

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Walter-Kolb-Straße 9-11, 60594 Frankfurt am Main
Telefon (069) 60 50 18-0, Telefax (069) 60 50 18-29
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: <http://www.bar-frankfurt.de>



Gemeinsame Empfehlung **über die Ausgestaltung des in § 14 SGB IX bestimmten Verfahrens** **(Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung)**

(in der Fassung vom 8. November 2005)

Die Vorschrift des § 14 SGB IX trägt dem Bedürfnis Rechnung, im Interesse behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen und ihrer Angehörigen oder ihrer gesetzlichen Vertreter durch rasche Klärung von Zuständigkeiten möglichen Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken. Ziel der Vorschrift ist es, durch ein auf Beschleunigung gerichtetes Verfahren der Zuständigkeitsklärung die möglichst schnelle Leistungserbringung zu sichern. Die zeitgerechte, zügige Erbringung von Leistungen zur Teilhabe liegt im Interesse der Leistungsberechtigten, aber auch der zuständigen Rehabilitationsträger.

Zu diesem Zwecke vereinbaren

die gesetzlichen Krankenkassen,
die Bundesagentur für Arbeit,
die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
die Träger der Alterssicherung der Landwirte,
die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im
Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden

sowie

die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen

die nachfolgende Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung. Diese Gemeinsame Empfehlung gilt ausschließlich für Leistungen zur Teilhabe im Sinne des § 5 SGB IX. Davon erfasst werden auch die sonstigen Leistungen zur Teilhabe nach § 31 SGB VI.

§ 1

Fristbeginn für die Zuständigkeitsklärung

1. Die Zwei-Wochen-Frist zur Klärung der Zuständigkeit nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX beginnt am Tag nach Eingang des Antrages bei dem Rehabilitationsträger. Ein die Frist auslösender Antrag liegt vor, wenn die Unterlagen, die eine Beurteilung der Zuständigkeit ermöglichen, vorliegen. Hierzu gehört insbesondere, dass die Identität und das konkrete Leistungsbegehren der Antragstellerin/des Antragstellers erkennbar sind.
2. In der Unfallversicherung entspricht dem Tag des Eingangs des Antrags der Tag, an dem der Träger der Unfallversicherung Kenntnis von einem voraussichtlichen Rehabilitationsbedarf erlangt. Gleiches gilt für die Sozialhilfe und die Kriegsopferfürsorge.
3. Wird ein Antrag bei einer gemeinsamen Servicestelle nach § 22 SGB IX gestellt, beginnt die Zwei-Wochen-Frist zur Klärung der Zuständigkeit nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IX am Folgetag der Antragsaufnahme bzw. des Antragsvorgangs mit Wirkung für den Träger, dem die gemeinsame Servicestelle organisatorisch angehört (erstangegangener Träger).

§ 2

Weiterleitung von Anträgen

1. Stellt der Rehabilitationsträger bei Prüfung des Antrages innerhalb der Zwei-Wochen-Frist fest, dass er für die Leistung nicht zuständig ist, leitet er den Antrag einschließlich bereits vorliegender Unterlagen unverzüglich, spätestens am Tag nach Ablauf der Zwei-Wochen-Frist, dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger mit einer schriftlichen Begründung zu, aus der hervorgeht, dass eine inhaltliche Prüfung der Zuständigkeit stattgefunden hat. Die Weiterleitung des Antrags wird der Antragstellerin/dem Antragsteller schriftlich mitgeteilt.

2. Nach Ablauf der in Ziffer 1 genannten Frist ist die Weiterleitung eines Antrages nicht mehr möglich; mit einer Fristversäumung wird gesetzlich die Zuständigkeit des erstangegangenen Rehabilitationsträgers begründet.
3. Eine Weiterleitung im Sinne des § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX liegt nicht vor, wenn ein Rehabilitationsträger einen Antrag erkennbar für einen anderen Rehabilitationsträger aufnimmt (z.B. auf dessen Antragsvordrucken). Der Rehabilitationsträger, für den der Antrag aufgenommen wurde, ist erstangegangener Rehabilitationsträger mit der Folge, dass er den Antrag weiterleiten kann, wenn er bei Prüfung des Antrages feststellt, dass er nicht zuständig ist.
4. In Fällen des § 51 SGB V und 125 SGB III (Aufforderung zur Antragstellung durch die Krankenkasse bzw. die Agentur für Arbeit) ist nicht der auffordernde, sondern der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag gestellt werden soll, stets der erstangegangene Träger (z.B.: Fordert die Krankenkasse einen Versicherten auf, einen Antrag auf Teilhabeleistungen bei der Rentenversicherung zu stellen, so ist der Rentenversicherungsträger erstangegangener Träger.).
5. Verfahrensabsprachen zwischen gesetzlichen Leistungsträgern bleiben von der Gemeinsamen Empfehlung unberührt.

§ 3

Behandlung weitergeleiteter Anträge

1. Die Weiterleitung eines Antrages ist grundsätzlich nur einmal möglich. Der Rehabilitationsträger, an den ein Antrag weitergeleitet wurde, muss über den Antrag im Rahmen seiner Leistungsgesetze entscheiden.

Besteht Rehabilitationsbedarf und wird die erforderliche Leistung vom Leistungsspektrum des zweitangegangenen Rehabilitationsträgers umfasst, ist jedoch ungeachtet einer Prüfung der spezifischen versicherungsrechtlichen und persönlichen Leistungsvoraussetzungen des jeweiligen Rehabilitationsträgers die Leistung durchzuführen, auch wenn sich der zweitangegangene Träger nicht für zuständig hält (z.B.: Ein Rentenversicherungsträger ist zweitangegangener Träger, die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI sind nicht erfüllt; dennoch liegt Rehabilitationsbedarf im Sinne der Krankenversicherung vor.).

2. Integrationsämter dürfen einen an sie nach § 16 Abs. 2 SGB I weitergeleiteten Antrag nochmals weiterleiten, wenn sie nach Prüfung ihre Nichtzuständigkeit feststellen (§ 102 Abs. 6 Satz 2 SGB IX).
3. Wird ein Antrag weitergeleitet an einen Rehabilitationsträger, der für die beantragte Leistung nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sein kann, klärt er unverzüglich mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger, von wem und in welcher Weise über den Antrag innerhalb der Fristen nach § 14 Abs. 2 Satz 2 und 4 SGB IX entschieden wird und unterrichtet hierüber den Antragsteller.

Das kommt beispielsweise in Betracht bei Weiterleitung eines Antrages

- auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an eine gesetzliche Krankenkasse oder eine landwirtschaftliche Alterskasse,
 - auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an die Arbeitsverwaltung,
 - auf Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft an eine gesetzliche Krankenkasse, die Arbeitsverwaltung, einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder eine landwirtschaftliche Alterskasse,
 - auf Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene an einen Träger der öffentlichen Jugendhilfe.
4. Innerhalb eines Sozialleistungsbereichs kann unter Wahrung der Entscheidungsfristen nach § 14 Abs. 2 SGB IX eine nochmalige Weiterleitung des Antrages ermöglicht werden, z.B. aufgrund separater Verfahrensabsprachen.

§ 4

Weiterleitung bei ungeklärter Behinderungsursache

Muss für die Feststellung der Zuständigkeit die Ursache der Behinderung geklärt werden und ist diese Klärung innerhalb der Zwei-Wochen-Frist nicht möglich, wird der Antrag unverzüglich dem Träger zugeleitet, der die Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache erbringt.

Zuständig für die Leistung ist grundsätzlich

1. in Fällen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte, wenn die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind, ansonsten die gesetzliche Krankenkasse,
2. in Fällen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, ansonsten die Bundesagentur für Arbeit,
3. in Fällen von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft der Träger der Sozialhilfe, der nach den Vorschriften des SGB XII örtlich und sachlich zuständig ist, außer in Fällen seelischer Behinderung von Kindern und Jugendlichen, für die eine Leistungszuständigkeit des Trägers der Jugendhilfe nach dem SGB VIII besteht,
4. bei Unklarheit darüber, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung.

§ 5

Erstattung

1. Hat ein Rehabilitationsträger aufgrund eines an ihn weitergeleiteten Antrages Leistungen zur Teilhabe erbracht und stellt sich heraus, dass ein anderer Rehabilitationsträger für die Leistung zuständig gewesen wäre, hat der Träger, der die Leistung erbracht hat, einen Anspruch auf Erstattung seiner Aufwendungen gegen den Träger, der zuständig gewesen wäre.
2. Der Erstattungsanspruch besteht unabhängig davon, ob sich die Nichtzuständigkeit des leistenden Rehabilitationsträgers vor oder nach Bewilligung der Leistung herausstellt. Ein Erstattungsanspruch begründet sich nicht dadurch, dass sich eine ursprünglich durch den Rentenversicherungsträger festgestellte positive Rehabilitationsprognose während oder nach der Rehabilitation nicht bestätigt.

3. Der erstattungspflichtige Träger erfüllt den Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 SGB IX jeweils in vollem Umfang. Die Regelungen der §§ 108, 111 f. SGB X finden bzgl. der Geltendmachung von Erstattungsansprüchen Anwendung.

§ 6

Gutachtenerstellung

Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass die umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung und die Erstellung des Gutachtens gemäß § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX unverzüglich - spätestens innerhalb von zwei Wochen nach der Beauftragung – erfolgt.

§ 7

Inkrafttreten

1. Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. Mai 2003 in Kraft.
2. Die Vereinbarungspartner und die anderen Rehabilitationsträger werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen unter Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände prüfen, ob die Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich an der Überarbeitung einer entsprechenden zu ändernden gemeinsamen Empfehlung mitzuwirken.