der Krankenkasse im selben Schreiben mitteilen.

Der zuständige Rehaträger ist verpflichtet, die Aufwendungen im üblichen Umfang (mit Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit) zu erstatten.