

Rehabilitation > Zuständigkeit

1. Das Wichtigste in Kürze

Verschiedene Träger können Reha-Maßnahmen übernehmen. Zuständigkeitsklärungen verhindern, dass die Kostenträger die Anträge endlos hin und her schieben und der Patient das Nachsehen hat. Zudem ist die unabhängige Teilhabeberatung Ansprechpartner, die unabhängig vom Träger bei Fragen zu Reha und Antragstellung weiterhelfen.

2. Kostenträger

- [Krankenkassen](#) sind zuständig bei Leistungen zur [Medizinischen Rehabilitation](#), wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und **wenn nicht** andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- [Rentenversicherungsträger](#) erbringen Leistungen zur Medizinischen Reha und Beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben),
 - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und
 - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für [Medizinische Reha-Leistungen](#) und für [Berufliche Reha-Leistungen](#) erfüllt sind. Details siehe dort.
- [Unfallversicherungsträger](#) sind bei [Arbeitsunfällen](#) und [Berufskrankheiten](#) für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- [Agenturen für Arbeit](#) übernehmen Leistungen zur Beruflichen Reha, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- [Sozialämter](#) treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.
- [Eingliederungshilfe](#)-Träger übernehmen Leistungen zur Medizinischen Reha und [Leistungen zur Beschäftigung](#) für Menschen mit Behinderungen, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind.
- [Jugendämter](#) erbringen Leistungen zur Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren, **wenn** kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist.
- [Versorgungsämter](#) und [Hauptfürsorgestellen](#) sind bei einem Anspruch auf Leistungen der [Sozialen Entschädigung](#) für die gesamte Rehabilitation zuständig.

3. Antragstellung

Dem Reha-Antrag muss eine Verordnung des behandelnden Arztes beigelegt werden. Sinnvoll sind zudem ärztliche Berichte über die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit der Reha. 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.

Näheres unter [Medizinische Rehabilitation > Antrag](#).

Jeder Reha-Antrag folgt bei der Bearbeitung derselben Zuständigkeitsklärung (siehe unten). Ist die Zuständigkeit geklärt, entscheidet der verantwortliche Reha-Träger, je nach individuellem Bedarf, ob er die Leistung erbringt oder ablehnt. Ist der Antragsteller mit der Entscheidung nicht einverstanden ist ein [Widerspruch](#) möglich.

Benötigen Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen **mehrere unterschiedliche Reha-Leistungen** von einem oder mehreren Reha-Trägern, reicht seit 1.1.2018 ein einziger Reha-Antrag aus. Es gibt dann einen sog. leistenden Reha-Träger, der für die Umsetzung notwendiger Leistungen verantwortlich ist. Um eine zügige und bedarfsgerechte Bearbeitung des Antrags zu gewährleisten, wird ein sog. [Teilhabeplanverfahren](#) eingeleitet.

4. Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag 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. Sollte eine Weiterleitung stattfinden, muss der Reha-Träger den Antragsteller darüber informieren. 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 nur im Rahmen einer sog. **Turbo-Klärung**. Dadurch kann der Antrag zu einem dritten Reha-Träger weitergeleitet werden, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss. 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 oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 7 Wochen, wenn der erste Träger ein Gutachten benötigt.
- Maximal 9 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 (§ 18 SGB IX).

5. Praxistipp

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bietet unter www.reha-fristenrechner.de einen **Fristenrechner**, mit dem alle wichtigen Fristen im Reha-Prozess berechnet werden können.

6. Wer hilft weiter?

Wenn eine Rehabilitation empfohlen, aber noch nicht beantragt wurde, weil erst geklärt werden muss, wer als Kostenträger zuständig ist, ist die [Unabhängige Teilhabeberatung](#) der richtige Ansprechpartner.

Zudem bietet die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) unter www.ansprechstellen.de eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe, welche Informationsangebote für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger bieten.

7. Verwandte Links

[Rehabilitation](#)

[Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen](#)

Gesetzesquellen: §§ 14–24 SGB IX